

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA
SETOR DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
MESTRADO E DOUTORADO**

SILVANO APARECIDO REDON

**CRIANÇAS COM “OLHAR TRANSPARENTE”: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS
DOS(AS) PROFISSIONAIS DA ESCOLA E DAS FAMÍLIAS SOBRE O TDAH —
CONTEXTOS, SENTIDOS E DECISÕES**

**PONTA GROSSA
2025**

SILVANO APARECIDO REDON

**CRIANÇAS COM “OLHAR TRANSPARENTE”: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS
DOS(AS) PROFISSIONAIS DA ESCOLA E DAS FAMÍLIAS SOBRE O TDAH —
CONTEXTOS, SENTIDOS E DECISÕES**

Tese apresentada para obtenção do título de
doutor em Educação na Universidade Estadual
de Ponta Grossa, área de Educação.

Orientadora: Prof^a. Dra. Simone Regina
Manosso Cartaxo.

**PONTA GROSSA
2025**

Redon, Silvano Aparecido
R319 Crianças com “olhar transparente”: representações sociais dos(as)
profissionais da escola e das famílias sobre o TDAH: contextos, sentidos e
decisões / Silvano Aparecido Redon. Ponta Grossa, 2025.
280 f.

Tese (Doutorado em Educação - Área de Concentração: Educação),
Universidade Estadual de Ponta Grossa.

Orientadora: Profa. Dra. Simone Regina Manosso Cartaxo.

1. Ambiente escolar. 2. Contexto familiar. 3. Medicalização. 4. TDAH. 5.
Teoria - representações sociais. I. Cartaxo, Simone Regina Manosso. II.
Universidade Estadual de Ponta Grossa. Educação. III.T.

CDD: 370.115



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA
Av. General Carlos Cavalcanti, 4748 - Bairro Uvaranas - CEP 84030-900 - Ponta Grossa - PR - <https://uepg.br>

TERMO

SILVANO APARECIDO REDON

CRIANÇAS COM "OLHAR TRANSPARENTE": REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS(AS) PROFISSIONAIS DA ESCOLA E DAS FAMÍLIAS SOBRE O TDAH – CONTEXTOS, SENTIDOS E DECISÕES

Ponta Grossa, 27 de fevereiro de 2025

Tese apresentada para obtenção do grau de Doutor no Curso de Pós-Graduação em Educação, Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Ponta Grossa.

Profª Dra. Simone Regina Manosso Cartaxo - UEPG (Presidente)

Prof Dr Rossano Cabral Lima - UERJ

Prof. Dr Carlos Alberto de Oliveira Magalhães Júnior - UEM

Profª. Dra Silmara Oliveira Gomes Papi - UEPG

Prof. Dr Marcelo Ubiali Ferracioli - UEPG



Documento assinado eletronicamente por **Simone Regina Manosso Cartaxo, Coordenador(a) do Programa de Pós-Graduação em Educação**, em 27/02/2025, às 16:50, conforme Resolução UEPG CA 114/2018 e art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.



Documento assinado eletronicamente por **Silmara de Oliveira Gomes Papi, Professor(a)**, em 28/02/2025, às 09:08, conforme Resolução UEPG CA 114/2018 e art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.



Documento assinado eletronicamente por **Marcelo Ubiali Ferracioli, Professor(a)**, em 12/03/2025, às 17:10, conforme Resolução UEPG CA 114/2018 e art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.



Documento assinado eletronicamente por **ROSSANO CABRAL LIMA, Usuário Externo**, em 17/03/2025, às 22:56, conforme Resolução UEPG CA 114/2018 e art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.



Documento assinado eletronicamente por **Carlos Alberto de Oliveira Magalhães Júnior, Usuário Externo**, em 18/03/2025, às 13:39, conforme Resolução UEPG CA 114/2018 e art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site <https://sei.uepg.br/autenticidade> informando o código verificador **2418773** e o código CRC **8E3AD5F4**.

Às crianças consideradas agitadas e desatentas.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais e, em nome deles, a toda a minha família.

À professora Simone Regina Manosso Cartaxo, pelo acompanhamento durante este período.

À Michele Fátima Machado, secretária do PPGE/UEPG, pelas gentilezas e apoio institucional.

Aos(às) professores(as) Carlos Alberto de Oliveira Magalhães Júnior, Marcelo Ubiali Ferracioli, Rossano Cabral Lima e Silmara de Oliveira Gomes Papi, que compuseram a Banca de qualificação, pela leitura e valiosas contribuições e, neste momento, por integrarem a Banca de defesa; assim como às professoras Viviane Koga e Marta Nörnberg.

À professora Leila Sollberger Jeolás, da Universidade Estadual de Londrina, a quem expresso admiração e gratidão.

Aos(às) colegas do GEPEDIDO, Grupo de Estudos e Pesquisas — Didática e Formação Docente.

Aos(às) amigos(as) do PPGE/UEPG, Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Estadual de Ponta Grossa.

Aos(às) amigos(as) espalhados(as) por todos os cantos.

À Bruna e ao Eddie, pela disponibilização dos materiais aos quais não tinha acesso e que se tornaram referências bibliográficas para a pesquisa.

Aos(às) profissionais da escola e às famílias que, com generosidade, compartilharam suas experiências e reflexões. Foi um privilégio ouvi-los(as), e suas contribuições forneceram a base fundamental para esta compreensão sobre o TDAH, tema de minhas indagações.

À Secretaria Municipal de Educação, às diretoras e às assessoras pedagógicas que coordenam as escolas participantes desta pesquisa e às professoras das SMRs. Sua atenção, receptividade e apoio foram fundamentais para o desenvolvimento deste trabalho.

Às crianças que, embora não tenham sido participantes diretas da pesquisa, foram o foco central das discussões.

Ao Instituto Federal do Paraná, IFPR, por oportunizar o direito ao afastamento para fins de formação acadêmica e profissional, fundamental para a qualificação dos(as) seus(uas) servidores(as). Esse direito permite tanto o aprimoramento de conhecimentos e habilidades, quanto fortalece o compromisso com uma educação pública e inclusiva.

Menino maluquinho não existe mais, está rotulado e recebendo psicotrópicos para o TDAH; Mafalda está tratada, e seu Transtorno Opositor Desafiante (TOD) foi silenciado; Xaveco não vive mais nas nuvens, aterrissou desde que seu Déficit de Atenção foi diagnosticado; Emília, tão verborrágica e impulsiva, está calada e quimicamente contida; Cebolinha está em treinamento na mesma cabine e nas mesmas tarefas usadas para rotulá-lo como portador de Distúrbio de Processamento Auditivo Central (DPAC), e assim está em tratamento profilático da dislexia que terá com certeza quando ingressar na escola; Cascão é objeto de grandes debates no comitê que está elaborando o DSM-V, com divergências sobre se ele sofreria de TOCS (Transtorno Obsessivo Compulsivo por Sujeira) ou TFH (Transtorno de Fobia Hídrica), mas tudo indica que chegarão a um acordo e os dois novos transtornos recém inventados serão lançados no mercado, pois, quanto mais transtorno, melhor (Moysés; Collares, 2013, p. 44).

Eu queria um ensino que ele ficasse à vontade pra aprender (Mãe de uma criança diagnosticada com TDAH e participante da pesquisa).

RESUMO

REDON, S. A. **Crianças com “olhar transparente”: representações sociais dos(as) profissionais da escola e das famílias sobre o TDAH — contextos, sentidos e decisões.** Orientadora: prof^a. Simone Regina Manosso Cartaxo. Ponta Grossa, 2025. Tese (Doutorado em Educação) — Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa, 2025.

Desenvolvida junto ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Estadual de Ponta Grossa (PPGE/UEPG), esta tese buscou compreender as representações sociais que os(as) profissionais da escola e as famílias de crianças diagnosticadas têm sobre o Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH), uma das categorias psiquiátricas mais comuns em crianças em seus vínculos com a escola. O TDAH é um tema de ampla circulação que atrai o interesse da(s) ciência(s), da mídia e do público, especialmente devido às discussões em relação à sua etiologia, avaliação, prevalência e tratamento. Esses aspectos podem ser melhor compreendidos por meio das representações sociais sobre esse transtorno, as quais orientam as práticas dos atores envolvidos com esse diagnóstico (nesta pesquisa, as abordagens familiares e pedagógicas diante das crianças consideradas agitadas e desatentas). Diante dessas questões, esta tese se propôs a responder o seguinte problema de pesquisa: O que as representações sociais dos(as) profissionais da escola e das famílias de crianças diagnosticadas comunicam sobre o TDAH e quais são seus desdobramentos para as abordagens familiares e pedagógicas junto a elas? As pessoas participantes foram os(as) profissionais da escola e as famílias de crianças diagnosticadas e matriculadas nas séries iniciais do Ensino Fundamental da rede pública de um município do interior do Paraná. Como abordagem de pesquisa, o estudo se fundamentou na Teoria das Representações Sociais para a compreensão das representações sociais, modalidades de pensamento elaboradas e compartilhadas por mecanismos sociocognitivos, os quais dão sentido aos fenômenos que afetam os indivíduos e as coletividades, direcionando suas práticas em relação a eles. A pesquisa também se apoiou nas contribuições de autores(as) vinculados(as) à Psicologia Escolar Crítica, cuja atenção, voltada ao cotidiano da escola, contribui para a problematização desse diagnóstico no contexto da saúde e da educação, além de contextualizar a medicalização, processo do qual o TDAH faz parte. Os dados foram gerados mediante questionários e entrevistas semiestruturadas, e organizados em categorias temáticas ou núcleos de sentido. Argumenta-se que, embora os(as) profissionais da escola representem o TDAH como um transtorno que afeta a aprendizagem, a principal intervenção costuma ser o encaminhamento para diagnóstico e tratamento farmacológico. Isso ocorre porque suas representações estão ancoradas em discursos médicos amplamente propagados pela mídia e reforçados em cursos de formação, que abordam o TDAH sob uma perspectiva predominantemente biológica. Dessa forma, eles(as) se tornam os(as) principais demandantes de intervenções clínicas para crianças com queixas escolares. No entanto, o diagnóstico não implica em alterações positivas nas abordagens familiares e pedagógicas, mas, em alguns casos, mudanças que prejudicam o processo pedagógico, uma vez que o medicamento não necessariamente promove avanços na aprendizagem. Além disso, os comportamentos considerados indicativos do TDAH podem estar relacionados aos contextos vivenciados pelas crianças, e não exclusivamente a causas médicas. Assim, a escola acaba transferindo o enfrentamento das dificuldades inerentes a esse espaço para o campo médico-psiquiátrico, enquanto as famílias oscilam entre o alívio e as incertezas do diagnóstico.

Palavras-chave: Ambiente escolar. Contexto Familiar. Medicalização. TDAH. Teoria das Representações Sociais.

ABSTRACT

REDON, S. A. **Children with a “distant look”: social representations of school professionals and families about ADHD — contexts, meanings, and decisions.** Advisor: Simone Regina Manosso Cartaxo. Ponta Grossa, 2025. Thesis (Doctorate in Education) — Sector of Human Sciences, Letters, and Arts, State University of Ponta Grossa, Ponta Grossa, 2025.

Developed within the Graduate Program in Education at the State University of Ponta Grossa (PPGE/UEPG), this dissertation sought to understand the social representations that school professionals and families of diagnosed children hold about Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), one of the most common psychiatric categories in children in their interactions with schools. ADHD is a widely discussed topic that attracts the interest of science, media, and the public, particularly due to debates surrounding its etiology, assessment, prevalence, and treatment. These aspects can be better understood through the lens of social representations of ADHD, which guide the practices of those involved with the diagnosis (in this study, family and pedagogical approaches to children considered hyperactive and inattentive). Faced with these issues, this dissertation aimed to address the following research question: What do the social representations of school professionals and families of diagnosed children communicate about ADHD, and what are their implications for family and pedagogical approaches? The participants of this study were school professionals and families of children diagnosed with ADHD who were enrolled in the early years of elementary education in public schools in a municipality in Paraná, Brazil. As a research approach, the study is grounded in Social Representation Theory to understand social representations, modes of thought developed and shared through sociocognitive mechanisms, which give meaning to phenomena that affect individuals and collectives, guiding their practices in relation to them. The research also drew on contributions from scholars associated with Critical School Psychology, whose focus on school contexts fosters a critical examination of ADHD diagnoses within health and education, as well as a broader discussion on medicalization, of which ADHD is a part. Data were collected through questionnaires and semi-structured interviews and were organized into thematic categories or meaning clusters. The findings argue that while school professionals represent ADHD as a disorder that affects learning, their primary response is typically referring children for diagnosis and pharmacological treatment. This tendency is rooted in representations anchored in medical discourses widely disseminated by the media and reinforced in professional development courses, which predominantly approach ADHD from a biological perspective. Consequently, school professionals become key agents in advocating for clinical interventions for children with school-related challenges. However, the diagnosis does not necessarily lead to positive changes in family and pedagogical approaches. In some cases, it results in practices that hinder educational processes, as medication does not always translate into improvements in learning. Additionally, behaviors seen as indicative of ADHD may be linked to the contexts experienced by the children rather than solely to medical causes. As a result, schools tend to shift the responsibility for addressing inherent challenges in educational settings to the medical-psychiatric field, while families oscillate between relief and uncertainty regarding the diagnosis.

Key words: School environment. Family context. Medicalization. ADHD. Social Representations Theory.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Desenho do Naruto	19
Figura 2 - Representações sociais dos(as) profissionais da escola sobre o TDAH.	192
Figura 3- Caderno do Rafão.	202
Figura 4 - Representações sociais das famílias sobre o TDAH.....	249

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Gênero dos(as) profissionais da escola.....	52
Gráfico 2 - Idade dos(as) profissionais da escola.	52
Gráfico 3 - Tempo de atuação na educação básica.....	53
Gráfico 4 - Jornada semanal de trabalho.....	53
Gráfico 5 - Pessoas das famílias que participaram da pesquisa.....	54
Gráfico 6 - Idade das pessoas das famílias participantes.....	54
Gráfico 7 - Escolarização das pessoas das famílias participantes.....	55
Gráfico 8 - Interesse público ao longo dos últimos dez anos — TDAH.....	140
Gráfico 9 - Interesse público ao longo dos últimos dez anos — Ritalina.....	140
Gráfico 10 - Interesse público ao longo dos últimos dez anos — TDAH, atenção e comportamento.....	140
Gráfico 11 - Interesse público ao longo dos últimos dez anos — TDAH e diagnóstico.....	141
Gráfico 12 - Interesse público ao longo dos últimos dez anos — Teste para TDAH.....	141
Gráfico 13 - Interesse público ao longo dos últimos dez anos — SNAP-IV.....	141

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Posicionamento/coerência na/da pesquisa.....	65
Quadro 2 - Questionário SNAP-IV	109
Quadro 3 - Sexo/gênero das crianças e apresentação clínica do TDAH.....	194
Quadro 4 - Séries em que as crianças foram diagnosticadas ou colocadas em risco para o TDAH e suas séries atuais.....	194
Quadro 5 - Medicamentos usados pelas crianças no momento da entrevista.....	194

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABDA: Associação Brasileira do Déficit de Atenção
APA: Associação Americana de Psiquiatria
CEP: Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos
CFP: Conselho Federal de Psicologia
CHADD: Crianças e adultos com déficit de atenção com hiperatividade
CHS: Ciências Humanas e Sociais
CMEI: Centro Municipal de Educação Infantil
Conep: Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CNS: Conselho Nacional de Saúde
DCM: Disfunção Cerebral Mínima
DDA: Desordem do Déficit de Atenção
DSM: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
EF: Ensino Fundamental
EFC: Ensino Fundamental Completo
EFI: Ensino Fundamental Incompleto
EI: Ensino Infantil
EMC: Ensino Médio Completo
EMI: Ensino Médio Incompleto
ESC: Ensino Superior Completo
EUA: Estados Unidos
Fórum: Fórum sobre medicalização da sociedade e da educação
LCM: Lesão Cerebral Mínima
MPH: cloridrato de Metilfenidato
PAT: Posicionamento Ativista Transformador
PB: Plataforma Brasil
PL: Projeto de Lei
SME: Secretaria Municipal de Educação
SMR: Sala de Multirrecursos
SNAP: Questionário *Swanson, Nolan e Pelham*
SNC: Sistema Nervoso Central
SUS: Sistema Único de Saúde
TDA: Transtorno do Déficit de Atenção

TDAH: Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade

THC: Teoria Histórico-Cultural

TRS: Teoria das Representações Sociais

SUMÁRIO

CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	15
INTRODUÇÃO	20
CAPÍTULO 1 - CAMINHOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS: A PESQUISA VISTA POR DENTRO	34
1.1 O fenômeno das representações sociais	36
1.1.1 Ancoragem e objetivação.....	43
1.1.2 Permanências, rupturas e mudanças sociais	47
1.2 Aproximação com as pessoas participantes da pesquisa	50
1.3 Aspectos das investigações qualitativas	57
1.4 Ética, a morada onde habitamos.....	59
CAPÍTULO 2 - TDAH, UM TRANSTORNO “BOM PARA PENSAR”	66
2.1 Nosso medicamento de cada dia: medicalização da vida e da sociedade.....	67
2.1.1 Medicalização da educação.....	72
2.2 TDAH, doença da aprendizagem e do comportamento.....	80
2.3 Ritalina, <i>um remédio pra passar de ano</i>	93
2.4 Os DSMs em tempos de biologização da vida e a lógica do questionário SNAP IV.....	104
2.4.1 O questionário SNAP-IV e as crianças “a mil por hora”: entre o normal e o patológico	107
CAPÍTULO 3 - CONHECIMENTOS SOBRE O TDAH: POSSIBILIDADES DE TRANSITIVIDADE A PARTIR DAS IDEIAS FLECKIANAS	121
3.1 TDAH: um fato sociológico transmutado em fato médico?.....	122
CAPÍTULO 4 - IDENTIFICANDO O TDAH: O QUE PENSAM OS(AS) PROFISSIONAIS DA ESCOLA	134
4.1 TDAH, presente!.....	136
4.2 Des(comportamento) e des(atenção) na identificação da “criança TDAH”: <i>Sabe a criança sem foco? Que perturba mesmo?</i>	143
4.2.1 Convencionalização e prescrição das representações sociais na identificação da criança com TDAH.....	154
4.3 Causalidades do TDAH: <i>Se eu fecho os olhos, vejo que é tudo bagunçado na casa dela</i>	156
4.4 Relatórios e tirocínios: <i>O TDAH não vai. É ruim falar isso, mas eles não aprendem</i>	162
4.5 O laudo médico como orientador das abordagens pedagógicas: <i>Seguimos as orientações do laudo</i>	167
4.6 Efeitos mágicos e adversos da Ritalina: <i>Ela apaga, ela some com a criança</i>	172
4.6.1 A medicalização das “crianças verdes”: entendimentos a partir da THC.....	179
4.7 Equipes de saúde nas escolas: <i>A gente precisa de um apoio</i>	183
4.8 Síntese das representações sociais dos(as) profissionais da escola	186

CAPÍTULO 5 - TOMANDO DECISÕES: O QUE PENSAM AS FAMÍLIAS.....	193
5.1 Crianças agitadas e desatentas: deslocamentos para o campo médico.....	199
5.1.1 Entre convergências e divergências: <i>Foi muito difícil com a escola</i>	203
5.2 O diagnóstico do TDAH: entre alívio e incertezas	207
5.3 Interpretações do TDAH: <i>Uma caixinha bem pequenininha</i>	210
5.3.1 Causalidades do TDAH: <i>A pessoa já nasce assim</i>	213
5.4 Medicação, medicalizar: representações da Ritalina	222
5.4.1 Ritalina e processos de decisão: <i>Que tratamento é esse</i> :.....	223
5.5 Entre aprendizagens e retenções	228
5.5.1 Crianças que aprenderam na escola: <i>Ele avançou em tudo, na leitura, na escrita</i>	228
5.5.2 Crianças que não aprenderam na escola: <i>Ele não sabe o a, e, i, o, u</i>	233
5.5.3 Aprendizagem, retenção e Progressão continuada: <i>Ele ia conseguir decorar e ia aprender</i>	239
5.6 Síntese das representações sociais das famílias	245
 FINALIZANDO: DESPATOLOGIZAÇÃO E DESMEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO	 250
 REFERÊNCIAS	 261

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Esta tese poderia ter sido realizada com as crianças, mas, de um modo geral, são os adultos que tomam decisões por elas, ao menos em relação aos encaminhamentos médicos. Essas crianças não estão em um plano ideativo; elas são reais, inseridas em contextos igualmente reais.

Naruto¹

Naruto é o principal personagem da série homônima japonesa criada por Masashi Kishimoto e conta a história de Naruto Uzumaki, um jovem que sonha em se tornar Hokage, líder ninja da sua vila, a Aldeia Oculta da Folha, ser reconhecido como uma pessoa importante e mostrar o seu valor. Predestinado à grandeza, Naruto tem características marcantes, como arriscar-se para proteger outras pessoas ou promover a paz mundial, mas é solitário e considerado teimoso, indisciplinado e uma ameaça à vila por portar a Kurama, a raposa de nove caudas selada em seu corpo desde seu nascimento.

O Naruto real, cuja mãe participou desta pesquisa, é um menino de nove anos, matriculado na quarta série. Diagnosticado com TDAH aos sete anos, desde então toma Ritalina. Quando cheguei à sua casa, ele estava com o tio, possivelmente da sua idade, realizando uma batalha, um jogo de competição pelo celular. Ao final da entrevista, ele se aproximou para me mostrar os jogos, a pedido da mãe. Naruto tem habilidade com tecnologias, principalmente relacionadas a jogos digitais, quando *esquece o mundo e se desliga de tudo. Se deixar, é 24 horas nos joguinhos [...]. Aí ele se concentra, baixa os joguinhos. Ele consegue baixar em inglês. Ele vai lendo em inglês e baixa. Tem joguinho que precisa hackear. Ele hackeia. Ele aprendeu sozinho. O que pedir pra ele, do celular, ele sabe. Ele se concentra tanto que não adianta chamar. Tem que ir lá e bater a mão nele. Mas, na escola, ele não consegue ter atenção.*

Naruto mora com várias outras pessoas. Duas sobrinhas dele, uma de sete e outra de nove anos, foram abusadas sexualmente pelo pai, seu cunhado, que está preso por, além disso,

¹ Naruto é o nome fictício de um menino cuja mãe participou da pesquisa. Ele esteve conosco ao final da entrevista, e sua mãe, ao apresentá-lo a mim, pediu que ele me fizesse um desenho. Diferentemente do que ela imaginava — uma pintura nas cores preta e marrom — o desenho, apresentado ao final destas considerações, é bastante colorido. Solicitei permissão a ambos para que pudesse publicá-lo no trabalho e, uma vez consentido, pedi que ele informasse um nome para que sua identidade fosse preservada, tendo sido escolhido Naruto, seu personagem favorito. Os trechos em itálico remetem à fala da mãe, já considerada material de pesquisa, gerado e transcrito para interpretação.

ter agredido a companheira, sua irmã. As brigas eram constantes. No último desentendimento, ela foi esfaqueada, e elas — irmã e sobrinhas de Naruto — foram para sua casa. As duas meninas tomam medicamentos *controlados*. Uma delas *chuta, morde [...], mas é diferente do Naruto, porque ela foi abusada, e [...] bagunçou a cabeça dela. No começo, porque o [Naruto] ficou sabendo, ele trancava a irmã no quarto porque ele tinha medo de acontecer outra coisa com ela, de novo. Porque ele esfaqueou ela, e o [Naruto] sabe. Por isso, ele não aceita nem amigo dela [...]. Ele fica bravo. Outro dia, ele trancou ela porque um amigo foi visitá-la. Ele acha que o cara vai voltar e vai matar ela. Ele não aceita nenhum homem na vida dela, nem amigo. Ele não gosta. No dia da facada, sua irmã chegou assustada, falando do que tinha acontecido, e ele escutou. Ele tava em casa, mas ela tava tão nervosa que chegou falando. Aí que ela contou que as duas foram abusadas. Ele correu atrás dela com faca, mas não chegou a cortar fundo, mas cortou, e ela chegou sangrando. Ele viu.*

Outra irmã, com oito meses de gestação, também passou a morar na casa com seus três filhos. Sua gravidez é de risco, e o marido trabalha em outra cidade com o sogro, pai de Naruto, *que vem uma vez a quarenta, cinquenta dias, mas o [Naruto] quase nem pergunta mais dele. Antes era outra coisa, mas agora ele largou do pai [...]. Antes ele sumia três, quatro, cinco dias na biqueira. Voltava osso, fumava, drogava. Depois ele parou. O [Naruto] era pequeno, ele não entendia, mas quando ele tinha seis anos ele já entendia, já via que tinha uma coisa diferente. Aí, teve um dia que ele roubou o carro da sua mãe, um carrinho que ela tinha pra levar as crianças no médico, porque o SAMU não vai até o bairro. O carro sumiu, e a mãe foi perguntando pros vizinhos se eles tinham visto o carro, e o vizinho falou que ele tinha levado pra biqueira. Ela ficou esperando, achando que o Naruto tava dormindo, porque ela tinha ido no quarto dele e tava tudo escuro. Ele chegou e ela deu um tapa na cara dele, e o [Naruto] viu, e ela contou um pouco do que aconteceu pra ele. E ele já tinha uns seis anos, então, ele já entendeu. Depois, ele não ligou mais pro pai.*

Sua mãe considera que o fato de ter várias pessoas morando na casa pode causar alguma insatisfação a Naruto: *Tem barulho 24 horas por dia. Aí ele fica incomodado, se tranca no quarto ou vai pro celular, longe, fica irritado, agressivo. Tem muita gente, muita criança junta. Incomoda ele. Ele quer ficar sozinho, aí ele irrita.* Naruto não tem um quarto apenas para si, e como não há nenhum espaço adequado para realizar as atividades da escola, quando as faz, *senta no quintal mesmo.*

Naruto tomava dois comprimidos de Ritalina por dia. Um pela manhã e, curiosamente, outro à noite, por volta das 21 horas. Recentemente, por prescrição médica, a mãe suspendeu a dosagem do período da manhã, pois *ele se agitava muito na escola, e a professora chamou*

porque dava ansiedade lá. Aí o médico falou que podia tirar de dia e só dar de noite. Ano passado, ela conversou com uma psicóloga indicada pela diretora da escola, mas era R\$70,00 por semana, dava R\$280,00 por mês, não dá pra pagar. Tem que pagar água, luz, comprar verdura, fruta pro [Naruto], porque ele não tá comendo. Nem na escola. Lá ele come um pouco. As professoras falam que ele come bem lá, mas ele não come. Se ele comesse, ele teria peso. Com isso, Naruto não recebe nenhuma outra forma de tratamento a não ser a farmacológica.

As interações durante as consultas, rápidas e impessoais, não permitem que a mãe entenda o que pode estar acontecendo com Naruto, porque o médico pega a receita, pergunta uma coisa e já vai escrevendo e dá a receita. No médico, a receita tá pronta. Ele não ouve o que a mãe fala. Não aceita que ela fale ou explique. Ela diz: ‘Doutor, ele não dorme’. Aí uma vez ele falou pra gravar o [Naruto], porque ele não acreditava. Ele acha que a mãe é louca, que mente, que precisa de psicólogo. O médico falou: ‘Pode ser que tem hiperatividade, TDAH. Pode ser. Pode ser que ele tem autismo. Pode ser. Pode ser que ele tem outra coisa ainda’, mas não fala, não tem exame. Nem exame de sangue ele fez, o que a levou a perguntar: ‘Como o senhor sabe, se não tem exame?’ Aí ele falou: ‘Quem é o médico?’ ‘O senhor é o médico, mas eu sou a mãe, eu sei que ele não tá bem, que ele tá sofrendo muito’. Mas aí ele só fala: ‘Ah, só de bater o olho, eu já sei o que é’.

O medicamento não resolve nada. Só no primeiro dia que ele tomou, ele ficou calmo. Só que, depois, o corpo dele acostumou. Agora ele não dorme. Toma e não dorme. Antes ele já não dormia, agora, piorou. Ele fica sem dormir de noite. Dá sono nele quatro horas da manhã, e aí ele quer dormir de dia, na escola. Ele não se alimenta [...]. Não se alimenta nada, tá magro. Ele não dorme direito e tá ansioso, tem crise direto, parece que ele não vai conseguir respirar [...]. Tem as duas sobrinhas que também toma [medicamento] controlado. A de nove [anos] toma um mais forte do que a outra, mas pro [Naruto], a mãe já falou pro médico que a Ritalina não adianta. O remédio não ajuda [...]. Era pra dar só no dia de semana, mas ele toma todo dia, porque tem que insistir pra ver se muda alguma coisa. Mas não ajuda. Até agora não ajudou. Tá um menino que não aprende, cada dia mais ansioso, com raiva das coisas. Não quer mais saber da escola, nada, nada. Ele entra em pânico lá [...]. Ele tinha que ter outro remédio. Tinha que mudar pra ele acordar descansado e ir pra escola, aí ele ia aprender. Ele ia acordar forte. Agora, sete horas, ele já tá fraco. Uma fraqueza. Tem dia que ele dorme quatro horas da manhã. Vai pra escola com sono, por isso que ele dorme lá [...]. Por isso que a professora fala que ele não dá trabalho. Ele só dorme.

O ambiente da escola tem sido um lugar de sofrimento para Naruto, e embora A professora fala que ele tá se desenvolvendo, [...] ele não sabe nada. Não sabe ler, escrever, não

sabe matemática. E as professoras falam que ele tá bem, tá tudo bem, que o [Naruto] é comportado, que ele faz as coisas. Mas o [Naruto] não faz. Ele fica largado lá. Ele só sabe fazer o nome dele, só o primeiro. O sobrenome, ele não sabe escrever. Ele diz que não decorou no papel como que faz. E ele só sabe letra de forma. Letra de correr, ele não consegue escrever nem o nome, e agora ele foi pro quarto ano, sem saber ler. A professora fala que tá tudo bem porque ele dorme, e o [tio] copia tudo no caderno dele [...]. A escola tinha que dar atenção pra ele. Se for lá, agora, a professora vai dizer que tá tudo bem, mas a escola quer se livrar do [Naruto]. Tem que passar o [Naruto] pra se livrar dele. Ele fica no canto. Eles não querem se envolver com ele. Se ele não fazer a tarefa, ele fica lá, abandonado.

Conforme a mãe, o seu neto estuda com ele, na sala dele. E ele fala que o [Naruto] só dorme, porque se ele não dorme de noite, dorme na escola. Ele ajuda muito. O que ele tem no caderno, é porque o neto copiou [...]. Ele copia pra professora não brigar com ele. Se não tiver nada no caderno, a professora grita, bate na carteira dele. Aí ele copia pra ele [...]. Ele vai na Sala de recurso uma vez por semana. Lá ele gosta muito. Se pudesse, ele ficava só lá, e ia todo dia [...]. No primeiro ano ele não ia, porque não tinha laudo. Tinha que ter. A mãe pedia direto, mas só podia com laudo. Mas uma vez por semana é pouco, e ele gosta de ficar com a professora da Sala [de Multirrecursos].

[O Naruto] não quer ir na escola. Ele tá sofrendo lá. As professoras não são adaptadas pra crianças igual ele. Elas têm formação pra lidar com as crianças da sala, mas pra criança como o [Naruto], elas não conseguem, não sabem. Com esse tipo de criança, elas não conseguem atender [...]. Tinha uma professora que ele falava que amava. Até um dia, ele pediu dinheiro pra dar um presente pra ela. A mãe comprou uma correntinha com pingente. Ela, a professora, abraçava ele e ele corria pra ela. Depois mudou de ano e ele foi pra essa que ele não gosta. Quando ele vê a outra, ele corre pra abraçar, porque ele queria tá na sala dela. Ele tinha interesse na escola. Pedia pra mãe ensinar ele a escrever as letras, tinha um carinho por ela, e ela gostava dele. Ele fazia as tarefas, os desenhos, mas depois perdeu tudo [...]. Essa do primeiro ano e do ano passado, a mesma professora, ele não gosta. Ela briga com ele e bate na carteira. Ele chora pra tirar ele da escola. Ele não quer ir mais. Ele sofre lá [...]. Ontem ele chorou bastante, porque as aulas vão começar na segunda feira. Aí o professor, que esse ano vai ser um professor, mandou um áudio. Quando ele soube que seria um professor, ele ficou contente, mas, quando ele viu o áudio, é o professor que já brigou com ele [...]. Tá chorando deste ontem.

Para a mãe, o [Naruto] tinha de ter um professor na classe, pelo menos uma vez por semana, só pra ele. Pra ensinar ele com calma. Tinha que dar atenção pra ele. Quando ele

sabe que a pessoa dá atenção pra ele, ele gosta, como gosta da irmã mais velha: Ele pede as coisas pra ela e ela dá um jeito. Compra ou fala pra ele se pode ser outra coisa. Ela dá atenção. Ele gosta. Se a professora desse atenção, ele ia desenvolver. Do jeito que é, a professora nem passa nas carteiras, por isso que ela diz que o [Naruto] vai bem, mas ele dorme. E ele sabe que a professora não dá atenção pra ele. Ele fala que ela dá atenção pros outros, pra ele, não. Pra ele, ela só grita. A escola é um castigo pra ele. Agora ele não gosta nem do Natal mais. Falou que o Papai Noel é enganação, porque no outro ano ele queria um tênis azul e um carrinho de controle remoto, pedidos que foram enviados pros Correios, mas não veio.

Há poucos meses, a mãe de Naruto levou as duas netas que tomam medicamento *controlado* para uma consulta com a pediatra da unidade de saúde do bairro. Durante a consulta, ela falou sobre o Naruto, de como está preocupada com sua saúde, com os problemas da escola e a ineficácia do tratamento com a Ritalina. A médica disse que não poderia acolhê-lo, a não ser em consultas comuns, pois ela não é psiquiatra. No entanto, sugeriu que ela retirasse as crianças *daquele ambiente*, pois seria melhor para elas. Esse pedido deixou a mãe do Naruto, além de mais preocupada, com uma sensação de culpa: *Como tirar elas daqui? Que jeito? Como que eu posso fazer com elas?*

Naruto tinha consulta agendada na semana anterior à que estive em sua casa, mas sua mãe a perdeu: *A minha filha tá aqui, com os três netos. A gravidez dela é de risco. Mais as duas netas. Tem tudo isso pra mim: roupa pra lavar, tudo. Aí, eu perdi a consulta [...]. Aí eu liguei lá e ele vai deixar a receita pronta, mas a consulta, só daqui três meses. Mas se o médico fala cinco palavras com a gente, é muito. A gente entra e já sai. Nem precisa consulta pra pegar receita...*

Figura 1 - Desenho do Naruto



Fonte: Naruto (2023).

INTRODUÇÃO

Criança 1: — *Ei, olhem o que os cães estão fazendo!*
 Turma: — *Quero ver! Quero ver!*
 Criança 2: — *Lutando por uma coleira. Cães são demais.*
 Professora: — *Tudo bem, pessoal, agora que todos viram os cães...*
 — *...Oh! Você ainda está na sua carteira?*
 Bart: — *Até parece que eu nunca vi um cão antes na minha vida....*
 — *Isso não tem nada a ver comigo. Será o efeito da droga?*
 — *Sinto uma vontade de me comportar e ficar quieto'.*
 Bart: — *Vamos lá, galera. Essa poesia precisa ser lida.*
 (Os Simpsons, 1999-2000).

Nesse episódio de Os Simpsons (1999-2000), Homer e Marge foram chamados à escola de Bart, e o diretor, depois de informar sobre o quanto seu comportamento estava prejudicando as demais crianças e a própria escola, apresentou o diagnóstico: Bart tinha Desordem do Déficit de Atenção (DDA), transtorno que o fazia ficar distraído e hiperativo. Diante desse quadro, caberiam a Homer e Marge aceitar sua expulsão ou encaminhá-lo a um serviço médico para receber uma nova droga para o controle desses casos, o Focusyn. Marge se mostrou preocupada, mas cedeu diante das promessas de que o medicamento reduziria a bagunça da sala de aula em 44% e a conversa em 60%, além de ser apresentado como mais seguro do que fazer exercícios regularmente.

Bart reconheceu a existência de alguns problemas, mas estava seguro de que nenhuma droga poderia ser a solução para eles. No entanto, foi convencido de que devia tomá-la. Logo nos primeiros dias, sentiu que estava obediente e contido em si mesmo. Era o *zombie-like*, efeito zumbi, reação adversa de alguns medicamentos, como os produzidos a partir de cloridrato de Metilfenidato (MPH), mais conhecido como Ritalina, indício de toxicidade, embora considerado sinal de melhora desses quadros.

Na medida em que os efeitos adversos se complexificaram, e Bart passou apresentar delírios e alucinações, os médicos consideraram prescrever mais três substâncias para ele suportar o tratamento com o Focusyn. Mas depois de ele sequestrar um tanque de guerra e atirar um míssil para o espaço, Marge e Homer concluíram que era preciso parar com as “drogas perigosas” e retornar à “boa e famosa” Ritalina.

Se Bart fosse uma criança real, poderia ter sido observado pelo pediatra inglês George Still na passagem do século XIX para o XX, e possivelmente diagnosticado com Defeito no controle moral; no final da década de 1930, como paciente do psiquiatra norte-americano Charles Bradley, diretor do *Emma Pendleton Bradley Hospital*, teria participado de um experimento médico, um dos mais antiéticos da história, e recebido a Benzedrina, estimulante

que incorporava a anfetamina como ingrediente ativo. Já na década de 1960, poderia ter sido diagnosticado com Disfunção Cerebral Mínima (DCM), uma categoria referida para justificar o fracasso escolar dos filhos das famílias das classes médias norte-americanas. De qualquer forma, diagnosticado com Transtorno do Déficit de Atenção (TDA), DDA na sigla inglesa, atual Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH), Bart reforçaria seus índices de prevalência, os quais, em níveis globais, variam de 0,05 a 17%, uma amplitude de 16,95 pontos percentuais. No Brasil, para algumas regiões, essa taxa já foi de 26,8% (Anvisa, 2014), uma variação de 21,8 pontos percentuais quando comparada às estimativas médicas, cujo índice regular seria de 5% (APA, 2014; Mattos, 2020).

Em suas *Mitológicas*, conjunto de obras sobre os mitos ameríndios, Lévi-Strauss² (2004) apresentou a ideia de que alguns alimentos não são apenas bons para comer; eles também são “bons para pensar”, como tudo o que existe no universo. Nessa lógica, entendo que o TDAH, um dos principais objetos das discussões sobre patologização e medicalização da educação, é “bom para pensar” do ponto de vista das Ciências Humanas e Sociais (CHS), de uma Psicossociologia do Conhecimento (Moscovici, 1981, 2003, 2012). Tema pertinente à saúde e à educação, um dos diagnósticos mais comuns em crianças e adolescentes em seus vínculos com a escola, e também um dos mais controversos da Psiquiatria, esse transtorno tem sido compreendido, de um modo geral, por meio de duas abordagens teóricas.

A abordagem organicista — hegemônica — o descreve como uma patologia de causas genéticas, comum a todas as culturas e classes sociais, que acompanha o indivíduo por toda a vida e cujo tratamento de primeira escolha implica o uso de substâncias psicoestimulantes. Por outro lado, a abordagem social — crítica — chama atenção para a validade desse diagnóstico, a redução de questões coletivas, políticas e educacionais a aspectos de ordem biológica, individual e patologizante, denunciando a naturalização do desenvolvimento humano e suas implicações para as subjetividades e trajetórias sociais e escolares das crianças classificadas e medicalizadas e o que ele representa: sua culpabilização

² Fundador da Antropologia estrutural, Lévi-Strauss se opôs à dicotomia entre pensamento lógico, próprio da civilização ocidental moderna, e pensamento pré-lógico, próprio das sociedades chamadas selvagens ou primitivas. Suas obras foram produzidas no contexto da Segunda Guerra Mundial, período de propagação das ideias sobre superioridade racial, influenciando positivamente o modo como olhamos para os grupos humanos. Do ponto de vista intelectual, o pensamento selvagem seria tão exigente quanto o ocidental, e diferentemente do que até então era apresentado, o conhecimento dos povos selvagens não se orientaria por exigências práticas, mas por exigências do pensamento, uma vez que tudo que existe é “bom para pensar”. Em uma análise sobre os sistemas totêmicos, Lévi-Strauss considerou que as espécies naturais escolhidas para serem totens o são não porque “boas para comer”, mas boas para serem pensadas do ponto de vista simbólico, o que as torna sagradas, admiradas e temidas. Esta tese não tem proximidade com as análises estruturalistas, mas me utilizo dessa proposição para destacar que o TDAH é bom para ser pensado a partir de uma perspectiva psicossocial, que contempla os fenômenos sociais e suas relações com os contextos que os cercam, e não exclusivamente como uma categoria médica.

e, em uma última instância, a de sua família pelo fracasso escolar.

Essas abordagens expressam distintas concepções sobre o homem e a sociedade, e quais estratégias, teóricas e práticas, estão à sua disposição para responder as problemáticas que afetam os sujeitos sociais envolvidos nesse diagnóstico; diferentes visões, diferentes modos de olhar para o mesmo problema, para o mesmo mundo e para a mesma realidade. Nesse aspecto, a literatura de Guimarães Rosa (1994, p. 86) é, para mim, uma síntese de como me relaciono com esse diagnóstico, pois, se iniciei esta tese com algum entendimento sobre o TDAH, já não tenho a mesma compreensão. A ciência trata do real, mas o real não é um dado absoluto, porque “o real não está na saída nem na chegada, ele dispõe para a gente é no meio da travessia”. Assim, se do ponto de vista didático pode-se identificar a predominância dessas duas abordagens, é importante falar sobre possíveis gradações entre elas, mantidas as críticas e as problematizações sobre esse diagnóstico. Além disso, é importante desenvolver espaços de interação entre as disciplinas que formam esse campo, considerando a existência de duas categorias para o mesmo conjunto de sintomas/características: o TDAH biológico e o TDAH social, que estão, inclusive, relacionadas entre si.

Partindo de uma discussão sobre o conceito de saúde e doença a partir do modelo médico ocidental, Czeresnia (2003, p. 44) argumenta que não se trata de questionar o fato de o pensamento científico ser limitado ou reducionista, característica da própria modernidade na sua relação com a precisão e a objetividade para a produção do conhecimento, mas de criticar o ponto de vista que nega seus limites. Uma vez que nenhuma ciência ou disciplina é capaz de, sozinha, dar conta das singularidades da realidade, mesmo por meio de novos modelos de explicação, existe “uma necessidade de redimensionar os limites da ciência, revalorizando e ampliando a interação com outras formas legítimas de apreensão da realidade”. Nesse aspecto, o entendimento dos problemas complexos que atingem as sociedades pode ser orientado por diferentes coletivos e estilos de pensamento, os quais, não necessariamente incomensuráveis, podem, em momentos de anomalia resultantes da tensão entre as comunidades científicas a respeito de algum objeto, propiciar a emergência de novas compreensões sobre os fenômenos científico-sociais (Fleck, 2010).

O TDAH — que na abordagem crítica pode vir acompanhado do adjetivo suposto — passou a caracterizar certo número de crianças com dificuldades de aprendizagem e problemas de comportamento escolar, as quais, num primeiro momento representadas como *indisciplinadas*³, *agitadas*, *a mil por hora*, *inconvenientes*, *ligadas no 220*, *sem limites*, *sem*

³ As citações destacadas em itálico, inclusive nos títulos das sessões, se referem às comunicações das pessoas participantes da pesquisa. Os dados gerados serão interpretados nos capítulos analíticos, mas mobilizei algumas de suas contribuições ao longo do texto por considerá-las representativas dos argumentos apresentados.

educação, sem foco, desatentas e no mundo da lua, passam a ser consideradas *apáticas, sonolentas, sem vontade, que somem e se perdem*, efeitos do consumo de MPH.

A dispensação dessa substância apresenta números crescentes desde sua aprovação para comercialização no Brasil, no final da década de 1990, tornando o país seu segundo maior consumidor mundial (Anvisa, 2014; Bezerra; Ribeiro, 2020), informação que sugere uma epidemia de diagnóstico para o TDAH, num claro processo de medicalização, termo estabelecido desde a década de 1960 para se referir a algo tornado médico, em que a vida e suas expressões cotidianas são capturadas pela Medicina, instituição que intervém na vida coletiva por meio de um processo artificial que transforma questões de ordem social e política em individuais e biológicas. Esse processo, o de medicalização, é correlato ao de biologização, “a utilização recorrente de explicações de caráter biológico para descrever e analisar fenômenos que não se enquadram no âmbito da biologia”, em um deslocamento do eixo de análise da sociedade para o indivíduo e do indivíduo para o seu organismo (Meira, 2011, p. 95, 2019), observado a partir dos(as) próprios(as) professores(as), que se utilizam de explicações biológicas para justificar problemas de aprendizagem e de comportamento na escola.

A medicalização no/do campo educacional no Brasil não é recente, e pode ser localizada há mais de cem anos, relacionada a formas de preconceitos que buscavam estabelecer diferenças biológicas entre pessoas de alguns grupos sociais, como os trabalhadores e a população negra, para justificar o fracasso escolar. Um exemplo desse processo, que transforma questões sociais em doenças, pode ser encontrado em Jeca Tatu, personagem criado por Monteiro Lobato, que não aprendia e não trabalhava porque apresentava anemia e verminose. Atendido pelo médico e ingerido os remédios de laboratórios, desconsideradas as contingências sociais do seu meio, Jeca Tatu tornou-se um homem inteligente e trabalhador, o que fez dele um rico fazendeiro (Collares; Moysés, 1996; Patto, 2022).

Já nos anos 1970, a desnutrição era referida como a principal justificativa para os problemas de aprendizagem (Collares; Moysés, 1996; Moysés; Collares, 1997; Moysés, 2017), sendo substituída, a partir das décadas seguintes, por categorias psiquiátricas, disfunções mentais biologicamente determinadas e devidamente listadas nas sucessivas edições do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), principal documento médico-conceitual organizado pela Associação Americana de Psiquiatria (APA).

Especificamente para o caso do TDAH, uma série de fatores pode ser problematizada e estendida além da sua definição clínica, como os entraves à escolarização, a formação da atenção como função psicológica superior (Ferracioli, 2019, 2023; Meira, 2012, 2019), a

atuação das indústrias farmacêuticas, a precariedade dos sistemas de ensino, a formação e as condições de trabalho dos(as) profissionais da escola, a disposição do Ensino Fundamental (EF) em Ciclos de aprendizagem, a tolerância e o significado cultural em relação aos comportamentos humanos, o imediatismo e as novidades digitais e tecnológicas e os contextos de vida das crianças. Esses fatores podem contribuir para a ocorrência das manifestações agitadas, impulsivas e desatentas, frequentemente vistas como sintomas psiquiátricos, aspecto que suscita o questionamento de se as intervenções médicas e farmacológicas, quando requeridas de forma primária e conduzidas de forma isolada, são adequadas para dar respostas a esse quadro.

Diante das controvérsias em torno do TDAH, compartilho das considerações de Collares e Moysés (1996) e Moysés e Collares (2010) quanto à existência de crianças com transtornos reais que podem comprometer sua aprendizagem e seu comportamento, as quais, em certo número de casos, precisam de ajuda além da oferecida pela escola. No entanto, no caso do TDAH, há uma banalização do diagnóstico e, por consequência, um hipertratamento — ou seja, uma hipermedicalização. Sua avaliação clínica, muitas vezes realizada de forma descontextualizada, baseia-se em critérios frágeis, como os itens do questionário *Swanson, Nolan e Pelham-IV* (SNAP-IV), que são amplamente aplicáveis e podem ser generalizados a praticamente qualquer criança. Assim, como na música *A bailarina*, em que só a “bailarina que não tem” falhas (Lobo; Buarque, 1983), a lógica do SNAP-IV parece sugerir que qualquer criança pode ser enquadrada no diagnóstico de TDAH.

Essa medicalização excessiva materializa a “era dos transtornos” (Moysés; Collares, 2013), marcada pelo aumento vertiginoso de novos diagnósticos e um intenso consumo de psicofármacos motivados por um processo de biologização e psiquiatrização da vida que atravessa os espaços sociais e nos atinge a todos por meio de uma racionalidade imediatista e reducionista. Essa racionalidade tende a dissociar nossos sofrimentos e insatisfações dos contextos sociais em que eles ocorrem, tratando-os de forma isolada e descontextualizada, como se fossem meros sinais de algo errado dentro de nós, ignorando as condições e circunstâncias de vida que os produzem.

Além disso, os critérios listados para o diagnóstico do TDAH partem de uma compreensão naturalizada e biologizada do comportamento humano, cujos determinismos desconsideram as condições de apropriação e criação de novas aptidões, aspectos tipicamente humanos, por meio de um processo de desenvolvimento histórico-social (Leontiev, 1978). Do mesmo modo, faz-se necessário destacar a complexidade e multideterminação desse fenômeno, questionando sua abordagem médico-psiquiatra em termos de uma condição

neurobiológica da criança, intrínseca a ela, e apresentar outros fundamentos à compreensão desse problema (Ferracioli, 2019, 2023; Meira, 2012, 2019; Signor; Berberian; Santana, 2017; Szymanski; Teixeira, 2022).

A era dos transtornos impõe aos profissionais da saúde e da educação uma preocupação ética quanto à condução dos seus trabalhos, buscando fazê-los de forma criteriosa e humanizadora para que seus olhares sobre a vida não sejam enviesados por posturas excludentes diante de pessoas que não se adequam aos rígidos modelos sociais que são impostos ou que expressam as circunstâncias da vida através de seus comportamentos. Sem a ampliação desse olhar e sem as condições para que essas crianças sejam devidamente acolhidas, elas continuarão a ser, como na brincadeira infantil, capturadas em uma “corrente infinita”.

Em um cenário onde as existências humanas são acondicionadas em rótulos classificatórios e patologizantes, Dani, o menino que não sabe andar de bicicleta, bem poderia ser um dos seus representantes, pois, diagnosticado como disbiciclético, pouco importa se seus pais têm ou não condições financeiras para lhe comprar uma, ou mesmo tempo para ensiná-lo a andar de bicicleta, ou ainda saber se Dani deseja andar de bicicleta. “O garoto é disbiciclético! O problema é dele. A culpa é dele. Nasceu assim. O que podemos fazer?” (Rodriguez, n.d).

Dani, personagem fictício criado com o propósito didático-científico de enfatizar a crítica aos processos de patologização e medicalização, inclusive por meio de um transtorno inexistente, mantém semelhanças com as crianças reais cujas famílias participaram desta pesquisa: Naruto não sabe escrever sequer o *primeiro nome com letra corrida*, mas tem TDAH; Rafão só consegue acompanhar o ditado se as palavras forem soletradas, mas é laudado; Sonic *não junta as letras*, mas além do TDAH, *deve ter outra coisa nele*; Atreus, que *olha pro quadro e não entende nada*, toma 20 mg de Ritalina todos os dias; e Piloto, que *não consegue acompanhar as outras crianças* e é atendido por um neurologista, foi recentemente encaminhado para avaliação psiquiátrica. Esses personagens, reais e fictícios, reforçam o que uma das mães participantes da pesquisa afirmou: o TDAH é *uma doença que dá em menino*. Essa percepção é consistente com os dados desta pesquisa, que mostram que, das 30 crianças cujas famílias participaram, apenas quatro são meninas.

Em uma era em que nossas identidades são usurpadas, somos classificados como TDAHs, portadores de discalculia, disgrafia, transtorno do jogo pela internet ou por uso de cafeína, e constantemente incitados a nos informar sobre disfunções orgânicas — temas constantemente incorporados às nossas “conversações”, utilizando uma expressão de

Moscovici (1981, 2003, 2012) — como se precisássemos conhecê-las para nos anteciparmos às suas manifestações sintomáticas.

Em 2009, ano do seu lançamento, o livro “Mentes inquietas — TDAH: desatenção, hiperatividade e impulsividade”, de Ana Beatriz Barbosa Silva, foi um dos títulos de não ficção mais vendidos no Brasil (Veja, 2010); “Tendência à distração: identificação e gerência do distúrbio do déficit de atenção da infância à vida adulta”, de Edward M. Hallowell e John J. Ratey, de 1994, é um *best seller* nos Estados Unidos (EUA) e “considerado um clássico sobre TDAH para leigos” (ABDA, 2024); e “No mundo da Lua: 100 Perguntas e respostas sobre o Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH)”, de Paulo Mattos (2020), um dos principais especialistas médicos em TDAH no país, está na sua 17ª edição. Trata-se, portanto, de um acontecimento cultural, um “fato social maior” (Moscovici, 2012, p. 21), presente na vida cotidiana dos indivíduos e dos grupos por ele afetado.

De forma introdutória, essas questões me motivaram a investigar o que alguns dos principais atores envolvidos com esse transtorno pensam sobre ele. Assim, esta pesquisa, situada na confluência da Psicologia Social, das Ciências Sociais e das Ciências da Educação, concentrou-se nas representações sociais que as famílias de crianças diagnosticadas e os(as) profissionais da escola — professores(as) e pedagogos(as) — têm sobre o TDAH. A interlocução foi conduzida com profissionais e famílias de crianças matriculadas nas séries iniciais do EF, abrangendo o período de alfabetização, de seis escolas públicas de um município do Paraná.

A interlocução contribuiu para que a questão norteadora do estudo fosse respondida: **O que as representações sociais dos(as) profissionais da escola e das famílias de crianças diagnosticadas comunicam sobre o TDAH e quais são seus desdobramentos para as abordagens familiares e pedagógicas junto a elas?** Como objetivo central, a pesquisa se propôs a **compreender as representações sociais que os(as) profissionais da escola e as famílias têm sobre o transtorno, para problematizar suas implicações no acolhimento dessas crianças.** Os objetivos secundários foram: **(1) Identificar o que os(as) profissionais da escola que atendem crianças diagnosticadas pensam sobre o TDAH; (2) Conhecer como os(as) profissionais da escola identificam, no grupo de alunos(as) atendidos(as), aqueles(as) que apresentam características consideradas indicativas do TDAH e quais encaminhamentos são realizados em relação a esses(as) alunos(as); (3) Identificar o que as famílias de crianças diagnosticadas pensam sobre o transtorno e quais decisões são tomadas para o seu atendimento e acompanhamento; e (4) Conhecer os principais aspectos que caracterizam o contexto de vida das crianças diagnosticadas com TDAH.**

Para atingir tais objetivos, orientei-me por aspectos das pesquisas etnográficas e pela abordagem metodológica da Teoria das Representações Sociais (TRS), que oferece tanto seus fundamentos conceituais quanto métodos específicos de investigação (Ortiz; Triani; Magalhães Júnior, 2023) — nesta pesquisa, com ênfase na abordagem processual das representações sociais. Os dados foram gerados por meio de questionários e entrevistas semiestruturadas e organizados em categorias temáticas (Bardin, 2016) ou núcleos de sentido (Minayo, 1999), apresentados e discutidos nos capítulos analíticos.

Além da pesquisa de campo, realizei uma revisão integrativa de literatura sobre o TDAH a fim de compreender e informar o que está sendo produzido pela literatura científica brasileira sobre o transtorno na sua relação com o ensino, a aprendizagem e o processo de medicalização no âmbito escolar. Os artigos da revisão foram buscados nas bases indexadoras da Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), da *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e no Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Nível Superior (CAPES) com acesso pela Comunidade Acadêmica Federada (CAFe), enquanto as teses e dissertações foram acessadas na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD). O recorte temporal definido, de 2011 a 2022, acompanhou os textos publicados a partir do lançamento do “Fórum sobre a medicalização da educação e da sociedade” (Fórum), realizado em São Paulo em novembro de 2010 durante o “I Seminário Internacional A Educação Medicalizada: Dislexia, TDAH e outros supostos transtornos”. Esse evento é um marco para a qualificação das produções críticas às diferentes expressões da medicalização da vida, especialmente àquelas que incidem na escola.

Delimitei oito combinações de palavras-chave para a busca dos trabalhos: TDAH + escola + aprendizagem; TDAH + escola + medicalização; TDAH + escola + representações sociais; TDAH + escola + patologização; TDAH + medicalização; TDAH + aprendizagem; TDAH + representações sociais; e TDAH + patologização para restringir ou ampliar a pesquisa em todos os índices de busca. O TDAH não é um transtorno de aprendizagem, mas suas características impactam o processo de escolarização, sendo, frequentemente, primeiramente percebidas na escola. Além do mais, se o discurso oficial separa o TDAH e os distúrbios da aprendizagem como entidades nosológicas diferentes, eles fazem parte do mesmo referencial teórico que associa alterações orgânicas a dificuldades de aprendizagem e problemas de comportamento (Moysés; Collares, 2011), o que justifica a escolha dessas palavras-chave.

Após a verificação do material, encontrei 142 trabalhos e revisei 64 deles — 56 artigos e oito teses e dissertações — selecionados por meio de alguns critérios de inclusão.

Apresentei os resultados da revisão⁴ a partir de quatro categorias temáticas: (a) TDAH e medicalização da aprendizagem; (b) Contribuições da Teoria Histórico-Cultural para a compreensão do TDAH; (c) Revisão de literatura da produção brasileira sobre o TDAH; e (d) Estratégias pedagógicas para estudantes com TDAH.

Os resultados mostraram que o TDAH é uma das categorias médicas mais controversas da Psiquiatria, geralmente determinado a partir da entrada da criança na escola e decorrente de múltiplos fatores — social, político, econômico, educacional e médico. Além disso, os estudos conduzidos por pesquisadores das áreas das CHS apresentaram importantes contribuições para a crítica aos determinismos biológicos que incidem sobre as crianças diagnosticadas ou que apresentam sinais considerados sintomas do TDAH. Um ponto que me chamou a atenção foi que apenas dois textos da revisão explicitaram a definição pela TRS, pois considero que as representações sociais sobre o TDAH, elaboradas e compartilhadas pelos atores envolvidos nesse diagnóstico, se articulam para a orientação das abordagens familiares e pedagógicas diante das crianças consideradas desatentas e agitadas, o que as tornam fenômenos privilegiados de investigação.

Destaquei a TRS como eixo epistemológico para este estudo por se tratar de uma teoria e de um método para o acesso às representações sociais, categoria do pensamento que constrói, expressa, responde e questiona a realidade, os objetos e os fenômenos com os quais os indivíduos se deparam (Minayo, 1999). As representações sociais dizem respeito ao modo como conhecemos os eventos da vida cotidiana e respondemos a eles; são o conhecimento espontâneo, natural, de senso comum, “produto e processo de uma elaboração psicológica e social da realidade” (Jodelet, 1990, p. 361, tradução minha), uma construção socialmente elaborada e compartilhada em relação a objetos socialmente valorizados. Ou ainda, nos dizeres de Moscovici (2012), uma modalidade de conhecimento particular que tem a função de elaborar os comportamentos e as comunicações entre os indivíduos e os grupos sociais.

A TRS se insere em um movimento das CHS que, desde a década de 1960, tem apontado os limites do objetivismo e enfatizado a importância da subjetividade para a compreensão dos diferentes problemas e realidades sociais. Esse movimento, originado na Sociologia do Conhecimento, enfatiza a construção dos significados a partir da inserção do homem na cultura, elaborados para melhor entender a si mesmo e o mundo que o cerca (Almeida; Santos; Trindade, 2000).

Fenômenos existem, acontecimentos ocorrem, e somos por eles afetados. Se em um

⁴ A revisão integra o artigo “Transtorno do déficit de atenção/hiperatividade (TDAH): análise da produção científica brasileira (2011-2022)”. Revista *Acta Scientiarum Education* (aprovado, aguardando publicação).

primeiro momento o saber pertence ao especialista, a necessidade de torná-lo familiar nos leva à sua apropriação num movimento em que o indireto se torna direto; o não familiar, familiar; o abstrato, concreto; o distante, acessível; e o demonstrado, observado, formas pelas quais nos apropriamos daquilo que nos é externo. A TRS é uma teoria e uma abordagem de pesquisa (Ortiz; Triani; Magalhães Júnior, 2003), que busca compreender o modo como as pessoas elaboram e compartilham conhecimentos e orientam suas práticas sociais. Ela não apenas trata da produção e da circulação do conhecimento, mas dos modos pelos quais ele é produzido: por quais motivos ou razões; com qual finalidade; em quais contextos e condições; e por meio de quais processos, sendo ele, o conhecimento, o resultado de interesses humanos (Duveen, 2003).

Logo, ao produzir pensamentos e orientar comportamentos sobre os fenômenos comuns a um grupo, no caso, o TDAH, entendo que a maneira como as famílias e os(as) profissionais da escola o representam compõe sua filiação a uma ou outra abordagem sobre o transtorno — a hegemônica e a crítica — e são por elas influenciadas, cada uma com encaminhamentos próprios diante das crianças consideradas desatentas e descomportadas. Essas crianças levam para as escolas seus contextos de vida, suas relações familiares, condições socioculturais e seus diferentes modos de ser e de aprender. A TRS conduz o olhar do pesquisador em relação aos objetos e objetivos que ele pretende conhecer e responder, resgatando o modo como os problemas sociais adquirem importância e são compreendidos e tratados pelos indivíduos, levando, para outro nível, os conhecimentos socialmente produzidos e compartilhados em relação a fenômenos concretos com os quais eles se deparam em seus cotidianos, demandantes de explicações e tomadas de decisão.

Durante certo tempo, as produções sobre o simbólico foram vistas como fenômenos secundários, insuficientes, reflexo de processos sociais, econômicos e ideológicos, percebidas com desconfiança, pois consideradas incapazes de atingir algum nível de objetividade. Estabelecida como campo legítimo de conhecimento desde as últimas décadas, a TRS não nega que há diferenças entre as representações sociais e as representações científicas, mas destaca que essas diferenças não são devidas à alguma insuficiência lógica das primeiras, e sim ao fato de elas combinarem diferentes áreas do conhecimento e de prática, além de vários modos de pensamento. Trata-se de uma heterodoxia em termos de raciocínio, imagens e informações disponíveis em estoques mentais e sociais, formando um conjunto mais ou menos coerente. Elas são como teorias do senso comum e, assim como as teorias científicas, elas satisfazem o intelecto, embora formadas por outros métodos para responder a preocupações e demandas diferentes (Moscovici, 2003).

Relativas a um objeto socialmente valorizado, as representações sociais têm uma base

comum e um alcance prático, apresentando as propriedades de um verdadeiro conhecimento que diz algo sobre o mundo, guiando nossas ações sobre ele. Situadas na interface entre as esferas coletivas e individuais, sociais e psicológicas, as representações sociais pressupõem que o social seja pensado como cognitivo e a cognição pensada como social (Jodelet, 1990, 2005), inscrevendo-se em uma teoria voltada à compreensão da subjetividade construída durante a existência social, como resultado de mediações e interações sociais.

A partir da revisão de literatura e da interação com as pessoas participantes da pesquisa, também julguei adequado contar com as produções de pesquisadores(as) vinculados(as) à Psicologia Escolar Crítica para a contextualização e problematização do diagnóstico do TDAH para a saúde e o campo escolar. Trata-se de uma abordagem teórica caracterizada pela perspectiva crítica e reflexiva sobre as práticas educacionais e os aspectos sociais e políticos mais amplos que as determinam, buscando questionar as relações de poder, as desigualdades e os mecanismos de reprodução presentes no contexto escolar e na sociedade em geral. Do ponto de vista histórico, trata-se de um movimento que teve início no final da década de 1970 em reação à Psicologia Escolar tradicional, que era fundamentada no modelo médico e nos pressupostos deterministas. Essa abordagem observava, classificava e entrevistava nos alunos que apresentavam dificuldades de aprendizagem a partir de estratégias de higiene mental, física e moral e práticas patologizantes e medicalizantes.

Fortalecendo as teorias das aptidões humanas, a Psicologia Escolar tradicional, desde as primeiras décadas do século XX, localizava nas crianças as causas do fracasso escolar, apoiando-se em explicações reducionistas e psicopatológicas para justificar as dificuldades e desigualdades de aprendizagem, como déficits do desenvolvimento, deficiências intelectuais ou distúrbios neurológicos considerados intrínsecos às crianças que não aprendiam (Firbida; Vasconcelos, 2018; Moysés; Collares, 2011; Patto, 1997, 2022, 2022a).

Compartilhando da crença de que a sociedade de classes é justa desde que cada indivíduo esteja ajustado ao seu lugar em função de suas capacidades, a Psicologia Escolar tinha um papel importante na identificação dos mais e dos menos aptos à escolarização. Tratava-se de um cenário onde “entender as dificuldades escolares era sinônimo, para os que praticavam a Psicologia educacional, de medir capacidades e habilidades, o que fazia dos testes [de inteligência] ferramentas imprescindíveis à ação escolar dos psicólogos” (Patto, 1997, p. 6, 2022, 2022a).

A Psicologia, com seu arcabouço psicométrico, foi convocada para fornecer respostas às queixas escolares em meio à expansão quantitativa da escola pública. Essa expansão era apontada como um dos fatores do fracasso escolar devido à entrada de contingentes de crianças

das classes populares no sistema educacional, frequentemente consideradas inaptas à escola e responsáveis pelos altos índices de reprovação e/ou evasão (Moysés; Collares, 2011; Patto, 2022, 2022a). Essa visão reforçou práticas de exclusão e estigmatização que, em vez de resolverem o problema, contribuíram para perpetuar as desigualdades educacionais.

Por outro lado, a Psicologia Escolar Crítica se consolidou a partir das teorias histórico-críticas da educação, como as teorias crítico-reprodutivistas, que revelavam o papel ideológico e excludente da escola, e do materialismo histórico dialético, focado na análise dos múltiplos determinantes das condições da escola pública brasileira. Esses referenciais destacam a contribuição da Psicologia para a manutenção de uma ordem social opressora e excludente que afetava profundamente os filhos dos trabalhadores. Essa crítica da Psicologia era dirigida à própria Psicologia, denunciando os abusos dos testes de inteligência, sua perspectiva reducionista e a falta de integração com outras áreas do conhecimento, como as Ciências Sociais. Isso “levava à psicologização, isto é, a acentuação da natureza individual dos problemas de aprendizagem” (Firbida; Vasconcelos, 2018, p. 4).

Essa crítica impulsionou uma mudança de olhar: antes centrado exclusivamente na criança, passou-se a considerar a instituição escolar e o contexto em que ela está inserida. O fracasso escolar, um dos principais desafios a serem enfrentados, passou a ser compreendido como um problema estrutural, produzido por mecanismos sociais, históricos e políticos (Patto, 2022, 2022a), inclusive sustentado pela própria escola, que apresentava queixas sobre problemas que ela mesma produzia (Moysés; Collares, 2011). Além da crítica, o objetivo era interpretar a realidade social e propor modelos de atuação que pudessem superar a forma descontextualizada com que os problemas de aprendizagem eram tradicionalmente tratados.

Nesse contexto de revisão crítica das causas do fracasso escolar, o TDAH, inserido no debate atual sobre os problemas da escolarização, tem atraído a atenção de pesquisadores das ciências médicas e das CHS, além de ocupar um lugar na mídia devido às polêmicas em torno da sua história, etiologia, prevalência e tratamento. Questões como sobrediagnóstico ou subdiagnóstico são frequentemente debatidas, levantando uma dimensão ética em relação ao acolhimento das crianças que apresentam comportamentos considerados desatentos ou agitados. Essa discussão suscita reflexões sobre o papel da escola e dos(as) seus(uas) profissionais para a promoção da aprendizagem.

No entanto, apesar das inúmeras pesquisas e publicações, não há consenso sobre o transtorno, nem mesmo um acordo claro sobre o que fazer com essas crianças. Isso levou um grupo de psiquiatras e psicólogos a publicar uma declaração de consenso sobre a ciência, definição, diagnóstico e tratamento do TDAH. Para Cannon, McKenzie e Sims (2004), essa

declaração poderia ser vista mais como uma declaração de posição do que de um consenso, uma vez que as polêmicas em torno do TDAH não foram resolvidas ou devidamente problematizadas. Autores(as) como Viégas e Oliveira (2014), alinhados(as) à perspectiva crítica, questionam a própria legitimidade do transtorno, argumentando que, sem um consenso claro no meio científico-social, sua legitimidade é questionável, visto que a validade de um diagnóstico depende amplamente do seu consenso. Além disso, nem mesmo haveria um tratamento específico para o TDAH, visto que os efeitos do MPH podem ser observados tanto em crianças diagnosticadas quanto em crianças que não teriam o transtorno (Timimi, 2004).

Organização dos capítulos

Inicialmente, apresento os fundamentos epistemológicos e históricos do TDAH, organizados em três capítulos. Em seguida, desenvolvo a análise do objeto de investigação à luz dos referenciais adotados, ao longo de dois capítulos.

No primeiro capítulo, “Percursos teórico-metodológicos: a pesquisa vista por dentro”, abordei os caminhos percorridos na pesquisa e os aspectos teórico-metodológicos da TRS. Essa teoria, como uma Psicossociologia do Conhecimento, investiga como os grupos sociais elaboram compreensões sociocognitivas diante dos fenômenos que os afetam. Também discuti os instrumentos de geração de dados, os procedimentos da vigilância epistemológica e a forma como conduzi as interações de campo, incluindo os processos de consentimento das pessoas participantes. Além disso, destaquei os fundamentos éticos da pesquisa.

No segundo, “TDAH, um transtorno ‘bom para pensar’”, explorei o tema da medicalização da vida e da sociedade e suas expressões no contexto escolar por meio das doenças da aprendizagem. Também destaquei algumas considerações sobre o instrumento diagnóstico SNAP-IV, focando nos seus limites para a avaliação do transtorno, mesmo como método de triagem. Este capítulo propõe um exercício de estranhamento frente às definições que tratam o TDAH e o seu tratamento como processos naturais decorrentes dos avanços e das descobertas das áreas médica e farmacológica.

O terceiro capítulo, “Conhecimentos sobre o TDAH: possibilidades de transitividade a partir das ideias fleckianas”, surgiu como uma adição não prevista inicialmente, mas que se revelou importante para melhor compreender como um mesmo fenômeno social pode ser explicado ou interpretado a partir de pressupostos divergentes. Nesse sentido, avalio que Fleck (2010) é um autor que pode oferecer contribuições para melhor entendermos a atual configuração do TDAH e a possibilidade de transitividade das ideias sobre o transtorno, além

dos determinismos e reducionismos historicamente constitutivos da sua abordagem orgânica.

Dediquei os capítulos finais à apresentação e interpretação dos dados. No quarto, “Identificando o TDAH: o que pensam os(as) profissionais da escola”, apresentei e explorei as representações sociais que os(as) profissionais da escola têm sobre o transtorno e sua relação com a aprendizagem e o comportamento das crianças. Especificamente, explorei como eles(as) identificam aquelas que podem ter TDAH e os encaminhamentos realizados para que essas crianças sejam atendidas. Também abordei suas percepções sobre o tratamento farmacológico e as mudanças observadas no comportamento e na aprendizagem das crianças após o diagnóstico, destacando as ancoragens e as objetivações de suas representações.

No quinto capítulo, “Tomando decisões: o que pensam as famílias”, interpretei as representações das famílias sobre o TDAH, incluindo a causalidade do transtorno e sua intervenção farmacológica, e como esses conhecimentos são mobilizados para a tomada de decisões relacionadas ao acompanhamento das crianças, as tensões entre o seu conhecimento e o dos(as) profissionais da escola e suas preocupações diante da classificação diagnóstica. Também destaquei os principais aspectos do contexto de vida das crianças, que, acredito, são pertinentes para a contextualização e o surgimento das características associadas ao TDAH, assim como para afirmar a necessidade de uma análise mais ampla das relações familiares, educacionais e sociais como ponto de partida para uma intervenção.

Para finalizar com a “Despatologização e desmedicalização da educação”, destaquei como as representações sociais do TDAH desempenham um papel duplo: elas tanto oferecem sentido às experiências vivenciadas pelas famílias e pelos(as) profissionais da escola quanto reforçam processos de medicalização da educação. Nesse cenário, apontei a necessidade de se questionar o protagonismo do diagnóstico e da medicação, defendendo uma análise crítica das práticas escolares e das implicações do transtorno. Por fim, ressalttei a necessidade de mudanças que promovam a despatologização da educação, com ações que valorizem a formação docente, o papel da escola e o reconhecimento das crianças como sujeitos de direitos.

Com isso, espero que este trabalho repercuta nos(as) profissionais da escola, nas famílias e nas crianças, culpabilizadas por problemas que não são delas, e contribua para a construção de alternativas e proposições diante da naturalização do comportamento e das diferentes expressões e condições da vida. Isso porque essas crianças podem viver uma “cidadania mais onerosa” (Sontag, 1984), se as características que expressam suas vivências ou situações de vulnerabilidade forem vistas como disfunções, erros que precisam ser quimicamente consertados — curiosamente, um dos medicamentos utilizados para o TDAH tem o sugestivo nome de Concerta. Crianças ritalinadas, crianças *concertadas*. Boa leitura!

CAPÍTULO 1 - CAMINHOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS: A PESQUISA VISTA POR DENTRO



*Caminho se conhece andando
Então vez em quando é bom se perder
Perdido fica perguntando
Vai só procurando
E acha sem saber
Perigo é se encontrar perdido
Deixar sem ter sido
Não olhar, não ver
Bom mesmo é ter sexto sentido
Sair distraído, espalhar bem-querer
(Deus me proteja, de Chico César, 2017).*

Em um dos artigos da coletânea que reuniu, entre outras temáticas, textos sobre preocupações teórico-metodológicas e responsabilidades moral e social do cientista, o sociólogo Howard Becker (1977, p. 123) chamou a atenção para o equívoco de pensarmos ser possível a produção de trabalhos de natureza qualitativa que sejam isentos dos valores, subjetividade e simpatias sociais e políticas do pesquisador. Para ele, a questão não se reduz ao suposto dilema da possibilidade ou impossibilidade de tomada de partido diante do objeto de investigação ou das pessoas participantes do estudo, mas implica na necessidade de esclarecermos “de que lado estamos nós”.

Disso, pode resultar a dúvida de se a tomada de partido é capaz de introduzir uma distorção a ponto de a pesquisa se tornar inútil ou se foi introduzido algum viés que deva ser considerado antes de os resultados do trabalho serem utilizados ou apreciados; de qualquer maneira, cabe ao pesquisador refletir se seus posicionamentos podem influenciar a análise dos dados gerados, e se o “Perigo é se encontrar perdido” (César, 2017), seu anúncio pode ajudá-lo a evitar distorções, seguir os propósitos da pesquisa, manter-se coerente à perspectiva ética adotada e melhor aplicar os conhecimentos científicos aos problemas práticos da sociedade.

Considerando a assertiva de Becker (1997), destaco que a discussão sobre a existência orgânica do TDAH se insere em um campo de disputas desde antes da criação de sua nomenclatura atual. Como outros transtornos mentais, esse diagnóstico não pôde, até agora, ser comprovado por exames laboratoriais ou imagens cerebrais, promessa da Psiquiatria biológica. No entanto, os efeitos dos comportamentos agitados e desatentos apresentados por algumas crianças são visíveis na medida em que elas sofrem com tais manifestações. Impactadas por sofrimentos de várias ordens, elas ficarão marcadas por esse quadro, diagnosticadas ou não, medicadas ou não — refiro-me à existência do problema, de um modo geral primeiramente

observado, avaliado e classificado no âmbito escolar.

Sendo tais características originadas de aspectos familiares, sociais e educacionais, os conflitos que as predispuseram podem ser acomodados e silenciados com o diagnóstico e, sendo consideradas sintomas decorrentes de uma causalidade médica, pode-se pressupor que a intervenção farmacológica seja suficiente para sanar as dificuldades de escolarização, vistas como um dos principais desdobramentos dos comportamentos agitados e desatentos. Em ambas as situações, quando encaminhadas aos serviços de saúde, diagnosticadas e medicadas, as crianças passam a fazer parte das estatísticas sobre consumo de MPH e prevalência do TDAH, com todas as implicações que essa classificação representa.

Estudei as representações sociais do TDAH a partir das comunicações dos(as) profissionais da escola e das famílias de crianças diagnosticadas, grupos de pessoas diretamente impactadas por esse transtorno, um objeto que tem relevância e “força social” (Menin; Shimizu; Lima, 2009) para esses grupos. É por meio dessas representações e da literatura sobre o tema que afirmo um posicionamento crítico em relação à condução desse diagnóstico, e embora não saiba o quanto produzi de uma boa tese, busquei realizar um estudo que não fosse exclusivamente laudatório.

Compreendo que esses estudos não significam uma produção menor, mas, quando fiz a opção de me dedicar a esta pesquisa e destaquei a preocupação em compreender elementos em torno desse transtorno, desejei que o exercício repercutisse nas crianças que recebem um dos diagnósticos mais pertinentes ao processo de medicalização, cuja expressão no âmbito da escola tem produzido, para esse caso, contingentes de crianças/alunos(as)/portadores(as) de uma disfunção crônica e de causas genéticas, como afirma a Psiquiatria, embora sua nosologia guarde indefinições. O *anthopological blues* (Da Matta, 1978) contribuiu para que aspectos indizíveis ou desconsiderados no encontro clínico emergissem nas interações de campo, os quais, abordados nos capítulos analíticos, sinalizam para uma gama de situações não cobertas pelas generalizações dos critérios de avaliação do TDAH.

Neste capítulo, especificamente, apresento os aportes teórico-metodológicos que me guiaram para que os objetivos da pesquisa fossem respondidos. Sem a pretensão de tê-lo feito de forma acabada, espero ter lançado alguma luz à compreensão do TDAH, ao modo como ele é socialmente constituído e às implicações desse diagnóstico para as subjetividades, à saúde e às trajetórias escolares e sociais das crianças medicalizadas, assim como para a construção de proposições despatologizantes e desmedicalizantes na escola, dimensões que poderão ser aprofundadas em momentos posteriores ou resgatadas por outros pesquisadores. A TRS foi o fundamento teórico-epistemológico por meio do qual me aproximei desse construto a partir

de algumas indagações:

(1) O que as representações sociais dos(as) profissionais da escola e das famílias comunicam sobre o TDAH e quais são seus desdobramentos para as abordagens familiares e pedagógicas conduzidas juntamente a essas crianças?

(2) O que os(as) profissionais da escola que atendem tais crianças pensam sobre o TDAH?

(3) Como os(as) profissionais da escola identificam as crianças que apresentam características consideradas indicativas do TDAH e quais encaminhamentos são realizados?

(4) O que as famílias de crianças diagnosticadas pensam sobre o TDAH e quais decisões são tomadas para o seu atendimento e acompanhamento?

(5) Quais são os principais aspectos dos contextos de vida das crianças diagnosticadas?

Essas perguntas foram formuladas por meio de um olhar comparado, característica das Ciências Sociais, as quais têm evidenciado os constrangimentos decorrentes da visão técnica e reducionista da Medicina, que geralmente concebe a doença como alteração nos parâmetros clínicos e estatísticos, negligenciando a importância da linguagem, dos significados e dos sentidos que as enfermidades podem ter para o grupo e o indivíduo afetado por elas. Sobre isso, “Eu quase que nada não sei. Mas desconfio de muita coisa” (Guimarães Rosa, 1994, p. 13-4), e as respostas a tais questões me possibilitaram refletir sobre o que afeta o outro a partir de uma perspectiva situada, coerente com minhas escolhas teórico-metodológicas.

1.1 O fenômeno das representações sociais

Minha escolha pela TRS como fundamento epistemológico da pesquisa se justifica tanto pelos objetivos do estudo quanto por observações relacionadas ao próprio fenômeno investigado e à literatura produzida sobre ele. Trata-se de uma teoria que se insere em uma perspectiva que valoriza a centralidade das falas, ideias, afetos, emoções, comunicações e processos cognitivos das pessoas em relação aos objetos que as afetam em suas vidas cotidianas. Além disso, compreende que as possibilidades de transformação também passam pelo entendimento de como esses sujeitos interpretam e representam o mundo. Nesse sentido, conforme aponta Weber (2002, p. 197):

Não as ideias, mas os interesses material e ideal, governam diretamente a conduta do homem. [Todavia,] Muito frequentemente, as ‘imagens mundiais’ criadas pelas

‘ideias’ determinam, qual manobreiros, os trilhos pelos quais a ação foi levada pela dinâmica do interesse (Max Weber, 2002, p. 197).

O trecho acima remete ao fato de o agir humano ser tanto decorrente de interesses materiais quanto das ideias ou representações do mundo, e que a vida cotidiana é carregada de significação cultural, expressa na articulação da sua base material e das ideias que nela circulam. Por conseguinte, é na obra “A ética protestante e o espírito do capitalismo” que Weber (2003) mostrou a importância das representações sociais para as mudanças sociais, destacando o modo como os ditados populares, as visões de mundo e as concepções protestantes de trabalho como vocação e resignação, de acumulação como sinal de eleição divina e de lucro como componente legítimo das relações econômicas contribuíram para o desenvolvimento do capitalismo. Além da importância histórica das ideias, trata-se de uma escolha coerente à minha posição ético-ontopistemológica: a de levar as pessoas participantes “a sério” (Goldman, 2003), ouvi-las, propor elementos para que elas reflitam sobre suas práticas e informar aspectos mais amplos em torno da manifestação dos sintomas do TDAH.

Conforme esclarecido por Minayo (2002), a pesquisa é a atividade básica para a indagação e a construção da realidade, alimentando a atividade de ensino e atualizando-a frente à realidade do mundo. Trata-se de uma prática teórica que vincula pensamento e ação, como fazem as representações sociais, “um modo de pensamento sempre ligado à ação, à conduta individual e coletiva, uma vez que ela cria ao mesmo tempo as categorias cognitivas e as relações de sentido que são exigidas” (Herzlich, 2005, p. 59), pois “nada pode ser intelectualmente um problema se não tiver sido, em primeiro lugar, um problema da vida prática” (Minayo, 2002, p. 17). A TRS se situa em um campo multidimensional para a interpretação da realidade, necessária para o aprofundamento do que se deseja investigar, pois se baseia no entendimento das lógicas que estão por trás dos fenômenos sociais por meio de uma indagação: O que as pessoas pensam e como elas pensam sobre os acontecimentos que se apresentam a elas? Nas palavras de Guareschi (1996, p. 15), trata-se de uma teoria com a qual se pode “ler os mais diversos fenômenos e objetos do mundo social”, elaborada num cenário de crítica aos estudos de fundamentação positivista na área das Ciências Sociais e de uma crise teórica no campo da própria Psicologia em decorrência de pressupostos individualistas.

A preocupação com as representações coletivas ou sociais e sua relação com a expressão e a produção do conhecimento está presente nas Ciências Sociais desde os estudos de Mauss (1981) sobre a demonstração obrigatória dos sentimentos nos rituais funerários australianos e as investigações de Durkheim (1978) a respeito das categorias mais elementares do entendimento humano. Foi por meio do estudo do totemismo australianos, considerado um

dos sistemas religiosos mais arcaicos e primários, que Durkheim construiu sua Sociologia do Conhecimento e atribuiu às representações coletivas um poder explicativo dos fenômenos da vida social por meio das quais o grupo pensa a si próprio na relação com os objetos que o cerca: “Sabe-se desde muito tempo que os primeiros sistemas de representações que o homem fez do mundo e de si mesmo são de origem religiosa [...]. [E] Se a filosofia e as ciências nasceram da religião, é que a própria religião começou por ocupar o lugar das ciências e da filosofia” (Durkheim, 1978, p. 211).

Portando características dos fatos sociais e coerente à teoria durkheimiana para a elaboração de uma Sociologia positivista, as representações coletivas são externas, coercitivas e têm poder de obrigação, pois, ligadas aos fatos sociais, elas próprias se tornam fatos sociais (Minayo, 1999). Tanto em Mauss quanto em Durkheim, as representações expressam conhecimentos comuns, exprimem realidades coletivas e referem-se a categorias do entendimento, ao sentido e à ação e explicam as práticas sociais.

No início do século XX, período marcado por guerras, ideologias e intensos debates políticos, a obra de Durkheim foi momentaneamente esquecida (Horochovski, 2004), e o conceito de representações coletivas perdeu importância nas Ciências Sociais. Esse conceito foi retomado e reelaborado na década de 1960 pela Psicologia Social europeia a partir de Moscovici (1981, 2003, 2012), cujos estudos modernizaram a Sociologia do Conhecimento por meio de uma nova compreensão da relação entre os fatos sociais e as dimensões individuais.

Se o conceito de representações coletivas foi desenvolvido a partir de sociedades pouco complexas, com forte predomínio da consciência coletiva e com mobilidade e dinâmica sociais reduzidas, o fenômeno das representações sociais se mostra fecundo para a compreensão de eventos que atingem os sujeitos e os grupos nas sociedades modernas, caracterizadas pela fluidez, intensidade das trocas econômicas e sociais e perpassadas pela ciência e pela mídia (Farr, 2011; Guareschi, 2011; Jodelet, 1990, 2001). Todavia, há “uma clara continuidade entre o estudo das representações coletivas de Durkheim e o estudo mais moderno, de Moscovici” (Farr, 2011, p. 28), cuja Psicologia Social “foi orientada para questões de como as coisas mudam na sociedade, isto é, para aqueles processos sociais pelos quais a novidade e a mudança, como a conservação e a preservação, se tornam parte da vida social” (Duveen, 2003, p. 15).

Desse modo, ao contrário de Durkheim, Moscovici estava preocupado em explorar a diversidade das ideias coletivas nas sociedades modernas e o modo pelos quais elas se transformam. Ele observou que as representações sociais na sociedade presente são moldadas em um contexto onde o tempo é muito curto para permitir a sedimentação das ideias e a criação de tradições estáveis (Moscovici, 1981, p. 183).

Sem perder de vista o “glorioso passado do conceito” clássico para o problema indivíduo-sociedade (Moscovici, 2012, p. 39), a Psicologia Social, situada na interface dos conceitos sociológicos e psicológicos, passou a contemplar os fenômenos sociais como psicossociológicos, apreciados do ponto de vista social e cultural e das interações entre os indivíduos. Trata-se de perceber o quanto os sujeitos são produtos da sociedade enquanto, simultaneamente, elaboram, difundem, transformam, inventam e criam valores, teorias e significados aos fenômenos que se apresentam a eles, sendo as representações sociais definidas como “um corpo organizado de conhecimentos e uma das atividades psíquicas graças aos quais os homens tornam a realidade física e social inteligível, se inserem em um grupo ou relação cotidiana de trocas e liberam os poderes de sua imaginação” (Moscovici, 2012, p. 28).

A elaboração das representações sociais é um esforço individual e coletivo para conhecermos e dominarmos o mundo, física e intelectualmente, nomear e resolver os problemas que enfrentamos por meio da tomada de decisões em um cenário onde os sujeitos estão socialmente conectados. Trata-se de realidades mentais que circulam através da comunicação e se cristalizam em condutas, comportamentos e práticas sociais. Nos dizeres de Moscovici (2012, p. 39), as representações sociais são

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

Ou, conforme definição de Jodelet (2001, p. 22),

[...] uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social. Igualmente designada como saber de senso comum ou ainda saber ingênuo, natural, esta forma de conhecimento é diferenciada, entre outras, do conhecimento científico. Entretanto, é tida como um objeto de estudo tão legítimo quanto este, devido à sua importância na vida social e à elucidação possibilitadora dos processos cognitivos e das interações sociais.

O fenômeno das representações sociais foi apresentado em um período marcado por tentativas de superação de abordagens que desconsideravam os saberes do senso comum (Rocha, 2014). Além disso, havia uma preocupação com o impacto da ciência na sociedade e na vida cotidiana das pessoas, bem como com a forma pela qual o conhecimento científico se transformava em crenças ou teorias do senso comum, sendo apropriado tanto por indivíduos

quanto por coletividades. Em seu trabalho de doutorado, Moscovici (2012) se dedicou a entender como a psicanálise foi introduzida e difundida entre a população francesa, mostrando como um conhecimento especializado se tornou parte do cotidiano e seus termos — como trauma, sexualidade, infância, recalque, complexo, ego e inconsciente — foram integrados ao conhecimento popular a partir de conversações, opiniões e mídia. Isso resgatou o senso comum como forma legítima de conhecimento que dialoga com a ciência e orienta a produção de saberes e as ações dos indivíduos.

Herzlich (2005, p. 59) destaca que os termos da psicanálise se tornaram categorias do entendimento humano e da linguagem, expressando uma evidência imediata a quem os utilizava: “Uma comunicação foi construída, um acordo foi feito em torno de um modelo abstrato que se transformou em experiência direta”. Esse processo revela como, a partir de um acontecimento cultural e valorizado, conhecimentos são apropriados, produzidos e transformados num domínio que é público, próprio dos saberes populares e do senso comum. Esses conhecimentos se adaptam às crenças e necessidades que as pessoas têm em seus contextos sociais específicos, funcionando “como teorias, como ciências coletivas *sui generis*, destinadas à interpretação e à formação do real” (Moscovici, 2012, p. 47, grifo próprio).

As teorias de senso comum referem-se aos conhecimentos produzidos por pessoas leigas em resposta à sua interação com o mundo. Esses conhecimentos apresentam uma ordem de realidade distinta, em sua elaboração e função, em comparação com o conhecimento científico (Almeida; Santos; Trindade, 2000). Assim, as representações se tornam senso comum à medida que são incorporadas no “mundo comum e cotidiano em que nós habitamos e discutimos com nossos amigos e colegas e circulam na mídia que lemos e olhamos”. Sustentadas “pelas influências sociais da comunicação, constituem as realidades de nossas vidas cotidianas e servem como o principal meio para estabelecer as associações com as quais nós nos ligamos uns aos outros” (Duveen, 2003, p. 8). Nesse aspecto, o estudo das representações sociais “investiga justamente como se formam e como funcionam os sistemas de referência que utilizamos para classificar pessoas e grupos e para interpretar os acontecimentos da realidade cotidiana” (Alves-Mazzotti, 1994).

Sá (2004, p. 27) aponta que as representações sociais se originam “de uma compreensão alcançada por indivíduos que pensam” juntos, cujos temas geradores são os que despertam atenção e interesse nas pessoas. Esses temas, relevantes e atuais, circulam na sociedade desde o universo reificado, o âmbito das produções científicas e da circulação da objetividade e das produções abstratas, e penetram nas interações sociais a partir dos universos consensuais, “atividades intelectuais da interação social cotidiana pelas quais são produzidas as

Representações Sociais” (Sá, 2004, p. 28). É neles que se encontram as teorias do senso comum e as práticas interativas cotidianas, universo onde “cada grupo de pessoas em uma sociedade é igual e livre, sendo que cada indivíduo pode falar em nome do grupo. Assim, nenhum membro possui competência exclusiva” (Ortiz; Triani; Magalhães Júnior, 2023, p. 103). Por outro lado, no universo reificado, “a sociedade se concebe como um sistema com diferentes papéis e categorias, cujos ocupantes não estão igualmente intitulados a representá-la e falar em seu nome” (Moscovici, 1981, p. 184, tradução minha). Nesse universo, o grau de participação é determinado exclusivamente pelo nível de qualificação dos sujeitos, frequentemente expresso em sentenças como “Eu não sou especialista neste ou naquele assunto”.

Moscovici (1981, p. 181) observa que as representações sociais consistem em “um conjunto de conceitos, afirmações e explicações originadas no cotidiano, no decurso de comunicações interindividuais. Elas são equivalentes, em nossa sociedade, aos mitos e sistemas de crença nas sociedades tradicionais”, representando uma versão contemporânea do senso comum, visto que, nas sociedades modernas, parte do conhecimento que nos afeta não deriva de nossa experiência direta, mas de conceitos e analogias gerados no universo reificado, do qual não participamos diretamente. Elaboramos, portanto, um novo senso comum — um universo consensual — para tornar esses conhecimentos acessíveis e menos perturbadores.

Assim, as representações não surgem em um vazio histórico-social; elas refletem os modos de pensar da sociedade, sendo diferentes e complementares à ciência. Se, no passado, a ciência se baseava no senso comum e o tornava menos comum, hoje o “senso comum é a ciência tornada comum”, reconstruída e reapresentada. Portanto, a ciência não é um antídoto contra as representações, como se poderia tentar afirmar; ao contrário, ela é parte delas. À medida que teorias, informações e acontecimentos se multiplicam, elas precisam ser transferidas ao universo consensual, onde são reinterpretadas e representadas de maneira mais tangível e acessível (Moscovici, 2003, p. 60).

Afirmar que o “senso comum é a ciência tornada comum” não implica que o senso comum tenha se tornado ciência, mas sim que ele pode ser acessado e compreendido cientificamente. Isso é possível, especialmente, pela interpretação de dois processos cognitivos ligados à formação das representações sociais, a ancoragem e a objetivação, que serão tratados mais adiante. Por outro lado, a “ciência é tornada comum” quando apropriada e re-apresentada pelo universo consensual para a interpretação do mundo. Nesse aspecto, se antes a ciência partia do senso comum e se distanciava de sua natureza cotidiana, hoje o senso comum retrata a ciência sob uma perspectiva mais familiar e cotidiana (Moscovici, 1981).

De um modo geral, o não familiar, gerador das representações sociais, é transferido

cotidianamente para o universo consensual por divulgadores científicos, como jornalistas, professores, propagandistas e comentaristas políticos e econômicos, que têm os meios de comunicação como principal apoio nessa divulgação (Moscovici, 1981). Essas ideias entram no “mundo das conversações”, onde as trocas verbais ocorrem e são misturadas aos conhecimentos, vocabulários, diálogos, leituras, lembranças, experiências, reflexões e opiniões. É da necessidade de se compreender e dizer o que se sabe que as representações sociais são formadas, ganham corpo e se difundem.

Nesse sentido, ao se deter no aspecto histórico da aids, Jodetet (2001, p. 20) escreveu:

O que ocorreu? Um acontecimento surge no horizonte social, que não se pode mostrar indiferente: mobiliza medo, atenção e uma atividade cognitiva para compreendê-lo, dominá-lo e dele se defender. A falta de informação e a incerteza da ciência favorecem o surgimento de representações que vão circular de boca em boca ou pular de um veículo de comunicação a outro.

Da mesma forma, mas sem usar o conceito de representações, Sontag (1988,1995) explorou como as informações sociais sobre a aids — circuladas, valorizadas e atualizadas — influenciaram na negociação de significados e de condutas em relação à essa doença e às pessoas acometidas por ela, como já havia destacado anteriormente em relação às metáforas do câncer e da tuberculose (Sontag, 1984). No romance “Assim vivemos agora”, Sontag (1995, p. 11, grifo próprio) escreveu sobre a negociação de significados e mudanças nas condutas comportamentais ativadas pelas concepções em torno da aids:

Até onde eu sei, não corri nenhum risco, mas nunca se sabe, disse Aileen. Isso é totalmente sem precedentes, disse Frank. Mas você não acha que ele devia consultar um médico, Stephen insistiu. Escute, disse Orson, você não pode obrigar as pessoas a tomar conta de si mesmas, e porque você imagina logo o pior, ele podia simplesmente ser atropelado, as pessoas continuam tendo doenças comuns, algumas horríveis, porque você acha que tem que ser *aquilo*? Mas tudo o que quero, disse Stephen, é ter certeza de que ele compreende que existem opções, porque outras pessoas não compreendem isso, e daí não querem consultar um médico ou fazer o teste, acham que não há nada a fazer. Mas há mesmo qualquer coisa que a gente possa fazer?, ele disse para Tanya, (segundo Greg), quer dizer, se realmente estou doente, o que eu ganho se eu for ao médico?, dizem que ele disse, isso é uma coisa que muito em breve eu descubro.

As representações sociais envolvem “a pertença social ao nível da posição na estrutura social, ao nível da inserção nos grupos sociais e culturais que definem a identidade, ao nível do entorno social onde se desenvolvem as relações sociais [e] ao nível do espaço social e público que enreda os atores” (Jodelet, 2007, p. 61). Elas simbolizam e interpretam o objeto, sendo ao mesmo tempo uma construção e uma expressão do sujeito, considerado do ponto de vista

psicossociológico e epistêmico. Esse processo envolve atividades sociais e cognitivas, respondendo questões como “Quem sabe e de onde sabe?”; “O que e como sabe?”; “Sobre o que sabe e com que efeitos?” (Jodelet, 2001, p. 28). Esses fatores estão relacionados e imbricados com as condições de produção e circulação das representações sociais; aos processos em que elas são elaboradas e transformadas, incluindo seus suportes como a comunicação e o comportamento; e à preocupação com o estatuto epistemológico dos estudos em representações sociais, focalizando as relações que a representação guarda com a ciência e com o real.

Em suas reflexões sobre a amplitude do termo representações sociais, Sá (1998, p. 64) abordou a possibilidade de sua utilização autônoma, desvinculada do conceito proposto por Moscovici, e discutiu sobre as diferentes abordagens desenvolvidas a partir da “grande teoria”: a societária, de Willem Doise, a estrutural, de Jean Claude Abric, e a processual/cultural, de Denise Jodelet, a qual me aproximo nesta tese. Mais recentemente, uma quarta abordagem das representações sociais foi convencionalizada, a abordagem dialógica, de Ivana Marková (Ortiz; Triani; Magalhães Júnior, 2023).

1.1.1 Ancoragem e objetivação

Dois processos cognitivos, a ancoragem e a objetivação, contribuem dialeticamente para a formação das representações sociais. Eles demonstram a interdependência entre a atividade psíquica e as condições sociais em que elas ocorrem e, articulados, asseguram o cumprimento de suas funções fundamentais: a incorporação do estranho ou do novo, isto é, sua integração ao que já é conhecido, e a orientação das condutas, atitudes ou práticas sociais em relação ao objeto, pessoa ou fenômeno representados (Jodelet, 1990). Para isso, enquanto a ancoragem transfere o desconhecido para nosso esquema de referência, onde podemos compará-lo e interpretá-lo, a objetivação o reproduz em algo que nós pensamos ser visível e tangível (Moscovici, 1981).

Esses processos cumprem o principal propósito das representações sociais, o de transformar o não familiar em familiar para atender exigências intelectuais (Moscovici, 1981, 2003, 2012) em relação à busca por sentidos, inerente a todas as sociedades. Tal fato ocorre porque, desde que a linguagem e a consciência se fizeram presentes, os homens passaram a construir significados em torno das relações que estabelecem entre si e entre eles e os fenômenos com os quais se deparam ou participam (Lévi-Strauss, 1970).

Uma primeira aproximação do conceito de ancoragem pode ser realizada pelo verbete

ancorar, referido como “Fixar, firmar: ancorar as ideias em sólida argumentação” (Ancorar, 2024). Para a TRS, tais ideias são ponto de referência ou apoio para a formação das representações sociais. A ancoragem permite que o novo seja incorporado, encaixado ou fixado a uma rede prévia de categorias e significados. Nesse processo, uma nova ideia, objeto, acontecimento ou fenômeno é conectado a conceitos circulantes na cultura, facilitando sua interpretação e comunicação. Por meio da ancoragem, “a sociedade torna o objeto social um instrumento do qual pode dispor, e esse objeto é colocado numa escala de preferência nas relações sociais existentes” (Moscovici, 2012, p. 156). Trata-se de “um processo que transforma algo estranho e perturbador, que nos intriga, em nosso sistema particular de categorias e o compara com um paradigma de uma categoria que nós pensamos ser apropriada” (Moscovici, 2003, p. 61).

Ancorar é classificar, nomear, acomodar e comunicar algo, tornando-o menos ameaçador e perigoso (Moscovici, 1981, 2003, 2012), e até mesmo passível de ser afastado. Conforme Morera *et al.* (2015, p. 1164), a ancoragem favorece a comunicação entre as pessoas e “os grupos aos quais pertencem sob critérios comuns, com a mesma linguagem. Trata-se de uma relação direta com as funções de classificar, nomear e ordenar o entorno em unidades significativas de compreensão”, o que, na maior parte das vezes, implica em juízos de valor, pois, quando nomeamos e classificamos, o fazemos em categorias que, historicamente, comportam dimensões valorativas.

As metáforas sobre o câncer e a aids discutidas por Sontag (1984, 1988), entendidas como representações sociais que desempenham um papel fundamental na construção simbólica dessas doenças e nas atitudes sociais das pessoas afetadas, também podem ser pensadas a partir do processo de ancoragem. A representação de que a aids é uma doença relacionada à punição moral está ancorada em conceitos sobre sexualidade e comportamentos moralmente aceitáveis, enquanto o mal está ancorado na figura do outro. Da mesma forma, a metáfora do câncer como batalha está ancorada nos conceitos culturais de heroísmo, luta e resistência.

O trabalho de Jodelet (2005) sobre as representações sociais da loucura e da saúde mental elaboradas pelos moradores de uma comuna francesa que passou a acolher os doentes até então asilados oferece uma contribuição significativa para compreender o processo de ancoragem. Confrontados cotidianamente pelo diferente e pela necessidade de se diferenciar dos loucos diante do risco de eles próprios serem considerados como um deles, os aldeões passaram a decifrar a loucura segundo categorias pré-existentes, como vagabundos, epiléticos, maloqueiros e idiotas, categorias que, ao demarcá-los, estabelecia a alteridade em relação aos normais.

O processo de ancoragem envolve ao menos três movimentos (Bertoni; Galinkin, 2017; Jodelet, 1990, 2005; Moscovici, 1981, 2003):

(1) A atribuição de um sentido a um objeto, pessoa ou fenômeno é enraizada em uma rede de significados articulados e hierarquizados a partir de categorias e valores pré-existentes em determinado contexto cultural. Esses estoques de memória permitem que o objeto, a pessoa ou o fenômeno, ao ser inscrito em uma rede prévia de significação, adquira características específicas.

(2) A instrumentalização do saber, visto que a ancoragem possibilita um valor funcional à representação, que se torna uma teoria de referência para a compreensão do mundo social, regulando as interações do grupo e redefinindo o objeto diante de uma rede de significados.

(3) O enraizamento no sistema de pensamento, pois, uma vez que as novas representações não se inscrevem em um quadro em branco, mas em esquemas mentais pré-existentes, o novo se transforma em familiar ao mesmo tempo em que transforma o conhecimento anterior. O esquema já existente se torna referência para os mecanismos de classificação do novo objeto, articulando as oposições entre as duas ordens de fenômenos: os elementos inovadores (não familiares) e aqueles que fazem parte do cotidiano (familiares).

Dialéticamente, a objetivação está ligada a uma das características do pensamento social: tornar o abstrato concreto ou materializar a palavra. Esse é o processo pelo qual conceitos são representados em imagens, dando uma textura material às ideias e permitindo que as coisas correspondam a elas. Esse processo “une a ideia de não-familiaridade com a de realidade, tornando[-a] a verdadeira essência da realidade”. Assim, a representação se desloca de um universo intelectual e se torna visível, transformando “a palavra que substitui a coisa, na coisa que substitui a palavra” (Jodelet, 1990; Moscovici, 1981, 2003, p. 71).

Por meio da objetivação, um esquema conceitual abstrato ganha uma imagem, reduzindo a distância entre a palavra e o objeto. Isso ocorre quando se descobre a qualidade icônica de uma ideia, preenchendo-a com repertórios de palavras, como se essas fossem alguma substância que se refere a imagens específicas e equivalentes. Dessa forma, a ideia ou conceito é associado a uma imagem ou qualidade icônica, tornando mais fácil a comunicação sobre ela. Isso também permite que a imagem substitua a palavra, transformando-a em “uma cópia da realidade” (Oliveira; Werba, 2005, p. 110) e trazendo a produção simbólica para um nível quase material (Jovchelovitch, 2011). Conforme Morera *et al.* (2015, p. 1163),

Na objetivação, a intervenção do social se traduz no agenciamento e na formulação

dos conhecimentos relativos ao objeto de uma representação, articulados com uma característica do pensamento social, que é a propriedade na qual se concretiza o abstrato, ou seja, ocorre a materialização da palavra. Com a objetivação, pode-se definir uma operação estruturante da imagem.

Segundo Jodelet (2001), toda figura tem um sentido, e todo sentido tem uma figura. Nesse contexto, a objetivação serve para duplicar o sentido por meio de uma relação com a materialidade, associando uma forma ou figura a um conhecimento prévio, tornando-o concreto. Ela une o conceito à imagem, substituindo-o por uma contrapartida material, naturalizando e classificando o objeto representado a partir de um movimento que torna o símbolo real e dá à realidade um aspecto simbólico. Enquanto a naturalização confere realidade e materialidade ao que antes era abstrato, a classificação nomeia e distingue sujeitos ou fenômenos sociais, situando-os na realidade social mais ampla através da definição de diferenças entre eles (Moscovici, 2012).

Esse processo, o de objetivação, é sistematizado em três etapas (Bertoni; Galinkin, 2017; Jodelet, 1990, 2005; Moscovici, 1981, 2003):

(1) A seleção e a descontextualização do que será representado — o conjunto de ideias, informações, conceitos ou valores culturais e normativos sobre os objetos sociais — envolvem a retenção de apenas alguns elementos, retirados do seu contexto com base em conhecimentos ou experiências anteriores, ou porque atendem mais adequadamente à busca de sentido. Isso garante a redução do excesso de informações e até mesmo sua transformação e releitura. Esse momento também pode ser entendido, segundo Jovchelovitch (2011), como o ato de condensar significados diversos. Tais informações são desvinculadas do campo científico e apropriadas pelo público que, projetando-as como fatos do seu próprio universo, pode controlá-las.

(2) A formação ou esquematização estruturante de um núcleo figurativo, que diz respeito à construção de uma imagem que reproduz o conceito e tornará o abstrato real. Em outras palavras, os conceitos teóricos são substituídos por qualidades imagéticas que permitem que eles sejam compreendidos.

(3) A naturalização dos elementos da representação, que ocorre quando as características construídas em relação ao objeto se subordinam a elementos ou características naturais e reais. Jodelet (1990) entende esse processo como uma biologização do social, que transforma diferenciações sociais em diferenciações do ser. A autora ilustra como as relações étnico-raciais são exemplos de como uma imagem ou palavra pode congelar o outro em um status de natureza. Nesse contexto, o pensamento social brasileiro fornece um caso esclarecedor, na medida em que a miscigenação racial, característica marcante da cultura, foi

considerada entrave para um projeto de nação devido à suposta degeneração da raça, que levava à formação de indivíduos desajustados, física e moralmente. Apagadas as condições reais de existência de parcelas significativas da população, as diferenciações sociais foram objetivadas em aspectos biológicos.

A objetivação resolve o problema do excesso de significações por meio da materialização, fazendo com que aquilo que era específico a um conceito receba uma contrapartida real. Moscovici exemplifica essa ideia com o conceito de Deus (1981, 2003). Inicialmente difícil de representar, ganha substância ao ser comparado à imagem de um pai, tornando-se visível. No contexto da psicanálise, os complexos, hipótese teórica e abstrata para interpretar alguns sintomas, inclusive junto a indivíduos que não o apresentam, tornam-se atributos reais. Assim, o Complexo de Édipo, quando comunicado ao público e circulado, deixa de ser restrito à relação pai-filho e passa a ser considerado um atributo da pessoa, tornando-se visível na medida em que pode ser identificado em qualquer indivíduo (Jodelet, 1990, Moscovici, 2012). Articuladas, a ancoragem e a objetivação asseguram o cumprimento das funções estruturais das representações sociais: a incorporação do estranho ao novo, ou da sua integração cognitiva, a interpretação da realidade e a fundamentação dos comportamentos e das relações sociais.

1.1.2 Permanências, rupturas e mudanças sociais

Os conteúdos das representações sociais não são fixos, pois se encontram ancorados na realidade social e temporal, combinando aspectos estáveis e dinâmicos, uma das preocupações de Moscovici (2003). Dessa forma, considerando que o material de campo indicou a coexistência de elementos estáveis e dinâmicos das representações sociais, também me apoiei na matriz temporal proposta por Spink (1993, p. 300, 2010, 2011), segundo a qual as representações sociais se manifestam como elementos cognitivos, mas não se reduzem a eles. Ela afirma que as representações sociais “são, essencialmente, fenômenos sociais que, mesmo acessados a partir do seu conteúdo cognitivo, têm de ser entendidas a partir do seu contexto de produção”, onde os conhecimentos que as constituem são elaborados, transformados e difundidos. O objeto de estudo das representações sociais é a atividade de reinterpretação de todo o conhecimento prático ou das teorias do senso comum, sendo seus contextos de produção marcados pelos tempos históricos que permeiam a construção dos significados sociais:

[...] a elaboração das representações sociais, enquanto formas de conhecimentos práticos que orientam as ações no cotidiano, se dá na interface de duas forças

monumentais. De um lado, temos os conteúdos que circulam numa dada sociedade e que têm suas origens tanto nas produções mais remotas constituintes do imaginário social, quanto nas produções culturais locais e atuais que emergem da convivência cotidiana. De outro lado, há as forças decorrentes do próprio processo de interação social e as pressões para definir uma dada situação de forma a confirmar e manter identidades coletivas (Spink, 2011, p. 99).

Essa diversidade pressupõe que, embora haja estabilidade ou consenso, existem mudanças, contradições e rupturas em relação ao conteúdo das representações sociais, assim como ao conhecimento prático ou às teorias do senso comum que organizam as ações dos indivíduos e dos grupos sociais. Essa articulação pode ser melhor compreendida a partir dos três tempos históricos que perpassam a construção dos significados sociais, o tempo longo, o vivido e o curto. A partir dessa proposta teórico-metodológica, o contexto de elaboração das representações sociais é tanto definido pelo espaço social onde a ação se desenrola quanto por uma perspectiva temporal que demarca esses tempos (Simpson *et al.*, 2013).

O tempo longo contém os significados mais estáveis e duradouros do conteúdo das representações sociais, pois refere-se às produções culturais que circulam em uma dada época. O tempo vivido é uma extensão desse tempo longo e inclui as determinações do contexto em que ocorrem os processos de socialização, o território do “habitus”, das disposições adquiridas em função da pertença a determinados grupos sociais. Já o tempo curto, tempo da produção de sentidos, representa o contexto das relações imediatas que contém os conteúdos mais instáveis e dinâmicos das representações sociais, nos quais “se presentificam as diferentes vozes ativadas [e combinadas] pela memória cultural do tempo longo ou pela memória pessoal do tempo vivido” em um momento concreto da vida social. Essa interação visa a funcionalidade das representações sociais (Spink, 2010, p. 34).

O indivíduo social carrega uma trajetória pessoal e histórica situada dentro de um contexto específico que exerce influência sobre ele. Dessa forma, ele utiliza as experiências do seu meio em conformidade com os conhecimentos acumulados pelos tempos longo, ou histórico, e vivido. Esses conhecimentos, juntamente a eventos atuais, são empregados para o seu posicionamento dentro de uma rede de relações e pertencimento no tempo curto, ou presente (D’Assunção *et al.*, 2016). É no decurso desses três tempos que as representações sociais são elaboradas, emergem, flutuam, atuam e se modificam: “Ressonâncias do tempo longo permeiam o tempo vivido e o tempo curto, ao mesmo tempo em que o novo do tempo vivido e o hoje do tempo curto questionam, contestam, transformam, revivem e recriam representações há muito sedimentadas” (Jeolás; Paulilo, 2008).

Assim, quanto mais, nas investigações realizadas, englobamos o tempo longo, mais

nos aproximamos dos conteúdos estáveis e duradouros das representações — seus núcleos — e quanto mais consideramos o tempo curto, mais nos aproximamos da criação e do dinamismo dos conteúdos das representações sociais (Spink, 1993, 2011). A matriz temporal proposta torna as pesquisas “mais complexas por ser ela, concomitantemente, uma microanálise (o Tempo Curto da interação), uma pesquisa das estruturas sociais geradoras de *habitus* (o Tempo Vivido) e uma exploração da história das ideias (o Tempo Longo)” (Spink, 2010, p. 26). É na interface desses tempos que as representações sociais são socialmente estruturadas e alimentadas por diversos fatores que circulam através de diferentes meios, suscitando o caráter de novidade juntamente a seus conteúdos mais estáveis, pois é ao lado do tempo curto que “se localizam as possibilidades criativas da face estruturante das representações sociais” (Brivio, 2011, p. 114).

Essa complexidade temporal também pode influenciar o campo prático, pois, apesar da independência teórica dos estudos com enfoque na compreensão das representações sociais, os quais não necessitam de uma aplicação para se desenvolver, pois constituídos de um domínio científico em si, o estudo das representações sociais pode se articular a práticas de intervenção na medida em que toda intervenção supõe, necessariamente, a compreensão das representações do grupo frente a um objeto (Jodelet, 2007).

Além do mais, a intervenção no âmbito das pesquisas qualitativas responde a uma questão ética, pois implica considerar as pessoas participantes como interlocutoras, e não “como matéria inerte da qual se extraem dados”. Isso supõe devolver e discutir os dados, as interpretações e as conclusões obtidas com elas, uma condição que também favorece a adequação entre a leitura do pesquisador e os sentidos dados pelas pessoas participantes, informando os meios intelectuais para a transformação das suas práticas (Jodelet, 2007, p. 46). Ainda, trata-se de problematizar outras formas histórico-sociais de apreensão e intervenção diante do objeto de análise, como outros estilos de pensamento (Fleck, 2010), considerando que o “progresso teórico será alcançado graças a pesquisas aplicadas voltadas a situações concretas e que levem em conta os contextos culturais, sociais, junto com os elementos envolvidos na interação e nas práticas discursivas” (Jodelet, 2007, p. 51), em que as propostas de intervenção serão melhor conduzidas e efetivadas tanto mais forem considerados os saberes e as práticas sociais em relação ao objeto.

Nos anos 2000, autores como Gomes, Mendonça e Pontes (2002), Canesqui (2003) e Herzlich (2005) expressaram preocupação quanto ao uso do conceito de representações sociais para entender a realidade quando empregado de maneira imprecisa e dissociada do contexto em que elas são elaboradas ou para designar qualquer conteúdo ideativo. Essa preocupação reflete as consequências epistemológicas da teoria, que destaca a impossibilidade de compreender o

indivíduo sem considerá-lo a partir dos aspectos que conformam a sociedade na qual ele está inserido, uma sociedade historicamente situada e constituída. Conforme Herzlich (2005, p. 65), o pesquisador deve “apreender a lógica comum subjacente, o código partilhado, portanto mais geral, que se aplica a todas essas discussões, que é o nível das representações sociais”, pois existe aí um lugar de análise específico, correspondente ao funcionamento de configurações sociocognitivas globais, graças às quais o individual e o coletivo se interpenetram.

No mesmo sentido, a partir de uma revisão de literatura de teses e dissertações de Programas de Pós-Graduação em Educação que utilizaram a TRS para estudar as representações de ou sobre professor, Menin, Shimizu e Lima (2009) concluíram que os conceitos da teoria foram pouco operacionalizados nos trabalhos revisados, pois, de um modo geral, a teoria foi subutilizada como referência teórico-metodológica nas pesquisas. Elas também constataram que a quantidade de produções científicas fundamentadas nessa teoria não é acompanhada de profundidade metodológica. Entre os problemas levantados, destaca-se que, embora os trabalhos tenham descrito as representações, eles não verificaram suas ancoragens e objetivações. Além disso, a maior parte dos trabalhos não abordou as representações sociais de mais de um grupo sobre o mesmo objeto, e apenas um reduzido número deles se voltou aos processos de transformação das representações e práticas sociais, que poderiam ser atingidos, por exemplo, por meio de propostas de intervenção ou pesquisa-ação.

1.2 Aproximação com as pessoas participantes da pesquisa

Utilizei aspectos do método etnográfico, cuja tradição remonta aos estudos da Antropologia, e a abordagem metodológica da TRS para me aproximar do objeto de pesquisa e conhecer algumas de suas dimensões do ponto de vista dos sentidos expressos a partir das capacidades cognoscitivas das pessoas participantes da pesquisa, demonstradas em suas representações sociais. É possível que, em certos momentos, eu tenha sido afetado por essas relações, no sentido discutido por Goldman (2003) e Favre-Saade (2005). No entanto, se Lévi-Strauss (*apud* Da Matta, 1978) sugeriu que os sentimentos podem ser hóspedes pouco desejáveis nas pesquisas de campo, eles fazem parte das interações humanas, e se a objetividade é uma meta, a subjetividade — parte do processo dialógico inerente aos estudos qualitativos — também pode dar forma aos trabalhos acadêmicos, mesmo que sutilmente (Cardoso, 1998).

Considerando a diversidade de pesquisas, incluindo aquelas conduzidas por especialistas organicistas, que indicam que a maior parte dos encaminhamentos médicos para avaliação do TDAH ocorre após a entrada da criança na escola — onde são realizadas pré-

avaliações relacionadas a queixas escolares, especialmente à desatenção e à agitação — delimitei as séries iniciais do EF, nível de ensino que atende crianças de seis a dez anos e engloba o período de alfabetização, como campo de pesquisa. Nos estudos qualitativos, esse recorte espacial é entendido como o espaço “que corresponde à abrangência, em termos empíricos, do recorte teórico correspondente ao objeto da investigação” (Minayo, 1999, p. 105).

A interlocução envolveu 31 profissionais da escola — 25 professores(as) e seis pedagogas — e 30 famílias de crianças diagnosticadas com TDAH de seis escolas da rede pública de um município do interior do Paraná. Além disso, duas famílias foram descontinuadas da pesquisa, uma vez que, durante nossas interações, observei que o transtorno não parecia ser uma de suas principais preocupações, diante de uma série de outras situações que afetavam suas vidas e as vidas das crianças.

Tive boa recepção junto à Secretaria Municipal de Educação (SME) por meio de suas assessoras pedagógicas, que prontamente atenderam todas as minhas demandas. Foi por meio delas que, após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (CEP) e pela própria SME, as escolas foram escolhidas para a realização da pesquisa. Essas escolas foram selecionadas por serem consideradas “polo”, unidades com Salas Multirrecursos (SMRs), distribuídas em todas as regiões da cidade, sendo duas delas localizadas na região central e as demais em bairros mais distantes.

O primeiro contato com as escolas foi mediado por essas assessoras, durante o qual fazia a apresentação do projeto à diretora e às pedagogas das unidades. A partir daí, foram agendados horários para apresentar o projeto e realizar o convite aos(as) professores(as), sempre durante os intervalos. Considerei pertinente a maior parte das sugestões das escolas e da SME para a realização desta pesquisa, incluindo a mudança no título original do estudo⁵ e as formas de me aproximar das pessoas participantes.

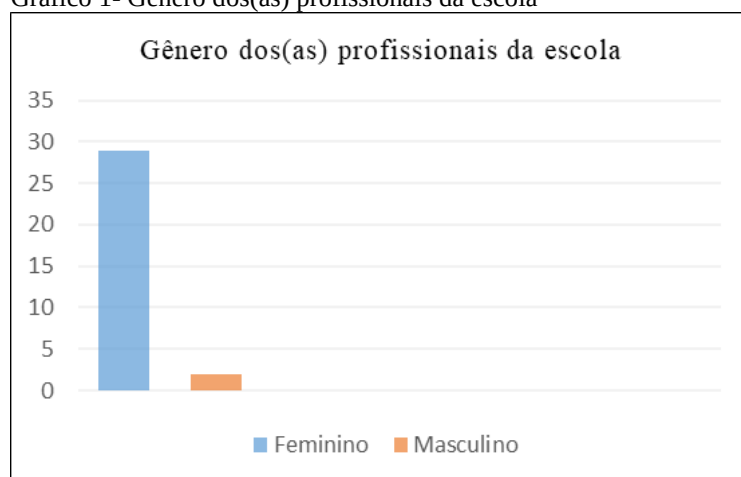
Na primeira escola que visitei, as pedagogas sugeriram a criação de um formulário no *Google Forms* contendo o questionário e o roteiro de entrevista para que seus(uas) profissionais pudessem acessar e deixar suas contribuições de forma conveniente. Concordei com essa sugestão devido à extensão da entrevista e ao tempo necessário para respondê-la, além da facilidade de acesso a qualquer momento e lugar, facilitando a participação deles(as). Como também desejava interagir com as pessoas participantes e atingir ao menos um nível da

⁵ O título original da pesquisa fazia referência ao menino João cabeça-de-vento, personagem do livro infantil de Hoffmann (1945). As assessoras pedagógicas alertaram-me para o fato de que algumas famílias poderiam ficar desconfortáveis com a expressão cabeça-de-vento, e também cogitaram a possibilidade de alguma das crianças diagnosticadas ter o nome de João.

triangulação dos dados (Ferreira; Schimanski; Bourguignon, 2012), na medida em que informava sobre o formulário, dizia a eles(as) que uma de suas questões, não obrigatória, solicitava o número do telefone ou o endereço de e-mail da pessoa respondente para, posteriormente, eu entrar em contato para agendarmos um encontro visando aprofundar ou esclarecer alguns pontos mencionados. Apesar de não ser obrigatório para enviar o formulário, a maioria dos(as) profissionais participantes deixou seus contatos. Os gráficos abaixo mostram o perfil dos(as) profissionais da escola que participaram da pesquisa:

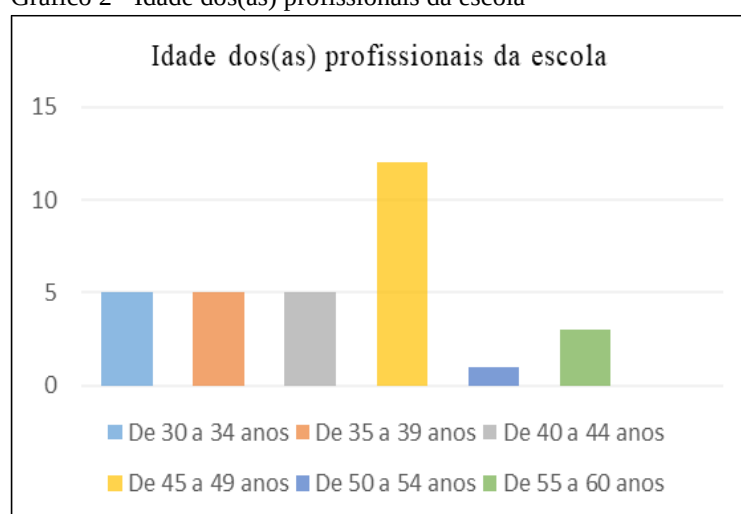
Perfil dos(as) profissionais da escola

Gráfico 1- Gênero dos(as) profissionais da escola



Fonte: elaborado pelo próprio autor (2023)⁶.

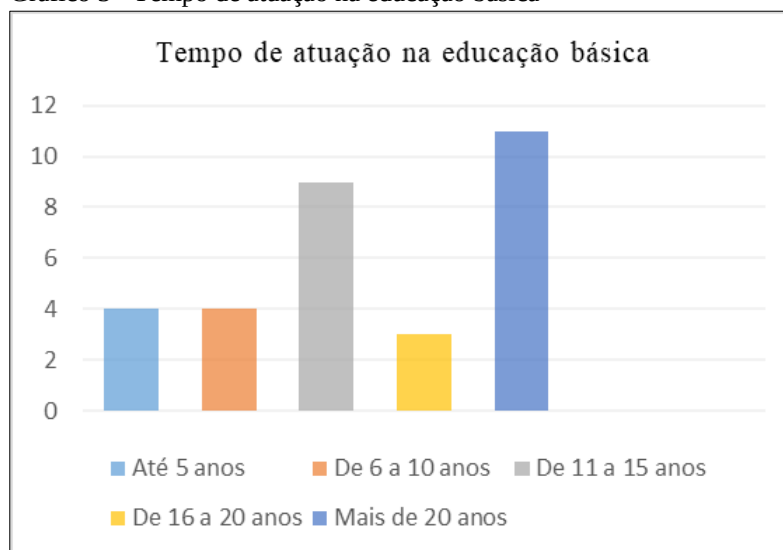
Gráfico 2 - Idade dos(as) profissionais da escola



Fonte: elaborado pelo próprio autor (2023).

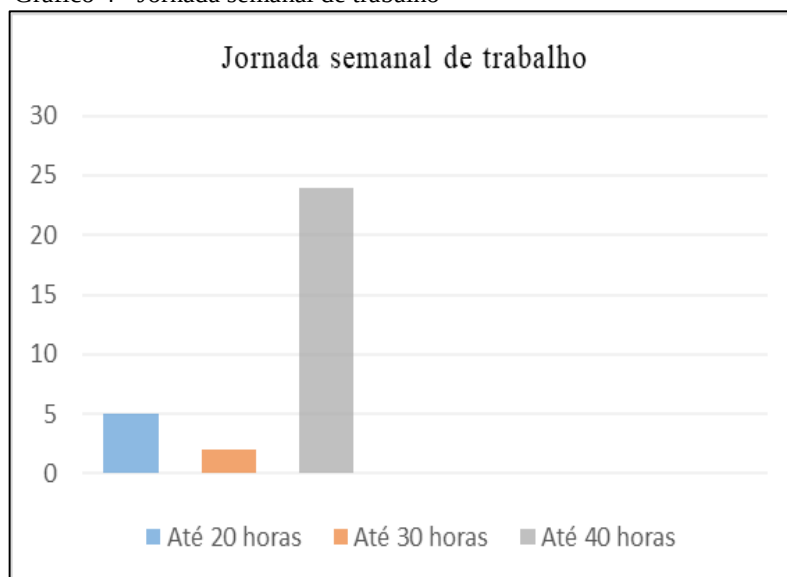
⁶ Embora este trabalho esteja redigido em primeira pessoa, utilizei a expressão “Fonte: elaborado pelo próprio autor” em figuras, tabelas e gráficos para atender às exigências das normas da ABNT (Associação Brasileira de Normas Técnicas), que orientam o uso impessoal nesses elementos.

Gráfico 3 - Tempo de atuação na educação básica



Fonte: elaborado pelo próprio autor (2023).

Gráfico 4 - Jornada semanal de trabalho



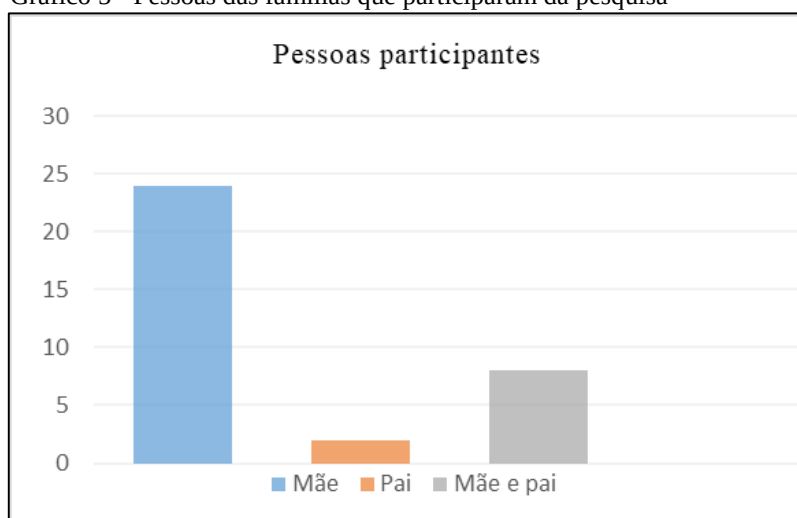
Fonte: elaborado pelo próprio autor (2023).

Também por sugestão das pedagogas, as professoras das SMRs foram responsáveis por convidar as famílias para uma reunião na escola sobre a pesquisa. Nessas reuniões, eu me apresentava, expunha o projeto e as convidava a participar presencialmente — a realização da pesquisa na escola foi sugerida pelas pedagogas para garantir às famílias um ambiente formal e seguro. Após o convite, eu saía da sala para que as professoras pudessem anotar os contatos das famílias interessadas em participar e, com esses contatos em mãos, agendávamos os horários em conjunto. Algumas famílias solicitaram realizar as entrevistas por videochamadas pelo WhatsApp, o que possibilitou tanto encontros remotos quanto presenciais, nas escolas ou em suas casas, mas sempre conforme suas decisões.

A criação do formulário para os(as) profissionais da escola e a realização das videochamadas para eles(as) e as famílias não estavam previstas no protocolo enviado ao CEP. No entanto, considerei essas modificações, aprovadas pelo Comitê por meio de uma emenda, por se tratar de um pedido das pessoas participantes. Realizei o processo de consentimento com a mesma qualidade em ambas as formas de interação, e embora tivesse um roteiro com questões definidas, quase não o usei, pois as pessoas tinham seus próprios repertórios. Isso tornou os encontros um espaço espontâneo de conversação, mantendo-me fiel aos propósitos da pesquisa e aos conteúdos que buscava coletar. Na sequência, apresento o perfil das famílias participantes:

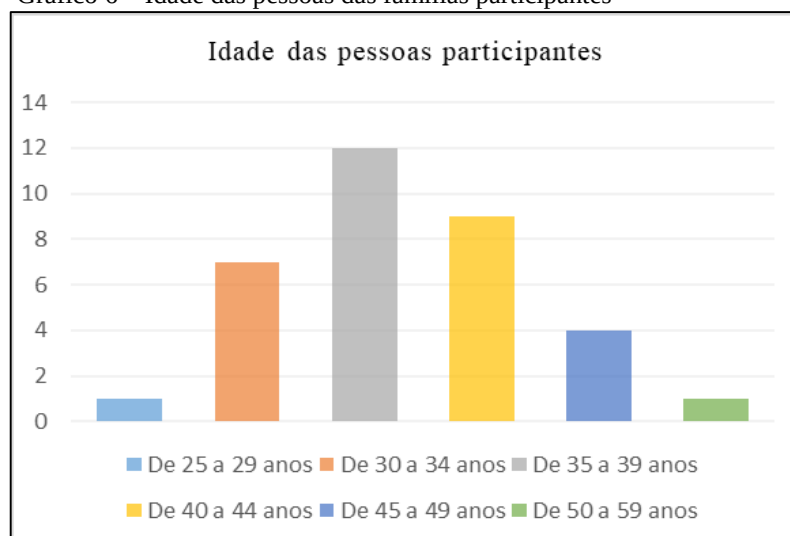
Perfil das famílias participantes

Gráfico 5 - Pessoas das famílias que participaram da pesquisa



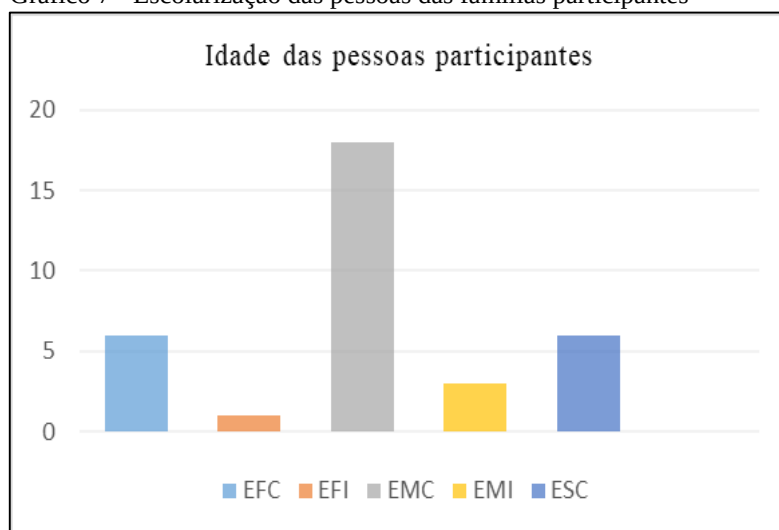
Fonte: elaborado pelo próprio autor (2023).

Gráfico 6 – Idade das pessoas das famílias participantes



Fonte: elaborado pelo próprio autor (2023).

Gráfico 7 - Escolarização das pessoas das famílias participantes



Fonte: elaborado pelo próprio autor (2023).

Não me preocupei com o número específico de pessoas participantes, pois, além das questões éticas referentes aos critérios de voluntariedade, as pesquisas qualitativas não se baseiam em um critério numérico para alcançar sua representatividade. Em vez disso, focam na qualidade das interações e na identificação das pessoas com maior vinculação ao fenômeno investigado (Minayo, 1999; Goldemberg, 2004), neste estudo, os(as) profissionais da escola e as famílias de crianças diagnosticadas com TDAH. Conforme Minayo (1999, p. 102), “Numa busca qualitativa, preocupamo-nos menos com a generalização e mais com o aprofundamento e abrangência da compreensão, seja de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma política ou de uma representação”, sendo o número substituído pelo aprofundamento das questões emergentes do campo de pesquisa.

A abordagem qualitativa privilegia pessoas com os atributos que o pesquisador deseja conhecer; considera essas pessoas em número suficiente para obter certas recorrências das informações sem desprezar informações ímpares, na medida em que elas também têm poder explicativo; compreende a diversificação das pessoas participantes para a apreensão das semelhanças e diferenças; e se esforça para que a escolha do *lócus* e do grupo de pessoas contenha o conjunto de experiências e expressões que se deseja conhecer.

Optei por não gravar os encontros, e apenas pedia licença às pessoas para anotar suas falas em um caderno de campo. Entendo que, de um modo geral, estamos acostumados com as tecnologias, e o uso do gravador ou mesmo do celular poderia ser bem recebido, mas avaliei que as gravações poderiam interferir na espontaneidade delas. Assim, usei algo que pode se aproximar de um registro taquigráfico pessoal para realizar as anotações e, nos momentos em que senti dificuldade em transcrever o material, entrei em contato com elas para sanar alguma

dúvida, algo previamente combinado. Com isso, acredito que as falas apresentadas são fiéis e retratam, de uma perspectiva próxima da literal, o que me foi dito. Além do mais, a transcrição, também manual, permitiu a primeira aproximação com o material de campo.

O material gerado foi organizado conforme a Análise de Conteúdo, um conjunto de técnicas destinado à leitura e interpretação aprofundada de qualquer texto por meio de descrições sistemáticas para a compreensão de seus conteúdos, não alcançáveis por leituras comuns ou desinteressadas. Embora tenha sido originalmente orientada pelo paradigma positivista para a objetividade e a quantificação, a Análise de Conteúdo é frequentemente utilizada na exploração qualitativa das comunicações, proporcionando informações complementares ao leitor para a investigação dos seus significados, nem sempre manifestos pelo autor (Bardin, 2016; Minayo, 1999; Moraes, 1999).

Nas palavras de Bardin (2016, p. 48), a Análise de Conteúdo é

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

De um modo geral, esse conjunto de técnicas corresponde a três objetivos: ultrapassar a incerteza, o que envolve a reflexão do pesquisador sobre o que efetivamente está contido na mensagem e se sua interpretação pode ser compartilhada e generalizada; enriquecer a leitura pela descoberta de conteúdos latentes que informam descrições não previstas anteriormente (Bardin, 2016); e, como sintetizado por Minayo (1999), integrar as descobertas, ultrapassando a aparência para formar um quadro de referência da totalidade social na qual emergem as mensagens. Além disso, esse conjunto de técnicas é frequentemente utilizado na maior parte das pesquisas em representações sociais (Ortiz; Triani; Magalhães Júnior, 2023).

Entre as técnicas da Análise de Conteúdo — da expressão, das relações, de avaliação, de enunciação e temática — a organização do material se orientou pela análise temática. Esta técnica é coerente com os estudos qualitativos, uma vez que consiste em descobrir os “núcleos de sentido” dispostos em uma comunicação, cuja “presença ou frequência [de determinados temas] signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado”, denotando “valores de referência e modelos de comportamento presentes no discurso” (Minayo, 1999, p. 209). Nesta pesquisa, as unidades de análise ou núcleos de sentido referem-se ao modo como as famílias e os(as) profissionais da escola representam e expressam seus conhecimentos sobre o TDAH.

Diante das diversas descrições do processo de Análise de Conteúdo, optei por seguir

as etapas propostas por Moraes (1999), por considerá-las mais didáticas: preparação das informações; unitarização ou transformação do conteúdo em unidades; categorização ou classificação das unidades em categorias; descrição; e interpretação, através das quais foram construídos os núcleos de sentido.

A organização dos dados foi realizada de maneira artesanal. Fiz a leitura no material impresso, revisando os objetivos da pesquisa, e procedi à unitarização, onde as respostas de cada pergunta foram analisadas separadamente. Como muitos(as) participantes forneceram respostas amplas que abordavam vários aspectos, inclusive referentes a outras perguntas, defini os núcleos de sentido a partir das entrevistas completas, não apenas das respostas individuais a cada pergunta isolada, utilizando diferentes cores de caneta para destacar os núcleos de sentido, gerando um nível de sistematização para as informações obtidas.

Embora Goldman (2003) tenha afirmado que o anonimato dos locais de pesquisa e das pessoas participantes pode levar a uma descaracterização histórica nos estudos das áreas das CHS, optei por não mencionar o nome do município onde a pesquisa foi realizada. Entendo que a observação de Goldman, válida para certos estudos, objetos e mesmo às pessoas participantes⁷, não se aplica a esta pesquisa, pois o TDAH está presente no contexto das escolas brasileiras, relacionado a aspectos mais amplos do que aqueles ligados a escolas específicas. Além disso, nem todos(as) os(as) profissionais e famílias de crianças com TDAH matriculadas nessas escolas participaram do estudo, e eu estaria ampliando as contribuições dessas pessoas para o coletivo de escolas específicas. Mantive também o anonimato das pessoas que permitiram a divulgação dos seus nomes, deixando essa decisão para mim, por preocupação de que suas falas pudessem identificar indiretamente as famílias, as escolas ou os(as) profissionais envolvidos(as), afetando principalmente a privacidade das crianças.

1.3 Aspectos das investigações qualitativas

O campo científico é atravessado por contradições, sendo uma das mais fundamentais a controvérsia entre a cientificidade das CHS em comparação às ciências naturais e biológicas. Essas questões envolvem várias dimensões: a possibilidade de tratar objetivamente uma realidade da qual o próprio pesquisador dela faz parte como ser humano, o que, em tese,

⁷ Débora Diniz (2015, p. 2667), ao estudar os processos de internação em manicômios judiciais no Brasil, defendeu que o “dever do anonimato pode ser suspenso quando a pesquisa é testemunho único de grave violação de direitos humanos”, isto é, quando “nomear é proteger os interesses e os direitos das pessoas envolvidas nas pesquisas”. A história de Zefinha, Josefa da Silva, a mulher que passou mais tempo internada em um manicômio, é tomada como pano de fundo da análise.

comprometeria seu rigor metodológico; a chance de, ao se buscar a objetividade, descaracterizar a essência dos fenômenos e dos processos sociais; e a busca por um método geral de investigação da complexidade da realidade que atenda a princípios, e não a procedimentos padrões (Minayo, 1999). Nessa lógica, enquanto nas ciências naturais e biológicas há uma busca pelo dever objetivo e neutro nos pressupostos de pesquisa — embora Fleck (2010) e Latour (2011) tenham apontado para os equívocos dessa ideia — o objeto das CHS possui uma natureza distinta das demais ciências.

As CHS operam através de uma “consciência possível”, por meio da qual podem compreender aspectos da realidade dos grupos sociais onde os pesquisadores estão inseridos, ambos autores e frutos do seu tempo histórico. Assim, as relações estabelecidas nas suas pesquisas refletem uma “identidade entre o sujeito e o objeto da investigação”, e mesmo que possam existir diferenças econômicas e culturais entre eles, mantém-se o fato de que as interações ocorrem entre seres humanos, tornando-os imbricados e comprometidos mutuamente. Além disso, tais pesquisas são “intrínseca e extrinsecamente ideológicas” (Minayo, 1999, 2002), pois as CHS são realizadas a partir de compromissos e interesses historicamente determinados, o que contrasta com o distanciamento entre pesquisador e objeto de conhecimento das ciências naturais e biológicas:

A visão de mundo do pesquisador e dos atores sociais estão implicadas em todo o processo de conhecimento, desde a concepção do objeto até o resultado do trabalho. É uma condição da pesquisa, que uma vez conhecida e assumida pode ter como fruto a tentativa de objetivação do conhecimento (Minayo, 1999, p. 21).

Como destacado por Moysés (2017, p. 49), quando reconhecemos “que toda atividade humana é comprometida com interesses particulares, não há como pretender a neutralidade da ciência [...]. Realizada por um homem concreto, inserido em uma sociedade concreta e histórica, traz em si as marcas desse homem e de sua inserção social”. A ciência é um veículo de difusão desses interesses, e muitas vezes é conformada por ideias dominantes. No entanto, também “pode ser elemento de resistência e de ampliação dos limites históricos”. Nesse sentido, Stetsenko (2021, p. 21) argumenta que apenas a “imposição bruta de modelos hegemônicos de ciência”, como “um regime imperial da verdade”, pode permitir que ela se mantenha neutra, aparentemente distante das ideologias políticas e das condições de vida das populações, perpetuando o *status quo* sociopolítico e econômico geral.

Essas questões podem dificultar a condução das pesquisas nas áreas das CHS, pois o pesquisador pode ser seduzido pela “ilusão da transparência” ou pelo “saber imediato”, uma

vez que os dados emergidos das observações e interações são vivos, humanos demais para os critérios de cientificidade (Bourdieu; Chamboredon; Passeron; 1999). No entanto, ao mesmo tempo em que essas dificuldades se apresentam, essas áreas desenvolveram instrumentos que dão suporte à sua arte de interpretar o mundo social, inclusive no interior de um debate sobre sua cientificidade. Esses autores, ao tratar da “vigilância epistemológica”, entendem que ela se impõe, de maneira particular, nos estudos das CHS, cujas fronteiras entre os preconceitos e o discurso científico são fluidas. Sendo o pesquisador inserido em um universo social que lhe é familiar, essa familiaridade pode constituir um obstáculo epistemológico. A emergência da “sociologia espontânea”, que pode produzir uma “ilusão do saber imediato”, deve receber atenção do pesquisador para que o conhecimento científico não seja invalidado.

Procurei, ao longo da pesquisa, manter alguns critérios para evitar a armadilha da “ilusão da transparência” e manter a “vigilância epistemológica”: o “princípio da não consciência”, pelo qual o objeto de investigação é pensado a partir dos objetivos da pesquisa e dos determinismos históricos, sociais e políticos que perpassam os contextos das pessoas participantes; o afastamento de algumas pré-noções relacionadas ao objeto — premissas durkhemianas lembradas por Bourdieu, Chamboredon e Passeron (1999); e, quando possível, a triangulação dos dados (Ferreira; Schimanski; Bourguignon, 2012). Além disso, priorizei as vozes das pessoas participantes (Vianna; Stetsenko, 2021) e busquei manter a objetividade como meta ao explicitar minhas escolhas teóricas e posições relacionadas ao objeto, elementos que, acredito, me conduziram à objetivação (Minayo, 1999; Bourdieu; Chamboredon; Passeron, 1999) necessária à prática científica, à interpretação do material de campo e à escrita do texto.

1.4 Ética, a morada onde habitamos

Nesta subseção, trago algumas considerações sobre a ética na pesquisa, um dos elementos estruturantes da produção do conhecimento, indissociável das escolhas ontoepistemológicas adotadas pelo pesquisador: Para que? A partir de qual método? Por meio de quais instrumentos? Para quem? Como conduzir a geração e a interpretação dos dados? O que fazer com os resultados da investigação? Quais valores orientam os compromissos do pesquisador em relação à transformação social? Essas são algumas das questões que devem ser formuladas e consideradas a partir de uma perspectiva ética, pois, relacionadas à responsabilidade social do pesquisador, pressupõem uma integridade acadêmica e científica

para garantir o rigor e a confiabilidade da pesquisa e das publicações dela oriundas⁸.

Submeti os procedimentos e instrumentos desta pesquisa a um CEP, cuja aprovação consta no Parecer nº 5.684.678⁹. Embora o Sistema CEP/Conep (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa), vinculado ao Ministério da Saúde (MS), seja o responsável pela revisão ética em pesquisas envolvendo seres humanos, é importante destacar que as CHS desenvolveram seus códigos de ética antes de qualquer regulamentação formal. Práticas como essa revelam uma preocupação histórica sobre o modo como suas pesquisas são realizadas, entendendo a etnografia como um encontro consensual e dialógico entre pessoas. Nesse aspecto, os processos de consentimento desta pesquisa foram conduzidos a partir de interações que permitiram às pessoas participantes ter clareza, compreensão e tempo para a tomada de decisão quanto a participar ou não deste estudo.

A preocupação formal com os aspectos éticos nas pesquisas envolvendo seres humanos surgiu no pós-Segunda Guerra Mundial diante do modo como os experimentos médicos eram conduzidos nos campos de concentração nazista com efeitos políticos de purificação racial. Nesse contexto, foram produzidos documentos para o estabelecimento de diretrizes éticas visando à regulamentação das pesquisas envolvendo seres humanos para o resguardo dos direitos, da voluntariedade, da dignidade e do respeito às pessoas delas participantes. Isso consolidou, no âmbito internacional, a criação de uma bioética, campo destinado à discussão das implicações éticas das pesquisas biomédicas (Duarte, 2015).

No Brasil, a revisão ética realizada a partir de aspectos formais é abordada desde 1988, quando a Resolução nº 01/88, publicada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), determinou que as instituições de saúde que realizavam pesquisas em seres humanos deveriam criar comitês responsáveis pela condução dessa revisão e pela orientação dos pesquisadores quanto aos aspectos éticos e à segurança biológica das pesquisas.

Em 1996, a aprovação da Resolução CNS nº 196/96 estendeu, por meio de um “imperialismo bioético”, que reduz as CHS a áreas de colonização em relação à revisão ética nas pesquisas científicas, a obrigatoriedade dessa submissão a todas as pesquisas que

⁸ Os termos integridade em pesquisa, integridade científica e integridade acadêmica científica foram tratados por Mainardes (2023), que considera ética e integridade como noções inter-relacionadas, sendo a ética tratada como a ética em pesquisa e revisão ética, e a integridade associada às boas práticas de pesquisa e publicação.

⁹ A submissão do protocolo desta pesquisa ao CEP ocorreu sem contratempos, assim como o envio das emendas e dos relatórios parciais. No entanto, julguei importante introduzir um breve contexto sobre a ética em pesquisa no Brasil, organizada em torno do Sistema CEP/Conep, por se tratar de uma preocupação e de um movimento de crítica, inicialmente articulado pelas CHS, que têm denunciado o reducionismo e o formalismo com que a ética é tratada por esse Sistema. Essa crítica, presente em muitas dissertações e teses das áreas das CHS, representa um posicionamento epistemológico, baseado no reconhecimento da diversidade das ciências, produtoras de conhecimentos a partir de diferentes epistemes, e no questionamento da autoridade científica.

envolvessem seres humanos, independentemente de suas metodologias ou áreas de concentração (Duarte, 2015), criando o Sistema CEP/Conep. Em nova atualização, a Resolução CNS nº 466/12 (Brasil, 2012) instituiu a Plataforma Brasil (PB), uma base nacional unificada de registros de pesquisas envolvendo seres humanos para todo o Sistema, e previu a criação de um documento específico para as pesquisas realizadas através das metodologias das áreas das CHS, resultando na publicação da Resolução CNS nº 510/16 (Brasil, 2016), que dispõe sobre as normas éticas aplicáveis a pesquisas dessas áreas do conhecimento.

Embora essa Resolução tenha avançado em muitas das questões debatidas por esses pesquisadores desde o final dos anos 1990, quando já chamavam atenção para as diferenças entre as pesquisas “em” e “com seres humanos” (Cardoso de Oliveira, 2004), os procedimentos de revisão ética adotados pelo Sistema CEP/Conep se mantiveram bastante burocráticos e pautados numa visão utilitarista da ética em pesquisa (Mainardes, 2017). Isso reflete um “biocentrismo” (Cardoso de Oliveira, 2004), que estabelece, de um modo geral, regras uniformes para as pesquisas de ambas as áreas, levando os pesquisadores das CHS a manter certa distância desse Sistema (Mainardes, 2017).

Essa distância é motivada pela visão unilateral com a qual a ética é tratada, desconsiderando que as pesquisas realizadas a partir dessas áreas se baseiam na interlocução com as pessoas, ao contrário dos estudos médicos, os quais, de um modo geral, se concentram na intervenção em seus corpos. Tal diferença é frequentemente negligenciada pela hegemonia desse campo, que tem definido e regulado o conceito de ética em pesquisa a todas as áreas do conhecimento. Além disso, os danos que podem ser causados pelas pesquisas nas áreas das CHS possuem uma natureza distinta dos riscos mensuráveis presentes nas pesquisas das ciências médicas.

A elaboração da Resolução CNS 510/16 (Brasil, 2016) contou com a participação de representantes de associações das CHS e foi motivada pela atuação dessas associações e de pesquisadores das áreas. Embora sua publicação tenha representado um marco para a revisão ética das pesquisas nas CHS, pois abarcou parte das suas especificidades teóricas e metodológicas, ela foi elaborada no interior da Conep, que delibera e aprova as questões relacionadas à ética envolvendo seres humanos no Brasil. A Conep é formada majoritariamente por representantes da área da saúde, profissionais que partilham de uma visão biomédica da ética, o que traz limitações relevantes. Desse modo, mesmo em vigor, a Resolução não é plenamente efetivada¹⁰ (Mainardes, 2017).

¹⁰ Por exemplo, a Resolução específica de tipificação e gradação de risco, prevista no Art. 21 da Resolução CNS nº 510/2016 (Brasil, 2016), foi aprovada em 2022, porém, não pode ser efetivada devido às limitações do atual

Entendo a ética como uma relação dialógica, de convívio e cuidado com o outro, conduzida de forma consciente por meio de uma disposição para o agir correto, que acompanha nossos cotidianos e a todo momento nos lembra sobre as consequências das nossas ações. De um ponto de vista conceitual, destaco a definição apresentada por Hermann (2019, p. 28), que, ao tratar da tradição epistemológica e semântica dessa palavra, indica que ela pode significar permanência habitual, morada do homem e dos animais, “morada que o homem encontra um espaço habitável, que permite a preservação da vida e o respeito à dignidade das pessoas”.

Sendo assim, a ética não se reduz a encaminhamentos procedimentais aos CEPs; ela “não é algo a ser esquecido uma vez que a ‘aprovação ética’ tenha sido obtida, mas, em vez disso, precisa informar todas as nossas ações como pesquisadores” (Brooks; Te Riele; Maguire, 2017, p. 15). Ela não deve ser confundida como mera aplicação de normas éticas (Hermann, 2019) ou “algum tipo de acréscimo alheio que ocorre apenas em algumas circunstâncias especiais, como na resolução de dilemas morais” (Stetsenko, 2021, p. 26).

A ética é o elemento estruturante de todas as abordagens realizadas pelo pesquisador, perpassando a definição do objeto, dos objetivos e dos instrumentos de pesquisa, o modo como as relações de campo são conduzidas, a escolha das teorias e dos métodos que dialogam com os dados, sua interpretação, redação do texto, publicação e devolutiva às pessoas participantes. Como afirmam Brooks, Te Riele e Maguire (2017, p. 206), “Conjuntos de regras e códigos nunca podem cobrir todas as eventualidades, [por isso,] os pesquisadores precisam eles mesmos se tornar eticamente esclarecidos e refletir eticamente”.

As pesquisas das áreas das CHS envolvem a perspectiva de que o conhecimento implica uma mudança social, tornando a ética uma dimensão presente no ativismo do pesquisador e na sua relação com o objeto de investigação e com o grupo de pessoas participantes. Stetsenko (2021, p. 26) fala de um “ser-saber-fazer” que engloba o pesquisador, as pessoas participantes, o conhecimento produzido, a realidade e a transformação social. Segundo a autora, as pesquisas precisam ser responsivas, voltadas ao desenvolvimento humano e às mudanças sociais, sustentadas pelo Posicionamento Ativista Transformador (PAT) do pesquisador. Desse modo,

Ciência e pesquisa não são, consequentemente, para revelar o que há no mundo como ‘ele é’, como se de alguma forma fosse separado de nossas investigações práticas, mas, sim, para estabelecer e determinar o que deve e pode ser feito, inclusive por meio de investigações e de pesquisas (Stetsenko, 2021, p. 26).

Além de sugerir um posicionamento ativista do pesquisador diante das atividades que ele realiza, o PAT pressupõe que o mundo se transforma por meio de ações autorais e sociais, conduzidas pelas próprias pessoas, “atores de práticas sociais comunitárias, o que os tornam agentes co-criadores da realidade” (Stetsenko, 2021, p. 26). Através do PAT, o desenvolvimento humano, baseado em proposições responsivas e propositivas, se relaciona com as escolhas epistemológicas e ontológicas do pesquisador. Nessa concepção, o conhecimento é engajado, voltado às transformações sociais, desafiando “os cânones hegemônicos da ciência como uma busca objetiva e neutra de valor da ‘realidade pura’, dos ‘fatos objetivos’, da ‘informação neutra’ e da ‘evidência nua’ purificada de todas as dimensões humanas e políticas” — interesses, motivações, aspirações, emoções e agendas sociopolíticas.

Nesse contexto, o PAT reconhece que o conhecimento depende da posição e da destinação para a qual ele é produzido (Stetsenko, 2021). Esse posicionamento é “um ethos de transformação e de centralidade filosófica de ativismo como luta por um mundo melhor” (Mainardes, 2022, p. 6). Nesse processo, as dimensões éticas são inerentes a todo fazer, essenciais para o agir, perceber e transformar a realidade social. A pesquisa ativista transformadora implica um posicionamento do pesquisador, e compreende que os encaminhamentos para as transformações sociais poderão ser conduzidos juntamente às pessoas participantes da pesquisa, nem sempre possíveis durante a realização do estudo. Dessa forma, partindo do entendimento de que o PAT é uma postura que deve acompanhar o trabalho do pesquisador além da pesquisa em si mesma, tais encaminhamentos poderão ser desenvolvidos após sua conclusão. Essa postura, a de transformação social, também é indicada no campo dos estudos sobre as representações sociais (Jodelet, 2007; Menin; Shimizu; Lima, 2009).

A partir de uma reflexão sobre a abordagem de agência baseada em uma visão de mundo transformadora, Stetsenko (2023, p. 5) argumenta que a realidade é aquilo que está sendo constantemente transformada e realizada pelas próprias pessoas como agentes de práticas sociais, cujo desenvolvimento humano, dinâmicas sócio-históricas e a materialidade do mundo são co-constituídos por contribuições ativas. Isso implica que “as pessoas nunca apenas reagem, nem respondem ao que existe, mas agem ativamente na co-criação tanto do mundo quanto de si mesmas além do dado do presente”. Para que esse desenvolvimento ocorra, elas precisam ter acesso a ferramentas e recursos oferecidos pela própria sociedade.

A perspectiva ética desta pesquisa envolve problematizar o diagnóstico de TDAH em crianças e o uso de MPH, bem como os efeitos desses fatores em sua subjetividade, saúde e trajetórias sociais e escolares. Envolve também a necessidade de se explicitar e compreender os contextos nos quais o diagnóstico é produzido e considerar as interpelações médicas em um

espaço onde os(as) profissionais da escola devem manter a centralidade. Além disso, trata da necessidade de transformação nas abordagens familiares e pedagógicas para as crianças que apresentam características consideradas indicativas desse transtorno, compreendendo as representações sociais elaboradas e partilhadas pelos atores sociais envolvidos.

Essas reflexões pressupõem a possibilidade de um engajamento transformador das pessoas, e podem ser colocadas no centro do processo de ensino-aprendizagem, “parte imediata e inerente da dinâmica geral e dos processos da vida humana e da sociedade”, em que as escolas são seus espelhos diretos, “uma encarnação viva de sua dinâmica em todos os seus pontos fortes e fracos, incluindo mais criticamente suas desigualdades e injustiças” (Stetsenko, 2023, p. 16), razão pela qual o processo de ensino-aprendizagem é permeado por dinâmicas sociopolíticas e humanas. Seus atores, agentes sociais de luta contra os processos de intolerância e desumanização, podem assumir compromissos e trabalhar para que eles se efetivem com vistas a “futuros possíveis”. Por essa razão, o oferecimento de “ferramentas teórico-críticas” para os(as) profissionais da escola contribui para que seu ofício se torne um “ser-saber-fazer humano” com implicações ético-políticas no interior das condições atuais.

Entendo que as escolhas teóricas e metodológicas adotadas para dialogar com o objeto e as pessoas participantes da pesquisa possibilitam que as dimensões tratadas neste capítulo sejam consideradas e alinhadas a possíveis proposições, formando uma dimensão ético-ontopistemológica. Para tornar essa compreensão mais acessível ao leitor, elaborei um quadro que esclarece a coesão dessas escolhas:

Quadro 1 - Posicionamento/coerência na/da pesquisa

Título Crianças com “olhar transparente”: representações sociais dos(as) profissionais da escola e das famílias sobre o TDAH — contextos, sentidos e decisões. Objeto de análise/compreensão Representações sociais sobre o TDAH.	
Tese Embora os(as) profissionais da escola representem o TDAH como um transtorno que afeta a aprendizagem, a principal intervenção costuma ser o encaminhamento para diagnóstico e tratamento farmacológico. Isso ocorre porque suas representações estão ancoradas em discursos médicos amplamente propagados pela mídia e reforçados em cursos de formação, que abordam o TDAH sob uma perspectiva predominantemente biológica. Dessa forma, eles(as) se tornam os(as) principais demandantes de intervenções clínicas para crianças com queixas escolares. No entanto, o diagnóstico não implica em alterações positivas nas abordagens familiares e pedagógicas, mas, em alguns casos, mudanças que prejudicam o processo pedagógico, uma vez que o medicamento não necessariamente promove avanços na aprendizagem. Além disso, os comportamentos considerados indicativos do TDAH podem estar relacionados aos contextos vivenciados pelas crianças, e não exclusivamente a causas médicas. Assim, a escola acaba transferindo o enfrentamento das dificuldades inerentes a esse espaço para o campo médico-psiquiátrico, enquanto as famílias oscilam entre o alívio e as incertezas do diagnóstico.	
Questão fundante O que as representações sociais dos(as) profissionais da escola e das famílias de crianças diagnosticadas comunicam sobre o TDAH e quais são seus impactos para as abordagens familiares e pedagógicas juntamente a elas?	Objetivo geral Compreender as representações sociais que os(as) profissionais da escola e as famílias de crianças diagnosticadas com TDAH têm sobre esse transtorno para problematizar suas implicações no acolhimento dessas crianças.
Questões decorrentes 1. O que os(as) profissionais da escola que atendem tais crianças pensam sobre o TDAH? 2. Como os(as) profissionais da escola identificam as crianças que apresentam características consideradas indicativas do TDAH e quais encaminhamentos são realizados? 3. O que as famílias de crianças diagnosticadas pensam sobre o TDAH e quais decisões são tomadas para o seu atendimento e acompanhamento? 4. Quais são os principais elementos dos contextos de vida das crianças diagnosticadas?	Objetivos específicos 1. Identificar o que (as) profissionais da escola que atendem crianças diagnosticadas pensam sobre o TDAH. 2. Conhecer como os(as) profissionais da escola identificam, no grupo de alunos(as) atendidos(as), aqueles(as) que apresentam características consideradas indicativas do TDAH e quais encaminhamento são realizados em relação a esses(as) alunos(as). 3. Identificar o que as famílias de crianças diagnosticadas pensam sobre o TDAH e quais decisões são tomadas para o seu atendimento e acompanhamento. 4. Conhecer os principais aspectos que caracterizam o contexto de vida das crianças diagnosticadas com TDAH.
Encaminhamentos metodológicos Pessoas participantes: profissionais da escola — pedagogas e professores(as) das séries iniciais do EF — e famílias de crianças diagnosticadas com TDAH. Instrumentos: questionários e entrevistas. Organização dos dados: construção dos núcleos de sentido (Minayo, 1999). Abordagem de pesquisa em Representações Sociais.	
Fundamentação ético-ontopistemológica A definição pela TRS (Moscovici, 1981, 2003, 2012) como fundamento epistemológico em diálogo às contribuições da Psicologia Escolar Crítica sustenta as escolhas metodológicas e os aspectos ontológicos presentes nesta tese, os quais, relacionados às possibilidades de interpretação dos dados para a compreensão e transformação social, se articulam à uma perspectiva ético-ontopistemológica (Stetsenko, 2021; 2023), visto que a ética é indissociável da prática científica e da produção do conhecimento, pois orientadora do processo de pesquisa (Mainardes, 2022). Tais dimensões, associadas à análise e compreensão das representações sociais das pessoas participantes, podem oferecer “ferramentas teórico-críticas” para o “saber-fazer” relacionado ao processo de ensino-aprendizagem (Stetsenko, 2023, p. 16).	

Fonte: elaborado pelo próprio autor (2023).

CAPÍTULO 2 - TDAH, UM TRANSTORNO “BOM PARA PENSAR”

*Ultimamente, venho sendo consumidor
forçado de drágeas, comprimidos, cápsulas e pomadas
que me levaram a meditar na misteriosa relação entre doença e o remédio [...].
Ninguém sai de uma farmácia sem ter comprado,
no mínimo, cinco medicamentos prescritos pelo médico,
pelo vizinho ou por ele mesmo, cliente.
Ir à farmácia substitui hoje o saudoso hábito de ir ao cinema ou ao Jardim Botânico [...].
Estou confuso e difuso, e não sei se jogo pela janela os remédios que médicos,
balconistas de farmácia e amigos dedicados me receitaram,
ou se aumento o sortimento deles com a aquisição de outras fórmulas que forem aparecendo,
enquanto o Ministério da Saúde não as desaconselhar.
E não sei, já agora, se se deve proibir os remédios ou o homem.
Este planeta anda meio inviável.
(O homem e o remédio: qual o problema? Carlos Drummond de Andrade, 1980).*

Dividi este capítulo em quatro subseções: Nosso medicamento de cada dia: medicalização da vida e da sociedade; TDAH, doença da aprendizagem; Ritalina, *um remédio pra passar de ano*; e Os DSMs em tempos de biologização da vida e a lógica do questionário SNAP-IV. Nessas subseções, abordo alguns elementos que perpassam a história do TDAH — sigla que extrapola as fronteiras da Psiquiatria — seus aspectos éticos, educacionais, políticos, sociais e econômicos, e por considerar que uma história pode ser contada a partir de diferentes perspectivas e com diversos propósitos, apresento um caminho para a compreensão dos aspectos organizadores desse transtorno. Ele é objeto de problematização em várias áreas do conhecimento e, do ponto de vista social, “bom para pensar” (Lévi-Strauss, 2004) além da sua definição como categoria médica supostamente neutra e objetiva.

Ao escrever este capítulo, que lança alguma luz sobre a “caixa preta”¹¹ do TDAH, lembrei-me das observações de Camargo Junior (1994) sobre o discurso médico e a construção teórica da aids: a produção científica precisa ser abordada de forma plural, pois questões consideradas relevantes demandam a contribuição da(s) ciência(s). Compreendo que, desse modo, devem ser construídos estranhamentos e proposições quanto às crianças que estão desatentas e agitadas nas salas de aula, pois, quando a construção teórica das categorias diagnósticas é tomada como um dado em si, e seu “ponto de partida”, cuja função deveria ser a de orientar a busca, é transmutado em “ponto de chegada”, biologizamos a vida

¹¹ Em “Ciência em ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora”, Latour (2011) descreve os processos que levaram à descoberta do DNA e à construção do computador Eclipse 8000 de forma narrativa, diferentemente do discurso científico que o realiza de modo objetivo, linear e impessoal. A expressão caixa-preta é usada na cibernética quando um conjunto de operações se mostra complexo. Nessas situações, uma caixa-preta é desenhada para estabelecer que apenas é necessário saber o que nela entra e sai, não seu conteúdo, considerado “fatos inúteis”. O DNA e o computador Eclipse 8000 são tomados como exemplos de como a ciência oculta, em caixas-pretas, as dúvidas, incertezas, motivações pessoais, contextos sociais e interesses políticos e econômicos, embora esses fatores façam parte de suas descobertas.

e naturalizamos o que a afeta.

2.1 Nosso medicamento de cada dia: medicalização da vida e da sociedade

O texto de Drummond de Andrade, apresentado na epígrafe, remete a um conceito surgido nos anos 1960 para se referir à apropriação dos modos de vida pela Medicina: a medicalização. Esse neologismo foi originalmente destacado para expressar algo tornado médico e para denunciar a atuação da Medicina em campos que até então não lhe pertenciam, abarcando a vida cotidiana e suas formas de expressão. Atual e pertinente, o conceito ganhou evidência a partir da década de 1970¹² por meio dos estudos da Sociologia da Saúde, cujos teóricos passaram a problematizar a jurisdição médica além das suas fronteiras ao incorporar, para si, a pluralidade, as condições e os sofrimentos humanos. Estes se tornaram alvos de manuais classificatórios e intervenções que capturam todas as etapas da vida humana: gestação, parto, infância, período escolar, comportamentos, sexualidade, fase reprodutiva, vida conjugal, velhice e morte.

A saúde, e não apenas a doença, tornou-se objeto de intervenção da Medicina, e há tempos não precisamos estar doentes para ocupar o lugar de paciente. A definição ampliada de saúde, apresentada pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 1946) como um “estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades”, e o contexto de uma cultura imediatista, consumista e tecnicista, marcada pelo discurso competente (Chauí, 1997), pela mercantilização das questões pertinentes à saúde e pela “sanitarização do cotidiano” (Almeida-Filho, 2016), atravessada pela mídia e pela atuação das

¹² As raízes da medicalização são mais antigas. Cesare Lombroso (1835-1909), por exemplo, postulou através da craniometria sobre o caráter inato do crime, determinado por uma regressão psíquica hereditária a estágios mais primitivos da evolução. Já Francis Galton (1822-1911) acreditava que os traços comportamentais e a capacidade intelectual e artística eram genéticos. Ele apresentou o conceito de eugenia, “os bem-nascidos”, para se referir ao melhoramento da raça humana por meio da seleção artificial, evitando-se casamentos indesejados, razão pela qual 60 mil norte-americanos pobres e com deficiência foram esterilizados pelo programa *Eugenics Board*, só interrompido em 1979. No Brasil, a eugenia foi lançada oficialmente em 1914 na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Como medidas constavam a implantação de artigos constitucionais que controlavam a entrada de imigrantes no país e a segregação de pessoas consideradas doentes. Essas teorias influenciaram o pensamento social brasileiro, e num deslocamento de questões sociais, a miscigenação foi considerada um dos principais obstáculos ao desenvolvimento do país por, supostamente, enfraquecer a raça e produzir indivíduos não adaptáveis. Oliveira Vianna, Monteiro Lobato, Euclides da Cunha, Nina Rodrigues e Roquette-Pinto são exemplos de intelectuais filiados a esse pensamento. Paralelamente, o movimento médico higienista, articulado à eugenia, estabeleceu que vícios, imoralidade e delinquência, considerados presentes em alguns grupos sociais, eram responsáveis por surtos de doenças. Além das enfermidades físicas, também era preciso que a higienização, do ponto de vista mental, fosse realizada com vistas à prevenção de conflitos sociais, contexto em que caberia à escola ensinar não apenas os conteúdos escolares como também higiene e normas de comportamento às populações pobres para a condução do país à modernização, num movimento que desconsiderava a precarização das condições de vida e a lógica da exclusão social. Para aprofundamento, destaque Boarini e Yamamoto (2004) e Botelho e Schwartz (2009).

indústrias farmacêuticas, implicaram mudanças significativas no campo da Medicina, tornando os cuidados médicos banais e naturalizados. Com isso, como no poema de Drummond de Andrade (1980), podemos encontrar cápsulas, comprimidos ou frascos de medicamentos em nossas casas e locais de trabalho, bolsas, carros e armários, sempre disponíveis para serem ingeridos, pois dificilmente saímos do consultório médico sem receber a indicação de ao menos um deles, geralmente mais de um.

Historicamente, o termo medicalização se difundiu a partir dos estudos de Illich (1975, p.14) sobre a “expropriação da saúde” e a atuação da “empresa médica”, paradigma da industrialização capitalista, situada pelo autor como um dos grandes setores da economia, que coloniza a vida, expropria e ameaça a saúde, alienando o homem dos meios de tratamento aos quais é submetido, tornando-o “consumidor de cuidados da Medicina”. A iatrogenia, conceito central da sua reflexão, remete a novas doenças decorrentes da intervenção médica, na qual “Enfermidades, impotência, angústia e doenças provocadas pelo conjunto de cuidados profissionais constituem uma epidemia mais importante do que qualquer outra, e não obstante a menos reconhecida”.

O surgimento das iatrogenias, decorrentes do processo de industrialização da saúde e da medicalização da vida e da sociedade, revela os efeitos da ampliação e ramificação da atuação da Medicina para todas as esferas da vida. Essa atuação atinge a constituição da saúde de cada indivíduo: sua autonomia pessoal e capacidade cultural para lidar com aquilo que o afeta, revelando uma autoridade sobre pessoas doentes, não doentes e sobre as quais não se poderia, nem mesmo, esperar a cura. A obra de Illich denunciou a transformação dos sofrimentos e das dores da vida, decorrentes da condição humana, em problemas médicos.

Também nesse contexto de análise, Conrad (1975) publicou um artigo sobre a hipercinesia, denominação de um quadro característico do TDAH, inserindo-a na discussão sobre a medicalização dos comportamentos considerados transgressores e definidos como problema médico, e o papel da Medicina como instituição de controle social. Ele situou a participação de atores não médicos na definição dessa categoria, incluindo profissionais da área da educação e de empresas farmacêuticas e membros da Associação [Norte-americana] de Crianças com Dificuldades de Aprendizagem.

Conrad antecipou que uma análise centrada no sistema escolar mostraria que os comportamentos considerados sintomáticos das doenças da aprendizagem poderiam estar relacionados a problemas existentes na escola, e não na neurologia da criança. Além disso, sinalizou o caráter irregular da medicalização, não apenas pela participação de atores não médicos nesse processo, mas por destacar que alguns grupos e comportamentos podem estar

mais sujeitos à medicalização do que outros.

Se, por um lado, a transformação dos comportamentos moralmente desviantes em doenças poderia produzir, em certos casos, “benefícios humanitários”, Conrad (1975) destacou a autoridade e o monopólio da profissão médica sobre a saúde e o corpo, a individualização dos problemas sociais que resulta na culpabilização do indivíduo por sua precariedade social, e a despolitização dos comportamentos. Dada essa abrangência, e considerando um cenário de hipermedicalização, a chave para entender esse conceito seria sua definição, isto é, a medicalização “ocorre quando problemas ou experiências humanas passam a ser definidos como problemas médicos, habitualmente em termos de doenças, enfermidades ou síndromes”, com uma estrutura médica para entendê-los e uma intervenção médica para tratá-los (Conrad; Barker, 2011, p. 204).

Embora não tenha utilizado o termo de forma direta ou sistemática (Beltrame; Gesser; Souza, 2019; Galdenzi; Ortega, 2012), Foucault também estudou o processo de medicalização. Zorzanelli, Ortega e Bezerra Junior (2014) e Zorzanelli e Cruz (2018) compreendem que esse conceito encerra dois sentidos em suas obras: um deles diz respeito a um fenômeno localizado entre o final do século XVII e o começo do século XIX, período de constituição dos Estados Nacionais e de sanitização das maiores cidades europeias. Nessas cidades, a Medicina passou a intervir com vistas à salubridade e à higiene social para a contenção de doenças, um processo anterior ao analisado por autores como Illich e Conrad, cujas análises são centradas a partir da segunda metade do século XX.

Nessa primeira compreensão sobre medicalização, exercida “por meio da pedagogização do sexo das crianças, da histerização das mulheres [e] da psiquiatrização das perversões” (Zorzanelli; Ortega; Bezerra Junior, 2014, p. 1861) e atrelada ao nascimento da Medicina social e de uma biopolítica, Foucault mapeou seus aspectos positivos, como o controle e mesmo a erradicação de doenças, a maioria delas expressas em epidemias, e os negativos, como o controle sobre os corpos e as condutas dos indivíduos. Historicamente, o Estado, as cidades e a força de trabalho foram os principais objetos de intervenção médica, com a Medicina se destacando a partir de instâncias de controle social e moral, principalmente quanto à população pobre, considerada perigosa e portadora de doenças. Durante esses três séculos, ao incidir sobre essas questões, a Medicina adquiriu status de poder ao legislar sobre a normalidade e a anormalidade e ao classificar aqueles que diferiam dos padrões de comportamento, abrindo espaço para a incorporação de novos objetos.

Embora cronológica e contextualmente distinto, o segundo sentido, situado a partir do século XIX até os dias atuais, não exclui o anterior. A medicalização não se restringe mais

a aspectos políticos ou autoritários, mas engloba qualquer condição da vida através de uma ampliação nociva da intervenção médica, que passa a fazer parte do cotidiano sem uma demanda explícita. Trata-se de uma “medicalização indefinida”, caracterizada pela extrapolação das fronteiras da Medicina, onde não há fenômenos corporais que não possam ser descritos na sua relação com esse saber. Isso insere a medicalização no campo do biopoder, em uma lógica na qual as práticas médicas se difundiram nos meandros da sociedade, transformando a saúde em objeto de lucro e fonte de desejo, culpabilizando cada pessoa pela sua saúde (Zorzanelli; Cruz, 2018).

Foucault retratou uma Medicina que, desde o século XVIII, utiliza discursos e tecnologias para a higienização e disciplinarização dos corpos por meio da biopolítica e do biopoder, período de “início da intervenção médica na intimidade das pessoas, fazendo com que os profissionais da saúde e educadores, sobretudo, se tornassem especialistas a quem todos deveriam recorrer em busca de soluções para seus males domésticos” (Galdenzi; Ortega, 2012, p. 22). Segundo Collares e Moysés (2013), Foucault considera que a medicalização é sustentada por uma dupla promessa da Medicina: sua efetividade em prevenir e curar as doenças a ponto de, no futuro, tornar sua própria existência dispensável.

No Brasil, o tema ganhou destaque a partir dos estudos de Donnangelo (1976), uma das fundadoras do campo da Saúde Coletiva. Para ela, ao contrário de outras práticas sociais que surgiram com o desenvolvimento da sociedade capitalista, a Medicina tende a se apresentar como neutra em relação às determinações de classe e mesmo de poder, destacando um suposto caráter científico e uma função social de objetivar a cura. Donnangelo argumenta que a expansão da prática médica resultou na politização da saúde, evidenciada pela ampliação dos serviços médicos, pela maior inclusão da população nesses cuidados e pela extensão das normas estabelecidas pela Medicina sobre o que se considera como vital em relação às concepções de saúde.

A partir das investigações de Luz (2012), o conceito de medicalização pode ser pensado junto à categoria de racionalidades médicas, especificamente no contexto da racionalidade médica ocidental, surgida na área da Saúde Coletiva e das Ciências Sociais na década de 1990. Essa categoria se tornou uma ferramenta analítica para estudar sistemas médicos complexos, incluindo terapias tradicionais e complementares, e para criticar a “farmacologia química como base da terapêutica médica” (Nascimento *et al.*, 2013, p. 2). Luz (2014, p. 28) observa que para muitas pessoas em condições sociais precárias, as instituições médicas também são vistas como um “santo remédio para os males da saúde do povo”.

Por outro lado, as indústrias farmacêuticas e de equipamentos médicos pressionam o

Estado e as instituições médicas para estender a medicalização para camadas mais abrangentes da população, ampliando assim o mercado consumidor de saúde. Também no Brasil, Collares e Moysés (1996), Moyés e Collares (2013) e Moysés (2017) são referências nos estudos sobre medicalização, especialmente na sua relação com a aprendizagem, tema discutido no próximo item.

Na área da saúde mental, o DSM representa um paradigma do processo de medicalização, dado o crescente número de transtornos informados, que saltou de 106 categorias na sua primeira edição, em 1952, para mais de 300, incluindo suas variações e subcategorias, na sua quinta e mais recente edição¹³, numa captura cada vez maior das instâncias da vida. O TDAH é uma dessas categorias, cujo “remedinho” acalmaria os conflitos que sua definição psiquiátrica encobre. Como destacado por Frances (2014), médico responsável pela força tarefa do DSM- IV,

Uma tristeza normal se tornou ‘transtorno depressivo maior’; um esquecimento da idade é ‘transtorno neurocognitivo leve’; birras usuais do temperamento infantil se tornam ‘transtorno disruptivo de desregulação do humor’; exagerar na comida virou ‘transtorno da compulsão alimentar periódica’; uma preocupação de um sintoma médico é ‘transtorno de sintoma somático’; e em breve todos terão ‘transtorno de déficit de atenção e hiperatividade’ (TDAH) e tomarão estimulantes.

Enquanto o DSM-IV foi responsável pela produção de ao menos três epidemias — TDAH, transtorno bipolar e autismo infantil (Frances, 2016) — o DSM-V apresentou uma possibilidade ainda maior de gerar diagnósticos devido ao seu caráter preditivo (Resende; Pontes; Calazans, 2015). Isso fica evidente, por exemplo, nos conceitos de “espectros”, que permitem a inclusão de pessoas que apresentam apenas parte dos critérios para algum dos transtornos listados. No caso do TDAH, observa-se uma tendência semelhante de incluir casos mais leves, indivíduos com diagnóstico ‘subliminar’ ou pessoas que tenham apenas traços do transtorno (Lima, 2005).

Ao longo da história, as formas de punição e exclusão de pessoas que não se comportavam segundo padrões socialmente estabelecidos eram mediadas por formas explícitas de violência. Na contemporaneidade, esses processos assumem contornos mais sutis e velados, manifestando-se por meio de diagnósticos e tratamentos. Cabe agora à Medicina classificar, rotular e intervir sobre corpos e subjetividades a partir de uma compreensão individualizante, biologizante e patologizante do comportamento humano, definindo o que é normal e anormal, saúde e doença, padrão e desvio.

¹³ A edição revisada do DSM-V, o DSM-VR, foi lançada pela APA em 18 de março de 2022.

Diferentes sentidos, não necessariamente excludentes, podem ser expressos a partir do termo medicalização: práticas massivas de intervenção sobre o espaço público, transformação de comportamentos considerados transgressores em transtornos psiquiátricos, controle e imperialismo médicos (Zorzanelli; Cruz, 2018), um processo irregular que envolve atores não médicos (Conrad; 1975; Conrad; Barker, 2011), a presença das novas tecnologias que atingem os corpos e as subjetividades dos indivíduos e a constituição de uma biocidadania, cujas identidades são consideradas em termos biológicos (Caliman, 2013; Lima, 2018), entre outros. Em uma definição já ampliada, o próprio termo medicalização é político, engendrando investigações e denúncias sobre o encarceramento do homem contemporâneo em critérios morais e legais, sujeito aos determinismos e à jurisdição médica, os quais abarcam todas as instâncias da vida (Fórum sobre medicalização da sociedade e da educação, 2023; Meira, 2019; Moysés, 2017; Viégas, 2021).

2.1.1 Medicalização da educação

A questão de saber se a criança tem algum problema médico que pode impactar negativamente sua aprendizagem, como déficits na visão ou audição, ou mesmo se ela se alimentou adequadamente antes de ir à escola, dormiu bem à noite ou está ansiosa com alguma situação, não pode ser alvo de contestação, pois trata-se de preocupações legítimas, não relacionadas ao processo de medicalização. O problema está na redução dessas possibilidades à uma causalidade única das dificuldades de aprendizagem, centrada em hipóteses e determinismos biológicos. Ainda mais grave é quando essas dificuldades são exclusivamente explicadas por alterações neuroquímicas, como se a aprendizagem acontecesse de forma independente de outras variáveis que também interagem para o sucesso ou fracasso dos processos de aprendizagem, inclusive da qualidade das práticas pedagógicas e do modo como a criança é acolhida na escola. Ao abrir mão da compreensão desses aspectos em favor de marcadores biológicos, os(as) professores(as), talvez mesmo sem saber, tornam-se agentes privilegiados do processo de medicalização da educação.

Arroyo (2002), ao refletir sobre a “humana docência”, chamou a atenção para o fato de a educação atuar no limite dos processos de humanização e desumanização. Desse modo, o olhar exclusivo para o corpo biológico da criança pode contribuir para a desumana docência, pois a não insistência nas demais possíveis causas para as dificuldades de aprendizagem favorece a exclusão de crianças e adolescentes, principalmente aqueles em situação de vulnerabilidade socioeconômica. Permitir a entrada sem a devida problematização de

explicações e justificativas biológicas para possíveis problemas educacionais, familiares e sociais pode fazer com que a escola e seus(as) profissionais se tornem coadjuvantes em um espaço onde devem manter seu protagonismo.

A medicalização direciona problemas coletivos para o campo médico, transformando-os em questões individuais e biológicas, num movimento que iguala o mundo da vida ao mundo da natureza e desresponsabiliza as estruturas de poder que engendram e perpetuam tais problemas. No âmbito da educação, a medicalização inventa e reinventa as doenças do não aprender e do não se comportar na escola, enquanto “A Medicina afirma que os graves — e crônicos — problemas do sistema educacional seriam decorrentes de doenças que ela, a Medicina, seria capaz de resolver” (Moysés; Collares, 2011, p. 136, 2013).

Com isso, são apontadas como causas dos problemas de escolarização quaisquer doenças, desde que elas cumpram o objetivo de justificar o fracasso escolar, deslocando “o eixo de uma discussão político pedagógica para causas e soluções pretensamente médicas, portanto inacessíveis à educação” (Collares; Moysés, 1996, p. 28), em um cenário onde “Cérebros disléxicos, hiperativos, desatentos, questionadores e baixos QI¹⁴” são invocados para justificar problemas de escolarização (Moysés; Collares, 2020, p. 34; Patto, 1997, 2022). Para Oliveira, Viégas e Ribeiro (2015, p. 159), “Na educação, a medicalização tem aparecido sob a forma de patologização de crianças pelo simples fato de enfrentarem dificuldades no processo de escolarização”. Esse é o contexto de uma escola perfeita, não fossem os alunos, considerados uma clientela inapta e inadequada (Collares; Moysés, 2010).

A exclusão social a partir do sistema educacional brasileiro foi, historicamente, organizada e mantida por meio da ausência de oportunidades e de acesso à escola a grandes contingentes de crianças, principalmente nas regiões mais pobres do país. Em um segundo momento, a exclusão se deu pela evasão e repetência (Patto, 2022). Recentemente, ela se revela de forma sutil pela permanência na escola, por longos períodos de tempo, de crianças e jovens que não se apropriam dos conteúdos escolares.

Meira (2011, 2012) se apropriou dos conceitos bourdieusianos de exclusão do interior e marginalizados por dentro para tratar do caso brasileiro, onde é possível assistir à implantação de reformas e projetos que buscam prolongar a ilusão da inclusão, como aqueles que trazem um afrouxamento dos critérios de avaliação. Por meio deles, a exclusão social das crianças pobres é adiada, visto que a escola mantém os excluídos potenciais em seu interior, forjando a ideia de que a escola é para todos, mas nem todos podem se beneficiar daquilo que ela oferece em

¹⁴ Quociente intelectual.

decorrência de problemas individuais. Entre as várias respostas à pergunta de por que o aluno não aprende, são apontados argumentos pretensamente científicos, os quais, na maior parte das vezes, culpabilizam as crianças e suas famílias pela não aprendizagem, culminando no processo de patologização e medicalização da educação.

O século XX representa um marco no interesse acadêmico pela medicalização da infância¹⁵ no Brasil, motivado pela publicação do DSM-III, em 1980, e do DSM-IV, em 1994, e pela aprovação e regulamentação para venda do MPH, em 1998 (Garbarino, 2020). Embora a comercialização dessa substância remonte aos anos 1950, sua associação com o TDAH e seu alto consumo estão diretamente relacionados ao aumento da sua produção a partir dos anos de 1990. Esse período também conheceu a expansão dos laboratórios farmacêuticos, o desenvolvimento de uma nova Psiquiatria — fundamentada na biologização dos transtornos mentais — as descobertas de novos psicofármacos e a expansão do campo neurocientífico, fatores que ampliaram o processo de medicalização.

Dessa forma, a partir dos anos 1990, os discursos que relacionam o não aprender e o não se comportar adequadamente na escola a problemas neurológicos se intensificaram e ganharam força no meio educacional. As dificuldades de escolarização passaram a ser consideradas decorrentes de transtornos inerentes às crianças, que interfeririam em campos considerados pré-requisitos para a aprendizagem. Embora as justificativas para as dificuldades de aprendizagem e mesmo do fracasso escolar apartadas das suas instâncias geradoras sejam anteriores, as obras de Patto (2022) e de Collares e Moysés (1996) representam um marco nessa discussão.

Tendo como pano de fundo os altos índices de reprovação e evasão nas escolas da rede pública brasileira, mapeados desde as primeiras décadas do século XX e persistentes nos anos 1980, a veiculação de explicações reducionistas e medidas administrativas insuficientes para resolver esse problema, assim como os resultados de sua pesquisa realizada em escolas da periferia de São Paulo, Patto (2022) discutiu as raízes históricas das concepções sobre o fracasso escolar desde a instituição dos sistemas nacionais de ensino diante da promessa de uma sociedade igualitária. O trabalho examinou como os preconceitos de raça e classe, baseados em pseudo-teorias deterministas e associados aos segmentos mais precarizados da população brasileira, constituíam a base teórica da exclusão das crianças pobres do acesso à educação. As ideias de diferenças e aptidões individuais e de deficiência cultural, as explicações genéticas e as teorias médicas eram expressadas para justificar as desigualdades escolares.

¹⁵ Uma vez que a medicalização da infância se articula à medicalização da educação na construção das doenças do não aprender e do não se comportar, considero-as equivalentes.

Culpabilizadas, as crianças eram consideradas até o limite das suas inserções em seus grupos de pertença, cuja cultura não lhes possibilitaria os estímulos necessários à educação escolar. Logo, “as crianças pobres não consegu[iriam] aprender na escola por conta de suas deficiências, sejam elas de natureza biológica, psíquica ou cultural” (Patto, 2022, p. 217). Essas ressonâncias, no limite entre a saúde e a educação, o higienismo e o eugenismo — “discursos que não envelhecem” — encontram seu “elixir da juventude”. Nesse cenário, o aluno considerado problemático em termos de aprendizagem e disciplina ‘é assim porque tem piolho, e piolho dá anemia’; ou ‘porque os pais são separados’; ou ‘porque o pai bebe’; ou ‘porque mora na periferia’ (Boarini; Yamamoto, 2004).

A história de Ângela, apresentada por Patto (2022, p. 469) com as de outras três crianças destinadas ao fracasso escolar, é representativa do olhar patologizante e medicalizante sobre os processos de escolarização. cursando pela segunda vez a primeira série, em uma classe de “repetentes fracos”, Ângela é descrita pelas professoras como imatura e com “deficiência mental”, enquanto sua mãe é vista como “completamente paranoica”, aspectos que confirmariam uma suposta inaptidão intelectual dela e dos seus familiares. Uma das treze crianças que, segundo a professora, seriam “reprovadas mais uma vez”, Ângela foi matriculada aos sete anos, “considerada não-pronta e colocada numa classe da qual não se esperava muito em termos de rendimento; previsivelmente, foi reprovada” logo no primeiro ano, rotulada e estigmatizada. Seus pais viviam as incertezas sobre o fato mencionado pela professora, de Ângela ter “algum problema”, e por isso concordaram com seu encaminhamento, pela escola, a um serviço de saúde.

A medicalização do fracasso escolar, tão banalizada, atingia a subjetividade das crianças, o que levou Ângela a ter de superar o medo de ser encaminhada para o médico pela própria pesquisadora, como encaminharia “todas as crianças que estão muito doente e não sabem ler e escrever”. Por fim, conforme os resultados do exame, Ângela “obteve: QIV¹⁶ = 66; QIE¹⁷ = 64; QIT¹⁸ = 62. A criança apresenta um nível de inteligência, segundo a tabela do teste, abaixo da faixa média de normalidade, o mesmo ocorrendo com seus resultados verbais e de execução” (Patto, 2022, p. 483). Esses dados objetivos, estatísticos e científicos não revelaram as habilidades de vida de Ângela nem consideraram a vivência escolar como parte integrante das suas experiências, como se seu comportamento escolar independesse da escola e seu comportamento nos testes independesse das experiências de três anos de reprovação e

¹⁶ QIV: Quociente Verbal Intelectual

¹⁷ QIE: Quociente Intelectual de Execução

¹⁸ QIT: Quociente Intelectual Total

estigmatização. Como convém, o relatório, ainda que tenha alcançado a família de Ângela, excluiu a dimensão social e política do seu fracasso escolar.

Em pesquisa realizada na década de 1980 com o objetivo de aprender as concepções dos profissionais da educação e da saúde sobre a escola, o processo de ensino e aprendizagem e o fracasso escolar, Collares e Moysés (1996) constataram que esses profissionais também centravam as causas do não aprender nas crianças e em suas famílias, isentando a escola e o sistema escolar de qualquer responsabilização. Entre as causas localizadas nas crianças, ganharam destaque a desnutrição e as disfunções neurológicas, que começavam a competir com aquela, anunciadas de forma genérica e desprovidas de respaldo científico. Nesse contexto, os preconceitos do cotidiano escolar permitiam às professoras antever, já no primeiro bimestre, quais crianças reprovavam. Uma vez centradas as causas do fracasso escolar nelas e em suas famílias, não eram apontadas causas de ordem político-pedagógica. A escola e o sistema escolar eram, portanto, isentos de qualquer crítica.

Do grupo de crianças consideradas doentes, 75 foram avaliadas clinicamente. Destas, três haviam incorporado o estigma de doentes de forma profunda, o que lhes acarretavam implicações psicológicas; uma apresentava importantes problemas relacionados à vida, que de fato poderiam interferir no seu processo de aprendizagem; e 71 delas não apresentaram qualquer disfunção ou distúrbio orgânico que pudesse interferir no processo de escolarização. Nem mesmo a desnutrição, pois as crianças consideradas desnutridas apresentavam desnutrição leve, não afetando o Sistema Nervoso Central (SNC). No entanto, motivadas por preconceitos no cotidiano escolar e pela existência de supostas características inatas às crianças, as professoras já haviam indicado o tirocínio pedagógico, formulado com orgulho. A responsabilização das crianças e de suas famílias coadunava-se com a hipótese apresentada pelas autoras: a aprendizagem estava desvinculada do ensino e, logo, o problema residia em quem não aprendia (Collares; Moysés, 1996; Moysés; Collares, 1997; Moysés, 2017). Assim, como trazido por Gonçalves Filho (2021, p. 137), a medicalização enquadra o drama “sob foco muito reduzido, desligando-nos dos caminhos de alguém e seus diversos cenários. O drama é amarrado sob um único ponto de vista, impedindo deslocamentos de perspectiva, indispensáveis para que fosse mais bem percebido”.

Na busca pela raiz etimológica da palavra distúrbio, Moysés e Collares (1992, p. 31) identificaram-na como “anormalidade ou patologia violenta na ordem natural”, razão pela qual é constantemente utilizada como terminologia médica para expressar um sentido negativo. Consequentemente, um distúrbio de aprendizagem se refere a uma “anormalidade ou patologia violenta na ordem natural na aprendizagem”, ou seja, uma alteração relacionada a quem não

aprende. Portanto, ao serem realizados diagnósticos, são excluídos todos os fatores que interagem com o processo de ensino-aprendizagem, “uma vez que não se fala em distúrbios do processo de ensino-aprendizagem”. Tratam-se de problemas orgânicos, intrínsecos à criança, “E para um problema individual só podem surgir soluções individuais. Para um problema médico, soluções médicas”.

Configura-se, assim, um processo de biologização, patologização e medicalização da educação com a adoção de conceitos e soluções médicas como pretensas respostas para dificuldades de aprendizagem e problemas de comportamento (Brzozowski, 2020; Manfre, 2018, 2018a; Vizotto; Ferrazza, 2016). Nesse cenário, uma racionalidade técnica e instrumentalizante se impõe às práticas pedagógicas, que passam a classificar os alunos que escapam às normas previamente estabelecidas (Manfre, 2018, 2018a). Na lógica reducionista e imediatista na qual a medicalização se insere, a Medicina, pautada em discursos biológicos sobre desequilíbrios neuroquímicos, se apropriou da infância e do espaço escolar, e por meio da produção de classificações sobre os modos de ser, aprender e se comportar, estabeleceu estratégias de intervenção às doenças da aprendizagem.

Com isso, aliada às indústrias farmacêuticas, a Medicina cumpre o papel que se propõe desde sua transição entre os séculos XVII e XIX, quando se constituiu como ciência moderna: o de legislar e normatizar o que seja saúde e doença e definir os padrões de vida dos seres humanos a partir de um olhar biologizado sobre suas expressões. Disso resulta a era dos transtornos, “época em que as pessoas são despossuídas de si mesmas e capturadas-submetidas na teia de diagnósticos-rótulos-etiquetas, antigos e novos, cosmeticamente rejuvenescidos e reinventados” (Moysés; Collares, 2013). A história do TDAH não poderia ser mais adequada a essa definição, em uma época em que qualquer criança que não aprende, não se comporta ou não se apresenta adequadamente na escola, a partir do que se definiu como adequado, corre o risco de ser diagnosticada com essa ou outra disfunção médica.

No campo escolar, a conexão direta entre as dificuldades de aprendizagem e o modo de se comportar e problemas neurobiológicos é cada vez mais intensa e naturalizada, e “o que vemos entrar em cena [...] é o medicamento e sua maciça prescrição por parte dos especialistas, para atuar no que se acredita ser a doença do não aprender — hoje relacionada aos comportamentos desatentos, hiperativos e desobedientes” (Meira, 2012, p. 137, 2019). Desse modo, no âmbito da educação, a medicalização tem se manifestado como a patologização de crianças que apresentam dificuldades em seus processos de escolarização (Oliveira, Viégas, Ribeiro, 2015). Não se limitando às dificuldades de aprendizagem, a medicalização também abrange a indisciplina e outras formas de comportamento, que são tratados como questões de

saúde.

É nesse campo que a medicalização tem se expressado por meio de duas formas mutuamente articuladas: a medicalização dos processos de ensino e aprendizagem, cujas dificuldades de aprendizagem e os modos de ser apresentados por algumas crianças são considerados produtos de doenças, distúrbios ou transtornos dos quais a escola não tem competência para gerir — medicalização da educação — e a prática de encaminhamentos dessas crianças para os serviços de saúde para a realização de diagnósticos e tratamento — medicalização na educação. Desse modo, a escola abre mão da sua função social, a de socializar o saber, e produz problemas que deverão ser solucionados pelos profissionais médicos, fundamentando-se em um modelo de desenvolvimento humano pautado em um viés biológico (Meira, 2019).

A era dos transtornos também é a era das possibilidades de tudo mudar para o rompimento das forças medicalizantes obscurantistas (Moysés; Collares, 2013). Esse cenário é configurado a partir de uma série de movimentos sociais voltados à denúncia e ao enfrentamento de uma lógica biologizante que atinge, sobretudo, questões de comportamento e de aprendizagem que envolvem crianças e adolescentes. Exemplos desses movimentos incluem ações como *Stop DSM*, promovido a partir da Espanha, o *Fórum Infâncias*, na Argentina, o *Fórum para uma abordagem não medicalizante e uma educação não patologizante*, em Portugal, o *Giu le mani dai bambini*, na Itália, e o *Pas de Zéro de Conduite*, na França. Numa lógica inversa à da medicalização, que individualiza e biologiza questões sociais, comportamentais e educacionais, esses coletivos buscam resgatar o caráter político do que foi anteriormente individualizado e tornado biológico.

No Brasil, o Fórum, que congrega cerca de 40 entidades nacionais e internacionais, tem sido um dos principais espaços de resistência à medicalização. Fundado em 2010 durante o “I Seminário Internacional A Educação Medicalizada: dislexia, TDAH e outros supostos transtornos”, realizado em São Paulo, o Fórum “tem por finalidade articular entidades, grupos e pessoas para o enfrentamento e a superação do fenômeno da medicalização, bem como mobilizar a sociedade para a crítica à medicalização da aprendizagem e do comportamento” (Fórum sobre medicalização da sociedade e da educação, 2010).

De caráter político e permanente, o Fórum surgiu inicialmente em resposta ao Projeto de Lei (PL) nº. 86/2006, que tramitava na Câmara Municipal de São Paulo (2006) e propunha a contratação de equipes formadas por especialistas em diagnóstico e tratamento de dislexia, além de capacitar professores(as) para reconhecer os sinais desse transtorno. O que estava em questão era a redução da complexidade da educação a um problema de caráter orgânico,

individual de cada aluno, isentando o poder público de suas responsabilidades (Viégas, 2021) por meio de “encaminhamentos que, em sua maioria, já estão historicamente comprovados como uma forma de deslocar o eixo da preocupação do social para o individual” (Boarini; Yamamoto, 2004).

A definição consolidada do conceito de medicalização, estabelecido na “Carta do IV Seminário Internacional A Educação Medicalizada: desver o mundo, perturbar os sentidos” (Viégas, 2021, p. 270-1), vai além do simples uso abusivo de medicamentos ou de uma disputa por territórios profissionais:

[...] medicalização envolve um tipo de racionalidade determinista que desconsidera a complexidade da vida humana, reduzindo-a a questões de cunho individual, seja em seu aspecto orgânico, seja em seu aspecto psíquico, seja em uma leitura restrita e naturalizada dos aspectos sociais. Nessa concepção, características comportamentais são tomadas apenas a partir da perspectiva do indivíduo isolado, que passaria a ser o único responsável por sua inadaptação às normas e padrões sociais dominantes. A medicalização é terreno fértil para os fenômenos da patologização, da psiquiatrização, da psicologiação e da criminalização das diferenças e da pobreza.

Entre tantos segmentos sociais estigmatizados, os maiores alvos da violência nesse país [...], figuram entre os que mais sofrem os processos de medicalização: são estudantes que não se adaptam aos processos de uma escola sucateada, vistos como incapazes de aprender e obedecer regras sociais; são os jovens negros moradores de periferias urbanas, tratados como suspeitos, em termos de sua idoneidade ética e moral; são os homossexuais e transgêneros, aos quais se insiste em oferecer tratamentos de ‘cura’; são as mulheres, subjugadas pelo machismo, dentro e fora de suas casas; são parturientes vítimas da violência obstétrica; são trabalhadores em contextos de trabalho precarizados, engolidos pela burocracia e pelo produtivismo, reduzidos a quadros sindrômicos; são desempregados ou indigentes, invisíveis ou supervisibilizados, jamais prontos ou já ultrapassados, em um mundo de desemprego estrutural que insiste em afirmar a meritocracia.

Esse caráter de denúncia política se mantém no “Manifesto desmedicalizante e interseccional: existirmos, a que será que se destina?”, produzido por ocasião do “V Seminário Internacional A Educação Medicalizada: existirmos, a que será que se destina?” (Fórum sobre medicalização da sociedade e da educação, 2023, p. 241-2):

[...] a medicalização envolve uma racionalidade que naturaliza a vida humana e, no mesmo giro reducionista e determinista, formata quais são os tipos ‘naturalmente’ valorizados ou desvalorizados, desejáveis ou indesejáveis. Sua penetração na vida cotidiana se dá a partir de diversos dispositivos estratégicos e práticos, instalados em todos os espaços e instituições — escolas, postos de saúde, igrejas, templos, banheiros, ônibus, ruas, mídias... — que operam em torno de matrizes normativas e ideais regulatórias, prescrevendo padrões — de desenvolvimento, comportamento, aprendizagem, inteligência, afetividade, linguagem, gênero, sexualidade, eficiência, estética... — que devem ser seguidos à risca por todos, invisibilizando a complexidade da existência e camuflando o fato de que as condições de vida são absurdamente desiguais.

A medicalização se sustenta em princípios ao mesmo tempo universalizantes e individualizantes. Universalizantes, pois cria e legitima padrões estáticos, não raro calcados na biologização e essencialização da experiência humana. E individualizantes porque a aceitação desses padrões alimenta e fortalece a crença generalizada de que cabe a cada um esforçar-se para se ajustar, de forma que aqueles que não se adaptam são indesejáveis, desvalorizados, descartáveis. Seus destinos, então, os dividem entre aqueles que são tratáveis/educáveis/corrigíveis/controláveis, sobretudo por meio de políticas educacionais, jurídicas, penais, de saúde e assistência social, e os que simplesmente podem ser eliminados, por serem vistos como supérfluos ou mesmo abomináveis aos interesses do sistema vigente. Em uma organização social eminentemente coisificadora, a medicalização se sustenta em olhares e práticas que estigmatizam, silenciam, fetichizam, patologizam, criminalizam ou exterminam certos tipos de existência, assumindo controle não apenas sobre a vida, mas também sobre a morte, ambas convertidas em mercadoria.

Com isso, o Fórum enfatiza que “a vida de um indivíduo tem história. Conhecer o sujeito, falar sobre suas questões, implica em olhar sua biografia, que é ao mesmo tempo individual e coletiva: ela começa muito antes do nascimento biológico; possui lastro social e político na longa duração” (Fórum sobre medicalização da sociedade e da educação, 2021, p. 346). No campo da educação, a desmedicalização requer uma compreensão das circunstâncias da vida que atravessam a subjetividade das crianças. Isso envolve desconstruir o olhar patologizante, que muitas vezes domina os(as) profissionais da escola, inseridos(as) em um espaço colonizado pelo paradigma clínico terapêutico e por especialistas que são vistos como tendo mais autoridade sobre os processos de aprendizagem do que os(as) professores(as).

A medicalização é um fenômeno multifacetado e plurideterminado, objeto de pesquisa de vários campos do saber. Ela aponta para uma visão de mundo, de sociedade, de homem e de educação e nos leva à reflexão: Quais são, no âmbito da escola, as implicações desse processo, produtor de realidades e orientação de discursos, e suas consequências para as práticas pedagógicas inclusivas e para a valorização das diversidades de aprendizagem? Como o discurso médico influencia a forma como os(as) professores(as) interpretam os desafios de aprendizagem e comportamento? O que leva os(as) professores(as) à compreensão de que a intervenção médica é mais eficaz do que a intervenção pedagógica? Qual é o impacto da medicalização na autonomia das escolas para propor práticas pedagógicas alternativas e menos normativas? O que a medicalização diz e não diz sobre a inclusão e a exclusão de crianças em situação de vulnerabilidade? O que expressa uma sociedade que submete crianças de cinco anos a vestibulinhos para serem matriculadas na primeira série do EF?

2.2 TDAH, doença da aprendizagem e do comportamento

De um modo geral, a constituição histórica do TDAH é pouco discutida entre os

públicos leigo e acadêmico, retratada de forma breve, como pano de fundo para a apresentação dos achados das pesquisas da área médica ou, a exemplo de Barkley (2002, p. 37), considerado um dos maiores especialistas em abordagens organicistas no estudo desse transtorno, como um produto do aprimoramento do arcabouço conceitual e prático da clínica médica moderna, natural e inevitável diante de níveis cada vez mais sofisticados de validade, eficácia, segurança e conhecimento científico, que, nesse caso específico, estaria sendo abordado pela ciência médica “como um problema sério” há mais de cem anos.

Do ponto de vista orgânico, o TDAH é decorrente de uma disfunção na neurotransmissão dopaminérgica e noradrenérgica de algumas regiões do cérebro (Couto; Melo-Junior; Gomes, 2010), um desbalanço neuroquímico responsável pela manifestação da sua tríade sintomática — desatenção, hiperatividade e impulsividade. Mesmo que ao longo das últimas décadas tenha sido apresentada uma série de hipóteses causais, essa é considerada a mais “promissora” e “consistente” (Barkley, 2002) ou, para algumas abordagens da Psiquiatria, um dos clássicos exemplos do “mito científico do desequilíbrio químico” (Freiras; Amarante, 2024, p. 77). A área acometida, a frontal-orbital, uma das mais ricas em dopamina — neurotransmissor responsável por inibir comportamentos e regular o prazer, a satisfação, o foco, a atenção e as emoções — pode apresentar recaptura insuficiente em pessoas com TDAH.

Usualmente, os estudos clínicos associam esse desequilíbrio à determinação de fatores genéticos, sugerindo que os contextos ambientais podem ter alguma influência na intensidade dos sintomas. Considerado pela quinta e última edição do DSM (APA, 2014, p. 61) como um transtorno do neurodesenvolvimento, grupo de condições que se manifesta cedo, na maior parte dos casos antes de a criança entrar na escola, o TDAH é caracterizado por “um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere no funcionamento ou no desenvolvimento”. Para Barkley (2002, p. 50), seu símbolo é o déficit primário na inibição do comportamento, problema central encontrado na maioria das crianças com o transtorno, pois a impossibilidade de regulá-lo causaria “dificuldades de manter sua atenção, controle ou inibição dos impulsos e da atividade excessiva” e de “seguir regras e instruções e variabilidade extrema a suas respostas a situações”, como as de escolaridade e de trabalho. O transtorno estaria presente em todos os grupos sociais, afetaria crianças, homens e mulheres independentemente de suas condições socioeconômicas, étnicas e de escolaridade, com taxas globais regulares de prevalência (Barkley, 2002; Mattos, 2020).

Em “O mundo da lua: 100 Perguntas e respostas sobre o Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH)”, escrito no formato de perguntas e respostas, pois, segundo o autor, pessoas com TDAH não leem por “muito tempo”, não gostam de textos longos

e costumam saltar partes da leitura, Mattos (2020, p. 36-37) apresenta uma lista de problemas que podem ser observados com maior regularidade em pessoas com TDAH quando comparadas às que não o têm: em crianças, maior frequência de acidentes, reprovações, expulsões e abandono escolar; em adolescentes, maior incidência de abuso de álcool e outras drogas, depressão, ansiedade, obesidade e persistência dos problemas de aprendizagem escolar; e, em adultos, maior incidência de acidentes, desemprego e divórcio, abuso de álcool e outras drogas, depressão, ansiedade, obesidade e suicídio, maior frequência de acidentes com veículos e menos anos de escolaridade completados. Na maioria dos casos, em torno de 60%, o transtorno é considerado crônico¹⁹, com sintomas que se expressam de forma parecida nas fases infantil e adulta, como “o garoto que responde a pergunta sem ler até o final porque é impulsivo e o marido que decide as coisas sem consultar a esposa”.

O DSM-V (APA, 2014) apresenta um conjunto de cinco critérios para o seu diagnóstico. O primeiro deles, critério A, é composto por 18 sintomas²⁰, nove para a apresentação desatenta (critério A1) e os demais para a apresentação hiperativa/impulsiva (critério A2). A criança ou o adolescente deve apresentar seis sintomas de desatenção para o diagnóstico do TDAH na sua apresentação desatenta ou seis de hiperatividade/impulsividade para sua apresentação hiperativa/impulsiva ou, ainda, ambos para sua apresentação combinada, percebidos até os 12 anos (critério B), presentes em dois ou mais ambientes (critério C), com ocorrência de impactos negativos nas atividades sociais, acadêmicas e profissionais (critério D) e não explicados por outros transtornos (critério E).

Sobre o critério A1, são considerados sintomas para a apresentação desatenta do transtorno: a) frequentemente não presta atenção em detalhes ou comete erros por descuido em tarefas escolares, no trabalho ou durante outras atividades; b) frequentemente tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades; c) frequentemente parece não escutar quando alguém lhe dirige a palavra diretamente; d) frequentemente não segue instruções até o fim e não consegue terminar trabalhos escolares, tarefas ou deveres no local de trabalho; e) frequentemente tem dificuldade para organizar tarefas e atividades; f) frequentemente evita, não gosta ou reluta em se envolver em tarefas que exijam esforço mental prolongado; g) frequentemente perde coisas necessárias para tarefas ou atividades; h) com frequência é facilmente distraído por estímulos externos; e i) com frequência é esquecido em relação a atividades.

¹⁹ Alguns estudos afirmam que esse índice pode chegar a 80% (Benczik; Schelini; Casella, 2009).

²⁰ Conforme Mattos (2020), o quadro de sintomas descrito para o TDAH é o mesmo desde o início do século XVIII.

Quanto à apresentação impulsiva/desatenta (critério A2), os sintomas são: a) frequentemente remexe ou batuca as mãos ou os pés ou se contorce na cadeira; b) frequentemente levanta da cadeira em situações em que se espera que permaneça sentado; c) frequentemente corre ou sobe nas coisas em situações em que isso é inapropriado; d) com frequência é incapaz de brincar ou se envolver em atividades de lazer calmamente; e) com frequência não para, agindo como se estivesse com o motor ligado; f) frequentemente fala demais; g) frequentemente deixa escapar uma resposta antes que a pergunta tenha sido concluída; h) frequentemente tem dificuldade para esperar a sua vez; e i) frequentemente interrompe ou se intromete²¹.

Embora possam ser solicitados exames complementares, não há marcadores biológicos para o TDAH²², e a avaliação dos critérios diagnósticos ocorre a partir de entrevistas clínicas com geração de dados junto às famílias, à criança e à escola. Ainda que apresentado como multimodal, seu tratamento envolve majoritariamente o consumo de substâncias farmacológicas, especialmente psicoestimulantes. Conforme sua hipótese causal, esses medicamentos têm a capacidade de intensificar o nível de excitabilidade de algumas áreas do cérebro ao aumentar a disponibilidade de substâncias neuroquímicas.

Na história do TDAH, o livro infantil “João Felpudo” (Hoffmann, 1945), publicado originalmente em 1845, é referido por alguns pesquisadores da abordagem organicista como precursor da definição clínica do transtorno, embora suas histórias curtas não permitam inferências ou análises diagnósticas das personagens, as quais apresentam características consideradas indesejadas, como desatenção e agitação. No entanto, destaca-se o fato de apenas uma delas, a de Paulina pega-fogo, retratar meninas. As demais personagens são meninos, representantes de um dado de prevalência: o transtorno é mais frequente em pessoas do sexo masculino, além de maior probabilidade de as meninas apresentarem características de desatenção na comparação com os meninos que, predominantemente, apresentariam hiperatividade e impulsividade (APA, 2014; Mattos, 2020).

Enquanto para o DSM essa diferença é “determinada por características

²¹ Após a consideração dos critérios diagnósticos, há a determinação da apresentação: 314.01 (F90.2), apresentação combinada, se tanto o critério A1 (desatenção) quanto o critério A2 (hiperatividade-impulsividade) forem preenchidos nos últimos 6 meses; 314.00 (F90.0), apresentação predominantemente desatenta, se o critério A1 (desatenção) for preenchido, mas o critério A2 (hiperatividade-impulsividade) não for preenchido nos últimos 6 meses; e 314.01 (F90.1), apresentação predominantemente hiperativa/impulsiva, se o critério A2 (hiperatividade-impulsividade) for preenchido e o critério A1 (desatenção) não for preenchido nos últimos 6 meses (APA, 2014, p. 60).

²² Limites e equívocos metodológicos de alguns estudos organicistas que se propuseram mapear possíveis marcadores biológicos para o TDAH foram abordados por Lima (2005), Santana e Signor (2016) e Signor, Berberian e Santana (2017).

essencialmente do corpo orgânico das meninas” (Vizotto; Ferraza, 2016, p. 11), é possível que os meninos, supostamente, incomodem mais a sala de aula, situação que pode gerar maior demanda de encaminhamentos médicos e diagnósticos por parte da escola ou dos pais (Lima, 2005; Mattos, 2020). Para Brzozowski (2020) e Brzozowski e Caponi (2013), desde que a categoria hiperatividade, precursora do TDAH, foi inserida no rol de disfunções psiquiátricas da infância, o diagnóstico já era realizado essencialmente em meninos ativos e impulsivos. Da mesma forma, na segunda metade do século XX, as peças publicitárias da Ritalina, divulgadas pelo laboratório Ciba para tornar a droga conhecida, retratavam apenas meninos (Singht, 2007).

Nesse aspecto, embora não sejam o foco deste trabalho, as teorias que tratam dos conceitos de masculinidade e risco também podem lançar luz a esse diagnóstico, visto que as sociedades contemporâneas são caracterizadas pelas noções de perigo e de insegurança. Os meninos, principalmente os das classes populares, são considerados representantes dessa sociedade, cuja medicalização da infância pode ser vista como possibilidade de prevenção a condutas futuras.

Anunciado com essa nomenclatura médico-psiquiátrica desde a revisão da terceira edição do DSM²³, a abordagem organicista do TDAH o insere em uma trajetória que se estende há mais de duzentos anos (Lange *et al.*, 2010) por meio de classificações de desordens que tinham como principais características a alteração do comportamento e da atenção, desde um contexto em que pouco se falava de perturbações mentais a partir de uma perspectiva médica. Nessa trajetória, uma polifonia de expressões como alterações da atenção, Defeito no controle moral, encefalite letárgica (seus resíduos), cérebro danificado ou lesionado, Lesão Cerebral Mínima (LCM), DCM, paralisia cerebral mínima, retardo leve, reação hipercinética, síndrome da criança hipercinética, hiperatividade e TDA fazem parte da sua constituição.

Alguns autores entendem que essas perturbações descreviam um conjunto de sintomas bastante comuns entre si, os chamados desvios da infância (Rafalovith, 2001; Brzozowski, 2020), os quais, de um modo geral, variavam pouco de categoria para categoria. Os diagnósticos se baseavam em comportamentos como hiperatividade, desatenção, agressividade, impulsividade, inquietação, problemas para dormir, atraso na fala (Martinhago, 2018),

²³ Mantida essa nomenclatura, as alterações entre a quarta e a quinta edição do DSM se referem, de um modo geral, à possibilidade de mais pessoas serem diagnosticadas: permaneceram a lista dos 18 sintomas e o ponto de corte para o diagnóstico em crianças, no entanto, no caso dos adultos, o número de sintomas observado em cada critério é menor, cinco — a edição atual reitera a cronicidade do transtorno, que já vinha sendo apontada desde a década de 1970; a exigência de que os sintomas estivessem presentes até os sete anos, cujas lembranças eram difíceis para os adultos, foi alterada para 12 anos; o autismo, antes fator de exclusão para o transtorno, passou a ser considerado comorbidade; e os subtipos foram substituídos por apresentações, que mantêm a mesma divisão daqueles, mas enquanto os primeiros denotavam uma característica estável e fixa do TDAH, estas contemplam a variação dos sintomas ao longo do tempo (APA, 2014).

“desempenho ruim na escola, extroversão extrema, explosões de comportamento violento, incapacidade de ‘permanecer na tarefa’, roubo, distúrbios nos padrões de sono, moralidade inconsistente com a idade e esquecimento” (Rafalovich, 2001, p. 93). Em resumo, embora os conceitos moralistas, ou suas proto-ideias, nos dizeres de Fleck (2010), não integrem o discurso oficial do TDAH, eles estiveram presentes, e talvez ainda estejam, no percurso que levou à sua constituição.

Conforme Moysés e Collares (2011, p. 137), “a busca por razões científicas das disfunções neurológicas — quando e como quem comprovou o que — leva a uma interessante viagem”, por vezes “ao largo de evidências científicas, rigor metodológico, ética; em síntese, ao largo da ciência”. Entre essas disfunções, é reservado um destaque àquelas que comprometeriam, de forma exclusiva, a aprendizagem e o comportamento.

Se, atualmente, o TDAH é requisitado para justificar o não aprender e o não se comportar na escola, desde o final do século XIX entendia-se que algumas doenças neurológicas como traumas cranianos e acidentes vasculares cerebrais poderiam provocar comprometimentos comportamentais e cognitivos, como a perda das linguagens oral (afasia) e escrita (cegueira verbal) já adquiridas. Foi nesse cenário que, em 1896, o oftalmologista James Hinshelwood, considerado um dos precursores do campo dos distúrbios da aprendizagem, anunciou a existência do quadro de “cegueira verbal congênita”, um distúrbio de leitura provocado por algum gene defeituoso.

Sua conclusão foi baseada numa percepção de causa e efeito: se pessoas que já haviam dominado as habilidades de leitura e escrita as perdiam diante de um trauma craniano, então, pessoas que não conseguiam aprender a ler e escrever desde a infância teriam a cegueira verbal desde o nascimento, ou seja, congênita. Embora não validadas, suas observações foram retomadas em 1925 por Samuel Orton, neurologista norte-americano, que, a partir delas, estabeleceu outra categoria de patologia inata, a *strephosymbolia*, caracterizada pela leitura especular, hoje considerada critério para o diagnóstico da dislexia.

Mesmo que a cegueira verbal congênita tenha sido posteriormente associada à DCM, como apontado mais adiante, coube ao pediatra George Still receber o mérito pela organização teórica do TDAH (Barkley, 2002; Caliman, 2010; Lima, 2005). Em 1902, em três palestras realizadas no *Royal College of Physicians*, em Londres, Still apresentou uma série de casos de crianças consideradas agressivas, egoístas, resistentes à disciplina e a regras, insensíveis a punições físicas, passionais, imorais, desafiantes e capazes de causar danos a terceiros. Essas observações eram pautadas em grupos de vinte crianças, na proporção de três meninos para cada menina, cujos comportamentos descritos teriam surgido, na maioria dos casos, antes dos

sete anos (Silva 2014; Lange *et al.*, 2010; Lima, 2005). Como seus pais, elas teriam uma condição médica, um defeito no controle moral, cujas consequências se expressariam na pouca inibição à própria vontade (Silva, 2014; Brzozowski, 2020; Signor; Santana, 2015). Até então, essas condutas infantis eram tratadas como “maus comportamentos” (Lima, 2005).

Conforme Lange *et al.* (2010), Still dividiu esses casos em dois grupos: crianças com defeito no controle moral associado a doenças físicas, como tumor cerebral, meningite e traumatismo cerebral, e crianças com defeito no controle moral sem comprometimento do intelecto e sem doenças físicas. Essa diferenciação teria sido a origem dos conceitos posteriores de LCM, DCM e hiperatividade. Em alguns casos, foi relatado exagero de excitabilidade, depois considerado sintoma próximo ao da impulsividade.

Rafalovich (2001) considera necessário compreender dois conceitos médicos em evidência à época de Still: o de idiotia e o de imbecilidade. Enquanto o primeiro era tomado como uma categoria médica que expressava uma condição extrema, decorrente de um distúrbio orgânico incapacitante, o segundo era utilizado para descrever pessoas que mesmo sem apresentar deficiência mental severa não atendiam as demandas das instituições, inclusive de forma intencional. Still desejava aplicar esse último termo à compreensão dos comportamentos infantis considerados desviantes, vinculando-o à imoralidade infantil em um período em que tais questões eram consideradas médicas por estarem relacionadas ao desenvolvimento biológico.

Diferentemente do idiota, intelectualmente inferior, as crianças observadas por ele teriam um controle deficiente das faculdades morais, e o defeito no controle moral expressaria a inadequação entre o autocontrole e a propensão biológica para entender as exigências morais do meio. Dessa forma, as palestras de Still não deveriam ser tomadas como parte das discussões teóricas sobre o TDAH, mas como produto da literatura médica dominante, na qual os desvios da moralidade eram seu objeto de intervenção (Lange *et al.*, 2010). Para Caliman (2010) e Barbarini (2014), ainda que vários autores atribuam a Still a primeira definição clínica do TDAH, há os que chamam atenção para as condições morais e à desobediência a regras e consensos que delineariam uma patologia sociomoral na Inglaterra do final do século XIX.

Mais de vinte anos depois, médicos norte-americanos estudaram crianças com características comuns: sobreviventes da epidemia de encefalite letárgica, ocorrida entre 1916 e 1927 na Europa e nos EUA²⁴, elas apresentavam comportamentos similares aos observados

²⁴ A encefalite letárgica ou doença do sono é tema do livro “Tempo de Despertar” (Sacks, 1997). Surgida após a Primeira Guerra Mundial, essa epidemia deixou um milhão de mortos e quatro milhões de pessoas em estado catatônico por décadas. Presas aos seus corpos, tiveram um curto despertar no final da década de 1960 após um

por Still. Alguns relatos médicos apontavam a existência de comportamentos perturbadores e comprometimentos cognitivos pós-encefalite nas crianças sobreviventes, com alguma base biológica nessas alterações (Brzozowski, 2020; Lima, 2005; Silva, 2014). Anteriormente ajustadas e consideradas “normais”, elas passaram a exibir mudanças de comportamento e de personalidade que afetavam o modo como se apresentavam e se relacionavam nos contextos familiares e escolares (Rafalovitch, 2001). Os “sintomas pós-encefalíticos foram considerados fisiológicos e passíveis de localização cerebral”, reiterando a “hipótese de que comportamentos como irritabilidade, agitação e desatenção poderiam ser explicados por vias biológicas, abrindo caminhos para as pesquisas com esse tipo de viés” (Brzozowski, 2020, p. 7).

Segundo Signor, Berberian e Santana (2017) e Signor e Santana (2015), foi após essa epidemia, cujas sequelas se aproximavam dos atuais sintomas listados para o TDAH, que a Medicina mostrou maior interesse pelas doenças da aprendizagem e do comportamento, pois os resíduos da encefalite levaram os médicos à uma correlação simples, com lógica similar à realizada anteriormente por Hinshelwood: se um dano no cérebro, aqui causado pela encefalite, poderia acarretar comprometimentos no comportamento e na atenção, crianças que desde cedo apresentavam tais sinais teriam lesões congênicas responsáveis por tais comprometimentos.

Alguns relatos das sequelas da encefalite, que descreviam comportamentos de resistência e de oposição, são representativos de um mecanismo fisiológico semelhante ao descrito para o TDAH, o qual interferiria na expressão dos comportamentos das pessoas acometidas por disfunções cerebrais. Além disso, esses relatos associavam a figura do imbecil moral, anteriormente retratada por Still, às crianças pós-encefalíticas, visto que ambos os casos resultariam de processos neurológicos deficitários que as tornariam impulsivas e desafiadoras.

O diagnóstico de encefalite forneceu uma explicação mais acabada para os comportamentos infantis não convencionais, uma causalidade considerada como um dos aspectos centrais para a descoberta do TDAH. Por outro lado, alguns pontos permaneceram pouco esclarecidos nessa perspectiva: os pesquisadores organicistas consideram que essa condição existe há décadas, mas foi apenas recentemente compreendida graças ao encontro, bastante oportuno, do interesse médico com a imoralidade infantil e a epidemia de encefalite letárgica. Além do mais, os contextos sociais em que as chamadas crianças imorais viviam não foram considerados, mesmo que parte delas tenha recebido esse diagnóstico depois de, por

experimento com Levedopa, medicamento para Parkinson. As origens dessa doença nunca foram esclarecidas, mas acredita-se que foi motivada por algum vírus causador de inflamação no cérebro e inchaço no hipotálamo, que, entre outras funções, promove a regulação do sono. Na década de 1970, Sacks relatou à BBC (apud Kesby, 2019): “Eu nunca tinha visto nada assim: tantos pacientes como aqueles imóveis, às vezes pareciam estar congelados em posições inusitadas, e você se perguntava: ‘O que está acontecendo? Tem alguém vivo lá dentro?’”.

diferentes razões, terem sido institucionalizadas — mesmo a resistência das crianças a esses ambientes era tratada como sintomática de alguma disfunção mental (Rafalovich, 2001).

Assim como na compreensão atual do TDAH, as variáveis sociais que podem impactar o comportamento das crianças não eram consideradas, pois o problema era tratado exclusivamente como de ordem médica, localizado no cérebro da criança e dissociado das suas condições de vida. Assim, as categorias de idiotia, imbecilidade e encefalite letárgica (seus resíduos) revelam o quanto a Medicina, desde há mais de cem anos, investe na medicalização de condutas consideradas desviantes, e se elas levaram à descoberta do TDAH, o fizeram por vias sociais. Visto dessa maneira, o TDAH pode ser considerado também como uma categoria sociológica.

Nesse contexto, a aproximação da encefalite letárgica com o defeito no controle moral levou ao surgimento da LCM, termo atribuído a Alfred Strauss, neurologista norte-americano. Segundo ele, embora a lesão não interferisse em outras funções devido ao seu caráter mínimo, seria suficiente para comprometer a aprendizagem e o comportamento. Como em Hinshelwood, a possibilidade de entender as dificuldades de aprendizagem e de comportamento a partir de um viés orgânico não encontrou ressonância em um primeiro momento, embora igualmente destacada na trajetória que culminou na biologização e patologização da aprendizagem e do comportamento escolar (Moysés; Collares, 2011; Signor; Berberian; Santana, 2017).

Paralelamente, a doença hipercinética da infância era relatada desde o início da década de 1930 por médicos alemães. Seus sintomas mais característicos eram a inquietação motora excessiva, geralmente motivada por estímulos externos e novos, e a dificuldade em manter atenção em tarefas contínuas e difíceis. Também foram constatados prejuízos no ambiente escolar, uma vez que as crianças afetadas pela doença hipercinética, frequentemente desobedientes, perturbariam a sala de aula.

Esses sintomas, que expressariam uma disfunção orgânica, já teriam sido observados e descritos anteriormente, mas sem que houvesse a separação entre outras doenças com sintomas semelhantes, como os efeitos residuais da encefalite letárgica. Considera-se que as descrições de Kramer e Pollnow sobre a doença hipercinética da infância atendem aos três principais sintomas do TDAH e a alguns dos seus critérios adicionais (Lange *et al.*, 2010).

Nesse percurso, em 1937, o pediatra norte-americano Charles Bradley realizou estudos com a Benzedrina, primeira derivação das anfetaminas, em crianças e adolescentes institucionalizados, a maioria órfãos, que apresentavam uma variedade de problemas, como dores de cabeça, dificuldades de aprendizagem, hiperatividade, impulsividade e epilepsia (Caliman, 2010; Moysés; Collares, 2011). As experiências, realizadas em um hospital fundado

para tratar crianças com deficiências neurológicas e resíduos da encefalite (Lange *et al.*, 2010), concluíram pela redução desses sintomas e pela maior disposição para trabalhar, estudar e realizar tarefas de cálculo e escrita (Lange *et al.*, 2010; Moysés; Collares, 2011).

Embora faça parte da história do TDAH, essa intervenção foi isolada e pontual, e não teve prosseguimento imediato, sobretudo pela ausência de tradição no uso de terapias farmacológicas em crianças e adolescentes que apresentavam desordens mentais. No entanto, a descoberta da ação de psicoestimulantes na redução de comportamentos hiperativos e desatentos fortaleceu a hipótese de que esses problemas seriam causados por lesões orgânicas no cérebro (Caliman, 2010; Lange *et al.*, 2010). Certamente, a ausência de eticidade nos encaminhamentos experimentais realizados por Bradley segue na caixa-preta da história do TDAH.

Em 1962, durante um evento realizado em Londres, pesquisadores que estudavam a LCM esclareceram que, mesmo empregando todos os equipamentos disponíveis à época e conduzindo estudos patológicos realizados em pacientes acompanhados até a morte, não encontraram nenhuma lesão nas pessoas anteriormente diagnosticadas. A ausência de lesão, no entanto, não desacreditou as observações de Strauss, pois se tratava apenas de um equívoco conceitual: não havia lesão, mas uma disfunção cerebral que afetava “apenas o comportamento e a aprendizagem, justamente as áreas de maior complexidade à avaliação no ser humano”. A DCM era diagnosticada através de critérios como hiperatividade, agressividade e baixa tolerância a frustrações, sem número mínimo de sinais para o preenchimento de um instrumento diagnóstico, com ausência de sinais físicos ou neurológicos aos exames (Lima, 2005; Moysés; Collares, 2011, p. 141).

Em outra conferência, realizada pelo Instituto Nacional de Doenças Neurológicas e Cegueira dos EUA, em 1963, a DCM foi apresentada como uma disfunção encontrada em crianças que, embora com inteligência geral próxima da média ou mesmo acima dela, apresentavam dificuldades de aprendizagem ou problemas de comportamento. Sua etiologia foi relacionada a aspectos neurológicos, embora a psicanálise propusesse a informação de fatores sociais e ambientais. A partir de então, houve uma confluência de pressupostos: a cegueira verbal congênita se integrou à DCM, e um dos seus critérios diagnósticos passou a ser a existência de dificuldades de aprendizagem, como a dislexia específica de evolução, anteriormente cegueira verbal congênita. Dessa forma, o diagnóstico de dislexia específica de evolução levava, obrigatoriamente, ao diagnóstico da disfunção (Moysés; Collares, 2011).

O Serviço de Saúde Pública dos EUA contribuiu para a promoção dessa categoria em um momento em que as classes médias norte-americanas passavam por problemas financeiros

e alteração na sua estrutura familiar, acompanhados pelo crescimento do número de crianças com dificuldades de aprendizagem. Essa situação causou incômodo nas famílias, que passaram a exigir respostas do Governo para os problemas dos filhos, considerados bem nutridos, com acesso a bens culturais e inteligência na média ou acima da média.

A DCM respondia a esse interesse e era coerente à realidade das classes médias, uma vez que ela se diferenciava das justificativas apontadas para o fracasso escolar das populações étnicas e pobres, como privação cultural e retardo mental (Barros, 2014; Lima, 2005). A definição da DCM estabeleceu os três principais sintomas para o TDAH, e embora tenha persistido até os anos 1980, já na década de 1960, o conceito foi criticado por ser considerado vago e especulativo, especialmente devido às dificuldades em definir seu substrato neurológico (Lima, 2005).

Os estudos com psicoestimulantes em crianças só foram retomados entre as décadas de 1950 e 1960, quando Maurice Lauffer e Stella Chess, psiquiatras infantis norte-americanas, revisitaram os estudos de Bradley e apresentaram o termo reação hipercinética para designar um conjunto de sintomas similares aos observados por ele e Still, em um período em que a hiperatividade era a característica marcante para designar crianças agitadas (Brzozowski, 2020; Lange *et al.*, 2010; Lima, 2005; Silva, 2014). Lauffer enfatizou a etiologia orgânica dessa desordem, exclusiva de crianças do sexo masculino, com a recomendação do uso de anfetamina para o seu tratamento. Assim, o processo que articulava dificuldades de aprendizagem e de comportamento a uma base orgânica, de cunho individual e patológico evidenciado desde os pressupostos de Hinshelwood, apresentava contornos mais nítidos.

Esse diagnóstico, cujo tratamento era conhecido vinte anos antes da sua conceituação médica (Conrad, 1975), logo se tornou o distúrbio psiquiátrico infantil mais comum. A partir de 1970, a Psiquiatria começou a prescrever MPH a essas crianças, fato que reforçou a iniciativa da APA de criar um diagnóstico mais específico em comparação à reação hipercinética (Martinhago, 2018), uma vez que seus critérios definidores, a exemplo da DCM, eram vagos e imprecisos (Moysés; Collares, 2011).

Em 1980, ano da publicação da terceira edição do DSM, a APA alterou sua nomenclatura para TDA²⁵, quando o diagnóstico anterior, baseado na hiperatividade, cedeu lugar ao déficit de atenção. Essa transmutação ocorreu quando a Psiquiatria buscava consolidar sua apresentação biológica, e a atenção passou a oferecer um aspecto mais organizado ao transtorno, dado o desafio teórico para a apresentação do quadro de hiperatividade sob a ótica

²⁵ Na língua inglesa, os termos adotados são ADD, Distúrbio do Déficit de Atenção, e ADDH, Distúrbio do Déficit de Atenção e Hiperatividade. No Brasil, o termo distúrbio foi alterado para transtorno.

do que se considerava científico.

Também nesse cenário, Meldman, neurologista até então desconhecido nas proposituras sobre o TDAH, defendeu que as disfunções da atenção eram os primeiros sinais das patologias mentais. Negligenciadas até então, Meldman sugeriu que as patologias mentais e da emoção fossem reescritas como patologias da atenção, níveis de estimulação cerebral passíveis de medição. Assim, num curto espaço de tempo e devido aos avanços técnico-científicos da época, a atenção pôde ser medida, e essa medição se tornou a ferramenta mais promissora para o diagnóstico das psicopatologias. Embora Meldman não seja citado na historiografia do TDAH, foi nesse contexto que Virgínia Douglas escreveu sobre a primeira patologia específica da atenção (Caliman, 2009).

Douglas, bióloga canadense, apresentou a teoria de que a dificuldade em manter a atenção poderia surgir mesmo nos casos em que não houvesse manifestação da hiperatividade, além de ser mais provável de ser observada. Seus trabalhos levaram à redefinição do transtorno hipercinético para TDA com e sem hiperatividade (Lima, 2005). O grupo de pesquisadores em torno de Douglas buscava redefinir o quadro da hiperatividade de forma a deixá-lo mais consistente por meio de novos critérios e exames, os quais, se acreditava, poderiam ser realizados com testes da atenção e da cognição (Caliman, 2009). Em 1976, o também canadense Gabriel Weiss, a partir de uma série de estudos de longo prazo, mostrou que a hiperatividade tendia a diminuir, e a desatenção e a impulsividade a persistir conforme as crianças atingissem a adolescência, diferentemente do consenso anterior (Silva, 2014).

Na sequência, em decorrência de estudos que indagavam sobre o predomínio da desatenção, o DSM-III-R, publicado em 1987, dividiu o TDA em dois grupos, TDA e TDA/H, para os casos que apresentavam desatenção e hiperatividade. Finalmente, a quarta edição do DSM (APA, 2002) apresentou o TDAH que, conforme Meira (2012), já na década de 1990, se tornou um dos principais motivos de encaminhamento para diagnóstico e tratamento médico de crianças com queixa escolar.

As décadas de 1980 e 1990 foram de busca pela materialidade do transtorno por meio de tomografias, neuroimagens, eletroencefalogramas e ressonâncias. Barkley (2002) é um dos principais nomes no que diz respeito ao mapeamento das causas do transtorno, incorporando estudos genéticos, neuroquímicos e de neurotransmissores. Esses também foram anos de “explosão publicitária” do TDAH e da Ritalina nos EUA, com pessoas adultas buscando se informar sobre o transtorno, à medida que ele era apresentado como uma patologia incurável, associada ao desemprego, criminalidade e acidentes automobilísticos.

Em uma lógica própria das sociedades de risco, órgãos governamentais norte-

americanos anunciaram campanhas contra violência tendo, por base, fatores biológicos e neurocomportamentais. Era preciso observar crianças propensas à criminalidade e intervir em seus comportamentos, e o TDAH apresentava-se como o principal objeto de investigação, pois suas características poderiam apontar para possíveis problemas médicos, sociais e criminais. Enquanto isso, as famílias buscavam garantir direitos para as crianças com TDAH, demandando judicialmente salas especiais para acomodá-las (Caliman, 2009).

Para finalizar, destaco que alguns dos fatores que podem explicar a ampla difusão do TDAH a partir da década de 1990, apesar de sua longa trajetória, incluem: o reconhecimento clínico e o diagnóstico formal desta condição; a intensificação dos processos de psiquiatrização e medicalização da vida; o contexto das bioidentidades; uma cultura marcada pelo imediatismo e pela influência midiática; a aprovação da comercialização da Ritalina; e a consolidação da indústria farmacêutica. Nesse contexto, Caliman (2012) observou que a interpretação neurobiológica do transtorno foi amplamente aceita, conectando estudos sobre desordens da atenção e controle do comportamento às pesquisas cerebrais. A existência do TDAH e a validade do seu diagnóstico passaram a depender de achados científicos sobre suas bases neurobiológicas e dos cálculos de risco associados, frequentemente divulgados nos meios técnicos e leigos, com apoio das empresas farmacêuticas. Desde então, tais pesquisas visam demonstrar que o transtorno causa danos ao sujeito e que sua causalidade orgânica — envolvendo aspectos biológicos, genéticos e cerebrais — é observada por meio de estudos de neuroimagem e genética. Isso teria validado sua existência ao tornar visíveis seus fatores biológicos, ou seja, “o diagnóstico do TDAH é real porque, em certa medida, é visível e biológico e descreve uma condição maligna” (Caliman, 2012, p. 225). Além disso, a partir da década de 1990, a discussão sobre o TDAH chegou ao campo judiciário, com reivindicações de direitos especiais para crianças diagnosticadas com o transtorno.

Por outro lado, as mudanças ocorridas no sistema educacional também são fatores importantes para compreender a difusão dos diagnósticos de TDAH. Nesse aspecto, a crescente pressão pelo desempenho acadêmico e o controle de comportamentos disruptivos nos ambientes escolares podem ter contribuído para o aumento dos diagnósticos do TDAH. As escolas passaram a desempenhar um papel fundamental na identificação de comportamentos relacionados ao transtorno, pressionando por intervenções que alinhassem as crianças às expectativas de desempenho. Foi também a partir da década de 1990 que surgiram as avaliações de larga escala, como o Sistema de Avaliação da Educação Básica (Saeb), criadas para medir a qualidade do sistema escolar brasileiro. Esse modelo incentivou a criação de sistemas

municipais e estaduais de avaliação, consolidando esse formato como ferramenta central na condução e controle de políticas educacionais (Oliveira; Santos, 2021).

Essas avaliações surgiram em um contexto de reformas educacionais promovidas pelo governo brasileiro, alinhadas à tendência global de *accountability* e à necessidade de monitorar o desempenho das escolas públicas. Embora o termo *accountability* signifique prestação de contas, no Brasil ele adquiriu a dimensão de responsabilização, resultando nas chamadas “políticas de responsabilização”, em que as equipes escolares são responsáveis pelos resultados de suas instituições. Como aponta Brooke (2008, p. 94), essa política pode ser caracterizada “como uma tentativa de melhorar os resultados das escolas mediante a criação de consequências para as escolas e os professores individuais, sejam elas materiais ou simbólicas, de acordo com o desempenho dos alunos”.

Esse processo se intensifica quando os resultados são insatisfatórios, pois, mesmo sem uma política explícita de responsabilização, os(as) profissionais da escola se sentem pressionados pelo governo e pela sociedade a apresentar resultados concretos. Esse cenário reflete não apenas uma cultura de controle de resultados e comportamentos, como também um estilo de pensamento (Fleck, 2010) que privilegia a eficiência institucional e a intervenção médica como soluções para as dificuldades escolares. O conhecimento produzido nesse contexto expressa as condições sociais de uma época, sendo moldado por necessidades e convenções que reforçam a primazia de abordagens que valorizam a regulação comportamental e a medicalização, além de reforçar a compreensão de que os comportamentos desatentos e hiperativos resultam de uma patologia.

2.3 Ritalina, um remédio pra passar de ano

Nesta subseção, dedico-me a falar um pouco sobre a Ritalina, uma substância da família das anfetaminas, prescrita a pessoas diagnosticadas com TDAH. Popularmente conhecida como “pílula” ou “droga da obediência”, ela é responsável por 90% do mercado brasileiro de medicamentos para esse transtorno (Itaborahy, 2009) e está no centro de debates éticos, políticos e sociais, como os pertinentes ao campo da neuroética²⁶. Essa substância é bastante controversa, principalmente por ser associada a crianças com dificuldades de

²⁶William Safire, que foi colunista do New York Times e presidente da Fundação Dana, que apoia pesquisas na área de neurociência, definiu o termo neuroética como “o exame do que é certo ou errado, bom ou mau em relação ao tratamento do cérebro humano, seu aperfeiçoamento, sua boa invasão, ou manipulação preocupante, incluindo a neuroimagem, a robótica, interfaces entre cérebro e computador, psicofarmacologia e neuroestimulação aumentativa das funções cerebrais normais” (Safire *apud* Marino Junior, 2010, p. 110).

aprendizagem e problemas de comportamento escolar, frequentemente considerados condições médicas. Além disso, ela pode potencialmente causar dependência física e psicológica, desencadear reações adversas que podem afetar todos os sistemas do organismo, ser prescrita a crianças e adolescentes em fases de desenvolvimento físico e psíquico, ser usada para doping intelectual por meio de práticas de neuroaprimoramento e como droga recreativa. Observa-se também um expressivo crescimento no consumo mundial, associado ao processo de medicalização.

Para iniciar esse tema, apresento uma notícia fictícia que serve como ponto de partida para a reflexão proposta neste trabalho. Com tom satírico, o texto evidencia os perigos de projetos autoritários disfarçados de políticas públicas, revelando como discursos de controle e padronização podem se infiltrar em instituições fundamentais, como a escola:

É preciso uma cultura de obediência e padronização num mundo sem valores', afirma idealizador do projeto que incluirá Ritalina na merenda escolar. A Ritalina, droga da obediência muito famosa nas mais tradicionais escolas brasileiras, está para se tornar componente obrigatório na merenda das escolas públicas. A ideia é do Deputado Júlio Santos do PPGI-RJ (Partido Progressista do Grande Irmão). A intenção é padronizar cabeças e dopar crianças para que estudem muito e questionem pouco. 'Existe hoje a necessidade de criar uma cultura da obediência numa sociedade que se perdeu em excessos liberais. Assim evitamos agressões contra professores, cortamos esse papo de homossexualismo [sic] e nos prevenimos contra a presença de futuros adultos se rebelando contra políticos honestos. O lema é estudar mais, pensar menos', afirma Santos. Segundo linhas do projeto, a ideia é ministrar 70 mg diários via oral diluídos nos sucos ou mesmo misturados aos alimentos. 'Quicá presente até nos bebedouros!', afirma Júlio César Lombroso, diretor da Escola Estadual Emilio Guerra em Teresina no Piauí (Diário Pernambucano, 2019).

O Diário Pernambucano (2013), do qual o trecho acima foi extraído, é um site que não se limita a produzir “somente mentiras ou mera desinformação”, mas “verdades incômodas e mentiras convenientes”, como ao destacar os potenciais usos da Ritalina. Escrita em tom alarmante e fabuloso, mas sem esconder dados significativos, a notícia poderia ser divulgada no contexto das pseudo-teorias de Cesare Lombroso (1835-1909) ou do totalitarismo distópico do “Grande Irmão” (Orwell, 2009). Para um menino de oito anos, cuja mãe participou desta pesquisa, trata-se de *um remédio pra passar de ano*, dado por ela pela manhã e pela professora à tarde.

Produzida pelo laboratório Novartis, antiga Ciba, e aprovada para uso no Brasil em 1998 para o tratamento do TDAH em crianças a partir de seis anos e da narcolepsia em adultos (SNGPC, 2012), a Ritalina é comercializada por meio de duas apresentações: Ritalina, vendida em embalagens contendo 30 ou 60 comprimidos de 10 mg, e Ritalina LA, de longa atuação, em embalagens de 30 cápsulas de 10, 20, 30 ou 40 mg. A principal diferença entre elas é o tempo

de absorção pelo organismo. A Ritalina é absorvida mais rapidamente, com durabilidade de cerca de quatro horas, enquanto a Ritalina LA libera o princípio ativo de forma mais lenta, em até oito horas. Isso facilita seu manejo, principalmente para crianças que estudam em período integral, já que elas podem tomar apenas um comprimido ao dia.

Além da Ritalina, o Brasil aprovou em 2002 (SNGPC, 2012) a comercialização de outro medicamento também produzido a partir de MPH ²⁷ para o tratamento do TDAH. Fabricado pela Janssen-Cilag, tem o curioso nome de Concerta, cuja pronúncia, orientada por unidades sonoras e não por representações gráficas, remete a uma intervenção que pode ser realizada para corrigir um defeito da criança, consertando-a. Considerados tarja preta, esses medicamentos são vendidos sob retenção de receituário especial, mas também comercializados ilegalmente na internet, sendo classificados como drogas e psicotrópicos, substâncias que afetam processos mentais, como percepção, cognição e comportamento (Anvisa, 2014). Assim como outros psicoestimulantes, podem resultar em testes falso-positivos para drogas.

Considerado um “remedinho que promete resolver o problema das crianças na escola” (Decotelli; Bohrer; Bicalho, 2013, p. 2), o MPH é o psicoestimulante mais consumido no mundo, “mais do que todos os psicoestimulantes somados” (Anvisa, 2014; Itaborahy, 2009, p. 8; Itaborahy; Ortega, 2013). Suas taxas de produção vêm apresentando crescimento constante desde a década de 1990, saltando de 2,8 para 38 toneladas em 2006 e, posteriormente, para 74 toneladas em 2016. Embora tenha havido uma redução entre 2017 e 2019, a fabricação mundial da droga voltou a crescer a partir de 2020, ano em que os EUA, responsáveis por 78% da sua produção mundial, retomaram sua posição como principal fabricante, compensando a redução da fabricação pela Suíça. Embora os dados sobre consumo de MPH apontem significativas taxas de crescimento em várias partes do mundo desde o início dos anos 2000, com destaque para o Brasil e os EUA, Mattos, Rohde e Polanczyk (2012, p. 516) consideram que “somente 16,2 a 19,9% dos indivíduos afetados pelo TDAH no Brasil recebiam tratamento de primeira linha para o transtorno em 2009-2010”.

O alto consumo de Ritalina frequentemente faz com que a substância desapareça das prateleiras das farmácias no país. O último desabastecimento, ocorrido entre 2022 e 2023, foi acompanhado de uma nota emitida pela farmacêutica Novartis, esclarecendo que o estoque de segurança havia sido “zerado” devido à alta demanda registrada em 2022 (Okumura, 2022), período que marcou o retorno das aulas presenciais após a pandemia de Covid-19. Esse padrão

²⁷ Demais substâncias aprovadas no Brasil e indicadas para o tratamento do TDAH são o dimesilato de lisdexanfetamina, comercializado como Venvanse, e a Atomoxetina, vendida como Strattera e Atentah. O site da ABDA (2024) lista outros medicamentos, porém, de uso *off label*.

de consumo reflete uma regularidade ao longo do ano: ele tende a aumentar no segundo semestre letivo e a diminuir durante as férias escolares (Anvisa, 2014).

A bula da Ritalina LA (2024) indica que essa substância tem sido usada “há mais de 50 anos no tratamento de TDAH [...]. Além de melhorar os principais sintomas do TDAH, o metilfenidato também melhora os comportamentos associados a esse transtorno, tais como desempenho escolar prejudicado e função social”. Também consta que o tratamento medicamentoso não é indicado a todas as crianças diagnosticadas, e apenas deve ser considerado após o levantamento detalhado da história e avaliação dos pacientes. Ainda conforme a bula, “Seu mecanismo de ação no homem ainda não foi completamente elucidado”, e embora a etiologia específica do TDAH seja desconhecida, “acredita-se que seu efeito estimulante seja devido a uma inibição da recaptação de dopamina no estriado, sem disparar a liberação de dopamina”.

Essa substância provoca reações adversas em todos os sistemas do organismo, e foi acusada de promover o “genocídio do futuro” pelos silenciamentos que ela provoca, pois parte das crianças medicalizadas são aquelas que questionam, sonham e não se submetem facilmente às regras impostas, em um processo de condicionamento químico que não permite a manifestação da diversidade humana (Moysés, 2013). Além disso, ela pode ocultar a expressão de conflitos e sofrimentos que se manifestam nos comportamentos considerados desatentos e agitados, provocando outro tipo de silenciamento, tão ou mais perverso, uma vez que o comportamento humano, suportado em um corpo biológico, traz as marcas da vida.

Algumas ações adversas “comuns” e “muito comuns” indicadas na bula do MPH (2023) são: diminuição do apetite; nervosismo; dificuldade em adormecer; náusea, boca seca; angústia emocional excessiva, inquietação, distúrbios do sono, excitação emocional, agitação; dor de cabeça, tonturas, sonolência; movimentos involuntários do corpo; alterações na pressão arterial, ritmo cardíaco anormal, palpitações; tosse; vômitos, dor de estômago, indisposição estomacal; indigestão; alteração cutânea, febre, perda de cabelo; transpiração excessiva; dor nas articulações; e diminuição do peso. A bula da Ritalina LA (2023) ainda indica ideação ou tentativa suicida, incluindo suicídio completo, a partir de relatos espontâneos e da literatura, ainda que em frequência desconhecida. Todas as bulas citadas indicam redução de peso e retardo no crescimento em crianças e adolescentes.

Conforme Moysés (2013), um dos efeitos comuns do medicamento, a obediência, visto de forma positiva, é relatado na literatura médica como “efeito zumbi”, condição em que a criança fica quimicamente contida em si mesma, indício de toxicidade e sinal de que a droga precisa ser retirada, e não de efeito terapêutico. Dessa forma, não se trata de afirmar que ela

passa a prestar atenção na sala de aula. Considerando, por exemplo, os fundamentos da Teoria Histórico-Cultural (THC), o MPH torna a criança hipersensível a fatores externos que controlam a atenção elementar, mas não a fatores internos próprios da atenção voluntária. Esta última, condição essencial para a aprendizagem, é desenvolvida a partir de um ensino sistemático e intencional, que exige a mediação e a internalização dos signos da cultura (Ferracioli, 2019). Além disso, sua retirada, a depender do tempo de uso, pode predispor à drogadição devido ao seu efeito psicoestimulante — dados levantados em clínicas de tratamento de adolescentes e jovens em situação de consumo de drogas evidenciaram que entre um terço e metade deles deram início a esse consumo a partir da Ritalina (Moysés; Collares, 2010). A análise desse dado é relevante pois contradiz as afirmações dos estudos hegemônicos, que sustentam que a falta de tratamento do TDAH na infância é justamente o que pode levar ao uso de drogas na juventude e na vida adulta.

O uso contínuo dessa substância também pode provocar um desequilíbrio neurológico e uma dessensibilização do cérebro diante das situações e prazeres rotineiros da vida (Moysés, 2013), e sua interrupção abrupta pode levar à síndrome de abstinência e piorar a atenção e a cognição, visto que os efeitos do uso das anfetaminas, das quais deriva o MPH, podem se manter por toda a vida, mesmo após a suspensão do consumo (Andrade *et al.*, 2018). Como não há estudos sobre o uso da substância há longo prazo, as próximas décadas poderão torná-la um dos objetos mais discutidos no meio acadêmico.

As bulas da Ritalina (2022), da Ritalina LA (2023), do MPH (2023) e do Concerta (2019) indicam riscos para dependência física e psicológica, mas essa informação é apresentada de forma relativizada. As caixas dos medicamentos informam que seu uso “pode causar dependência física ou psíquica”, uma construção que sugere convencer o paciente ou seus familiares a consumir o medicamento sem deixar de alertá-los sobre o que ele pode causar, isentando os laboratórios de uma possível omissão de informação. Já a descrição das bulas chama atenção para outra forma de relativizar ou neutralizar a informação apresentada na caixa: a bula do Concerta (2024) fala em “uso abusivo” e as demais citam o uso inadequado, realizado “com mais frequência e por mais tempo do que o recomendado” pelo médico, como fatores que podem causar dependência.

O texto abaixo, extraído do “Kit inicial do tratamento” para o TDAH, distribuído pela Novartis e publicado no site da Associação Brasileira do Déficit de Atenção (ABDA)²⁸, relativa

²⁸ Esse texto circula na internet e é mencionado por alguns pesquisadores, no entanto, ele não permanece disponível no site da ABDA. Conforme resposta a mim enviada pela Novartis, “o estoque de material folheto informativo de TDAH se esgotou e não será mais repostado” e “Por este motivo não iremos mais compartilhar material impresso. O

os efeitos da Ritalina, comparando-a à Aspirina:

O metilfenidato não é uma droga perigosa, capaz de provocar efeitos colaterais sérios? O metilfenidato é considerado um medicamento seguro pela maioria dos pesquisadores e dos clínicos que o utilizam em milhões de pacientes em todo o mundo. Todavia, cabe aqui um parêntese — não se pode ignorar que todo medicamento é capaz de provocar reações adversas no organismo. Basta pensar na aspirina, medicamento comum, que pode provocar úlceras gástricas e até hemorragias fatais. O metilfenidato só deve ser utilizado com orientação do médico que o conhece e manuseia o produto com experiência. Ele existe há mais de 50 anos, cujos efeitos são bem estudados e conhecidos. É importante lembrar que o metilfenidato é muito usado nos EUA, país em que a fiscalização é bastante rigorosa (ABDA, 2008 *apud* Itaborahy, 2009, p. 45).

Conforme seu fabricante, a Bayer, a Aspirina (2022) é um ácido acetilsalicílico com propriedades analgésica, antipirética e anti-inflamatória, indicada para condições diferentes daquelas tratadas com MPH, e cujos efeitos são de outra ordem, além de ser uma substância dispensada sem prescrição médica, amplamente utilizada e disponível nos ambientes comuns de qualquer farmácia. Do ponto de vista simbólico, ao comparar esses medicamentos, o autor do texto pode esperar que o leitor, incluindo os(as) profissionais da escola e as famílias das crianças diagnosticadas com TDAH, percebam a Ritalina como um produto comum, de fácil acesso e manejo, podendo ser consumida sem grandes preocupações.

Uma vez que não há estudos sobre sua descontinuidade, não existe consenso sobre a periodicidade do seu uso, nem mesmo diante da cronicidade do transtorno. Nesse aspecto, a bula do Concerta (2019) indica que “O uso prolongado do metilfenidato (mais de 4 semanas) não foi sistematicamente avaliado em estudos controlados”. Caso o médico julgue necessário que o paciente o utilize por um tempo maior, “ele poderá suspender o medicamento de tempos em tempos a fim de avaliar a melhora dos sintomas”. Por essa razão, e também como uma estratégia para redução dos seus efeitos adversos, o medicamento é suspenso nos finais de semana e nos períodos de férias escolares (Pastura; Mattos, 2004). Essa estratégia era apresentada em versões anteriores da bula da Ritalina, que sofreu alterações a partir de 2013²⁹, sendo suprimida a indicação de que “A suspensão regular do medicamento nos fins de semana e nas férias ajuda a restringir os efeitos indesejados ao mínimo”³⁰.

material anteriormente impresso está disponível através do site”. O “Kit inicial do tratamento” foi definitivamente removido e, sobre isso, podemos apenas especular algumas questões. Por exemplo, a comparação do psicoestimulante a um analgésico poderia implicar o laboratório em questões judiciais relacionadas a crianças que podem apresentar efeitos adversos graves da Ritalina.

²⁹ Histórico de alteração de bula. O histórico de alteração da bula da Ritalina pode ser encontrado em: <https://img.drogasil.com.br/raiadrogasil_bula/RITALINALA.pdf>. Acesso: 20 jun. 2021.

³⁰ Extrato da versão anterior da bula da Ritalina. Informação encontrada no BulasMed, sistema eletrônico de bulas. Disponível em: < <https://encurtador.com.br/jAMPQ> >. Acesso em: 20 jun. 2021.

As polêmicas sobre a Ritalina se intensificaram a partir do final dos anos 1990, período da publicação do DSM-IV, da emergência do TDAH conforme sua nomenclatura atual e do início da mensuração do seu consumo, mas sua história e comercialização remontam à década de 1950. Se hoje ela é amplamente associada a crianças diagnosticadas com esse transtorno, teve usos variados ao longo das últimas décadas. O conhecimento da sua história nos permite estranhar o que as bulas do MPH e a abordagem médica nos levam a crer: que esse medicamento foi, originalmente, desenvolvido e destinado a crianças com TDAH.

As anfetaminas foram sintetizadas pela primeira vez na Alemanha em 1887, mas usadas pela Medicina apenas quarenta anos depois para casos de congestão nasal, fadiga, asma e como estimulante do SNC (Brant; Carvalho, 2012). Nos anos 1930, sob a denominação Benzedrina, primeira derivação anfetamínica, seu uso já era aceito e difundido nos EUA para diminuição do apetite, emagrecimento, estimulação da atividade intelectual e supressão do cansaço. No contexto da Segunda Guerra Mundial, foi usada por soldados alemães e norte-americanos para manter-se alertas, aumentar a resistência e controlar o cansaço físico (Brant; Carvalho, 2012; Domitrovic; Caliman, 2017; Martinhago, 2019) e por operários japoneses das fábricas de munição para diminuição do cansaço (Brant; Carvalho, 2012). O aumento nas vendas evidenciou seus efeitos adversos, como aqueles relacionados à dependência, estados de ansiedade e quadros psicóticos. Apesar disso, já havia sido instalada certa tradição quanto ao uso das anfetaminas e outros psicoestimulantes nos EUA para a população adulta.

O MPH, outra derivação das anfetaminas, foi sintetizado em 1944 pelo laboratório suíço Ciba. Originalmente sem um diagnóstico específico para seu uso, logo superou a Benzedrina e passou a ser utilizado para fins variados, com “efeitos [que] se situavam entre a cafeína e as anfetaminas até então conhecidas: era mais eficaz que aquela e não conduzia, como estas, à dependência explícita” (Domitrovic; Caliman, 2017, p. 5). Um dos seus principais usos envolveu a reversão do coma induzido, e logo passou a ser amplamente utilizado para melhorar o humor e a performance em geral, como supressor do apetite e da fadiga e para estados depressivos e episódios de narcolepsia. A substância foi patenteada em 1954 como um psicoestimulante e recebeu o nome de Ritalina, chegando aos EUA em 1956, no Canadá em 1979 e no Brasil em 1998 (Itaborahy 2009; Itaborahy; Ortega, 2013).

Na sua história, a Ritalina fez parte de um projeto que explorava o uso dos psicoestimulantes para manejo e mudanças nos comportamentos considerados indesejados. Esse processo contou com a contribuição de atores com interesses claros, como as indústrias farmacêuticas, que utilizaram peças publicitárias para orientar os médicos e moldar atitudes e percepções sobre corpo, saúde, doença e bem estar da população em geral. As primeiras peças

mostravam pacientes com distúrbios psiquiátricos variados, cansados, com fadiga, demência e depressão — nas décadas de 1950 e 1960, a Ritalina era indicada para quase todos os distúrbios psiquiátricos. Seu público consumidor era composto por mulheres e homens adultos e idosos, pessoas tristes, solitárias e apáticas, que poderiam se beneficiar do uso de uma substância “suave” e com poucos efeitos adversos (Singht, 2007), além de, depois de uma noite em claro, poder encontrar ânimo e disposição para as tarefas diurnas (Dupanloup, 2004).

Alguns artigos da década de 1950 relataram a prescrição de MPH a crianças com problemas de comportamento, mas apenas para aquelas abrigadas, em casos graves, experimentais e isolados. Mesmo que a reação hiperkinética já fosse mencionada, o uso da droga não estava estabelecido para esse caso (Dupanloup, 2001). De qualquer forma, os discursos em torno da Ritalina a apresentavam como uma substância inofensiva, não causadora de problemas ou reações adversas, e alguns manuais de química a agrupavam na classe dos tônicos, ao lado da cafeína, da geleia real e do extrato de malte (Itaborahy, 2009).

Nos anos 1960, no contexto da expansão da Psicanálise na compreensão dos transtornos mentais, espaço depois ocupado pela Psiquiatria biológica, e das preocupações dos médicos psicanalíticos com o uso cada vez mais generalizado de psicotrópicos, a Ciba apostou no marketing para anunciar uma nova versão da droga e posicionar a Ritalina como um complemento útil às mais diversas condições, inclusive às psicanalíticas: a Ritalina parenteral, uma injeção de Ritalina indicada para pacientes psiquiátricos que não falavam. Os anúncios prometiam uma ação rápida, e em menos de cinco minutos eles já poderiam expressar sentimentos por meio da fala. Sem indicar as razões, a forma injetável da Ritalina foi rapidamente recolhida do mercado. Como apontou Singh (2007), é possível apenas supor os motivos ao imaginarmos o que uma injeção de Ritalina poderia provocar.

Diante da entrada de novas substâncias farmacológicas para os problemas até então tratados com Ritalina (depressão, cansaço, letargia, senilidade, tristeza, fadiga, demência e esquizofrenia, entre outros), e com menos efeitos adversos, houve uma significativa queda na comercialização desse medicamento. No entanto, desde as pesquisas realizadas por Bradley com a Benzedrina na década de 1930, já se sabia que as anfetaminas apresentavam um efeito considerado positivo no desempenho escolar e no comportamento das crianças ditas problemáticas (Caliman; Domitrovic, 2017; Martinhago 2019; Moysés; Collares, 2011; Singh, 2007). Esses estudos foram retomados por Maurice Laufer, sucessor de Bradley no hospital onde as pesquisas foram realizadas, que, desde 1957, recomendava o uso de Ritalina para crianças hiperkinéticas (Dupanloup, 2004).

Enquanto o uso de anfetaminas para crianças foi questionado nos anos 1930, o mesmo

não aconteceu com a Ritalina na década de 1960 (Martinhago, 2019), nem com outras substâncias que poderiam tratar problemas infantis relacionados ao comportamento e a dificuldades no desempenho escolar. O lançamento do Calmative, em 1958, do Prozine, em 1959, e do Atarax, em 1962, atestou que crianças ansiosas, hiperativas e emocionalmente perturbadas já eram entidades clinicamente estabelecidas, reposicionando a hiperatividade, condição agregadora de uma variedade de sintomas comportamentais sem etiologia definida, como um distúrbio da infância.

À época, alguns textos forneciam informações sobre dosagens da Ritalina para crianças hiperativas, documentavam seus benefícios sobre os tranquilizantes e apontavam para uma correlação: a criança problemática, instável, hiperativa e ansiosa era retratada junto à figura materna, triste, preocupada, deprimida e cansada, expressões que coexistiam com os problemas dos meninos hiperativos, mas que se tornava feliz a partir do momento em que a criança era medicada. Dessa forma, o medicamento tratava não apenas a criança problemática, mas a relação familiar, tornando-a harmoniosa. Esse movimento se concretizou a partir de meados da década de 1960, quando o ressurgimento do diagnóstico da DCM, antiga LCM, anunciado pelo Relatório do Serviço de Saúde Pública dos EUA como a mais nova descoberta da área psiquiátrica, deu a Ciba a oportunidade de delimitar um nicho de mercado.

Foi nesse contexto que a Ritalina, originalmente destinada a pessoas adultas e idosas, deprimidas, cansadas, senis e esquizofrênicas, passou a ser associada a crianças e jovens hiperativos. A partir de então, houve um esforço por parte da Ciba em divulgar esse transtorno junto aos médicos por meio de uma ampla ação, na qual o psicoestimulante era apresentado como primeira opção terapêutica (Singht, 2007) — a comercialização da Ritalina para crianças nos EUA foi aprovada em 1961 pela *Food and Drug Administration* (FDA), órgão equivalente à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), e se até então a Ciba havia investido grandes somas na publicização do TDAH, ela obteve, em 1971, um lucro de US\$ 13 milhões, o que representava 15% do faturamento da empresa (Martinhago, 2019).

Já nos anos 1970, as dificuldades de aprendizagem decorrentes dessa disfunção eram consideradas justificativas para o uso do medicamento e o gerenciamento do comportamento infantil. Além de destacar os ambientes escolares, as peças publicitárias retratavam os espaços domésticos para reivindicar a autoridade médica sobre eles por meio da redução da autoridade familiar. Caberia à Medicina intervir no meio doméstico para resolver situações que a família, retratada sutilmente como incompetente, não conseguia resolver sozinha.

Mesmo com o ressurgimento de críticas ao uso de psicoestimulantes em crianças, o diagnóstico da DCM havia se estabelecido, e com a ajuda dos anúncios que destacavam o antes

e o depois de crianças medicalizadas (como faziam os que retratavam adultos e idosos deprimidos e senis), a Ciba conseguiu estabelecer uma destinação à Ritalina (Singht, 2007), visto que a relação entre os sintomas da DCM e o fracasso escolar se constituiu no principal argumento em defesa da legitimidade quanto ao seu uso (Dupanloup, 2004). Outro fator que contribuiu para suas vendas foi a Guerra Fria, que gerou preocupações com a educação das crianças norte-americanas, especialmente na área do cálculo matemático (Martinhago, 2019), levando o medicamento a ser apelidado de “pílula da matemática”. Durante esse período, as vendas do psicoestimulante alcançaram níveis inéditos, e a Ciba enfrentou dificuldades para atender à demanda do mercado, resultando em escassez temporária nas farmácias (Dupanloup, 2004).

Com o sucesso de vendas da Ritalina nos EUA, a APA, em parceria com os laboratórios farmacêuticos, iniciou a expansão do diagnóstico para outros países. Na década de 1980, o diagnóstico de TDA selou a intrínseca relação entre a Ritalina e o TDAH ao destacar a atenção como um dos seus sintomas. Esse diagnóstico, seguido por uma série de estudos que buscavam apontar a segurança dos derivados de anfetaminas em crianças, expandiu o mercado para incluir um maior número de potenciais consumidores, aqueles que não eram hiperativos, mas desatentos, e o público adulto.

As peças publicitárias para promoção de medicamentos foram proibidas para os consumidores no início dos anos 1980 nos EUA, mas retomadas no final da mesma década. Durante os anos de 1990, as indústrias farmacêuticas investiram grandes somas na publicização dos seus produtos para o público, especialmente para as classes médias. Nesse período, a Ciba-Geigy³¹ colaborou na fundação de um grupo de apoio norte-americano a pacientes com TDAH — Crianças e adultos com déficit de atenção com hiperatividade, CHADD, na sigla inglesa — equivalente à ABDA, que atuou na difusão do transtorno.

Na década de 1990, em meio ao aumento significativo no consumo da Ritalina, uma ação coletiva, conhecida como *Ritalin*, foi movida nos EUA contra a CHADD, a APA e o laboratório Novartis. A ação acusou a associação e o laboratório de promoção excessiva de diagnósticos e de tratamento do TDAH e de ocultação dos efeitos adversos do MPH, enquanto a APA foi acusada de conspiração por colaborar com a disseminação do transtorno por meio do recebimento de contribuições financeiras da Novartis e de outras empresas farmacêuticas (Martinhago, 2019).

³¹ A partir de 1971, por meio de uma fusão com a empresa farmacêutica Geisy, a Ciba passou a se chamar Ciba-Geisy. Em 1996, através da fusão com a Sandoz, passou a se chamar Novartis Biociências. Novartis. Nossa história. Disponível em: <https://encurtador.com.br/tHwFEs>>. Acesso: 19 jun. 2021.

Sendo os ensaios terapêuticos anteriores à criação do diagnóstico do TDAH, os efeitos farmacológicos da Ritalina participaram da gênese da patologia, mais especificamente da evolução da sua definição diagnóstica, cristalizada a partir do DSM-III e DSM-III-R. O medicamento desempenhou um papel importante na organização teórica do transtorno, conferindo um caráter neurofisiológico aos comportamentos considerados socialmente inadequados. Assim, a indicação do MPH a crianças que apresentam agitação e desatenção baseia-se mais na observação dos seus efeitos no organismo do que em pesquisas que sugerem que o TDAH é resultado de um desbalanço neuroquímico. Uma vez que há conhecimento de como a droga age, aumentando o nível de concentração da dopamina, a doença, cuja etiologia é desconhecida, seria o oposto à sua lógica de funcionamento (Lima, 2005; Moysés, 2015). Esse mesmo raciocínio pode ser encontrado em Freitas e Amarante (2024, p. 77) em relação à esquizofrenia, que seria causada pela hiperatividade do sistema dopaminérgico, configurando o “mito científico do desequilíbrio químico”.

Os efeitos considerados eficazes da Ritalina, junto à promessa de melhorar comportamentos desatentos e hiperativos (Dupanloup, 2001; Moysés, 2015) aliados a um processo histórico (Dupanloup, 2001; Domitrovic; Caliman, 2017), foram determinantes para sua consolidação como tratamento de primeira escolha para o TDAH. Como observado por Lima (2021), a inclusão, alteração ou exclusão de um diagnóstico dos sistemas de classificação pode parecer um processo empírico e neutro, resultado do acúmulo do conhecimento em Psiquiatria. No entanto, tais decisões frequentemente refletem influências externas, sociais e econômicas, as quais, nesse caso, configuraram o “fato” (Fleck, 2010) TDAH e seu tratamento. Isso inclui as preocupações do Governo norte-americano, das escolas e das famílias, além dos interesses econômicos das indústrias farmacêuticas.

O aumento no consumo do MPH no Brasil e no mundo colocou o medicamento em evidência na mídia e o transformou em objeto de investigação no meio acadêmico. Itaborahy (2009) analisou as produções sobre os usos da Ritalina no Brasil, desde sua aprovação pela Anvisa, em 1998, até 2008, em 31 periódicos de Psiquiatria e 77 jornais e revistas voltados ao público em geral. A autora constatou que, dos 31 artigos, 27 foram patrocinados direta ou indiretamente pelos laboratórios fabricantes de MPH, Novartis e Janssen-Cilag, seja por meio de financiamento direto nas pesquisas ou pela participação de autores vinculados a esses laboratórios, sendo que apenas nove declararam conflitos de interesse.

O consumo e as promessas de eficácia desse medicamento têm sido frequentemente banalizados, e a anedota sobre a Ritalina na caixa d'água das escolas parece se tornar realidade em um cenário intolerante, normalizador, imediatista e produtivista, em que o desenvolvimento

humano é considerado a partir um viés biológico, pretensamente científico. Esse também é o contexto de redução de investimentos nas diversas áreas sociais, em que as políticas públicas, inclusive da educação, sofrem importantes impactos e do determinismo médico psiquiátrico sobre os modos de vida e suas diferentes manifestações, agora reduzidos a potenciais transtornos, classificados, diagnosticados e medicalizados. Sendo o TDAH “a ‘bola da vez’ da investida psicologizante sobre a infância” (Ferrazza; Rocha, 2011, p. 244), a Ritalina tem sido vista, de um lado, como a tábua de salvação para os problemas da escolarização e dos comportamentos considerados inadequados; de outro, como uma severa palmatória química.

2.4 Os DSMs em tempos de biologização da vida e a lógica do questionário SNAP-IV

Em uma entrevista ao jornal Folha de São Paulo, o neurocientista Eric Kandel (2011) abordou as dificuldades enfrentadas pela Psiquiatria devido à falta de objetividade em seus diagnósticos. Ele ressaltou que essa característica tem gerado uma crise teórica no campo psiquiátrico, visto que ao contrário de condições como diabetes e hipertensão arterial, em que os médicos podem confiar em medições objetivas e independentes, os psiquiatras “ainda” dependem das histórias relatadas pelos pacientes. Para ele, a Psiquiatria precisa “desesperadamente de bons marcadores biológicos”, sem os quais será difícil avançar significativamente na objetividade e precisão dos diagnósticos.

O argumento de Kandel reflete uma preocupação recorrente na Psiquiatria desde pelo menos os anos 1970, afetando as edições dos DSMs, que deixaram de ser “livrinhos” que ninguém lia, considerados com pouca importância, para se tornarem, a partir da sua terceira edição, um “best-seller permanente” (Frances, 2016). Esses manuais são amplamente utilizados no mundo, seja por profissionais da área clínica para diagnosticar e classificar transtornos mentais, especialmente psiquiatras, seja por profissionais de outras áreas de atuação, como a jurídica, a escolar e a organizacional (Resende; Pontes; Calanzas, 2015). Além do mais, desde as últimas décadas, as informações dos DSMs têm sido cada vez mais divulgadas ao público leigo, principalmente através da mídia tradicional, das redes sociais e das associações de pessoas que vivem com transtornos mentais.

Em pouco mais de setenta anos de evolução, várias mudanças foram implementadas no manual para conferir maior objetividade nos critérios diagnósticos, afastando as possibilidades de compreensão subjetiva e contextualizada dos sofrimentos humanos. A busca pela objetividade levanta questões sobre quão possível é traduzir a complexidade das experiências humanas em critérios previamente definidos. Tais mudanças acompanham um

movimento em que

a descrição de uma série de condutas, afetos e mal-estares humanos vem sofrendo um progressivo deslocamento de sentido. A pluralidade de abordagens, outrora presente quando se tratava de explicar as vicissitudes individuais, tem sido solapada por concepções fisicalistas, que tendem a reduzi-las a sua dimensão biológica [...]. Dessa forma, os comportamentos que traziam desconforto a si e a outros podiam ser considerados como tendo causas médicas, mas também podiam ser tomados como efeitos da ação insuficiente ou inadequada de instâncias como a família ou a escola, da falta de obstinação e vontade ou de conflitos interiores (Lima, 2005, p. 5).

As primeiras duas edições do DSM, lançadas em 1952 e 1968, respectivamente, refletiam predominantemente a perspectiva psicanalítica, baseando-se em uma compreensão psicossocial da doença mental. Contudo, sua terceira edição, publicada em 1980, converteu os quadros psicopatológicos em transtornos mentais, enfatizando as bases biológicas das doenças mentais e buscando objetivar seus sintomas, além de esclarecer sua etiologia como um passo essencial para diagnósticos, tratamentos e possibilidades de prevenção mais eficazes (Freitas-Silva; Ortega, 2016; Guarido, 2007; Russo; Venâncio, 2006).

Ao introduzir uma ruptura com a classificação anterior, o DSM-III redefiniu as concepções de normalidade e patologia, delineando as fronteiras entre o normal e o doente, bem como entre os diferentes transtornos, resultando em uma super especificação das categorias mentais (Russo; Venâncio, 2006). Nesse sentido, Frances (2016) argumenta que ao estabelecer essas distinções o DSM adquiriu uma relevância social, pois passou a influenciar questões que impactam a vida das pessoas, como determinar quem é sadio e quem é doente, quem pode receber benefícios sociais ou quem tem direito a serviços de saúde e educação especiais.

Em um contexto de biologização da vida, os resultados dos estudos genéticos e pesquisas em neurologia, especialmente sobre o funcionamento do cérebro e o mapeamento do código genético, são considerados fontes explicativas para os comportamentos, as sensações e os sofrimentos. Esses estudos também levantam hipóteses sobre a influência dos neurotransmissores em vários aspectos comportamentais, emocionais e cognitivos dos indivíduos (Guarido, 2011). Com isso, os transtornos mentais passaram a ser identificados por meio de um conjunto específico de sintomas considerados claros e objetivos, listados no manual. Esses sintomas podem ser observados e mensurados, manifestando-se na vida do sujeito em intervalos de tempo determinados, o que contribui para o processo de biologização e objetivação dos sofrimentos mentais, tornando-os sujeitos à intervenção médica (Frances, 2016; Guarido, 2007).

Essa perspectiva enfraqueceu outras formas de compreender esses sofrimentos,

especialmente em um contexto em que os determinismos biológicos, até então, eram vistos como tendo pouca ou nenhuma influência sobre eles. Além disso, questionou a legitimidade da Psicanálise, da Psicologia, da Psiquiatria social e da Sociologia na sua explicação (Freitas-Silva; Ortega, 2016; Lima, 2005). Com a participação da indústria farmacêutica interessada na definição de diagnósticos, o DSM-III, ao se pretender neutro e generalizável a todos os tempos e lugares, acabou por levar à globalização da Psiquiatria norte-americana (Russo; Venâncio, 2006).

Guarido (2007, p. 28-9) ressaltou como os discursos biologizantes, com efeitos medicalizantes, são amplamente difundidos pela mídia às famílias e aos profissionais da escola, inclusive de forma simplista e mitificada. Enunciados como “Conhecendo como o cérebro guarda informações você vai ajudar os alunos a fixar os conteúdos estudados em sala”, “Professor é educado para identificar esquizofrenia” ou “Adolescentes: entender a cabeça deles como chave para obter um bom aprendizado” têm resultado em uma infinidade de diagnósticos psicopatológicos na infância ao afirmarem que a indisciplina, o comportamento e a aprendizagem estão diretamente associados a conexões cerebrais, um reducionismo causal que tem impregnado o ato educativo contemporâneo (Garbarino, 2020).

No campo do TDAH, a objetividade e a padronização do diagnóstico seriam alcançadas por meio de pesquisas focadas na identificação de seus marcadores biológicos, determinando sua etiologia. Com isso, a existência e a validade do diagnóstico passaram a depender da descoberta de bases orgânicas e da evidência dos danos causados pelo transtorno. O objetivo desses estudos é demonstrar que o transtorno é real porque seus fatores biológicos foram reconhecidos, podendo, dessa forma, ser visualizados, universalizados e comunicados (Caliman, 2012).

Entretanto, nenhuma das promissoras descobertas biológicas se consolidou como um teste diagnóstico na Psiquiatria (Frances, 2016) e, embora o TDAH seja uma das disfunções mais estudadas no campo neuropsiquiátrico, suas bases biológicas ainda não foram estabelecidas. Por isso, a APA considera, em todos os manuais publicados desde a década de 1980, a manifestação dos sintomas desatentos, hiperativos e impulsivos como aspectos fundamentais para a definição do transtorno, conferindo um caráter clínico à sua avaliação. Como resultado, o diagnóstico permanece sendo um processo misto que pode incluir entrevistas com os pais e os professores, avaliação do desempenho escolar e testes psicológicos. Na prática, é um processo de negociação, no qual opiniões diversas entre a família, os professores, o médico e a criança devem ser consideradas (Caliman, 2012).

Nesse contexto, o questionário SNAP-IV, um instrumento destinado a pais e professores

para avaliar a presença, frequência e intensidade dos sintomas do TDAH, busca atender à promessa da Psiquiatria biológica: tornar o diagnóstico preciso e objetivo por meio de critérios observáveis, classificáveis e mensuráveis, seguindo a lógica de investigação das doenças orgânicas, como é feito em outras áreas da Medicina. O instrumento busca cumprir essa promessa ao utilizar questões consideradas objetivas, cujas respostas são quantificadas para gerar um escore que poderia, em tese, indicar a necessidade de uma avaliação mais aprofundada. O questionário é composto pela descrição de 18 sintomas para esse transtorno — itens 1 a 18 — e oito sintomas para o Transtorno Opositor Desafiante (TOD) — itens 19 a 26 — uma de suas comorbidades mais comuns (Mattos *et al.*, 2006).

Os pesquisadores alinhados à abordagem organicista do TDAH consideram que o SNAP-IV é um instrumento confiável, consistente e preciso na classificação do transtorno devido suas sólidas propriedades psicométricas (Mattos *et al.*, 2006; Costa *et al.*, 2019). Marcon, Sardagna e Schussler (2016), em revisão bibliográfica que teve o objetivo de encontrar ferramentas diagnósticas que permitissem aos profissionais da educação realizar um pré-diagnóstico em crianças e adolescentes no contexto escolar, concluíram que seu uso por pedagogos e psicopedagogos é “altamente recomendado” para a detecção “precoce” do transtorno. Na avaliação de Sorbara (2017), o SNAP-IV vem sendo um dos meios mais utilizados por profissionais da saúde e pessoas leigas, inclusive os professores, para diagnosticar o TDAH.

No entanto, embora o SNAP-IV seja reconhecido e recomendado por pesquisadores e profissionais da área da saúde como um instrumento confiável para a classificação do TDAH, é importante considerar seus limites e desafios na avaliação do transtorno, mesmo como método de triagem. Ao examinar esse instrumento, percebe-se que sua suposta objetividade reflete normas e valores culturais, assim como as expectativas da escola em termos de aptidões e interesses das crianças para a aprendizagem. Além do mais, suas questões dizem respeito a comportamentos que podem ser observados em qualquer criança, o que poderia resultar em um excessivo número de diagnósticos. Seu uso também pode contribuir para uma visão reducionista dos desafios enfrentados por crianças e adolescentes em seus processos de aprendizagem e nas suas redes de pertencimento, ao promover uma leitura simplista e descontextualizada dos comportamentos humanos.

2.4.1 O questionário SNAP-IV e as crianças “a mil por hora”: entre o normal e o patológico

A página da ABDA disponibiliza a versão traduzida do SNAP-IV para o Brasil para

ser impressa pelas famílias e entregue “para o professor preencher”³², destacando a importância dos(as) profissionais da escola na indicação clínica. Fundada em 1999, a associação tem como objetivo “disseminar informações científicas” sobre o TDAH, oferecer suporte a pessoas diagnosticadas e seus familiares e capacitar profissionais das áreas da saúde e da educação “para que cada vez mais o transtorno possa ser identificado, diagnosticado e tratado corretamente”. Além do SNAP-IV, a associação disponibiliza uma versão do ASRS-18, *Adult Self-Report Scale*, para a avaliação do TDAH em adultos. Nessa versão, as 18 questões pertinentes à desatenção, hiperatividade e impulsividade devem ser assinaladas como “nem um pouco”, “só um pouco”, “bastante” e “demais”. As nove primeiras questões se referem à desatenção, e as demais à hiperatividade/impulsividade. Se pelo menos seis delas forem assinaladas como “bastante” ou “demais” em cada um desses blocos, existem mais “sintomas” para desatenção e hiperatividade/impulsividade, respectivamente, do que o esperado:

³² A versão validada no Brasil está disponível para impressão no site: <https://tdah.org.br/diagnostico-criancas/>.

Quadro 2 - Questionário SNAP-IV

SNAP-IV/DIAGNÓSTICO-CRIANÇAS				
NOME:				
SÉRIE:		IDADE:		
Para cada item, escolha a coluna que <u>melhor</u> descreve o(a) aluno(a) (MARQUE UM X):				
	Nem um pouco	Só um pouco	Bastante	Demais
1. Não consegue prestar muita atenção a detalhes ou comete erros por descuido nos trabalhos da escola ou tarefas				
2. Tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades de lazer				
3. Parece não ouvir quando se fala diretamente com ele				
4. Não segue instruções até o fim e não termina deveres de escola, tarefas ou obrigações				
5. Tem dificuldade para organizar tarefas e atividades				
6. Evita, não gosta ou se envolve contra a vontade em tarefas que exigem esforço mental prolongado				
7. Perde coisas necessárias para atividades (p. ex: brinquedos, deveres da escola, lápis ou livros)				
8. Distrai-se com estímulos externos				
9. É esquecido em atividades do dia a dia				
10. Mexe com as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira				
11. Sai do lugar na sala de aula ou em outras situações em que se espera que fique sentado				
12. Corre de um lado para outro ou sobe demais nas coisas em situações em que isto é inapropriado				
13. Tem dificuldade em brincar ou envolver-se em atividades de lazer de forma calma				
14. Não para ou freqüentemente está a “mil por hora”				
15. Fala em excesso				
16. Responde as perguntas de forma precipitada antes delas terem sido terminadas				
17. Tem dificuldade de esperar sua vez				
18. Interrompe os outros ou se intromete (p.ex. mete-se nas conversas / jogos)				

Fonte: <https://tdah.org.br/diagnostico-criancas/>. Acesso em: 19 dez. 2023

O SNAP-IV enfatiza que o TDAH é um transtorno frequentemente observado na infância, associado à entrada da criança na escola. Dos 18 sintomas listados, nove deles (itens 1, 2, 4, 5, 6, 7, 9, 14 e 16) mencionam termos como “trabalhos da escola”, “tarefas”, “deveres”, “deveres da escola”, “sala de aula” e “atividades”, estabelecendo uma relação direta entre comportamento-escola-diagnóstico.

Os demais itens também reforçam tratar-se de um transtorno próprio ao ambiente escolar, embora menos explicitamente: no item 3, “Parece não estar ouvindo quando se fala diretamente com ele”, é possível inferir que o interlocutor seja o professor; no item 8, “Distrai-se com estímulos externos”, considera-se a dinâmica da escola — barulhos, interações e movimentos que lhes são próprios — como fonte de distração, razão pela qual os laudos médicos orientam os professores a manter as crianças diagnosticadas longe das portas e janelas para que elas não tenham acesso a estímulos externos à sala de aula; no item 10, “Mexe com as mãos ou pés ou se remexe na cadeira”, supõe-se que a cadeira seja a carteira escolar; os itens 11, 12, 13 e 14, respectivamente “Não para ou frequentemente está a mil por hora”, “Fala em excesso”, “Tem dificuldade de esperar sua vez” e “Corre de um lado para outro ou sobe demais nas coisas em situações em que isto é inapropriado”, aludem a comportamentos considerados não adequados a ambientes específicos, como a escola, que demanda silêncio, controle e organização, condições para a aprendizagem em conformidade às regras que devem ser observadas nesse espaço; o item 17, “Responde perguntas de forma precipitada antes delas terem sido terminadas”, aponta para as interações da sala de aula, com perguntas sendo formuladas pelo professor e dirigidas aos alunos; e, por fim, o item 18, “Interrompe os outros ou se intromete (por exemplo: intromete-se nas conversas, jogos, etc.)”, pode referir-se às interrupções na sala de aula, realizadas por crianças indisciplinadas ou em processos de formação psíquica, as quais podem não ter apreendido os signos culturais desse espaço.

Esses “sintomas” são influenciados por valores culturais e refletem comportamentos e atitudes que podem ser observados em crianças, adolescentes e até mesmo adultos, especialmente em determinados contextos. Eles podem, em muitas circunstâncias, ser considerados normais, sem necessariamente indicar um transtorno. Como afirma Canguilhem (2009, p. 75), “não se ditam normas à vida cientificamente”, sendo essencial questionar as razões e consequências de aplicar um questionário baseado em padrões de comportamento considerados normais a crianças que, previamente, já se sabe não se encaixam no padrão desejado. Nos dizeres de Sorbara (2017, p. 68), “na busca de defeitos, não há interesses, ou mesmo consideração à diversidade, [mas sim] a transformação de padrões sociais em biológicos, em critérios de doença neurológica”.

Ademais, é importante questionar se os comportamentos que essas crianças apresentam podem ser descritos objetivamente, inclusive como sugerem os relatórios escolares encaminhados aos médicos, pois, a partir desses relatórios e dos sintomas listados no SNAP-IV, não é possível simplesmente inferir que tais comportamentos sejam normais ou patológicos, visto que, objetivamente, apenas são encontradas diferenças (Moysés, 2017). Lima (2021), ao

investigar as noções de normalidade e patologia presentes nas classificações psiquiátricas, chama a atenção à ambiguidade dessas concepções, especialmente quando elas se referem a emoções e comportamentos de crianças e adolescentes, cujos desenvolvimentos físico e psicológico estão em constantes mudanças.

Nessa lógica, como estabelecer um diagnóstico baseado em critérios subjetivos, fluidos e até mesmo arbitrários, aplicados uniformemente a crianças que se expressam, se comportam e aprendem de formas diferentes? Como validar cientificamente, como pretende a Psiquiatria, a percepção de que uma criança “Não consegue prestar muita atenção a **detalhes** ou **comete erros por descuido** nos trabalhos da escola ou tarefas”, “**interrompe** ou **se intromete**”, “deixa **escapar** uma resposta” antes da conclusão da pergunta, tem “dificuldade de **manter a atenção** em tarefas ou **atividades lúdicas**”, “**parece** não escutar”, “é incapaz de **brincar** ou se envolver em atividades de lazer **calmamente**” ou “Tem **dificuldade** para **organizar** tarefas e atividades”?

Como mensurar essa frequência em termos de “bastante”, “demais”, “nem um pouco” e “só um pouco”? Se se trata de detalhes, é essencial que as crianças prestem atenção neles? Em uma sociedade em que elas são incentivadas à competição, muitas vezes por meio de atividades escolares, brincadeiras ou programas infantis, não é esperado que elas busquem dar respostas imediatas? Por que e como deveriam agir calmamente nas brincadeiras? Em quais situações a criança não presta atenção e sob quais condições isso ocorre? Se elas conseguem sustentar a atenção em situações como jogos digitais ou atividades artísticas, elas são organicamente desatentas? É possível considerar a desorganização como critério médico, facilitada pelo consumo de medicamentos, ou ser organizado é uma característica que se ensina e se aprende?

Se a criança for desatenta na escola e em casa não prestar atenção às tarefas escolares que lhe foram passadas, será considerada desatenta nos dois ambientes, mesmo que esses contextos digam respeito à mesma situação? Se os comportamentos desatentos e hiperativos devem estar presentes em ao menos dois ambientes, e os médicos orientam as famílias a suspender o uso do medicamento nos finais de semana e nos períodos de férias, isso significa que ora a criança é biologicamente hiperativa e desatenta, ora não? Nesse caso, a indicação médica quanto à suspensão do medicamento, assim como o próprio critério avaliativo — a observação dos sintomas em ao menos dois ambientes — não indicariam que os problemas são contextuais, produzidos a partir de interações concretas?

De acordo com Barkley (2002, p. 50-1, grifo próprio), representante da abordagem organicista do TDAH, crianças com esse transtorno têm um período de atenção mais breve em

comparação com o que é esperado delas, e prestar atenção a um longo período de tempo é uma das tarefas mais difíceis para elas, as quais

lutam, às vezes com tenacidade, para manter sua atenção em atividades mais *longas* que as usuais, especialmente aquelas mais *maçantes*, *repetitivas* ou *tediosas*. Tarefas escolares *desinteressantes*, atividades domésticas *extensas* e palestras *longas* são problemáticas, assim como leituras *extensas*, trabalhos *desinteressantes*, prestar atenção sobre assuntos *desinteressantes* e finalizar projetos *extensos*.

Neste trecho, Barkley expõe alguns dos motivos que tornaram o TDAH um dos diagnósticos mais controversos da Psiquiatria infantil. Certamente, crianças submetidas a essas atividades — longas, maçantes, tediosas, repetitivas, extensas, desinteressantes — terão dificuldades em realizá-las. Isso, porém, não significa que elas tenham um distúrbio orgânico mensurado por meio de um questionário padronizado, mas sim que são crianças em processo de desenvolvimento psíquico, cujas funções psicológicas superiores ainda não estão consolidadas (Ribeiro; Viégas, 2016), ou que simplesmente não veem um sentido ou necessidade em se submeter a essas atividades. E não esqueçamos que “somente com seis respostas positivas, está estampilhado o diagnóstico de uma doença neurológica, que deverá ser tratada com psicotrópicos por toda a vida” (Sorbara, 2017, p. 66).

Signor e Santana (2016) levantam uma questão igualmente importante: se uma criança é desatenta na aula de um professor e atenta na aula de outro e, por isso, se remexe na carteira durante a aula do primeiro, até mesmo esperando que ela acabe logo, mas permanece tranquila na aula do segundo, qual questionário SNAP-IV será validado? Se essa criança tiver apenas um professor, como saber se o problema está nela ou nos encaminhamentos didáticos adotados por esse professor?

Diante da forma como os sintomas são apresentados, é praticamente inevitável que grupos de crianças sejam avaliadas favoravelmente ao encaminhamento médico. Uma vez que os sintomas são semelhantes ou inter-relacionados, ao indicar um deles, outros, naturalmente, serão destacados, formando o somatório. Nessa lógica, os sintomas: 1) Não consegue prestar atenção a detalhes ou comete erros por descuido nos trabalhos da escola ou tarefas; 2) Tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades de lazer; 3) Não segue instruções até o fim e não termina deveres de escola, tarefas ou obrigações; e 6) Evita, não gosta ou se envolve contra a vontade em tarefas que exigem esforço mental prolongado, poderiam ser resumidos em apenas um: **Tem dificuldade em manter a atenção na realização de atividades escolares, por isso comete erros, não gosta e não as realiza até o final** — mantendo-nos fiéis ao sentido organicista desses sintomas — ou, do ponto de vista da abordagem crítica do TDAH, **Não gosta**

das atividades da escola, por isso tem dificuldade em manter a atenção, comete erros e não as realiza até o final, o que nos levaria a problematizar o que, na escola, faz com que algumas crianças não gostem desse espaço ou das atividades propostas.

Além disso, como questionam Moysés e Collares (2013), o que é exatamente um “esforço mental prolongado”? Uma criança que joga videogame durante três horas seguidas pode não considerar essa atividade um esforço mental prolongado, mas pode encarar a leitura de um livro como tal se não gostar dele ou tiver dificuldades na leitura. Os comportamentos manifestados por algumas crianças podem expressar desmotivação, desinteresse, ausência de necessidade para sustentar a atenção e até mesmo dificuldades em seus processos de aprendizagem, e não, necessariamente, um distúrbio orgânico. Assim, o problema coletivo, tornado individual, pode novamente ser considerado coletivo.

Os sintomas 5) Tem dificuldade para organizar tarefas e atividades; 7) Perde coisas necessárias para atividades (p. ex: brinquedos, deveres da escola, lápis ou livros); e 9) É esquecido em atividades do dia a dia, poderiam expressar o fato de que a criança **Tem dificuldade de organização, por isso perde coisas necessárias para tais atividades ou as esquece** ou **Por não considerar algumas atividades necessárias, perde coisas para sua realização**. Nesse caso, a preocupação central seria entender por que as crianças não consideram certas atividades necessárias, prazerosas ou atraentes. Talvez elas não encontrem sentido na sua realização, não gostem da maneira como são conduzidas ou não tenham recebido instruções adequadas. Além disso, seria possível relacionar a perda de “coisas” ou esquecimentos do “dia a dia” à uma disfunção neurobiológica? Não seria, novamente, um viés reducionista no qual um defeito secundário prevalece sobre a complexidade do processo de aprendizagem?

Quanto aos sintomas 3) Parece não estar ouvindo quando se fala diretamente com ele e 8) Distrai-se com estímulos externos, podemos simplificá-los para: **Parece não ouvir quando se fala diretamente com ele, pois está desatento e distraído** ou **Por sustentar atenção a um dado objeto ou situação, apresenta distração em relação ao meio**. Vigotski (2003, p. 129), ao tratar da relação entre a atenção e a distração, aponta que, de um modo geral, a distração é considerada oposta à atenção, pois, quando estamos atentos a algo ou a alguma pessoa, respondemos de forma imediata e consciente aos estímulos provocados em nós e ao contrário, quando distraídos, não respondemos imediata ou adequadamente. No entanto, do ponto de vista psicológico, a distração possui dois aspectos inconciliáveis entre si: a distração proveniente da atenção fraca e a distração como “uma companheira necessária e útil da atenção”, com a qual o professor precisa lidar.

Segundo Vigotski (2003), ao nos concentrarmos em uma só coisa nos distraímos em relação às demais em uma proporção direta. Logo, a partir do sentido proposto por esse autor, não haveria déficit, e a escola poderia observar o que forma e sustenta a atenção nas crianças. É importante também atentar-se ao que e em quais situações a criança parece não ouvir, uma vez que toda criança que não presta atenção ao que dela se espera está prestando atenção a alguma coisa, pois não é possível prestar atenção a nada (Moysés; Collares, 2013).

Os próximos sintomas 10) Mexe com as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira; 11) Sai do lugar na sala de aula ou em outras situações em que se espera que fique sentado; 12) Corre de um lado para outro ou sobe demais nas coisas em situações em que isto é inapropriado; 13) Tem dificuldade em brincar ou envolver-se em atividades de lazer de forma calma; e 14) Não para ou frequentemente está a mil por hora poderiam dizer respeito à criança que **Se movimenta, corre ou não permanece nos locais em que se espera que ela aguarde ou em situações em que tais comportamentos são inapropriados ou Por não se adequar a algumas normas previamente estabelecidas pela escola, resiste e se opõe a elas.**

Embora vivamos em uma sociedade de conveniências, parte das regras do espaço escolar pode torná-lo hostil às crianças, principalmente quando existe a determinação de que elas sejam cumpridas sem que haja o entendimento das razões pelas quais elas existem e devem ser seguidas. Regras e normas são construções sociais, aprendidas no coletivo por meio de um processo educativo; elas são culturalmente diferentes, podem ser fluidas e até mesmo estranhas. Certamente, não é possível esperar que as crianças se apresentem na escola conhecedoras dessas regras e as sigam naturalmente. Sendo assim, até que ponto essas características sintomáticas se referem a uma patologia?

Por fim, os sintomas 15) Fala em excesso; 16) Responde as perguntas de forma precipitada antes delas terem sido terminadas; 17) Tem dificuldade de esperar sua vez; e 18) Interrompe os outros ou se intromete, poderiam aludir à criança que **Tem dificuldade de esperar sua vez e, por isso, apresenta respostas de forma precipitada, até mesmo interrompendo outras pessoas ou Por desejar participar das relações interpessoais, se adianta para responder o que a ela é perguntado.** As crianças são curiosas e questionadoras; querem participar, ser protagonistas e mostrar o que aprenderam. Novamente, elas podem não saber “esperar sua vez”, comportamento que precisa ser ensinado a elas.

Por outro lado, o contexto de emergência do TDAH é um contexto que nos exige muito, e, sob a ideologia da meritocracia, temos de ser produtivistas, competitivos e ambiciosos, ou seja, não há espaço para a desatenção, entendida como uma apresentação oposta ao que a nós é exigido. Como os adultos, as crianças estão inseridas nessa sociedade competitiva.

Conforme apontado por Meira (2019, p. 229), algumas situações apresentadas pelo questionário revelam um “verdadeiro atentado contra a ciência”: como podemos considerar científico um instrumento que interpreta questões cotidianas como “evita”, “não gosta”, “sai do lugar” como sinais de um transtorno passível de ser tratado com substâncias químicas? Além disso, falta uma definição clara dos conceitos que, em tese, sustentam o diagnóstico — atenção e comportamento — e não há espaço para a problematização dos contextos nos quais as crianças estão inseridas. O instrumento simplesmente presume que elas devem estar atentas e comportadas na escola, independentemente dos conteúdos e das práticas pedagógicas. Questões subjetivas, “que sob o cientificismo algoritmo da criança que não aprende e/ou criança com problema de comportamento + exame físico normal + exames laboratoriais normais, esconde-se, de fato, a criança que incomoda” (Moysés; Collares, 2011, p. 80).

Se os comportamentos revelam algo sobre o indivíduo, então o diagnóstico, realizado a partir de critérios padronizados e naturalizados, pode mascarar situações pertinentes aos contextos de vida das crianças, incluindo aquelas relacionadas às diversas formas de sofrimento. Na lógica do SNAP-IV, as crianças são vistas como sujeitos a-históricos, alheias à coletividade, e seus comportamentos são considerados isoladamente, desvinculados dos contextos socioculturais nos quais surgem e se manifestam.

Como apontado por Moysés e Collares (2013, 2020), o comportamento humano não é determinado biologicamente, mas tramado pelo tempo e pelos espaços históricos, sociais e geográficos nos quais estamos inseridos. Embora tenhamos uma base biológica, somos seres situados e datados, e nossos comportamentos refletem o modo como vivenciamos as experiências sociais, familiares e educacionais. Além dos aspectos orgânicos, eles indicam se algo vai bem ou não, mas, ao serem tomados como expressão de uma patologia, são naturalizados.

Os sintomas que caracterizam o TDAH fazem parte da natureza humana, pois todos, em alguma medida, somos desatentos, desorganizados, impulsivos ou agitados, especialmente quando crianças. Isso nos tornaria, de certa forma, aptos a receber um diagnóstico. No entanto, os teóricos organicistas equalizaram essa assertiva ao considerar tais comportamentos em termos quantitativos, e não qualitativos. Ou seja, os sintomas são relacionados a partir da sua intensidade e frequência, tornando-se quantitativamente anormais. A Psiquiatria, nesse caso, privilegia uma análise quantitativa dos comportamentos ou manifestações humanas, como o faz desde a terceira edição do DSM: “Para que o diagnóstico seja definido, os sintomas devem ser quantitativamente anormais, e o que os tornam signos da patologia são suas intensidades” (Caliman, 2012, p. 228).

Canguilhem (2009), ao estudar a relação entre o normal e o patológico, enfatizou que, apesar dos avanços científicos, a essência da Medicina ainda reside na prática clínica e na aplicação terapêutica, uma “técnica de instauração e de restauração do normal, que não pode ser inteiramente reduzida ao simples conhecimento”. Sem a pretensão de renovar a Medicina, incorporando-lhe uma metafísica, Canguilhem se concentrou na renovação de alguns conceitos metodológicos, especialmente os conceitos de normal e patológico, argumentando contra a tese de que os fenômenos patológicos são, em essência, similares aos fenômenos normais correspondentes, exceto por variações quantitativas.

A Medicina moderna tornou a saúde e a doença realidades objetivas e quantificáveis, uma perspectiva em que os fenômenos patológicos são explicados em termos de uma variação quantitativa — para mais ou para menos — dos eventos fisiológicos considerados normais. Essa perspectiva tornou-se “uma espécie de dogma” científico, e a normalidade e a patologia passaram a ser consideradas elementos de uma mesma natureza, diferenciados apenas pelo excesso ou falta de materiais orgânicos: “Toda doença tem uma função normal correspondente da qual ela é apenas a expressão perturbada, exagerada, diminuída ou aumentada”, como a glicemia, “que é constante, permanente, quer no diabetes, quer fora desse estado mórbido. Apenas ela apresenta várias gradações: a glicemia abaixo de 3 a 4% não causa glicosúria” (Bernard *apud* Canguilhem, 2009, p. 22).

A compreensão de que a desatenção, a hiperatividade e a impulsividade são causadas por níveis anormais de dopamina reflete os princípios da Medicina positivista. No entanto, irregularidades, diferenças e alterações não confirmam a presença de uma doença, mas sim possíveis variações (Canguilhem, 2009). Nesse sentido, “falar em hiper(atividade) e déficit (de atenção) demonstra que estamos no registro da doença entendida como variação quantitativa” do estado de saúde, uma perspectiva alinhada aos critérios diagnósticos do TDAH, os quais indicam algo mensurável, que pode estar em excesso ou em falta (Lima, 2021, p. 89). Nesse caso, a falta se refere à diminuição dos níveis de concentração de dopamina no córtex frontal, uma condição que se enquadra em um estado patológico semanticamente designado como “hiper” ou “hipo” (Canguilhem, 2009, p. 12). Trata-se de um contexto em que as fronteiras entre o normal e o anormal foram diluídas em um contínuo somático quantitativo, no qual todos partilham do mesmo bios — um espectro que pode variar em atrasos, intensidades e níveis de desenvolvimento (Caliman, 2012).

O TDAH e as patologias que o precederam e se fundiram em seu diagnóstico expressam uma intersecção complexa entre o que é considerado normal e patológico, disciplina e desvio, individual e social. Essa intersecção se manifesta na avaliação dos sintomas

apresentados no SNAP-IV, os quais, teoricamente, podem ser objetivados, classificados e mensurados em crianças e adolescentes que não se alinham aos comportamentos esperados, correspondentes à média dessa população.

Entretanto, se o corpo humano é um produto da atividade social, a constância de certos traços revelados por uma média depende da fidelidade a certas normas, visto que “na espécie humana, a frequência estatística não traduz apenas uma normatividade vital, mas também uma normatividade social. Um traço humano não seria normal por ser frequente; mas seria frequente por ser normal, isto é, normativo em um determinado gênero de vida [...]” (Canguilhem, 2009, p. 51). A normalidade não é absoluta, mas está sempre relacionada a valores e dinâmicas comuns a um grupo social. Alguns sintomas do TDAH, incluindo a desatenção, a hiperatividade e a impulsividade, podem até ser frequentes e normais a um “gênero de vida” acelerado e midiático no qual as crianças estão inseridas.

Frances (2016) questionou a viabilidade de usar a estatística de maneira simples e precisa para medir a normalidade, uma vez que não existe a possibilidade de identificar a natureza de qualquer coisa com total precisão. No entanto, se tentarmos realizar essa mensuração, nos depararemos com a “bela forma simétrica” da curva de Gauss, conhecida como Distribuição normal, uma curva com uma forma de sino central e caudas que se estendem para os lados, definidas pelos parâmetros da média e dos desvios padrão. No ápice encontra-se a medida perfeita, áurea e, nas extremidades, as medidas menos prováveis.

Essa curva oferece explicações sobre o funcionamento da vida, pois, na maioria das vezes, seguimos uma forma e nos desviamos da média de maneira previsível, fornecendo um “poder profético” sobre quase tudo o que diz respeito ao mundo e aos seres humanos. A diversidade em características físicas, emocionais, cognitivas e comportamentais não é aleatória, mas se distribui normalmente na curva, para qualquer traço que se manifeste de forma contínua em uma população. Características como peso, altura e QI, por exemplo, se concentram na proporção áurea no topo da curva, enquanto os valores desviantes se distribuem simetricamente em seus extremos.

No entanto, os valores que definem uma posição no topo da curva ou nas suas caudas podem ser arbitrários e contextuais, pois são determinados pelo observador. Se a curva normal descreve a distribuição das coisas, e as posições são localizadas no topo ou em suas caudas com base em definições prévias, pode-se supor que não existe um padrão para definir quantos de nós somos normais ou doentes, pois a curva, em si, não determina onde termina o normal e começa o anormal. No caso do TDAH, por que uma criança que esquece materiais escolares ou deixa escapar uma resposta é considerada patológica, se ela pode ser distribuída normalmente

na curva? E se algumas crianças não brincam calmamente porque podem estar acostumadas com movimentos variados, mais ou menos intensos, elas devem ser representadas no topo ou nas extremidades dessa curva?

A questão da normalidade e da anormalidade comporta níveis históricos, como destacado por Patto (2022), que aponta que essa dualidade cumpriu, ao menos, duas funções relacionadas à escola ao longo do século XX: a necessidade de explicar as diferenças de rendimento das crianças matriculadas e a de justificar o acesso desigual aos níveis mais avançados da escolarização sem ferir a ideologia da meritocracia em um clima de pretensa igualdade de oportunidades nos países capitalistas industrializados. Para isso, além dos atributos de (super)dotação e (sub)dotação e da aplicação de testes de inteligência por setores da Psicologia, os quais privilegiavam os já privilegiados socioeconomicamente, coube aos médicos a tarefa de ocupar-se dos casos de dificuldades de aprendizagem.

A passagem do século XIX para o XX assistiu a um grande desenvolvimento das ciências médicas e biológicas, especialmente da Psiquiatria, quando surgiram as primeiras pesquisas neuropsiquiátricas, muitas realizadas em laboratórios anexos aos hospícios, e as primeiras classificações da anormalidade. Quando as dificuldades de aprendizagem começaram a emergir, já havia um entendimento para a construção de espaços especiais para os “duros de cabeça” ou “idiotas”, anteriormente loucos, categorias que facilitaram o trânsito do conceito de anormalidade dos hospícios para as escolas: “as crianças que não acompanhavam seus colegas na aprendizagem escolar passaram a ser designadas como anormais escolares [e as] causas de seu fracasso procuradas em alguma anormalidade orgânica” (Patto, 2022, p. 89).

Estabelecidos testes de inteligência e instrumentos para mensurar as aptidões naturais, a avaliação dos “anormais escolares” se tornou, nas três primeiras décadas do século XX, praticamente sinônimo de avaliação intelectual, em que os resultados dos testes de QI passaram a selar o destino escolar de contingentes de crianças consideradas anormais. De maneira similar, o SNAP-IV, embora mais recente, segue essa lógica ao classificar estatisticamente quem são as crianças “normais” e quem são as “patológicas”, identificando-as como portadoras de um transtorno frequentemente apontado como responsável pelos fracassos escolares.

A adoção do SNAP-IV, inclusive como método de triagem, reforça uma perspectiva biologizante e desconsidera os contextos nos quais as crianças estão inseridas, sustentando processos de medicalização que precisam ser amplamente questionados, pois, mais do que identificar “sintomas”, é necessário reconhecer as complexas interações entre comportamento, cultura e estrutura educacional, promovendo práticas que respeitem a singularidade de cada criança. A transição para esse modelo é essencial para superar as limitações do paradigma atual,

garantindo uma educação acolhedora e comprometida com o pleno desenvolvimento infantil.

Considerando a crítica à fragilidade e às concepções culturais associadas aos critérios de normalidade presentes nesse instrumento diagnóstico para o TDAH, reproduzo uma versão dos enunciados dos diagnósticos de alguns dos quadros psiquiátricos infantis descritos no DSM-V. Essa versão, criada por Lima (2021, p. 91-92), evidencia a percepção de normalidade que pode estar implícita na disseminação das novas categorias patológicas:

1. Está atenta a detalhes, não cometendo erros por descuido em tarefas escolares ou outras;
2. Não desafia nem se recusa a obedecer a regras ou a pedidos de figuras de autoridade;
3. Não se levanta da cadeira em situações em que se espera que permaneça sentado;
4. Tem facilidade para organizar tarefas e atividades;
5. Tem facilidade de manter a atenção em tarefa ou atividades lúdicas;
6. Não incomoda propositalmente outras pessoas;
7. Não evita, não detesta e nem reluta em se envolver em tarefas que exijam esforço mental prolongado (como trabalhos escolares ou lições de casa);
8. Não costuma ser sensível ou incomodar-se com facilidade;
9. Escuta com atenção quando lhe dirigem a palavra diretamente;
10. Não perde coisas necessários para tarefas e atividade (p. ex., materiais escolares, lápis, livros);
11. Nunca perde a calma;
12. Não culpa outros por seus erros ou mal comportamento;
13. Nunca deixa escapar uma resposta antes que a pergunta tenha sido concluída;
14. Segue instruções até o fim e consegue terminar seus trabalhos escolares, não perdendo foco ou rumo;
15. Brinca e se envolve calmamente em atividades de lazer;
16. Não questiona a autoridade dos adultos;
17. Não remexe ou batuca as mãos ou pés nem se contorce na cadeira;
18. Fala sempre na medida certa, nunca em demasia;
19. Não costuma ser esquecido em relação às atividades cotidianas;
20. Não se mostra malvado ou vingativo;
21. Não se distrai, mesmo na presença de estímulos externos;
22. Espera sua vez sem dificuldade;
23. Nunca age como se estivesse ‘com o motor ligado’;
24. Não corre ou sobe nas coisas;
25. Não é raivoso nem ressentido;
26. Não explode nem se descontrola emocionalmente em resposta a situações cotidianas;
27. Não inicia brigas físicas;
28. Não mente para conseguir bens materiais, favores ou evitar obrigações;
29. Sempre obedece quando os pais o proíbem de ficar fora de casa à noite;
30. Não falta às aulas;
31. Se preocupa quando tem desempenho fraco na escola, e sempre se esforça para melhorá-lo.

Essa versão dos sintomas diagnósticos nos ajuda a refletir sobre como a criança vem sendo tratada na sociedade atual, caracterizada por exigências de produtividade, interesses econômicos e ideológicos, apelo ao consumo e adultização precoce — Vectore *et al.* (2016) abordou aspectos da medicalização e da emergência do TDAH a partir do tratamento dado à infância na contemporaneidade. Segundo ela, a contenção de movimentos infantis considerados inadequados, motivados pelo modo com que essa etapa do desenvolvimento humano vem sendo concebida, produz um retorno da imagem da criança como um adulto em miniatura.

Por outro lado, é preciso considerar as carências sociais, as quais podem provocar a

emergência de situações de vulnerabilidade e de violência de várias ordens. Essas situações são expressas no corpo, com destaque para o fato de que os comportamentos são construções sociais que denotam subjetividade e conflitos, e se originam de situações vivenciadas em contextos reais. Considerando a inversão diagnóstica proposta por Lima (2021, p. 91), tem-se que cada vez mais há um desejo em tratar as crianças como “não crianças”, aspecto em que uma nova síndrome parece estar sendo gestada: a “síndrome da criança normal”.

Para finalizar este capítulo, poderia ser interessante considerar o uso de Divertilina® 100mg, cujo princípio ativo é o cloridrato de Metilfenilúdico (MFL). Indicada para crianças com Transtorno de Energia e Imaginação Infinita (TEII), que estão sempre com o motor ligado, a mil por hora, perdidas no mundo da lua e com muitas ideias na cabeça, Divertilina® também é recomendada para aquelas que enfrentam constantes desafios, mas nunca deixam de sonhar os sonhos de criança — vale ressaltar que tanto o transtorno quanto o medicamento mencionados são fictícios e foram criados para fins ilustrativos.

Disponível nas versões mastigável e em gotas, com sabores variados, Divertilina® pode ser consumida várias vezes ao dia, sempre acompanhada por brincadeiras e diversões, atividades típicas do universo infantil. A criança que utiliza Divertilina® precisa ser acolhida pela escola e pela família, condição essencial para que seus efeitos sejam potencializados. Reduzir o tempo de exposição à televisão, celular e jogos eletrônicos também é importante, incentivando, em vez disso, atividades como soltar pipas e jogar bola. Algumas brincadeiras esquecidas, como jogo de bets, pique-bandeira, garrafão e bugalha, também podem ser realizadas para ampliar seus efeitos positivos. Com a premissa de que o TEII é um transtorno crônico, Divertilina® pode ser utilizada continuamente, sem restrições, inclusive nos finais de semana e durante as férias escolares.

Não há relatos na literatura de que Divertilina® cause reações adversas, apenas os efeitos já esperados, como melhora na aprendizagem, acolhimento e diversão. Crianças que sabem e querem dar resposta antes de a pergunta ser completamente formulada, que balançam os pés na carteira e esquecem ou perdem os materiais escolares também podem utilizar Divertilina®. No entanto, em casos de intensificação desses comportamentos, é importante que elas sejam ouvidas pelos adultos, que buscarão, com elas, entender os motivos disso. Em algumas situações, a dose pode ser ajustada, sempre para mais. Adultos podem e devem utilizar Divertilina® todos os dias, pois não há contraindicações conhecidas para ambos os públicos.

CAPÍTULO 3 - CONHECIMENTOS SOBRE O TDAH: POSSIBILIDADES DE TRANSITIVIDADE A PARTIR DAS IDEIAS FLECKIANAS

O objetivo da ciência não é produzir verdades indiscutíveis, mas discutíveis. Nem as ciências naturais e exatas produzem verdades indiscutíveis. As ciências sociais realizam perfeitamente o trabalho de gerar verdades que possam ser discutidas. Elas são como as demais ciências e em certos aspectos até mais exigentes (Bruno Latour).

Apreendidos a historicidade e os elementos subjacentes às manifestações consideradas desatentas, hiperativas e impulsivas, o TDAH poderia ser caracterizado não apenas como uma condição médica, mas como uma categoria sociológica — o TDAH social. Isso porque tais comportamentos tanto podem ser vistos como sintomas médicos quanto considerados expressões das contingências da vida a partir de determinados contextos sócio-históricos e modos de pensamento, que direcionam nosso olhar para os problemas que nos afetam.

Nesse sentido, como determinadas práticas, concepções teóricas ou visões de mundo sobre um fenômeno se tornam um modelo hegemônico que organiza nossa leitura dos “fatos” que demandam entendimento e intervenção? Diante das várias abordagens para compreender o mesmo fenômeno, caracterizado pelos sintomas/características desatentos e agitados, inclusive da compreensão mútua dos aspectos médico e social que os constituem, como pensar a relação entre os diferentes conhecimentos sobre o TDAH? Uma vez estabelecido o conceito, como compreender sua gênese, desenvolvimento, manutenção ou transformação? Mesmo que o transtorno seja considerado, pelo ponto de vista hegemônico, como um fenômeno orgânico, seria possível propor, de forma primária, outras possibilidades de intervenção, que não a farmacológica?

No decurso de escrita da tese, ao considerar as implicações da determinação diagnóstica do TDAH, pareceu-me oportuno refletir sobre uma possibilidade de transitividade dos conhecimentos produzidos por pesquisadores que se apoiam nos pressupostos da sua abordagem crítica, englobando os estudos baseados na TRS, para compreender esse transtorno. Entendo que essa circulação de ideias pode produzir mudanças na compreensão do TDAH, indo além da visão estritamente médica, que estabeleceu uma relação que vincula comportamentos desatentos e agitados a disfunções neurobiológicas e de causas genéticas. A adesão a uma dessas construções científicas, que analisam o mesmo fenômeno sob diferentes pontos de vista, pode ser compreendida pela forma como nosso olhar é direcionado pelos “estilos de pensamento”, organizados a partir dos “coletivos de pensamento” dos quais fazemos parte,

conceitos da epistemologia de Fleck³³ (2010), que, antes de Moscovici (2003, 2012), também se preocupou com o caráter dinâmico, social e circulante do conhecimento.

3.1 TDAH: um fato sociológico transmutado em fato médico?

A ciência moderna, surgida no século XVI e consolidada como dominante durante os séculos XVII e XVIII, configurou-se como um “modelo global de racionalidade” que, apesar de admitir certa variedade interna, delineou limites entre o que se considera científico, válido e verdadeiro e o que não se enquadra nesses critérios. Trata-se de um modelo “totalitário”, que nega o status de racionalidade a formas de conhecimento que não compartilham dos seus princípios epistemológicos e das suas regras metodológicas, julgadas válidas para a emergência de pressupostos entendidos como verdades (Santos, 2008, p. 21). Essa lógica fragmentou a investigação e estimulou a disciplinaridade do conhecimento, com cada disciplina sendo uma “objetividade discursiva especializada” (Luz, 2019, p. 45), contribuindo com “um conjunto de verdades específicas relativas aos seus objetos, métodos de pesquisa e teorias explicativas ou interpretativas” (Luz, 2019, p. 26).

O modelo positivista de ciência — do qual a Medicina ocidental, uma das expressões mais acabadas desse coletivo de pensamento faz parte — possui características claras: experimental, empírico, mecânico e pragmático. Como resultado dos avanços tecnológicos que possibilitaram seu conhecimento, seus fatos são classificados como objetivos, puros, verdadeiros, permanentes e livres de quaisquer interferências externas.

Não obstante, em contraposição a essas ideias, Fleck (2010) apresentou a tese de que todo fato, verdade, conceito ou conhecimento tem sua constituição condicionada por aspectos históricos, culturais e sociais. Os fatos científicos se tornam reais dentro de um dado estilo de pensamento, articulando-se à linguagem e aos valores, inclusive morais, do contexto no qual esse coletivo está inserido. Sua construção envolve ideias convergentes e divergentes, escolhas, opiniões e motivações pessoais e institucionais. Contudo, na sua apresentação, há um processo de depuração e ocultamento dos elementos que possam contaminar sua suposta neutralidade e objetividade.

³³ Ludwick Fleck (1896-1961) foi um médico e microbiologista judeu-polonês. Sua principal obra, “Gênese e desenvolvimento de um fato científico: introdução à doutrina do estilo de pensamento e do coletivo de pensamento”, publicada em 1935, foi descoberta por Thomas Kuhn (1998), que afirmou, no prefácio de “A estrutura das revoluções científicas”, que Fleck antecipou “muitas” das suas ideias. Fleck escreveu no contexto do Círculo de Viena, cujo sistema filosófico, conhecido como positivismo lógico ou neopositivismo, era o proponente da epistemologia dominante, cenário pouco propício à recepção de novas ideias sobre a ciência, questionando a linguagem logicista e absoluta do fato científico ao tratar da natureza social e histórica do conhecimento.

Nesse sentido, uma vez que o TDAH tem sido abordado por modelos epistemológicos diversos, ambos fundamentados em critérios de cientificidade, julgo pertinente contemplar uma concepção de ciência e de fato científico, assim como as possibilidades de circulação dos seus saberes produzidos, para uma compreensão dialogada dessa categoria. Para isso, me apoio no conceito de estilos de pensamento, proposto por Fleck (2010) em sua *Sociologia do Conhecimento*, por considerá-lo importante para compreender as particularidades pelas quais um mesmo fato pode ser apreciado por diferentes ângulos, e por apresentar pontos centrais para a possibilidade de transitividade das reflexões sobre o TDAH elaboradas pelas CHS. O fato TDAH comporta outras vozes e interpretações além da sua constituição médico-biológica, refletidas nas representações que os atores sociais elaboram sobre ele, na crítica à medicalização, na articulação dos movimentos sociais contrários a esse processo e nas produções de pesquisadores situados em outros estilos de pensamento científico, os quais se posicionam epistemologicamente diante da redução de questões sociais, políticas e educacionais a aspectos orgânicos.

A história da sífilis, descrita como a “estranha doença e das mais obscenas, que [dos] corpos se apoderara” (Sciliar, 1996, p. 60), fornece as bases para a construção conceitual fleckiana. Por meio de um estudo de caso, Fleck (2010) rastreou o percurso das ideias médicas relacionadas à essa doença até o século XV³⁴ e à reação de Wasserman, uma reação sorológica estabelecida no início do século XX para o diagnóstico da doença, para problematizar como um fato científico se origina e se desenvolve e como a subjetividade dos pesquisadores e as circunstâncias do contexto histórico-social ou do ambiente sociopsicológico no qual eles estão inseridos influenciam tal construção. Dessa forma, fatores históricos, políticos e sociais são parte integrante da gênese e do desenvolvimento dos fatos científicos e, conseqüentemente, do desenvolvimento da própria ciência, cujo “processo de conhecimento representa a atividade humana que mais depende das condições sociais, e[m] que] o conhecimento é o produto social por excelência” (Fleck, 2010, p. 85).

A partir do século XV, a Europa enfrentou uma série de problemas políticos e sociais como guerras, fome e miséria e catástrofes naturais, causadores do acúmulo de epidemias e doenças que chamaram atenção dos pesquisadores e levaram à gênese e ao desenvolvimento do conceito moderno de sífilis. Para a ideia místico-ética, “a conjunção de Saturno e Júpiter em 25/11/1484, sob o signo do Escorpião e na casa de Marte” (Fleck, 2010, p. 40), foi apontada

³⁴ De acordo com Fleck (2010), não é possível fazer retroagir a história da sífilis para momentos anteriores ao século XV, uma vez que ela se perde em um emaranhado de outras doenças crônicas, dermatológicas e também localizadas nos órgãos genitais.

como causa da epidemia venérea, atribuindo às partes genitais, regidas pelo signo de escorpião, o local de incidência de novas doenças.

Logo, “A epidemia fornecia o material; a necessidade, o estímulo à pesquisa”, e sendo a astrologia a “ciência dominante” da época, os pesquisadores reconheciam e compartilhavam seus postulados. Daí surgiu a primeira definição da sífilis: uma doença venérea, do ponto de vista religioso um “castigo pelo prazer pecaminoso” (Fleck, 2010, p. 41), cenário no qual a astrologia e a religião produziram um “ambiente sociopsicológico” responsável pelo estigma da segregação e do pecado. Nesse sentido, “não foram as chamadas observações empíricas que realizaram a construção e a fixação da ideia, mas sim que fatores particulares oriundos das profundezas da psique e da tradição desempenharam um papel decisivo” (Fleck, 2010, p. 42).

Paralelamente, a segunda ideia sobre a sífilis surgiu da empiria médica e da separação de doenças que, no grupo das afecções cutâneas, respondiam a pomadas de mercúrio³⁵, já largamente utilizadas pela sabedoria popular. Nesse contexto, a cura ou não do paciente pelo mercúrio era indício de tratar-se dessa ou de outra enfermidade. No entanto, essa ideia não foi suficiente para definir seu conceito atual, uma vez que as epidemias venéreas, cuja doença por excelência era a sífilis, estavam ligadas a outras patologias ainda não isoladas, que poderiam ou não ser influenciadas pelo mercúrio.

Desse modo, “surgiram e se desenvolveram, em paralelo, em conjunto e em oposição, duas posições: 1) a entidade nosológica ético-mística chamada epidemia venérea e 2) a entidade nosológica empírico-terapêutica” (Fleck, 2010, p. 44). Ambas se confundiam e se interpenetravam não por regras lógicas, mas por apriorismos emotivos. Havia até médicos que duvidavam da existência da sífilis, pois ela poderia ser a manifestação de outras doenças, algo que não passava para o sangue — depois configurado como sifilítico — ou a antiga epidemia venérea, aspectos essenciais para o “grito pelo exame de sangue enquanto meio para a elaboração precisa da sua entidade nosológica” (Fleck, 2010, p. 46). Essa precisão foi alcançada pela reação de Wasserman, um fato científico produzido por meio do trabalho coletivo de cientistas estimulados por fatores internos e externos à ciência, como os incentivos financeiros do Governo alemão para as pesquisas e o apelo social referente aos estigmas causados nas pessoas acometidas pela doença.

De certa forma, as histórias do TDAH e da Ritalina, que em certo momento se

³⁵ O mercúrio era uma substância carregada de aspectos simbólicos e representacionais. Tendo o mesmo nome do deus romano, patrono dos *mercatores* ou *mercuriales*, remetia ao fato de a sífilis ter surgido em uma época de grande desenvolvimento do comércio, incluindo o comércio sexual do qual a doença se originara. Além disso, havia uma luta de interesses econômicos em torno do mercúrio e do guaiaco, produto vegetal igualmente utilizado para os casos de sífilis (Sciliar, 1996).

complementam, guardam similaridades com a gênese e o desenvolvimento do conceito de sífilis, pelo menos do ponto de vista da epistemologia fleckiana: ambas mostram que um fato científico não é construído de forma linear, mas por meio de condicionamentos históricos e sociais de cada época e de suas ideias prevaletentes:

É difícil, quando não impossível, descrever corretamente a história de um domínio do saber. Ele consiste em numerosas linhas de desenvolvimento das ideias que se cruzam e se influenciam mutuamente e que, primeiro, teriam que ser apresentadas como linhas contínuas e, segundo, em suas respectivas conexões. Em terceiro lugar, teríamos que desenhar ao mesmo tempo e separadamente o vetor principal do desenvolvimento, que é uma linha média idealizada. É como se quiséssemos reproduzir por escrito uma conversa agitada em sua sequência natural, onde várias pessoas falam desordenadamente ao mesmo tempo, sendo que, apesar disso, cristaliza-se uma ideia comum. Temos que interromper constantemente a continuidade temporal da linha descrita das ideias para introduzir outras linhas; e, ainda, temos que deixar muita coisa de lado para obter as linhas principais. Um esquema mais ou menos artificial entra então no lugar da apresentação da vivacidade de efeitos mútuos (Fleck, 2010, p. 56).

A ciência é uma construção coletiva e social, aberta a condicionamentos sincrônicos e diacrônicos, compreensão que impacta o modo como percebemos a construção do conhecimento e sob quais condições ele se desenvolve e se dissemina na sociedade. Por essa razão, os fatos científicos são sempre coletivos, constituídos sob o pano de fundo de um estilo de pensamento, uma disposição para o “sentir seletivo” e o “agir direcionado”, marcado “por características comuns dos problemas que interessam a um coletivo de pensamento; dos julgamentos que considera como evidente e dos métodos que aplica como meios do conhecimento” (Fleck, 2010, p. 149). Trata-se de uma dependência sociocultural, um modo de ver instruído pelo coletivo de pensamento do qual o pesquisador faz parte, observado e descrito a partir das relações que os pesquisadores têm com o mundo e com o próprio objeto. A produção do conhecimento é vinculada a interesses de caráter ético, cultural, econômico e político, os quais podem influenciar os pesquisadores e direcionar seus trabalhos, processo que se estabelece na coletividade, pois o sujeito que dele participa “é um sujeito coletivo que compartilha práticas, concepções, tradições e normas, ou seja, um Estilo de Pensamento próprio do Coletivo de Pensamento ao qual pertence” (Lambach; Marques, 2014, p. 11).

O percurso histórico e sociológico das ideias sobre a sífilis levou Fleck (2010, p. 82) à compreensão de que a produção do conhecimento também é permeada por fatores contraditórios que interagem com “a comunidade das pessoas que trocam pensamentos ou se encontram numa situação de influência recíproca de pensamentos”. Cada uma dessas pessoas é “um portador do desenvolvimento histórico de uma área de pensamento, de um determinado estado do saber e da cultura, ou seja, de um estilo específico de pensamento”, organizado de

forma condizente com os coletivos de pensamento que os comportam. Alguns desses coletivos são momentâneos, outros são relativamente estáveis e outros estáveis; nesse caso, quando vinculados a grupos organizados por um tempo suficientemente longo, o estilo de pensamento se fixa em uma estrutura formal:

Os estilos mais estáveis de pensamento permitem uma análise mais precisa do estilo de pensamento e das propriedades sociais gerais em suas relações recíprocas. Essas comunidades estáveis (ou relativamente estáveis de pensamento), assim como outras comunidades organizadas, cultivam um certo fechamento na forma e no conteúdo. Dispositivos legais e costumários, linguagens específicas, em alguns casos, ou pelo menos um vocabulário peculiar, fecham a comunidade de pensamento formalmente, mesmo se não for de maneira absoluta, um fechamento do coletivo de pensamento em termos de conteúdo do pensamento (Fleck, 2010, p. 155).

O fechamento orgânico das comunidades de pensamento restringe a compreensão de quais problemas podem ser admitidos dentro de um estilo de pensamento, muitos dos quais “constantemente ignorados ou rejeitados por serem considerados sem importância ou sem sentido [...]. Dessa postura, surge uma atribuição específica de valores e uma intolerância característica, traços comuns de qualquer comunidade fechada” (Fleck, 2010, p. 155-6). Por essa razão, uma situação considerada problema a partir de um estilo de pensamento pode não ser vista da mesma forma a partir das ideias de outro estilo de pensamento, que define “o que não pode ser pensado de outra maneira, fazendo com que épocas inteiras vivam sob [su]a coerção” (Fleck, 2010, p. 150).

Quanto mais duradouros, mais seguros e estáveis se tornam os conteúdos dos estilos de pensamento, considerados “óbvios, como sendo os únicos possíveis, como aquilo que não é passível de reflexões ulteriores” (Fleck, 2010, p. 158-9). Enquanto suas ideias se mantiverem como a única solução para um problema, elas se constituem em uma verdade. Educados a contemplar o objeto segundo essa maneira no interior de um estilo do pensamento fechado, os pesquisadores podem não aceitar opiniões divergentes, e o estilo de pensamento diverso, quando notado, é percebido como algo místico, com suas explicações consideradas equivocadas, limitadas e errôneas. A “harmonia das ilusões” mostra como os estilos de pensamento se mantêm mesmo diante do contraditório, pois, em dado momento, “Quando uma concepção penetra suficientemente num coletivo de pensamento, quando invade até a vida cotidiana e as expressões verbais, quando se tornou literalmente um ponto de vista, qualquer contradição parece ser impensável e inimaginável” (Fleck, 2010, p. 70).

A harmonia das ilusões tem a função de conservar o pensamento vigente circunscrito ao estilo de pensamento predominante em uma época, fornecendo elementos para a constituição

de um fato científico e direcionando a percepção da realidade. É por esse motivo que uma proto-ideia, a predisposição histórico-evolutiva de teorias modernas, gera um sentido e não outro: o estilo de pensamento místico-ético não poderia gerar uma ideia patogênica ou etiológica da sífilis, pois direcionado o olhar do pesquisador diante de “uma coerção definida de pensamento e mais: a totalidade das disposições mentais, a disposição para uma e não para outra maneira de perceber e agir” (Fleck, p. 110). Esse sistema fechado e harmonioso “persiste diante de tudo o que o contradiga” ou diante de uma compreensão nova por meio de alguns procedimentos:

1. Uma contradição ao sistema parece impensável; 2. Aquilo que não cabe no sistema permanece despercebido, ou; 3. é silenciado, mesmo sendo conhecido, ou; 4. mediante um grande esforço, e declarado como não contradizendo o sistema; 5. Percebem-se, descrevem-se e até se apresentam determinados estados das coisas que correspondem aos pontos de vista em vigor, que, por assim dizer, são sua realização — apesar de todos os direitos dos pontos de vista contrários (Fleck, 2010, p. 110).

Para fins didáticos, Takahashi (2018) organizou as contribuições da epistemologia de Fleck a partir de três elementos. O primeiro, funcional, tem a finalidade de orientar e manter o estilo de pensamento vigente por meio da harmonia das ilusões e da coerção do pensamento. O segundo, estrutural, remete aos coletivos de pensamento e aos círculos esotéricos e exotéricos, organizando e hierarquizando os coletivos de pensamento. E o terceiro elemento, dinâmico, reforça e transforma os estilos e os coletivos de pensamento a partir do tráfego de pensamento. Em relação a esse último elemento, são as formas de circulação do pensamento, por meio dos tráfegos intra e intercoletivo, que possibilitam a manutenção ou a mudança do fato científico. No primeiro caso, o tráfego intracoletivo reforça o estilo de pensamento, enquanto, no segundo, o tráfego intercoletivo modifica seus significados.

Quanto ao TDAH, a circulação das ideias sobre os marcadores biológicos atua como reforçadora do estilo de pensamento vigente, principalmente o médico-psiquiátrico em sua tendência biológica, questionada pelas abordagens críticas a esse diagnóstico por meio do tráfego intercoletivo. Esse último pode ser composto por famílias, profissionais da escola, pesquisadores das áreas não médicas, movimentos coletivos e sociedade em geral. Assim, a partir das considerações de Takahashi (2018), é possível assumir a compreensão de que o estilo de pensamento, no círculo exotérico, podem ser as representações sociais elaboradas para dar sentido ao transtorno, e que o saber popular influencia a produção dos conceitos científicos.

Embora os estilos de pensamento reflitam os aspectos coercitivos que conformam os coletivos de pensamento, sendo até mesmo relacionados ao conceito de representação coletiva como compreendido por Durkheim (1978), “expresso através da noção do estilo de pensamento

de um coletivo usado por Fleck” (Moscovici, 2003, p. 194), eles também comportam características de uma representação social, pois apresentam um caráter dinâmico. Moscovici privilegia a transposição da ciência para o saber popular (ou o círculo esotérico para o exotérico, nos termos fleckianos) e Fleck parte do fato científico para a consideração dos fatores sociais e históricos (ou do universo reificado para o consensual, para usar conceitos moscovicianos). Contudo, ambos destacam o caráter social do pensamento e do conhecimento e o processo dialógico entre os universos reificado e consensual ou entre os círculos esotérico e exotérico, isto é, o caráter circulante e dinâmico do conhecimento na sua relação com as representações coletivas ou sociais. Takahaschi (2018) acrescenta que, mesmo a partir de enfoques diferentes, esses autores são complementares, pois ambos consideram que há uma relação dialógica entre ciência e representações para o processo de compreensão da realidade.

Sendo contextualizada histórica e socialmente, a produção do conhecimento não pode ser entendida a partir da relação binária entre sujeito e objeto, mas juntamente a um terceiro elemento, o estado do saber de cada conhecimento. Para essa dimensão, Fleck (2010, p. 81) propõe uma epistemologia comparada, uma perspectiva na qual são estabelecidas relações sociocognitivas entre ideias antigas e novas para o entendimento de como um fato social é constituído:

A teoria comparada do conhecimento não deve considerar o processo do conhecimento como uma relação binária entre sujeito e objeto, entre o ator do conhecimento e algo a ser conhecido. O respectivo estado do saber, enquanto fator fundamental de cada conhecimento novo, deve entrar como o terceiro elemento nessa relação. Caso contrário, não haveria como entender de que maneira se chega a um sistema de opinião fechado e conforme a um estilo e por que se encontram predisposições para um determinado saber no passado que não eram legitimadas por razões objetivas.

Nessa lógica, do mesmo modo que o conceito de sífilis não se reduz a *Spirochaeta pallidum*³⁶, o TDAH não é somente um desequilíbrio neuroquímico, mas uma categoria sociológica que interage com uma série de fatores como a qualidade das políticas públicas da área da educação, a formação e as condições de trabalho dos(as) profissionais da escola, as práticas pedagógicas, o modo como as crianças são acolhidas, seus contextos de vida, o cuidado familiar, as expectativas quanto aos modos de se comportar e a naturalização das configurações que permeiam a aprendizagem. Além disso, historicamente, sua definição é perpassada pela presença das indústrias farmacêuticas e do aparato médico, detentor das definições do normal e do patológico e das ideias de moralidade, bem como de controle, fracasso, perigo e

³⁶ Agente causador da sífilis. Atualmente *Treponema pallidum*.

delinquência infantil. Na década de 1960, até mesmo a presteza dos órgãos de educação norte-americanos em encontrar uma justificativa para o fracasso escolar que fosse condizente à realidade das classes médias foi um fator externo que se articulou para a emergência dessa categoria. Esses aspectos favoreceram a intervenção de um coletivo cujo pensamento instruiu a forma de ver o objeto, organizado por estruturas sociais e psíquicas.

Dessa forma, embora modificadas, as ideias iniciais construídas em torno do fato científico, suas proto-ideias, explicam sua gênese e desenvolvimento (Pfuetzenreiter, 2002). Conforme Fleck (2010, p. 70, grifo próprio),

Cada época tem concepções dominantes, restos das concepções passadas e predisposições de concepções futuras, em analogia com todas as formas sociais. Uma das tarefas mais nobres da teoria comparada do conhecimento seria a de investigar como as concepções, ideias pouco claras, circulam de um estilo de pensamento (*Denkstil*) para o outro, como surgem enquanto pré-ideias espontâneas e como se conservam, graças a uma harmonia da ilusão, enquanto formações persistentes e rígidas. Somente por meio dessa comparação e investigação das relações, chegamos a uma compreensão da nossa época.

Disso resulta o fato científico TDAH, sem erros ou verdades completas, que pode ser compreendido pela Sociologia ou pela Psicossociologia do Conhecimento, pois não se chega à definição dessa categoria como um transtorno do neurodesenvolvimento sem a compreensão da história e das percepções que levaram à ela. Nesse sentido, a baixa concentração de dopamina na parte frontal do cérebro não explica, por si só, a constância dos problemas de desatenção e de comportamento que definem o TDAH, mas que esses problemas foram relacionados a esse fato médico. Logo, nem mesmo com os recursos médicos disponíveis chegaríamos a uma definição objetiva e permanente desse fato, pois os estudos que tentam vinculá-lo a um desequilíbrio neuroquímico, motivado por algum gene defeituoso, são igualmente produtos históricos e sociológicos.

A definição médica do TDAH só pode ser compreendida como resultado de um desenvolvimento, e não como a única definição possível, podendo ser ampliada e transformada. Nesse caso, poderíamos falar de certo número de crianças inseridas em contextos sociais, educacionais e familiares que se apresentam desatentas e descomportadas na escola. Essa compreensão não significa que os problemas relacionados ao fato médico TDAH deixem de existir. Todavia, partindo do pressuposto de que cada estilo de pensamento implica em efeitos práticos, o acolhimento às crianças que apresentam características desatentas e hiperativas seria conduzido por caminhos diversos daqueles coerentes ao estilo de pensamento médico.

As abordagens sobre o TDAH, a médica e a crítica, referem-se a dois estilos de

pensamento, ancorados em distintos coletivos de pensamento. Não havendo uma incomensurabilidade absoluta entre esses estilos, é possível ocorrer um tráfego de ideias, um diálogo por meio do qual a compreensão sobre o fato médico pode ser ampliada ou sofrer mutações pela introdução de novos olhares e perspectivas. A transição de conhecimentos produzidos a partir de determinados estilos de pensamento, ou seja, a introdução de novos olhares e compreensões, pode remodelar o fato, visto que o conhecimento circula por meio dos tráfegos intracoletivo e intercoletivo.

Embora, quanto maior a diferença entre os estilos de pensamento, menores sejam as possibilidades de tráfego, “qualquer tráfego intercoletivo de pensamentos traz consigo um deslocamento ou uma alteração dos valores de pensamento” (Fleck, 2010, p. 161), isto é, traz as possibilidades de transformação das ideias que permeiam um estilo de pensamento, impactando tanto na inovação da ciência quanto da sociedade. Essa circulação de ideias ocorre por meio de textos — como artigos, manuais, congressos, livros didáticos — e também por meio de formas textuais populares, próprias da ciência popular, associados a determinadas práticas e atividades específicas que formam, mantêm e reforçam os fatos científicos. Como já apontado, no caso do TDAH, os círculos exotéricos são ocupados por pesquisadores não médicos, famílias, profissionais da educação/escola, mídia e movimentos sociais, que podem questionar a hegemonia do pensamento médico.

Conforme sugerido por Caliman (2009), a definição neurobiológica mais recente do TDAH apresenta um suposto caráter harmônico e linear organizador da sua construção, excluindo os pressupostos históricos, morais e sociais que dele participaram. Dessa forma, foram depurados da sua história oficial o contexto de biologização dos sofrimentos mentais, das descobertas de novos psicofármacos e de uma crise de legitimidade da Psiquiatria, que buscava afirmar-se como uma ciência neutra e objetiva. Esse cenário culminou na reestruturação teórico-conceitual do DSM que, a partir da sua terceira edição, em 1980, adquiriu um caráter essencialmente orgânico, fundamentado em uma Psiquiatria biológica. As novas edições mantiveram esse princípio, o que permite caracterizar todas as expressões humanas, incluindo cognição e afeto, como disfunções neuroquímicas, sujeitas a diagnósticos e tratamento. Essas são as novas capturas discutidas por Moysés e Collares (2013), uma vez que as interpretações biológicas também apontam para o ressurgimento de práticas eugenistas, construídas como aportes a justificativas para controle e exclusão social.

A explicação da gênese e do desenvolvimento de um fato científico pode ser alcançada por meio da compreensão das suas ideias iniciais, uma vez que a coerência entre o modo de pensar de uma época e os conceitos que o formam é garantida por uma rede de ideias

interconectadas para uma coesão entre os argumentos na fase “clássica”. Nessa fase, as opiniões se encaixam de maneira consciente e são mantidas pelo estilo de pensamento predominante. No entanto, uma das regularidades do pensamento é o seu desenvolvimento, o que pode levar à transição para a “fase de complicações”. Nessa fase, as exceções observadas em torno do fato não são adequadamente respondidas pelo estilo de pensamento que o originou, levando-o a uma transformação. À medida que as complexificações se acumulam, a comunidade científica pode começar a questionar a validade do paradigma existente e buscar alternativas que melhor expliquem novas observações e dados disponíveis. Nesse aspecto, conforme Pfuetzenreiter (2002, p. 150),

A descrição da evolução histórica de um campo do saber se torna extremamente complexa, à medida que a estrutura do desenvolvimento das ideias é composta por várias linhas que se entrecruzam, às vezes convergindo e formando novas linhas, estabelecendo diversas conexões.

Em relação ao TDAH, cada fase de complicação foi, historicamente, superada por outras explicações médicas, diferentes e iguais, que se ajustaram a novas fases clássicas semelhantes às anteriores. No entanto, a qualidade cada vez maior das produções críticas a esse transtorno pode dar um novo direcionamento, possibilitando uma superação mais robusta da sua fase clássica.

Uma vez que não há “erros completos” ou “verdades completas” (Fleck, 2010, p. 61), a compreensão do fato científico não pode se restringir às suas ideias oficiais, devendo ser considerada a partir das conexões históricas e das proto-ideias associadas a ele. A história do TDAH ilustra isso, desde suas origens, como a relação linear de causa e efeito proposto por Hinshelwood e as discussões de Still sobre o Defeito no controle moral. Essas proto-ideias, que foram consolidadas por um coletivo de pensamento como válidas, reconhecidas e acabadas, ainda ecoam no discurso contemporâneo, embora enfrentem questionamentos das CHS e até mesmo dentro da própria área da saúde. No estudo das doenças, que podem ser abordadas por diferentes ângulos e critérios conceituais, é possível a coexistência de diferentes concepções, pois “Dentro desta diversidade de pensamentos, certas ideias diretrizes se tornariam dominantes, mas sempre com um caráter temporário baseado na evolução dos conhecimentos” (Pfuetzenreiter, 2002, p. 149).

A perspectiva fleckiana (2010), uma abordagem para a compreensão da construção do conhecimento científico, destaca a influência do pensamento social e das comunidades científicas na formação das ideias a partir dos estilos de pensamento compartilhados. Esses

estilos de pensamento orientam nossa aceitação, concepção e interpretação dos fenômenos que nos afetam, como a definição do TDAH, que sofreu mudanças ao longo do tempo. Até a metade do século XX, antes da consolidação da Psiquiatria como principal abordagem para os distúrbios mentais, o transtorno era pouco conhecido e interpretado de diversas maneiras, conforme o contexto científico da época. No entanto, o fortalecimento da Psiquiatria, especialmente a partir da publicação do DSM-III, a consolidação da indústria farmacêutica e a biologização da vida fizeram com que o TDAH surgisse como uma entidade clínica definida, um transtorno neuropsiquiátrico de base biológica, a forma específica pela qual ele é interpretado e abordado hegemonicamente.

Essa abordagem nos leva a considerar não apenas as explicações neurobiológicas, mas também os contextos históricos e sociais que influenciam sua definição e interpretação, destacando-se:

(1) A construção social do diagnóstico e do transtorno: o diagnóstico e a identificação do TDAH não são objetivos e universais, mas culturais;

(2) A mutabilidade do pensamento coletivo: o conhecimento sobre o TDAH sofreu mudanças ao longo das décadas, e novas evidências, atitudes e práticas sociais podem levar a novas transformações. Como as representações sociais, os estilos de pensamento não são estáticos, como destacou Fleck (2010) ao enfatizar a influência dos aspectos sociais na construção do conhecimento científico;

(3) A atuação dos estilos de pensamento, padrões de interpretação que direcionam o modo como as pessoas percebem a realidade: no caso do TDAH, diferentes profissionais da saúde e da escola, pesquisadores das CHS, famílias e a mídia podem adotar estilos de pensamento distintos e variados ao considerar o transtorno. Essas perspectivas podem influenciar as abordagens relacionadas ao diagnóstico e ao tratamento;

(4) A construção social da realidade: sendo o conhecimento socialmente construído, as definições de normalidade e anormalidade, presentes na identificação diagnóstica do TDAH, também podem variar ao longo do tempo e entre os diferentes grupos socioculturais;

(5) A comensurabilidade entre os paradigmas: mesmo que diferentes estilos ou coletivos de pensamento apresentem perspectivas diferentes sobre um fenômeno, tais perspectivas podem sofrer mudanças. Diferentes disciplinas podem ter compreensões diversas sobre o TDAH, mas é possível que, a partir de processos dinâmicos, essas compreensões transitem entre os distintos círculos de conhecimento;

(6) O desenvolvimento de novos conceitos e abordagens: a mudança de paradigma envolve o desenvolvimento gradual de novos conceitos e abordagens que podem explicar as

complexidades observadas. Isso pode resultar na emergência de novas teorias ou métodos que ofereçam uma compreensão mais abrangente dos fenômenos sociais, como o TDAH;

(7) A formação de grupos de pensamento, que podem atuar como unidades que compartilham uma visão comum do mundo: a mudança de paradigma, muitas vezes, começa com a formação de novos grupos de pensamento que desafiam as visões estabelecidas e propõem alternativas a elas, tornando-se fontes de mudança ao ganhar influência na comunidade científica. No Brasil, o Fórum é um grupo de pensamento organizado a partir de um estilo de pensamento que questiona a visão reducionista e determinista do TDAH e de outros transtornos médicos.

É assim que a intensificação das produções sobre o TDAH, a partir de diversas epistemologias, além do modelo hegemônico, pode desestabilizar sua fase clássica. Se os fatos científicos são construções históricas, a transitividade dos conhecimentos produzidos em torno dessa categoria pode ampliar sua compreensão. Segundo Fleck (2010, p. 49), “A história ensina que pode haver lutas árduas pelas definições de conceitos”, e se a construção de um fato científico envolve a coleta e análise de dados e experimentos, que podem não provar nada, a circulação e a troca de ideias também são importantes para essa produção. Ambos os processos — epistemológicos e da linguagem — são constitutivos do fato científico, desenvolvido através de um trabalho colaborativo dentro da comunidade científica.

Como Jano, o deus romano de duas faces, que representa dualidade, transição e mudança, o conhecimento deve ser permeado pela capacidade de ver o passado e o futuro de um fenômeno. Jano é associado a começos e fins, portais e passagens, ilustrando a importância de considerar múltiplas perspectivas e tempos ao compreender um fenômeno. É dessa forma que Fleck (2010) compreende a ciência: um empreendimento dinâmico e contínuo, sempre em transição.

CAPÍTULO 4 - IDENTIFICANDO O TDAH: O QUE PENSAM OS(AS) PROFISSIONAIS DA ESCOLA

*O Júlio Cesar tem problemas mentais. Faz tratamento na saúde mental. É completamente descoordenado.
 O Décio não vai passar de ano. Pode ser que colocando os óculos ele vai, mas é problema de memória.
 O Cícero tem aneurisma cerebral e língua presa.
 O Edilson, cada hora é de um jeito. Não tem personalidade, não tem uma conduta regular.
 A Patrícia é muito quieta, distante. Deveria ser encaminhada para a saúde. Pode ser TDAH.
 O André Luís é apático, desinteressado. Tem concentração mínima. Também pode ser TDAH.
 O Ademir tem problema. Pode ser de família. Diz que o pai dele fez o primeiro ano em quatro anos.
 Isso não é normal.
 Tem aluno que o problema é desnutrição. O médico já veio aqui: 'A criança quer aprender, mas não consegue'.
 A Mauricéia, eu tenho certeza, é desnutrida desde nascença. É repetente. Vai reprovar de novo.
 A Regina, o caso é outro. Essa menina tem dez anos, mas não se interessa.
 Só fica correndo atrás dos meninos. Ela tem problema de caráter.
 O Leandro estava na Pestalozzi. Como consta como DM³⁷, aqui, só pode ficar como ouvinte. É uma pena. Ele participa, eu vejo progresso nele. Ele tá entrosado, é o primeiro a participar. Não sei se ele é DM, enfim, preciso de um atestado. Se não for DM, a gente até matricula ele como aluno regular.
 O Pedro é muito rebelde, descontente, revoltado. Eu acho que é da família. A família é toda desajustada.
 (Medicalização da vida escolar, Conselho Regional de Psicologia, 2011).*

Considero esse texto, que representa a fala de uma professora realizando a chamada em uma sala de aula onde todas as crianças são anunciadas por meio de déficits/patologias/desvios, como resquícios das justificativas individualizantes, racialistas e moralizantes dos problemas de escolarização dos filhos das classes trabalhadoras, as quais, formuladas desde o século XIX, são mantidas pelo tempo longo das representações sociais, atualizadas pelo biofazer pedagógico no tempo vivido e reinterpretadas no tempo curto. Além disso, a vejo como uma expressão de um tipo ideal (Weber, 1999), uma construção teórico-metodológica que simplifica, generaliza e ressalta aspectos do fenômeno que o pesquisador se propõe a conhecer.

Como tipo ideal, essa generalização, válida para mim, não corresponde integralmente à realidade, mas lança algum entendimento sobre ela na medida em que a medicalização, materializada no contexto escolar por meio das doenças da aprendizagem, se configura como um processo irregular (Conrad, 1975), que permeia e pode partir da própria sociedade, inclusive da escola, lugar de relevância na patologização de crianças e adolescentes.

Sendo um processo irregular, em que alguns grupos estão mais ou menos expostos, as crianças se destacam por sua própria posição: inseridas em uma sociedade do risco e da insegurança, ora vistas como necessitadas de cuidados, atenção e proteção, ora como seus agentes potenciais, são consideradas a partir de uma condição de vulnerabilidade cujas vozes, na maior parte das vezes, são ignoradas pelos adultos, ocupando um lugar de fragilidade na

³⁷ Deficiência mental.

relação criança-escola-família-médico. Observadas, comparadas e classificadas a partir de critérios construídos em torno do normal e do patológico (Canguilhem, 2009; Lima, 2021), sobre elas são realizadas abordagens, escolhas e encaminhamentos.

Neste capítulo, passo a abordar as representações sociais sobre o TDAH, elaboradas e compartilhadas pelos(as) profissionais da escola. Ancoradas em conceitos médicos propagados pela mídia e comunicados em contextos escolares e de formação, essas representações, objetivadas em expressões corporais e na relação da criança com o processo de aprendizagem, enfatizam determinismos biológicos que destacam o caráter orgânico do transtorno, visto como *um problema neurológico* ou *psiquiátrico* que *nasce com a criança* ou se desenvolve posteriormente, afetando seu desenvolvimento. Por comprometer seu *foco e comportamento*, esse transtorno faz com que ela não *aprend[a]*, não *progrid[a]* e não se desenvolv[a] em seu percurso educacional, demandando encaminhamentos, diagnósticos e intervenção farmacológica. Em muitos casos, essas comunicações se assemelham mais às produções que circulam no universo reificado; em outros, como será discutido mais adiante, as representações são elaboradas a partir de ideias que circulam no universo consensual ou, ainda, pela combinação de ideias que transitam em ambos os universos.

Ao iniciar a escrita deste capítulo, antecipei uma possível reação à sua leitura: os(as) professores(as) não são os culpados pela epidemia de diagnósticos das doenças do não aprender, pois, não imunes à era dos transtornos (Moysés; Collares, 2013), foram por ela capturados(as). Suas condições de formação, trabalho e carreira, somadas às exigências feitas pelas famílias, pela sociedade e pelos órgãos governamentais sobre eles(as), favoreceram a recepção de explicações e intervenções reducionistas e imediatistas, alheias à complexidade da educação, influenciando suas representações e práticas sociais.

Conforme discutido por Souza (2016), a prática pedagógica pode tanto fortalecer processos de resistência quanto reforçar relações de dominação. Entendida como uma dimensão da prática social, ela é influenciada por fatores internos e externos à escola, incluindo a conjuntura e a estrutura social. Esses últimos, embora externos, estão intrinsecamente ligados a ela, como as políticas públicas de educação, os processos de formação inicial e continuada dos(as) professores, as avaliações de larga escala e as diretrizes curriculares. A medicalização da sociedade e da educação, assim como outros determinantes externos, influencia diretamente essa prática, cuja natureza reside na sua intencionalidade. Imersa no conjunto das relações sociais, a intencionalidade do(a) professor(a) pode atuar para a transformação ou conservação dessas mesmas relações.

No entanto, nem sempre essa intencionalidade está clara, e os(as) profissionais da

escola podem contribuir para a reprodução e conservação. Por isso, o conceito de prática pedagógica deve incorporar uma dimensão coletiva, refletindo um compromisso social e político pedagógico transformador. Souza (2016) destaca a importância de uma análise crítica desses determinantes para promover práticas pedagógicas inclusivas e contextualizadas. Nesse sentido, como tratado nas considerações, é também por meio da escola que outras abordagens às crianças vistas como agitadas e desatentas, bem como a resistência à patologização e à medicalização da educação, podem ser pensadas e realizadas.

4.1 TDAH, presente!

As teorias deterministas, difundidas desde o século XIX, embasaram parte da produção da Psicologia Escolar e de outras CHS. Essas ciências justificaram as desigualdades de classe e sustentaram a crença na meritocracia e na igualdade de oportunidades ao longo do século XX. No campo escolar, diante dos altos índices de repetência e evasão, especialistas médicos intervieram para identificar traços de anormalidade, inicialmente associados ao caráter miscigenado da população brasileira, à inferioridade moral e intelectual e, posteriormente, à teoria da carência cultural e à desnutrição, temas abordados no segundo capítulo.

Essas justificativas, diferentes e iguais, são mantidas pelo tempo longo, atualizadas no tempo vivido e articuladas às produções de sentido no tempo curto. Por meio de seus núcleos, elas continuam influenciando as representações sociais dos(as) profissionais da escola, oferecendo justificativas para problemas de escolarização por meio de um enfoque médico que dissocia esses problemas das condições reais em que as crianças aprendem ou não aprendem, se comportam ou se descomportam. Atualmente, essas justificativas são encontradas nas suas comunicações sobre disfunções neurobiológicas, levando-os(as) a localizar no corpo da criança, especialmente em seu cérebro considerado defeituoso, as causas da não aprendizagem e dos problemas de comportamento.

Esse processo pode ser entendido como um biofazer pedagógico, um conjunto de concepções, valores e discursos pedagógicos que se fundamentam em explicações biológicas e/ou neurocientíficas para compreender e abordar dificuldades de aprendizagem e problemas de comportamento das crianças no contexto escolar. Ele representa uma abordagem que tende, por exemplo, a medicalizar questões relacionadas ao desenvolvimento infantil, interpretando muitas vezes como transtornos neurobiológicos o que poderia ser variações comportamentais ou consequências de questões sociais, educacionais ou familiares. Nesse cenário, as orientações médicas, expressas em laudos psiquiátricos, passam a guiar esses(as) profissionais na condução

de suas abordagens com os(as) alunos(as) que, prioritariamente, apresentam maior demanda por mediações pedagógicas, frequentemente substituídas por intervenções químicas, anteriormente ocupadas por testes psicométricos (Patto, 2022), provenientes de uma exterioridade a esse campo.

Assim, por meio de práticas biopedagógicas — estratégias concretas e aplicadas no contexto educacional fundamentadas no biofazer pedagógico — a abordagem dos(as) profissionais da escola junto às crianças consideradas agitadas e desatentas, alinhada às suas percepções sobre o TDAH, envolve classificações e encaminhamentos médicos para sanar problemas que poderiam ser abordados pela escola. Ancoradas nas representações sociais do transtorno, essas práticas, frequentemente, levam os(as) profissionais da escola a oferecer *atividades mais fáceis*, que as crianças diagnosticadas teriam condições de fazer, presumindo uma incapacidade objetivada nas crianças diagnosticadas devido às suas limitações neurobiológicas.

O biofazer pedagógico reflete o caráter estruturado e estruturante das representações sociais (Spink, 1993, 2010, 2011) sobre o fracasso e as desigualdades escolares. Essas representações atribuem às crianças as causas das dificuldades de aprendizagem, moldadas por um contexto histórico e cultural que valoriza certos comportamentos e desempenhos acadêmicos, enquanto exclui aqueles que não se enquadram em padrões específicos ou expectativas escolares.

Nesse contexto, o PL nº 086/2006 (Câmara Municipal de São Paulo, 2006), que motivou a criação do Fórum e previa o treinamento dos professores para a identificação dos alunos “portadores” de dislexia, e a Lei federal nº 14.254/2021³⁸ (Brasil, 2021), que determina que “os sistemas de ensino devem garantir aos professores da educação básica amplo acesso à informação, inclusive quanto aos encaminhamentos possíveis para atendimento multissetorial e formação continuada para capacitá-los à identificação precoce dos sinais relacionados” ao TDAH, mostram que as práticas biopedagógicas podem ser organizadas fora da escola. Nesses casos, tais práticas visam à formação e sensibilização dos(as) seus(uas) profissionais para

³⁸ A lei engloba um “programa de acompanhamento integral para educandos com dislexia, Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) ou outro transtorno de aprendizagem”, compreendendo “a identificação precoce do transtorno, o encaminhamento do educando para diagnóstico, o apoio educacional na rede de ensino, bem como o apoio terapêutico especializado na rede de saúde”. Certamente, toda lei precisa ser regulamentada, e para que ela não contribua para a crescente medicalização, sua regulamentação deve considerar alguns pontos importantes. É essencial refletir sobre o risco de um sobrediagnóstico, que já é uma realidade, e garantir que as formações inicial e continuada dos(as) professores(as) abordem os processos de patologização e medicalização da infância e da educação. Além disso, deve-se promover uma abordagem holística e contextualizada para as crianças consideradas desatentas e agitadas, envolver a comunidade escolar no atendimento a elas e ampliar a definição do que se considera apoio terapêutico e educacional.

identificar precocemente sinais de transtornos neurobiológicos. Essa abordagem levanta questões éticas e sociais relacionadas à patologização e medicalização da educação e da infância, à exclusão e estigmatização de crianças que não correspondem às expectativas institucionais e ao papel social da educação.

Esses e outros dispositivos legais revelam o impacto direto da medicalização na escola. Essa abordagem, disfarçada sob a forma de “discursos e práticas de prevenção”, reflete a restrição das expressões e características individuais das crianças, sendo “sustentada pela presença marcante de um modelo clínico tradicional, baseado em perspectivas naturalizantes da infância e das possibilidades de estar no mundo e na escola”. Pautado em uma visão apriorística do desenvolvimento humano, esse modelo pressupõe a previsão de acometimentos ou possíveis acometimentos biológicos ou neurológicos que impactarão o processo de aprendizagem dos(as) alunos(as), demandando a intervenção de diversas especialidades médico-profissionais (Oliveira; Viégas; Ribeiro, 2015, p. 160).

Essa reflexão é importante porque, embora ainda faltem estudos específicos sobre o impacto direto dessas leis nas práticas educacionais, a literatura sobre medicalização da educação sugere que a implementação de políticas focadas na identificação precoce de transtornos neurobiológicos pode resultar em um aumento significativo de encaminhamentos de crianças para avaliações neuropsiquiátricas. Além disso, esse modelo preventivo sugere que tais profissionais podem ter participação ativa como agentes da medicalização, mesmo de forma induzida ou não consciente.

Isso ilustra um movimento mais amplo, em que o TDAH, suas características transformadas em sintomas ou seu diagnóstico, emerge como um evento modificador do curso da vida — educacional, familiar, social — e das inserções das pessoas em seus grupos de pertencimento, um tema circulante, de relevância pública e acadêmica e com “espessura social” (Sá, 1998). Fenômeno presente nas conversações e na mídia e apropriado por grupos específicos, sobre ele são construídos conhecimentos que orientam as práticas dos atores sociais. Esse é, portanto, um tema condizente com os estudos com enfoque nas representações sociais, cujos aportes possibilitam a compreensão dos códigos construídos e partilhados pelos indivíduos e pelas coletividades em relação ao que os afeta.

Nesse sentido, programas televisivos, jornais e revistas impressas e digitais, conversações, imagens, sites e redes sociais são a matéria-prima para a elaboração das representações sociais, uma modalidade de conhecimento prático voltada à comunicação e compreensão dos eventos com os quais as pessoas se deparam cotidianamente, orientando suas ações em relação a eles (Jodelet, 1990, 2001). No que diz respeito ao TDAH, enquanto as

famílias procuram entender e tomar decisões diante de observações ou queixas formuladas e apresentadas pela escola sobre as crianças, como tratado no próximo capítulo, seus(uas) profissionais buscam dar forma e substância aos entraves da escolarização em um ambiente onde os conceitos fundamentados nas teorias “psi” e no campo “neuro” ganharam destaque nos últimos anos, sendo o interesse pelo cérebro, seus limites e potencialidades, o enfoque de várias áreas; não sem razão, a década de 1990, período em que as explicações neurobiológicas sobre o TDAH foram amplamente difundidas e aceitas, ficou conhecida como a década do cérebro (Caliman, 2012).

A internet, ao se destacar entre essas fontes de informação, mostra a força das divulgações científicas e leigas sobre esse “fato médico” e outras novidades das neurociências proclamadas por especialistas do cérebro e produtores de conteúdos digitais. Nela, localizei uma produção indicada por algumas professoras participantes da pesquisa como sendo *um material fácil e até completo* para entender esse diagnóstico e como ele afeta crianças e adultos. Produzida para o programa Fantástico, da Rede Globo, a série “Déficit de atenção e hiperatividade: tudo ao mesmo tempo” (Rede Globo de Televisão, 2021) enfatizou histórias de sofrimentos reais, a cronicidade do TDAH, seu “forte componente genético” e os aguardados prejuízos acadêmicos, sociais e profissionais causados nas pessoas que vivem com o transtorno.

Com a participação de pessoas ligadas à ABDA e a laboratórios que produzem MPH, e pautada exclusivamente na abordagem médico-psiquiátrica do transtorno, a série não tratou das implicações dos contextos socioculturais mais imediatos da vivência das crianças para as manifestações comportamentais, tampouco dos efeitos adversos dessa substância e da banalização do diagnóstico. Ao contrário, se apresentou como uma das persistentes fontes que retroalimentam o biofazer pedagógico e contribuem para as práticas biopedagógicas.

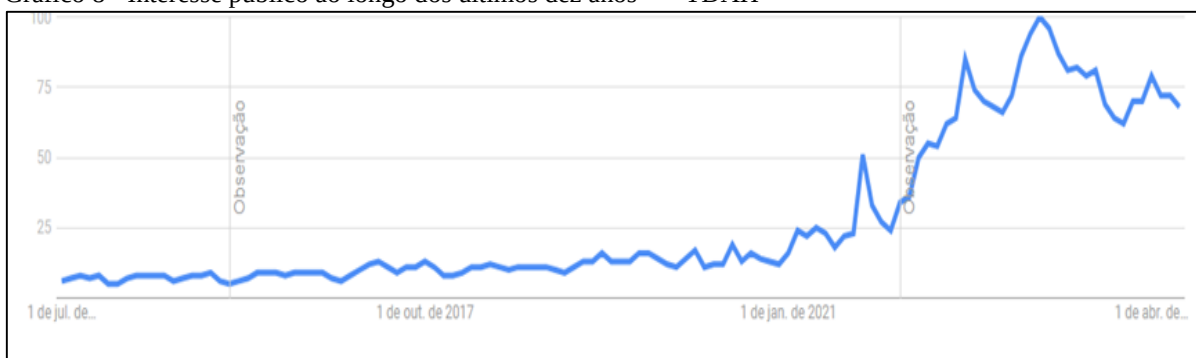
Na contemporaneidade, a internet, principal meio pelo qual as pessoas buscam informações, tornou-se onipresente com a proliferação de dispositivos conectados, e a rapidez e conveniência associadas à busca *online* transformaram a maneira como elas acessam e consomem informações. No campo das representações sociais, isso significa uma ampliação da base de conhecimento das pessoas comuns e de seus universos consensuais, devido ao excesso de saberes que circulam desde o universo reificado. Enquanto esse excesso pode dificultar a assimilação de informações, também torna as representações sociais mais suscetíveis às mudanças.

A sequência dos gráficos abaixo, extraída do *Google Trends*³⁹, mostra o crescimento

³⁹ *Google Trends*. Disponível em: <https://trends.google.com.br/trends/>. Acesso e pesquisa em: 15 jul. 2024.

da procura por informações sobre o TDAH nos últimos anos, o que atesta seu caráter valorizado. Os termos que utilizei, com exceção do SNAP-IV, como Ritalina, atenção, comportamento e testes diagnósticos e suas associações são os mesmos utilizados pelos(as) profissionais da escola e pelas famílias para realizar buscas e obter informações sobre esse transtorno:

Gráfico 8 - Interesse público ao longo dos últimos dez anos — TDAH



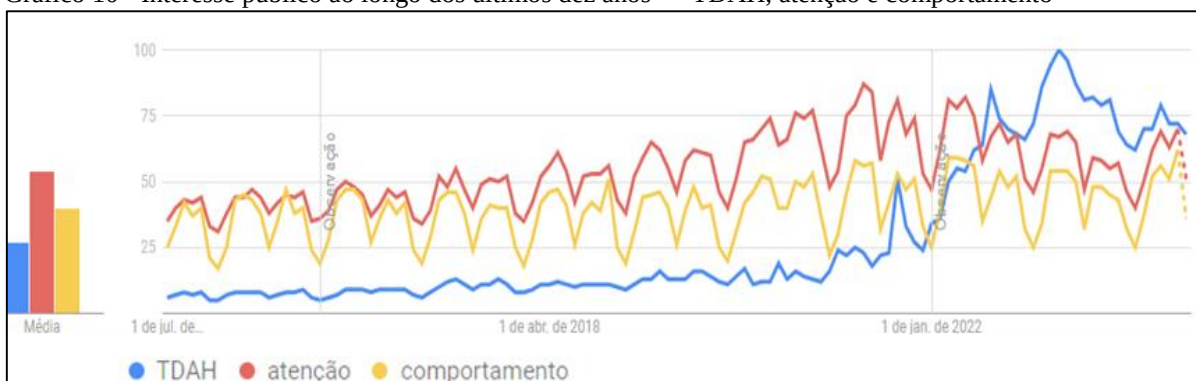
Fonte: <https://trends.google.com.br/trends/>.

Gráfico 9 - Interesse público ao longo dos últimos dez anos — Ritalina



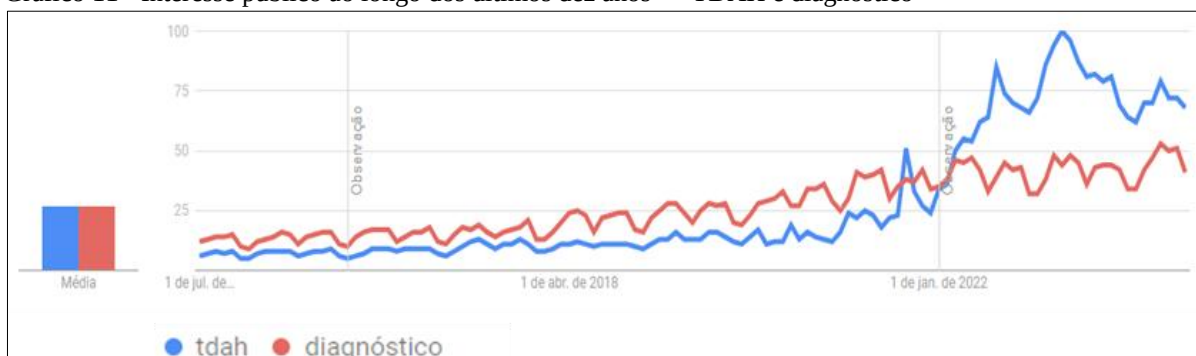
Fonte: <https://trends.google.com.br/trends/>.

Gráfico 10 - Interesse público ao longo dos últimos dez anos — TDAH, atenção e comportamento



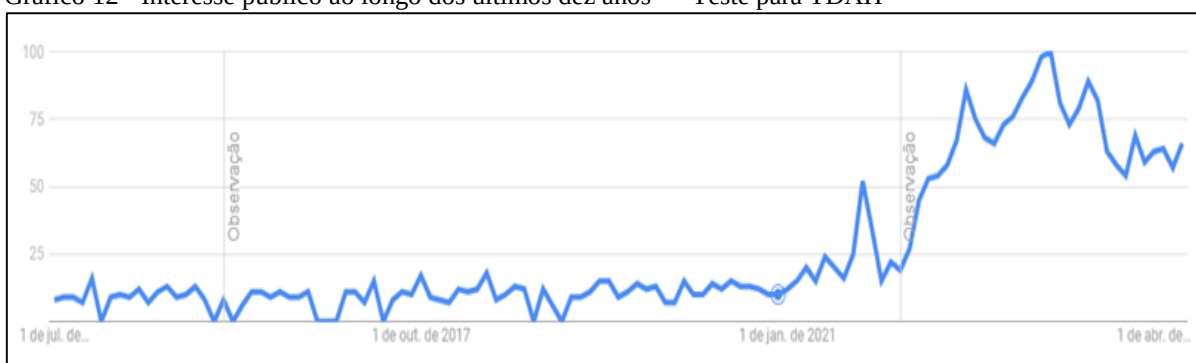
Fonte: trends.google(2024).

Gráfico 11 - Interesse público ao longo dos últimos dez anos — TDAH e diagnóstico



Fonte: <https://trends.google.com.br/trends/>.

Gráfico 12 - Interesse público ao longo dos últimos dez anos — Teste para TDAH



Fonte: <https://trends.google.com.br/trends/>.

Gráfico 13 - Interesse público ao longo dos últimos dez anos — SNAP-IV



Fonte: <https://trends.google.com.br/trends/>.

O *Google Trends* é uma ferramenta que coleta dados de pesquisas do *Google*, permitindo a comparação representativa das frequências dos termos de busca em um período de tempo. Ao revelar o interesse do público em relação a determinados temas e as combinações através das quais eles são explorados, o *Google Trends* indica as tendências sociais dispostas nas comunicações. Em relação ao TDAH, as curvas crescentes de buscas, como as observadas desde o início da pandemia da Covid-19, que impactou a educação, oferecem insights importantes sobre a conexão entre esse diagnóstico e o processo de aprendizagem.

A internet integra os circuitos de saberes⁴⁰ percorridos pelos(as) profissionais da escola para compreender o TDAH e os comportamentos considerados desatentos e agitados apresentados por um número de crianças e associados a esse transtorno. Esses circuitos podem ser entendidos como o conjunto de saberes circulantes que informam aspectos sobre determinados temas e como os conhecimentos sobre eles são produzidos, partilhados e legitimados no interior de um grupo social. Eles abrangem tanto as fontes formais de conhecimento quanto incorporam as trocas informais que ocorrem em espaços de conversações e mídias. O papel desses circuitos é significativo na elaboração e difusão das representações sociais, pois, na medida em que as informações sobre um tema específico são disponibilizadas ao público, combinadas, aceitas, refutadas, negociadas e interpretadas, fornecem a matéria-prima para a produção de sentidos e a orientação de práticas sociais.

Parafraseando Moscovici (2012) em sua análise sobre a psicanálise e aplicando essa perspectiva aos circuitos de saberes, pode-se dizer que o TDAH penetrou nos pensamentos e nas atitudes dos(as) profissionais da escola e das famílias, assim como no mundo das conversações. Termos como *hiperativo*, *hiperatividade*, *agitação*, *desatenção*, *desatento*, *sem foco* e *imaturo* passaram a ser comunicados tanto para se referir a crianças que, por diferentes motivos, enfrentam dificuldades em seus processos de aprendizagem quanto para aquelas que se desviam dos padrões socialmente estabelecidos. Através desses circuitos, nos quais o TDAH, enquanto um significado com múltiplos significantes, se transforma em uma categoria de e para o entendimento, são tomadas decisões em relação ao atendimento dessas crianças.

Os circuitos de saberes dos(as) profissionais da escola também englobam, em ordem de acesso, conversações entre os pares, escola — mais formal do que as conversações entre os pares, trata-se das reuniões de conselhos de classe, das tomadas de decisão entre os(as) professores(as) e as pedagogas em relação às crianças consideradas agitadas e desatentas e dos momentos de interação para a redação do relatório escolar para os serviços de saúde — programas jornalísticos variados, formação inicial e continuada, artigos das áreas educacional e médica, orientações da SME e conversas com profissionais da saúde.

De um modo geral, nesses espaços, os aspectos do TDAH são tratados a partir da perspectiva médica, com ênfase nos critérios diagnósticos, nos sintomas e nas comorbidades associadas. A identificação dos sinais clínicos, a distinção entre o TDAH e outros transtornos com sintomas semelhantes e as estratégias de atendimento a essas crianças são temas centrais. Entre essas estratégias, destaca-se o contato com as famílias, a produção de relatórios escolares

⁴⁰ Expressão sugerida pelo professor Rossano Cabral Lima por ocasião da minha Banca de qualificação.

e a sugestão de busca por atendimento médico para as crianças. Os circuitos de saberes fornecem o material para a elaboração das representações sociais, enquanto essas representações, por sua vez, circulam nessas mesmas redes, sendo compartilhadas, reforçadas e transformadas continuamente.

Esses circuitos também são socialmente organizados por coletivos de pensamento, moldados por estilos de pensamento (Fleck, 2010) característicos de comunidades específicas. Eles podem ser entendidos como um circuito exotérico (Fleck, 2010), por meio do qual textualidades e conhecimentos sobre fenômenos sociais são difundidos, configurando uma ciência popular ou um conhecimento de senso comum. Essa circulação tem o potencial de questionar o estilo de pensamento dominante, desde que as condições sejam favoráveis para isso.

4.2 Des(comportamento) e des(atenção) na identificação da “criança TDAH”: *Sabe a criança sem foco? Que perturba mesmo?*

Durante a interação com os(as) profissionais da escola, a identificação da criança com TDAH apareceu como um tema recorrente, emergindo de modo espontâneo nos relatos, a exemplo do que foi expresso por uma das professoras:

A gente tem trinta cabecinhas numa sala. A gente consegue perceber o comportamento diferente. Na maioria dos casos, se for investigado, têm alguma coisa. A gente percebe que tem uma agitação, uma hiperatividade, um déficit... Dá pra perceber a diferença. O olho da criança hiperativa é transparente. Se você conversa com eles, eles têm um olhar transparente. Ele olha, mas não vê. Parece que ele olha sobre a gente⁴¹ (Professora 11, 49 anos).

Essa fala, assim como outras que se seguirão, mostra que, embora as representações sociais pertençam ao universo consensual, elas interagem com o universo reificado, operando na interface de ambos os domínios por meio de uma rede de significados já construídos, sobre a qual os sujeitos recriam o mundo social. Esse processo é evidenciado pela maneira como os sintomas do TDAH são utilizados para comunicar uma compreensão do transtorno, mostrando que as pessoas não apenas se apropriam desses conhecimentos mas também os interpretam de maneira que faça sentido dentro de seu universo sociocultural. O recurso à *agitação* e ao *comportamento diferente*, assim como à metáfora do *olhar transparente*, que *olha, mas não vê*, remete e facilita a compreensão da *hiperatividade* e do *déficit* de atenção, ambos considerados

⁴¹ Algumas comunicações dos(as) profissionais da escola são apresentadas em linguagem coloquial, e outras seguem uma linguagem formal. Isso ocorre devido à origem dessas comunicações, geradas tanto por meio de entrevistas dialogadas quanto através do uso da Plataforma *Google forms*.

sintomas do TDAH de acordo com a teoria médico-psiquiátrica.

Essas representações ajudam a criar uma comunicação comum, permitindo que esse conhecimento seja compreendido e utilizado por não especialistas no cotidiano escolar. Ao serem integradas na prática pedagógica, elas têm implicações significativas, fornecendo uma base comum que facilita a identificação da criança com TDAH e a formulação de encaminhamentos para atendê-las. Nesse contexto, considerando que em meio a *trinta cabecinhas* é possível identificar aqueles que, *se for investigado, têm alguma coisa* — um eufemismo para um comprometimento médico — essas práticas refletem a influência do biofazer pedagógico para lidar com elas.

De um modo geral, os(as) profissionais da escola percebem o TDAH como um transtorno psiquiátrico de origem genética, que interfere em áreas consideradas essenciais para a aprendizagem, como a atenção e o comportamento. Essa percepção gera uma imagem materializada do transtorno na criança, como sua personificação, em vez de alguém que apresenta o TDAH. Isso ocorre por meio de um processo metonímico, no qual características ou sintomas desatentos e/ou hiperativos são usados para caracterizar a criança de forma integral, como se essas características se fundissem em sua identidade. Isso resulta na construção de uma imagem objetivada na criança, criando um núcleo figurativo com propriedades concretas e materialmente corporificadas:

Aquela criança que é muito agitada, sabe? Que não se envolve com nada, não para, não se concentra, nada atrai ela. Essas crianças, que têm um comportamento muito diferente, chamam atenção [...]. Sabe a criança sem foco? Que perturba mesmo? E eles não respeitam os combinados da sala (Professora 10, 57 anos).

É até difícil conversar com eles. A auto regulação é muito baixa. A parte da produção é complicada. Eles têm o tônus muscular muito leve. É um tracejado sem força. O TDAH não consegue. Fica bravo. É uma criança que desiste muito fácil (Professora 22, 32 anos).

O TDAH tem um perfil: não acompanha, não concentra na aula, sai da carteira, senta em outro lugar, aí vai pro corredor, volta, senta, corre de novo... É pra pegar o caderno de linha, mas pega o de desenho [...]. O TDAH é hiperativo, levanta, sai da carteira, olha pra porta, pra janela, quer andar, que conversar, ir pra fora... Ou é desatento (Professor 23, 46 anos).

O TDAH é a criança dispersa, distraída, se perde facilmente, não entende ordem no coletivo...Tem que chamar e falar individualmente. Não aceita regras, não desenvolve a ideia do começo ao fim... Às vezes nem começa a atividade, perturba a sala [...]. O TDAH não tem a concentração em geral (Professora 25, 47 anos).

No processo de identificação das crianças com TDAH, são observados características e comportamentos específicos que se manifestam na sala de aula, como *falta de atenção, agitação, distração e dificuldades em seguir regras e comandos*. Além dessas características,

diretamente relacionadas ao diagnóstico, também são mencionados aspectos distintos dos que pertencem ao universo reificado. Ou seja, não fazem parte da descrição formal do transtorno, mas são relacionadas a ele, como um *tônus muscular leve* e um *trajeado sem força*, um *olhar transparente*, uma *letra grande* ou até mesmo a aparência das roupas das crianças, como mostrado ao longo do capítulo. Esse processo, conhecido como suplementação, envolve conferir atributos que não são inerentes ao objeto representacional, mas decorrem de um acréscimo de significações devido ao investimento cognitivo do sujeito na compreensão do objeto, alcançado por um “aumento conotativo” (Jodelet, 2001).

Tais comportamentos, ancorados no conhecimento e na experiência dos(as) profissionais da escola que atendem essas crianças, são objetivados como fatores que interferem em seus processos de aprendizagem, dificultando a apropriação dos conteúdos escolares. Consequentemente, o TDAH é representado como uma condição que afeta diretamente a sala de aula e impacta negativamente o desempenho acadêmico dos(as) alunos(as).

Essas falas tendem a distorcer o TDAH, que não é compreendido em sua complexidade, mas através de aspectos pontuais, visíveis e irruptivos. Essas distorções podem tanto envolver exagero quanto simplificação (Jodelet, 2001). No primeiro caso, os(as) profissionais da escola descrevem as crianças com TDAH como incapazes de se concentrar ou aprender, acentuando essas características mesmo quando seus sintomas variam em intensidade. No segundo caso, sua complexidade é reduzida a aspectos como não prestar atenção, inquietação, desmotivação ou desinteresse, desconsiderando os múltiplos fatores que podem contribuir para que a criança se apresente com esses comportamentos observáveis na sala de aula. Além disso, os(as) profissionais da escola tendem a suprimir alguns atributos relacionados a esse diagnóstico, como a importância das abordagens pedagógicas para o atendimento das crianças, mesmo que o TDAH seja considerado por eles(as) como um transtorno que afeta o processo de aprendizagem.

Ainda em relação aos processos de linguagem, os(as) profissionais da escola utilizam diversas expressões para medir as características associadas ao TDAH, criando uma percepção de grau ou intensidade nos comportamentos observados. Sob uma ótica positivista, essas expressões ajudam a distinguir uma fronteira quantitativa entre o normal e o patológico, mesmo sem critérios formais de mensuração. Essa identificação possui, portanto, tanto uma dimensão qualitativa quanto quantitativa, na medida em que advérbios de intensidade e outras expressões de quantidade são usados para descrever os sinais do TDAH em algumas crianças: *muito desatentas*, *mais agitadas*, que *incomodam bastante*, *menos desenvolvidas*, que *atrapalham demais*, com *autorregulação diminuída*, *aprendizagem menor*, *atenção fraca* ou em que *O*

TDAH é maior do que elas. Essa linguagem reforça um viés quantitativo, mesmo em uma avaliação que, em princípio, não segue critérios numéricos rigorosos, como abordado no item 2.4. Ela reflete um aspecto comum tanto na área da saúde quanto na área da educação, em que as falhas são vistas como elementos desorganizadores que extrapolam normalidades e expectativas, uma visão mantida pelo tempo longo das representações sociais.

Nesse sentido, os(as) profissionais da escola formam um grupo de pessoas que compartilham formas de ver o mundo e compreender a realidade. Esse grupo possui um estilo de pensamento (Fleck, 2010) que define a maneira como percebem, interpretam e organizam o conhecimento. No caso do TDAH, o estilo de pensamento desses(as) profissionais pode ser visto como um coletivo de percepções, que constrói a forma como o transtorno é compreendido e representado na prática escolar. Com base nas suas observações e nos discursos que circulam no ambiente escolar, forma-se uma imagem coletiva do TDAH, que influencia a forma como eles(as) percebem as crianças que teriam o transtorno, muitas vezes simplificando ou distorcendo suas características, como no caso dos comportamentos desatentos ou hiperativos, que são frequentemente tomados como uma representação integral da identidade da criança.

Com isso, o ambiente escolar se torna fundamental para a formação de representações, atuando como o contexto onde as observações iniciais são feitas, os sintomas são interpretados e as respostas são formuladas. Esse processo está alinhado às três condições para a emergência das representações sociais: (1) Dispersão das informações; (2) Focalização; e (3) Pressão à inferência (Alves-Mazzotti, 1994; Moscovici, 2012). A combinação dessas três condições contribui para a construção e a consolidação das representações sociais do TDAH no contexto escolar:

(1) Dispersão das informações: a escola é um ambiente onde há um fluxo constante de informações e observações sobre o comportamento das crianças. Esses dados são frequentemente compartilhados entre os(as) professores(as) e os(as) pedagogos(as) e, muitas vezes, com as famílias. A dispersão das informações ocorre à medida que essas observações são discutidas em reuniões e descritas em relatórios escolares. O acesso a essas informações permite que os sinais e sintomas associados ao TDAH se tornem amplamente conhecidos e considerados dentro do contexto escolar;

(2) Focalização: o TDAH se torna um objeto de interesse particular para o grupo formado pelos(as) profissionais da escola. A focalização acontece quando o transtorno é identificado como um ponto central de discussão e preocupação dentro do ambiente escolar. Isso ocorre porque o TDAH afeta diretamente o desempenho acadêmico e o comportamento das crianças, gerando interesse e foco por parte desses(as) profissionais. A necessidade de lidar

com esses comportamentos faz com que o TDAH se torne um tema relevante das suas práticas;

(3) Pressão à inferência: a pressão à inferência refere-se à necessidade de compreensão e interpretação do objeto representacional. No contexto escolar, isso significa que o grupo de profissionais deve compreender as razões para as manifestações agitadas e desatentas das crianças. Essa pressão para entender e agir leva à construção e à adoção de representações sociais do transtorno, influenciando a forma como ele é percebido e tratado. A combinação da dispersão de informações, da focalização do transtorno como um objeto de interesse e da pressão para compreender e agir contribui para a construção e consolidação das representações sociais do TDAH no contexto educacional.

Esses processos não ocorrem de forma isolada, pois estão ligados às experiências e observações cotidianas dos(as) profissionais da escola. As falas a seguir ilustram como essas observações são realizadas e como, através do fluxo contínuo de informações e discussões sobre os comportamentos e a aprendizagem das crianças, ocorre a construção simbólica do TDAH:

Esse ano começou um aluno comigo. Ele chegou e eu já percebi. Ele era diferente no comportamento, agitado, sem noção de espaço, distraído...Chegou no quarto ano. Ele sabia ler e escrever, mas se perdia na hora de reproduzir texto. Ele falava que não sabia o que vinha depois, irritado com as outras crianças, agitado (Professora 3, 44 anos).

A gente observa pela aprendizagem. A criança tem uma aprendizagem fraca, se arrasta...Mas também tem a parte motora: a criança incomoda, ela não consegue se controlar. Isso não é responsabilidade da escola, que a escola não ensina. É um problema neurológico. Aí a gente já sabe que pode ter TDAH, às vezes autismo leve, um atraso no desenvolvimento... (Professora 10, 57 anos).

A criança não presta atenção, não tem rendimento, não avança, não para pra escutar, pra ouvir, pra entender, não faz atividade, não aprende... O comportamento é claro: [a criança] se destaca no meio das outras. Elas têm um comportamento errado. Quando é assim, a criança tem alguma coisa...TDAH, algum problema neurológico... (Professora 18, 45 anos).

Essas falas mostram como as representação do TDAH são elaboradas a partir de camadas de interpretação, reforçando os processos de suplementação — *sem noção de espaço, irritado com as outras crianças* e um comportamento arrastado — de distorção — como a criança se destacando no meio das outras, não prestando atenção, não avançando, não ouvindo e não aprendendo — e de subtração, com o deslocamento desses problemas para a área da saúde — *Isso não é responsabilidade da escola, que a escola não ensina.*

Essas representações corroboram que o diagnóstico de TDAH pode ser feito sob diferentes condições, sendo a entrada na escola um marco que destaca o surgimento do transtorno (Sorbara, 2012, 2017). Nesse ambiente, as exigências e demandas específicas fazem com que as ações, atitudes e comportamentos das crianças sejam rigorosamente observados e

avaliados. Isso contrasta com a perspectiva das famílias, que frequentemente não reconhecem os comportamentos apresentados pelas crianças como indicativos de um transtorno psiquiátrico até serem abordadas pela escola, que apresenta queixas que serão tratadas nos serviços de saúde.

A partir dessa dinâmica, é possível entender como, em um contexto de patologização e medicalização da infância e da educação, a escola se tornou um lugar privilegiado de seleção de crianças passíveis de serem medicalizadas (Cruz; Okamoto; Ferrazza, 2016). Nesse cenário, o encaminhamento para os serviços de saúde tem se tornado uma prática recorrente, evidenciando uma crescente associação entre problemas neurológicos e dificuldades de aprendizagem e comportamento. Essa perspectiva considera que algumas crianças apresentam dificuldades escolares devido a disfunções “que interferem em campos considerados pré-requisitos para a aprendizagem, tais como percepção, habilidades motoras, linguagem, etc” (Meira, 2012, 2019, p. 228).

Ao associar determinados comportamentos a patologias do não aprender, as representações fornecem justificativas para o encaminhamento de crianças aos serviços especializados. Isso reflete a demanda da escola por estratégias para lidar com as dificuldades de aprendizagem fora do contexto escolar, especialmente na área clínica, visto que tais representações estão ancoradas na crença de que essas crianças *precisam de medicamento[s] para normalizar os neurotransmissores que causam desatenção e hiperatividade* (Pedagoga 1, 41 anos), pois, com *um transtorno de aprendizagem, elas não conseguem* [se comportar e aprender] *sem medicação* (Professora 1, 32 anos).

Na prática, essas representações objetivam o tratamento médico como uma solução concreta para o atendimento das crianças, pois, *quando devidamente atendida[s], principalmente com o uso de medicamentos corretos, é possível* [que elas] *avanc[em] em diversos aspectos* (Pedagoga 5, 48 anos), podendo até mesmo *ter uma vida escolar praticamente normal se seguirem o tratamento médico* (Professora 7, 31 anos). Como nas falas anteriores, aspectos relacionados ao objeto representacional foram seletivamente destacados, enquanto elementos como estratégias de ensino ou ajustes nas abordagens pedagógicas, que poderiam promover a aprendizagem das crianças, foram ofuscados em favor de encaminhamentos médicos e intervenções farmacológicas.

O processo de identificação do TDAH também reflete uma representação social dominante, que tende a eclipsar a individualidade das crianças, concentrando-se predominantemente nos desafios comportamentais e sinais associados a ele, em vez de reconhecer suas características únicas. Como resultado, o transtorno acaba se tornando maior do que as próprias crianças, reduzindo suas identidades a uma série de sintomas e dificuldades:

A criança tenta se concentrar em algo que exige mais dela, ela tenta ficar quieta, mas ela não consegue (Pedagoga 1, 41 anos) / *O TDAH é maior do que eles* (Professora 1, 32 anos) / *Eles têm uma personalidade difícil* (Professora 4, 43 anos) / *Tem criança que eu vejo que quer aprender, quer ficar quieto, mas o TDAH não deixa [...]. Parece que toma a atenção da criança* (Professora 13, 48 anos). Com isso, os(as) profissionais da escola acabam se tornando parte do coletivo de pensamento (Fleck, 2010) que aceita e reforça o diagnóstico de TDAH como uma forma legítima de classificar determinados comportamentos.

Nesse contexto, o diagnóstico desempenha um papel na forma como as identidades das crianças são construídas, contribuindo para o surgimento das chamadas bioidentidades. Esse termo refere-se à construção de identidades baseadas em características biomédicas, onde o corpo e seus sintomas passam a definir a pessoa, substituindo noções tradicionais de individualidade ou comunidade (Lima, 2005, 2018; Ortega; Vidal, 2007). A biologização da identidade redefine como os indivíduos são percebidos e tratados na sociedade, centralizando a patologia na percepção social e desconsiderando a complexidade das experiências pessoais.

No ambiente escolar, a ênfase em comportamentos problemáticos e dificuldades associadas ao transtorno pode levar a um foco excessivo em intervenções direcionadas exclusivamente aos sintomas, em vez de apoiar o desenvolvimento integral da criança. Dessa forma, a representação social do TDAH não apenas influencia a autoimagem das crianças diagnosticadas, mas também impacta a forma como elas são vistas e tratadas pelos(as) profissionais da escola, consolidando a construção dessas bioidentidades. Exemplos de como isso se manifesta incluem: *Eles atrapalham a sala inteira* (Professora 1, 32 anos) / *Eles desestabilizam até as outras crianças* (professor 8, 38 anos) / *Esse ano eu tenho* [crianças com TDAH]. *Eu sempre tenho. Eles atrapalham muito* (Professora 10, 57 anos) / *As outras crianças veem e querem fazer igual. A gente perde o controle da sala com eles* (Professora 20, 34 anos) / *Eu não rendo com ele na sala* (Professora 22, 32 anos) / *Já tive casos de mães que vieram reclamar do filho de outra mãe que tem TDAH e não deixa ninguém aprender* (Professora 25, 47 anos).

De um modo geral, há muitas semelhanças entre os sintomas do TDAH e características apresentadas por crianças indisciplinadas, bem como por aquelas desmotivadas em seu processo de escolarização (Meira, 2012; Signor, 2013). No entanto, a partir do diagnóstico e das representações sociais associadas ao transtorno, a criança passa a ser vista como alguém com TDAH e passível de ser tratada no serviço de saúde. Com isso, espera-se que, com o uso do medicamento, a criança se torne mais calma, pare de atrapalhar o andamento das aulas e os demais alunos, reduzindo, assim, as reclamações das mães das outras crianças

dirigidas aos(às) professores(as). Esse desejo de normalizar o comportamento pode ser visto como uma objetivação médica, encarada como uma solução para os problemas observados na sala de aula. Além disso, essa intervenção pode ser mais benéfica para o entorno do que para a própria criança, visto que “A efetividade de uma resposta rápida para o problema, principalmente nos casos em que serão prescritas medidas farmacológicas, faz com que a prática dos encaminhamentos [médicos] seja cada vez mais comum entre os professores” (Brzozowski: Caponi, 2013, n/p).

O tema da disciplina também se evidencia na comparação entre meninas e meninos com TDAH. Os(as) profissionais da escola tendem a reforçar as definições médicas que indicam que, em geral, as meninas manifestam o transtorno na sua apresentação desatenta, enquanto nos meninos é mais comum a apresentação hiperativa/impulsiva, em uma proporção de dois para um (APA, 2014). No entanto, nesta pesquisa, a proporção é de 26 meninos para quatro meninas, ou 6,5 meninos para uma menina, uma discrepância significativa em relação à proporção teórica observada entre a população em geral. Contudo, trata-se de uma proporção mais próxima da encontrada em populações oriundas de ambulatórios especializados, onde o número de meninos diagnosticados pode ser até nove vezes superior ao de meninas (Lima, 2005).

Uma das razões para essa disparidade é que os meninos são encaminhados com mais frequência para os serviços de saúde, pois seu comportamento costuma causar mais incômodo na sala de aula (Mattos, 2020), como evidenciam as falas abaixo:

As meninas têm [TDAH], mas elas são mais desatentas. As professoras não se incomodam com as crianças mais quietas. Elas se incomodam com as crianças hiperativas. Tem criança que é atendida na Sala de recursos, com TDAH, que a professora fala que é um amor, que não incomoda em nada. Os meninos incomodam porque eles têm hiperatividade (Pedagoga 6, 39 anos).

Deve ser da fisiologia, porque a mulher é multitarefa. Ela consegue fazer mais coisas ao mesmo tempo. E as meninas que têm TDAH, elas não são agitadas. A gente percebe que, às vezes, elas não prestam muita atenção porque elas tão fazendo outras coisas junto [...]. Mas não é uma agitação de atrapalhar (Professora 11, 49 anos).

As meninas mascaram mais. Isso vem de casa. Precisam se comportar, ser educadas... O menino, pelo que ele é, já é mais agitado. A menina é tímida, é quieta. Mas elas desenvolvem ansiedade, e depois não vão dar conta das tarefas de adultas (Professora 17, 41 anos).

A partir dessas representações, ancoradas em percepções e estereótipos de gênero e de comportamento, as meninas são vistas como mais quietas, educadas e comportadas, o que pode levar à subestimação de suas dificuldades de aprendizagem ou sintomas do TDAH, dependendo da perspectiva do(a) profissional da escola. Essa tendência também evidencia que os(as) professores(as) se incomodam mais com as crianças hiperativas do que com as desatentas,

fazendo com que as primeiras sejam mais notadas e, conseqüentemente, mais diagnosticadas, reforçando a ideia de que o bom comportamento na sala de aula é aquele que não causa problemas visíveis. Além disso, a explicação da causalidade do TDAH em termos de uma fisiologia, destacando as diferenças entre meninos e meninas, resulta em um fenômeno concretizado tanto no presente — elas *não são agitadas* — quanto no futuro — *depois, não vão dar conta das tarefas de adultas*.

A identificação das crianças com TDAH também está fundamentada em preconceitos em relação a elas e suas famílias. Como será discutido mais adiante, especialmente na subseção sobre a causalidade do transtorno, esses preconceitos podem influenciar diretamente a forma como os(as) profissionais da escola interpretam o TDAH e identificam as crianças afetadas. Essas percepções, mantidas pelo tempo longo das representações sociais e atualizadas no tempo vivido, são baseadas em estereótipos que acabam sendo objetivados em características concretas como, por exemplo, na aparência dos(as) alunos(as).

Essas representações, formadas por imagens fixas e negativas que perpetuam preconceitos, influenciam negativamente tanto o acolhimento quanto as expectativas dos(as) profissionais da escola em relação ao aprendizado das crianças. Assim como os pensionistas de *Ainey-le-Chatêau* (Jodelet, 2005), que recebiam os loucos na comunidade, ou a forma como as pessoas percebem o câncer, como tratado por Sontag (1984), e a aids, especialmente nas primeiras décadas após o início da epidemia (Jeolás, 2007; Sontag, 1988, 1995), os(as) profissionais da escola não podem se limitar às categorias fornecidas pelos médicos. Há uma necessidade cognitiva de “forçar” a associação do maior número possível de características apresentadas pelas crianças, com toda sua variedade e complexidade, ao diagnóstico de TDAH, pois “tudo o que resta sem classificação e sem nomeação parece estranho, inexistente e até ameaçador” (Moscovici, 1981, p. 188). As falas abaixo mostram como essa necessidade de classificação se manifesta nas percepções dos(as) profissionais da escola:

Eles fazem as coisas de qualquer jeito. Uma letra grande, sem coordenação. A gente orienta o cuidado com o material, mas chega tudo sujo, riscado, de qualquer jeito. Isso que eu falei desse menino, que eu to explicando o que é pra fazer e ele já sai riscando [...]. O irmão dele era a mesma coisa. Ele vinha com a roupa suja pra escola. Da casa dele, até aqui, e ele chega sujo (Professora 5, 45 anos).

Parece que o TDAH se antecipa no jeito da criança, como ela chega aqui. Parece que elas não se preocupam nem com a imagem, com o jeito de se vestir. Tem criança que chega com a roupa suja, rasgada, amassada... De qualquer jeito. E não é que a família não tem condições (Professora 9, 49 anos).

Eu vejo pelo caderno. Tem criança que o caderno é limpinho, vem bem organizado. Tem caderno que a criança traz molhado de café. Tem alguma coisa nelas. Um relaxamento com as coisas, com a falta de cuidado (Professora 13, 48 anos).

A identificação da criança com TDAH é baseada em estereótipos construídos em torno do próprio transtorno. Por exemplo, a ideia preconcebida de que crianças que apresentam TDAH são incapazes de seguir instruções e manter a atenção na tarefa proposta desconsidera os contextos e os sentidos em que elas desenvolvem suas atividades de forma diferente do solicitado. Nesses casos, escrever sobre pipas quando o tema da redação era outro ou desenhar um autódromo em vez de elaborar um mapa, conforme solicitado pela professora, são interpretados como manifestações tangíveis da *falta de foco, bom senso e sequência lógica de comando*, aspectos frequentemente associados o TDAH:

Eu tive um aluno que era fissurado em pipa. Era pra eles fazerem uma redação. Eu não lembro o tema, mas não era sobre pipa. E ele fez a redação sobre pipa, até que boa, mas não era isso. Como que ele conseguiu viajar tanto? Não teve foco, não prestou atenção no que era pra fazer. Eu chamei ele pra dizer: 'Não é sobre pipa. Porque você fez sobre pipa?'. Ele tinha ganhado uma pipa no dia anterior, que o pai tinha dado pra ele, e quis dizer como foi ganhar a pipa. Eles não têm um bom senso. E nem é só a criança. É a família também (Professora 3, 44 anos).

Eles não entendem uma sequência lógica de comando pra fazer as atividades. Parece que eles vão longe com o pensamento, mas não têm uma lógica em cima do que a gente pede [...]. Uma vez eu trabalhei com escala e localização de pontos de referência em mapas. Tinha que desenhar a rua da casa deles até à escola, com os pontos de referência. O menino desenhou um autódromo, sem referência nenhuma, só com os carros. Ele desenhou as ruas, mas não era isso (Professora 5, 45 anos).

Os comportamentos descritos, como inquietação, falta de foco e desatenção, são interpretados a partir de um contexto social e cultural específico, influenciado por normas e expectativas compartilhadas que afetam as práticas dos(as) profissionais da escola e a forma como eles(as) acolhem as crianças. Esses relatos ilustram como o TDAH é representado como uma condição que impede a criança de se adequar a essas expectativas. No primeiro caso, a interpretação da professora sobre a redação do aluno que escreveu sobre pipas ao invés do tema solicitado não levou em conta o contexto familiar do presente que o aluno havia recebido do pai, e o que aquele presente poderia significar para a relação pai-filho. Em vez de reconhecer a redação como uma expressão legítima do interesse pessoal da criança, a professora a interpretou como um desvio, falta de foco e incapacidade, relacionando o contexto da experiência do aluno a um problema de atenção. Essas explicações são consideradas representações sociais porque se distanciam do universo reificado, oferecendo uma compreensão dos comportamentos considerados agitados e desatentos na escola.

Da mesma forma, o segundo caso exemplifica como a falta de *uma sequência lógica* no desenho do aluno foi vista como uma manifestação de desatenção associada ao TDAH. O aluno desenhou um autódromo em vez de seguir as instruções para criar um mapa, uma escolha que foi interpretada como falta de compreensão ou capacidade, sem considerar os possíveis

significados ou motivações pessoais por trás da escolha do tema, como um interesse específico ou um desejo de explorar algo que lhe era mais significativo.

Essas interpretações exemplificam a tendência de suplementar e generalizar características associadas ao TDAH, permitindo que elas sejam objetivadas. A atenção ao contexto específico e às motivações pessoais das crianças é frequentemente negligenciada em favor de uma visão simplificada, que interpreta certos comportamentos como representações diretas de um transtorno. Isso porque os casos mais visíveis são referidos como base para essas representações, suprimindo-se a diversidade em relação aos comportamentos considerados desatentos e agitados, em que a normalização desses comportamentos, muitas vezes, se apoia em encaminhamentos médicos e estratégias farmacológicas, ao invés de considerar alternativas pedagógicas.

Nesse sentido, ao invés de serem consideradas com TDAH, essas crianças poderiam ter sido, primeiramente, diagnosticadas com “catapora inventiva”:

Não demorava muito e lá vinha o menino com outra história.
De que havia convencido a noite a não sair de cima do pé de manga.
De que seus lápis de cor tinham saído da caixa pra ir a uma festinha de aniversário e,
no caminho, coloriram a sala toda de roxo, laranja, cinza e amarelo.
De que o espanador tinha botado um ovo desse tamanho.
De que as letrinhas do jornal tinham virado pipoca doce (Aragão, 2002 *apud* Kirinus, 2013, p. 81).

Foi refletindo sobre a maneira como as crianças são frequentemente rotuladas em espaços escolares que me deparei com o poema “O menino que engoliu o quatro”, de José Carlos Aragão, por meio do trabalho de Glória Kirinus (2013). Em sua obra “Synthomas de poesia na infância”, Kirinus chama a atenção para como os rótulos e apelidos atribuídos às crianças em seus contextos escolares podem exilá-las da experiência poética e criativa, privando-as de viver uma infância plena, com suas características próprias. Aos rótulos atribuídos a elas — avoadas, habitantes do mundo da lua, atrapalhadas, agitadas, bichos-carpinteiros e preguiçosas — a autora propôs uma série de “diagnósticos” poéticos, como isolamento fabuloso, estado contemplativo, analogia intensa, contaminação feliz, delírio verbal e devaneio crônico, para denunciar o excesso de categorização médica em um contexto de acelerada medicalização e de uma epidemia de transtornos da infância, como o TDAH.

Ora, quem nunca presenciou uma criança com catapora inventiva, capaz de transformar objetos comuns em criações extraordinárias, como uma casca de abacate que vira uma canoa? Esse diagnóstico, o de catapora inventiva, refere-se a crianças com uma capacidade imaginativa, que inventam coisas, aprontam, criam casos, recriam o que já existe e compõem o

mundo ao seu redor. A catapora, como condição biológica, possui um ciclo natural no organismo, e geralmente não requer intervenções como pomadas, curativos ou injeções, pois o próprio corpo é capaz de se recuperar e se recriar. Mas se a catapora recolhida pode ser perigosa, porque a criatividade, que é uma forma de expressão natural e saudável, deve ser reprimida ou considerada sintoma de doença? (Kirinus, 2013).

4.2.1 Convencionalização e prescrição das representações sociais na identificação da criança com TDAH

As representações sociais influenciam nossa atividade cognitiva, são independentes e, em certa medida, a determinam. Isso significa que elas desempenham um papel importante no estabelecimento e na manutenção de normas e comportamentos dentro de um grupo social. Essa influência ocorre por meio de duas de suas funções: elas convencionalizam objetos e prescrevem formas de agir diante deles.

No primeiro caso, elas conferem uma forma definitiva a eles, categorizando-os e inserindo-os em um modelo socialmente compartilhado. Assim, todos os novos elementos se juntam e se sintetizam nesse modelo, podendo até mesmo ser forçados a assumir determinada forma para se encaixar na categoria, sob pena de não ser compreendido. Essas “convenções nos possibilitam conhecer o que representa o quê”, como, por exemplo, se “um determinado sintoma provém, ou não, de uma doença”. Elas também nos ajudam a interpretar se um acontecimento é significativo ou casual em relação a determinado objeto, fenômeno, pessoa ou acontecimento. Uma vez que nosso pensamento é organizado de acordo com um sistema prévio de convenções, vemos o que elas nos permitem ver (Moscovici, 2003, p. 35).

As falas mencionadas acima, assim como outras, mostram algumas das percepções sociais convencionadas sobre o TDAH. Desse modo, características ou sintomas como *ausência de foco* e *agitação* indicariam que a criança tem o transtorno, no entanto, outros elementos, como a *roupa suja, rasgada e amassada, o caderno molhado de café* e *Um relaxamento com as coisas, com a falta de cuidado*, são forçados a entrar nesse modelo. A *roupa suja*, por si só, não é considerada indicativa do TDAH, mas é interpretada como um significante diante de outras características, como a hiperatividade ou a desatenção, já convencionadas sintomas desse transtorno. Da mesma forma, a observação de que a criança *não teve foco, não prestou atenção no que era pra fazer e não tem bom senso*, estendida ao contexto familiar — *E nem é só a criança, é a família também* — ilustra como as convenções tendem a associar o TDAH a uma incapacidade de seguir instruções. Além disso, elas implicam em uma avaliação moral da

criança e de sua família.

Assim, as convenções, juntamente a suplementações e distorções, podem reforçar estereótipos e preconceitos sobre as crianças com TDAH, exagerar seus sintomas ou características e levar os(as) professores(as) a deixar de buscar compreender suas necessidades e comportamentos. No entanto, é possível tornarmo-nos conscientes do aspecto convencional da realidade e escapar de algumas exigências que são impostas às nossas percepções (Moscovici, 2003).

As representações também são prescritivas e se impõem a nós com uma força irresistível, força proveniente da estrutura social e de tradições que decretam o que deve ser pensado antes mesmo de começarmos a pensar. Uma vez que elas “são partilhadas por tantos, penetram e influenciam a mente de cada um, elas não são pensadas [...]; melhor, para sermos mais precisos, elas são re-pensadas, re-citadas e re-apresentadas”. As representações são o produto de elaborações e mudanças que ocorrem ao longo do tempo, resultado de sucessivas gerações. Nesse aspecto, uma palavra ou expressão é um significante que pode ter muitos significados socialmente elaborados e compartilhados, pois contém um meio de classificar indivíduos, assim como teorias implícitas sobre as razões de se comportar de uma ou outra maneira (Moscovici, 2003, p. 37).

Desde as últimas décadas, o termo TDAH, originalmente usado em contextos médicos e psiquiátricos para categorizar uma pessoa no interior de um espectro específico de comportamento, tornou-se um elemento amplamente reconhecido na cultura, funcionando como um significante carregado de múltiplos significados. Assim, a palavra TDAH, enquanto representação social, foi incorporada ao vocabulário cotidiano, sendo usada por indivíduos fora do campo acadêmico para classificar e interpretar comportamentos, atribuindo uma posição social a quem é identificado com esse transtorno. Como destaca Moscovici (2003, p. 37), “Uma vez difundido e aceito esse conteúdo, ele se constitui de uma parte integrante de nós mesmos, de nossas inter-relações com os outros, de nossa maneira de julgá-los e de nos relacionarmos com eles”.

Os(as) profissionais da escola estão imersos em uma estrutura de patologização e medicalização da vida e da educação, tanto no discurso acadêmico e nos cursos de formação, quanto nas interações cotidianas com os pares e na mídia, compondo seus circuitos de saberes. Esse ambiente os(as) direciona a identificar problemas nas crianças, muitas vezes, como sinais de transtornos, buscando soluções e encaminhamentos que, frequentemente, reforçam tais abordagens. Ao pesquisar termos mencionados nas suas representações, como agitação, desatenção, hiperatividade, dificuldade de aprendizagem e problemas de comportamento, no

site de buscas *Google*, o motor de busca nos apresentará páginas que fazem menção ao TDAH como os melhores resultados. Portanto, encontraremos “uma resposta já pronta” (Moscovici, 2003, p. 36-7) para esse conjunto de questões.

A observação da criança ao longo da sua trajetória escolar reforça a ideia de que o TDAH é crônico, cujos sintomas *podem ser amenizados com tratamentos e remédios, mas não curados* (Professora 4, 43 anos). Essa associação entre o comportamento de crianças tidas como desatentas e hiperativas, que enfrentam dificuldades de aprendizagem, e sua subsequente patologização nos leva a uma reflexão crucial: quais encaminhamentos e abordagens são realizados pela escola diante da criança que se apresenta agitada e desatenta, especialmente quando as representações sociais “influência[m] na forma de agir, de comportar-se e de pensar do grupo e de seus membros”? (Almeida Junior; Magalhães Júnior; Batista, 2022, p. 331).

4.3 Causalidades do TDAH: *Se eu fecho os olhos, vejo que é tudo bagunçado na casa dela*

A causalidade das doenças é uma temática relevante nos estudos das Ciências Sociais da Saúde, área que dialoga com esta pesquisa e com os estudos fundamentados na TRS. Isso ocorre porque, embora as doenças estejam sob jurisdição da Medicina, elas são fenômenos que ultrapassam esse domínio, sendo as representações sobre elas tanto uma elaboração de saber quanto uma questão de produção de sentido para uma realidade, muitas vezes, caótica e desordenada. A doença não é um evento aleatório, mas que requer significados. Por ser um acontecimento que modifica a vida individual, as inserções sociais e as dinâmicas coletivas, ela demanda uma necessidade de discurso e de interpretação, cenário em que as representações fornecem uma via privilegiada para acessar as percepções, tanto dos indivíduos quanto das coletividades (Herzlich, 2005). Nesse sentido, a fala abaixo exemplifique como são construídas as causalidades sobre o TDAH:

Eu tinha um menino que não parava, corria, saía da sala. Eu chamei a pedagoga: ‘Ou eu vou atrás dele e dou desenho pras crianças pintarem ou ele vai ficar lá fora de vez’. Esse ano, eu tenho a irmã dele. Ela não para. A mãe não quer levar no médico, mas ela tem TDAH. O cabelo, a gente faz o coque; cinco minutos depois, ela tá descabelada. É a menina descabelada [...]. A gente fica se perguntando: Será que é da família, do ambiente? O que será que essa criança tem? Será que é só TDAH? Quando eu penso nessa menina, eu fecho os olhos e vejo que é tudo bagunçado na casa dela. Eu acho isso. Que é tudo estranho, bagunçado mesmo. As crianças largadas... Ela chegou outro dia com a calça rasgada. ‘O que foi isso?’. ‘Cai. Machuquei a perna’. Eu achei que ela tinha caído na entrada da escola. [Mas] Ela tinha caído um dia antes, em casa. Ela tava chegando na escola, da casa dela. Aí, eu abri o rasgo da calça. O machucado [estava] sujo. A família não viu, não cuidou. Então, o TDAH também vem daí: da família, do modo como a família cuida dessas crianças [...]. É genético, mas o jeito que a família faz em casa, intensifica (Professora 5, 45 anos).

Essas elaborações não são individualizadas, pois estão relacionadas aos contextos

sociais e culturais onde adquirem significados, conforme evidenciado pelos estudos psicossociológicos que demonstram que os fenômenos da saúde e da doença são coletivamente interpretados (Adam; Herzlich, 2001). Tais construções são orientadas tanto para a compreensão desses fenômenos em si quanto para a compreensão dos contextos sociais, materiais, ideativos (Jodelet, 1990, 2000) e históricos (Spink, 1993, 2011) em que elas se manifestam. Nesse sentido, o trabalho de Jodelet (2005) sobre as representações sociais da loucura mostra que as representações sociais dos aldeões sobre a causalidade da doença mental incorpora aspectos médicos, biológicos, sociais e culturais, e que elas desempenham um papel fundamental na forma como a doença é percebida e respondida pelo grupo, influenciando os comportamentos das pessoas em relação aos albergados.

De um modo geral, as representações sociais dos(as) profissionais da escola sobre a causalidade do TDAH estão ancoradas em determinismos biológicos, como nos conceitos conhecidos de genes e hereditariedade. Ao associar sua causalidade a esses conceitos, eles(as) integram o transtorno a um arcabouço de entendimento orgânico que já possuem, facilitando sua compreensão e comunicação. Isso também ocorre por meio de um processo metonímico, pois essas percepções são coerentes com as representações mais gerais que eles(as) têm sobre o transtorno:

Eu acredito nas pesquisas que mostram que é fator genético. A criança herda alguns genes dos pais. Tem pesquisa que já mapeou o gene do TDAH (Pedagoga 1, 41 anos).

Tem muitos casos hereditários, com DNA incompatível. Eu conheço casos de famílias que tiveram três filhos com síndrome de down e o médico disse que se tiver outro filho, vai vir com down. Tem uma questão genética. Então, tem esses casos que a criança tem TDAH por conta da genética [...]. É hereditário, né? (Pedagoga 2, 39 anos).

O TDAH surge como uma disfunção do cérebro desde o nascimento. São pequenas mudanças na forma que algumas substâncias químicas importantes, chamadas de neurotransmissores, atuam no Sistema Nervoso. Possivelmente, essa alteração é genética (Professora 24, 58 anos).

Algumas referências apresentadas nessas comunicações, como *pesquisas, genes, casos hereditários, disfunção do cérebro e neurotransmissores*, fortemente presentes em um contexto “psi” e “neuro”, tornam os aspectos neurobiológicos uma realidade tangível e localizável. Essas referências são suplementadas pela menção a *pesquisas que mostram* a existência de um *fator genético* ou a atuação de *algumas substâncias* [neuro]químicas relacionadas ao TDAH. Isso faz com que esse transtorno seja considerado uma condição mensurável do cérebro, evidenciada por meio de situações específicas — *Eu conheço casos de famílias que tiveram três filhos com síndrome de down*.

Isso mostra que, embora as representações sociais pertençam ao universo consensual, elas são elaboradas na interface com o conhecimento reificado, como percebido nas subseções anteriores. Magalhães Júnior e Tomaniki (2012), em trabalho que investigou as representações sociais dos estudantes da educação básica de um município do Paraná sobre a criação de uma Unidade de Conservação Ambiental, utilizaram o termo “crossing-over”, empregado na Biologia Celular para indicar troca de material genético na geração de uma recombinação, para descrever o processo de transposição e integração de conhecimentos científicos no senso comum, evidenciando como os estudantes combinavam informações reificadas e consensuais para construir suas percepções sobre a conservação ambiental. Isso acontece porque as representações sociais são elaboradas a partir de “pedaços de realidade social mobilizados pela atividade criadora de sujeitos sociais para dar sentido e forma às circunstâncias nas quais eles se encontram”, em meio a uma rede de significados previamente construídos (Jovchelovitch, 2011, p. 66).

Nesse sentido, há um trabalho de bricolagem na elaboração das representações sociais, termo que se refere à criação de um novo elemento a partir de recursos materiais e ideias disponíveis. Se o *bricoleur* utiliza o que está à sua disposição para resolver problemas e criar novas formas de conhecimento (Lévi-Strauss, 1962), a bricolagem pode descrever como as representações sociais são construídas a partir da combinação de elementos reificados e consensuais, que geram algo novo e funcional. Além disso, a bricolagem comunica a ideia de que o processo de elaboração das representações sociais é flexível e adaptável aos contextos onde ocorre sua elaboração, a partir desses pedaços da realidade, e nos ajuda a entender por que elas não têm uma estrutura específica, podendo ser percebidas tanto como representações do senso comum quanto como ciências (Bertoni; Galinkin, 2017).

Dessa forma, a causalidade do TDAH foi estabelecida a partir de múltiplos fatores que, quando associados, podem favorecer o aparecimento do transtorno. Essas falas começam a mostrar uma visão mais complexa da causalidade do TDAH, que vai além da simples atribuição a fatores genéticos ou biológicos isolados, acrescentando novas perspectivas de interpretação:

O que eu tenho lido é que não tem uma coisa só que leva [ao aparecimento do TDAH]. Muitos casos é genético, eu diria que a maioria, porque a gente vê aqui que os pais, se investigar, também têm. E tem muita criança que tem irmão que já passou aqui. Você percebe que é da família. Mas pode ser da alimentação. A gente não tem segurança do que a gente come. Pode ser da gestação, do uso de droga pela mãe... (Professora 6, 41 anos).

Eu vejo que é genético. Mas eu também vejo pelo excesso de telas. Tem muita tecnologia. Eles são reféns de imagens rápidas. A professora chega e fica com o blá, blá, blá [...]. Eles ficam olhando pra professora sem entender o que tá acontecendo. Eles querem instalar, baixar...isso gera uma agitação neles. E como que a escola vai concorrer com o excesso de informações e estímulo? Não vai conseguir (Professora 11, 49 anos).

Eu acho que é biológico, mas tem caso que a família reforça mais. Eu tenho um caso na minha sala, que a mãe e o pai são separados. Ele [o pai] volta, vai embora, volta de novo... Quando ele vai embora, é porque ele bateu na mãe. Então, tem essas coisas [...]. Agora, a gente já tá percebendo que teve um aumento depois da pandemia... Na pandemia, teve muita tecnologia. Atrapalhou eles (Professora 21, 38 anos).

Essa visão, que aponta para uma continuidade histórica nas explicações médicas e científicas do TDAH, está enraizada em uma longa tradição de entendimento dos comportamentos e das dificuldades de atenção como elementos intrínsecos e hereditários. No entanto, ela é ressignificada no tempo vivido através das percepções e experiências pessoais e imediatas que influenciam as representações sociais desses(as) profissionais no cotidiano da escola. As observações sobre o impacto da pandemia e os ambientes familiares refletem as realidades do tempo recentemente percebido por eles(as) e pelas crianças. Além disso, essas observações também mostram como essas experiências são incorporadas nas representações do TDAH no tempo curto, como na relação conflituosa entre a professora que fica no *blá blá blá* e a criança midiática.

Em alguns casos, os contextos de vida das crianças foram apresentados de forma mais detalhada nas comunicações dos(as) profissionais da escola sobre a causalidade do TDAH. Contudo, quando eles demonstraram conhecer os aspectos sociais e familiares nos quais as crianças estão inseridas, fizeram-no para suplementar a causalidade biológica e/ou genética do transtorno. Por exemplo, eles(as) observaram que muitas crianças vivem situações marcadas pela violência, abandono e uso de drogas, mas ao invés de reconhecer que esses ambientes podem influenciar diretamente o seu comportamento, deixando-as agitadas ou desmotivadas em relação à escola, eles(as) argumentaram que esses contextos sociais impactam ou potencializam o caráter biológico do transtorno.

Se, por um lado, essas representações reforçam uma perspectiva biológica sobre o TDAH, distorcendo ou subtraindo o impacto das conjunturas sociais, por outro, as perspectivas do tempo vivido revelam a dinâmica e os desafios que muitas crianças enfrentam em seus cotidianos, os quais influenciam o seu comportamento e desempenho escolar. Essas observações são importantes para abrir novas compreensões sobre o transtorno no tempo curto, ao destacar como fatores como o ambiente familiar, a escolarização e as condições socioeconômicas podem desempenhar um papel significativo no desenvolvimento e na manifestação dos sintomas:

Têm pais que vêm aqui que são muito ansiosos. A gente percebe. Por isso que eu te falei que é genético. Tem família muito desajustada, a criança precisa de ajuda. A mãe não tem rotina com a criança, não olha as tarefas, não acompanha o que a criança faz na escola. Não tem diálogo. Comem com a televisão ligada...É uma vida mais conturbada. Isso mexe com a criança. É um problema neurológico, mas aí que entra o ambiente familiar. Um

ambiente mais conturbado, mais agitado, predis põem mais a criança. É como se intensificasse. Tem família muito complicada. Eu atendo uma menina que foi abusada em casa. A mãe é usuária de droga (Pedagoga 6, 39 anos).

Eu tive um aluno que o pai e a mãe eram usuários. O pai ficava na linha, ali na linha do trem, embalando e vendendo. Você acha que a mãe não usou na gestação? Claro que usou. Tem família aqui que é muito difícil. Tem criança com história de abandono, de violência...A criança é gerada nesse ambiente. É um transtorno médico, mas tem casos que a família pode piorar. A criança já tem e a família piora. E elas não têm a rotina pro silêncio, pra esse entendimento. Não tem uma organização, uma orientação. Se elas não têm lá, não vão ter aqui (Professora 13, 48 anos).

É genético. Vou te falar de um caso concreto. O pai e a mãe de um aluno do ano passado, os dois eram alcoólatras. Depois ele foi tirado dos pais e ficou com a tia. A gente teve um curso numa formação com um neuro[logista], e ele falou que o TDAH pode estar relacionado aos pais. Quando a criança é gerada, é passado na gestação. Aí, a tia começou a cuidar dele, mas o tio também bebia, fumava, usava drogas... O emocional da criança ficou abalado. Os pais eram alcoólatras e a tia batia nele, porque ele não parava quieto... O médico deve ter falado que ela [a mãe] não podia beber na gestação. Mas ela bebeu, usou droga... O que eu acho: isso gerou uma angústia nela, [pelo fato de ela ter bebido], mesmo o médico dizendo que não podia. E tudo o que a mãe sente, ela passa pro feto. Então, a criança já recebe isso e já nasce com o emocional abalado. Eu acho que isso gera desatenção, agitação...Outros problemas também [...]. O feto, quando é gerado assim, já sente tudo isso [...]. Quando a gente faz a anamnese, a gente sempre descobre alguma coisa. E sempre tem drogas, mãe que bebe... Isso passa pra criança. E tem outras coisas, violência.... (Professora 14, 39 anos).

A gente atende criança de família gerada num clima muito complicado, pai e mãe que usam drogas, que brigam...Tem muita violência doméstica, todo tipo de trauma. Já são geradas nesse meio. Aqui tem pai e mãe traficante, pai preso. Tem primo casado com prima, tio casado com tia... Eu não sou médico, mas isso pode prejudicar alguma coisa. Porque, se o pai e a mãe usam drogas, a criança vai ter um problema. A gente conversa muito com as crianças. Elas contam o que acontece na casa e fora da casa. Eu passo no mercado, compro pão, compro comida...Eles não têm isso. Tem criança de dez anos que cuida de outros dois irmãos menores, que a mãe sumiu, que quem cuida é a vó, que não consegue. A casa cheia de cachimbo de crack. O que acontece: essas crianças precisam amadurecer antes do tempo. É a realidade da nossa escola. O déficit de atenção pode vir daí: eles precisam amadurecer pra ajudar a cuidar dos irmãos menores. O psicológico fica muito abalado, aí eles não focam na atividade [...]. Isso causa o déficit de atenção e essa agitação (Professor 23, 46 anos).

Ancoradas em conhecimentos genéticos — Eu acho que é genético / é passado na gestação — e em explicações sobre famílias desestruturadas, violência e uso de drogas — tem família muito desajustada / tem muita violência doméstica / A casa cheia de cachimbo de crack — essas representações são objetivadas em exemplos concretos, conhecidos pelos(as) profissionais da escola — A gente conversa muito com as crianças, elas contam o que acontece na casa e fora da casa / Eu tive um aluno que o pai e a mãe eram usuários / Tem criança que não dorme porque apanhou dos pais.

Assim, as representações do TDAH nos ambientes escolares são construídas a partir de interpretações multifacetadas, que incluem tanto o impacto da biologia e do contexto familiar, quanto a percepção de que fatores como violência doméstica, abuso de substâncias e traumas precoces podem agravar ou até mesmo criar os sintomas associados ao transtorno. Essas interpretações são, por fim, elementos de um estilo de pensamento que molda as práticas e as intervenções na escola. Além disso, é possível perceber como essas representações são

influenciadas pelos múltiplos tempos — histórico, vivido e curto — que se entrelaçam para formar uma compreensão multidimensional do transtorno. As interações entre esses diferentes tempos revelam como as percepções sobre o TDAH são continuamente moldadas por influências históricas profundas, experiências cotidianas e eventos recentes significativos, constituindo outras camadas de interpretação.

Conforme destacado por Collares e Moysés (1996, p. 26), “O cotidiano escolar é permeado de preconceitos e juízos prévios sobre os alunos e suas famílias”, o que dificulta a compreensão dos obstáculos que se antepõem aos problemas e às possibilidades de transformação do sistema escolar. Os dados desta pesquisa reforçam essa visão, mostrando que todos(as) os(as) profissionais da escola consideram as famílias como responsáveis pela manifestação dos comportamentos agitados e desatentos nas crianças, bem como por dificuldades de aprendizagem, baixo rendimento e fracasso escolar, seguidas da própria criança, 24. Catorze desses(as) profissionais atribuíram a causa desses problemas ao sistema de ensino/políticas educacionais, 12 aos(as) professores(as) e 10 à escola.

Com isso, poucas vezes eles(as) mencionaram questões mais amplas, como as de ordem político-social, responsáveis diretas pelas condições de escolarização das crianças. Nesse sentido, “Quando medicalizadas, as questões sociais perdem sua dimensão coletiva; o problema deixa de ser de ordem social, histórica, política, interacional e afetiva e passa a ser um problema individual” (Signor; Santana, 2015, p. 41), localizado em cada aluno(a) que não aprende ou se comporta adequadamente na escola. Esse contexto indica que a aprendizagem depende da criança, da sua família e das suas condições culturais e de saúde, com a desresponsabilização das estruturas governamentais e das instituições escolares frente aos desafios do processo educativo.

As formas de preconceito manifestadas nas representações sociais dos(as) profissionais da escola, tanto em relação às famílias quanto às crianças, estão ancoradas em explicações estigmatizantes e reducionistas, além de estereótipos sobre as famílias de classes populares, usados para explicar situações complexas, como as de ordem comportamental e educacional. A objetivação do TDAH em imagens concretas, como famílias desestruturadas ou disfuncionais ou mesmo à *menina descabelada* ou ao menino que escreve com a *letra grande*, torna o transtorno e suas consequências, como as dificuldades de aprendizagem, mais compreensíveis dentro desse quadro de referência. No entanto, essa interpretação fortalece estigmas e concepções moralizantes mantidas pelo tempo longo das representações sociais e atualizadas pelo biofazer pedagógico no tempo vivido.

4.4 Relatórios e tirocínios: *O TDAH não vai. É ruim falar isso, mas eles não aprendem*

Na maioria das vezes, o encaminhamento para avaliação clínica é a intervenção privilegiada para sanar os impasses do cotidiano da escola, visto que, sendo eles considerados médico-biológicos, há a compreensão de que a resposta medicamentosa é a mais adequada. Com isso, “o que vemos entrar em cena [...] é o medicamento e sua maciça prescrição por parte dos especialistas, para atuar no que se acredita ser a doença do não aprender — hoje relacionada aos comportamentos desatentos, hiperativos e desobedientes” (Meira, 2012, p. 137):

A criança conversa, corre, tem dificuldade de aprender...Mas tudo numa normalidade. Quando extrapola isso, precisa chamar a mãe, conversar...Tem que ver o que aquela criança pode ter (Pedagoga 2, 39 anos).

Eu faço uma sondagem na criança, mas a gente já sabe quando é falta de limites e quando é um problema médico. A gente vê pela experiência com as outras crianças. Aí precisa ver, ir no médico, ter o diagnóstico, o remédio... (Professora 9, 49 anos).

Eu acho assim: esses casos, quando a criança não consegue acompanhar, precisa saber o que é. A sala [de aula] é uma média. Se tem criança muito abaixo, preciso ver o que é. Ir no médico...Ver se não é uma coisa da criança (Professora 14, 39 anos).

Essas falas mostram que, para identificar se uma criança precisa de avaliação médica, os(as) profissionais da escola também podem comparar seu comportamento com a *média* da sala de aula. Isso reflete uma norma implícita que define o que é considerado normal ou patológico no contexto escolar, funcionando como um processo de ancoragem. Quando uma criança se desvia dessa norma, seja por dificuldades de aprendizagem ou comportamento, surge a necessidade de investigar se há um problema subjacente, geralmente, em termos médicos. A ideia de que uma criança que *conversa, corre e tem dificuldade de aprender* pode estar dentro de uma faixa de normalidade — desde que esses comportamentos ocorram com certa intensidade — destaca a importância dessa percepção no ambiente escolar, onde algumas características infantis são objetivadas dentro de um modelo socialmente aceito. Isso também demonstra como as fronteiras entre o que é considerado um comportamento comum e um sinal de problema podem ser fluidas e influenciadas por normas e expectativas sociais, como abordado no segundo capítulo. Como ilustração, destaco o trecho de um relatório escolar fornecido a uma das famílias para apresentação em consulta médica:

O aluno acima mencionado é uma criança inquieta, cabendo à professora chamar-lhe a atenção em muitos momentos. Não consegue organizar-se, esquecendo e perdendo frequentemente os materiais escolares na sala de aula. Usa os sapatos trocados e costuma ficar correndo pela sala de aula; quando não está agachado na cadeira. Fato

relevante que observamos é que gosta de deitar na cadeira e ficar olhando as coisas desse ângulo, de baixo para cima. No uso do caderno, não consegue ter uma sequência, mesmo a professora orientando-o e marcando os espaços a serem utilizados. Ainda não consegue escrever seu nome com autonomia, somente consegue quando é feito com letras pontilhadas. No que se refere a sequência numérica, conta fora de ordem, 1, 3, 5, 9... (trecho de um Relatório escolar).

Esse relatório exemplifica como elipses e contornos são utilizados para que, uma vez identificada a criança com TDAH, os pedidos para encaminhamento médico sejam realizados com as famílias. Isso porque os(as) profissionais da escola não podem afirmar ou mesmo sugerir que a criança tenha esse ou qualquer outro transtorno:

A escola não pode falar que a criança tem isso ou aquilo, que pode ser TDAH... A gente não fala. A gente pede pra levar no médico, [dizer] que a criança tá com um comportamento diferente... Que a gente acha que é bom passar pelo médico pra ver se precisa de algum exame... (Pedagoga 2, 39 anos).

A gente não pode falar que é TDAH. A gente chama a mãe e fala: ‘Olha, mãe, a gente tem observado que tem alguma coisa diferente. Talvez precisa levar no postinho, pedir uma consulta... Ele tá muito agitado, mais do que o normal. Ele não aprende porque não consegue focar, não tem a atenção, não se desenvolve como as outras crianças... Que tal levar no postinho?’ (Professora 15, 48 anos).

A gente não fala em diagnóstico. A gente chama pra conversar: ‘Olha, a sala tem 30 crianças. Ele não aprende direito. Será que ele tem alguma coisa? E se levar no médico?’ (Professora 17, 41 anos).

De modo semelhante, os relatórios escolares são redigidos com cautela, sem mencionar qualquer transtorno ou comprometimento médico. No entanto, mesmo que essa indicação esteja apenas implícita, os(as) profissionais da escola, frequentemente, conseguem “acertar” o diagnóstico:

A gente não usa termos técnicos. A gente nem pode usar. É uma descrição da criança. E a gente coloca o que a gente observa: desatenção, agitação, atividade motora excessiva... A escola não faz diagnóstico, mas a gente consegue saber o que é (Pedagoga 4, 34 anos).

A maioria das crianças que vão com relatório voltam com laudo, mas a gente não diz que é TDAH. A gente sabe que é, mas a gente diz sutilmente: tem hiperatividade, é desatento, não presta atenção, não consegue focar... (Pedagoga 6, 39 anos).

É muito tempo de experiência na escola. Dá pra imaginar o que é. É difícil a gente pensar uma coisa e chegar laudo diferente. Mas a gente não pode dizer que é TDAH, isso ou outra coisa. Mas a gente coloca que a criança é hiperativa, não tem foco, quer fazer muita coisa, mas não faz nada... (Professora 2, 57 anos).

A confiança nas habilidades dos(as) profissionais da escola para identificar sintomas comportamentais associados ao TDAH reflete-se na elaboração desses relatórios, que são considerados evidências importantes para o diagnóstico. Em alguns casos, essa confiança gera

divergências em relação aos laudos médicos, especialmente quando o diagnóstico de TDAH não é confirmado, evidenciando uma tensão entre a percepção considerada contínua e contextualizada dos(as) professores(as) e a avaliação médica, que geralmente se baseia em *um recorte de uma situação*. Nesse contexto, os(as) professores(as) defendem que suas observações, por serem mais amplas e prolongadas, capturam com mais precisão a complexidade dos comportamentos das crianças, em contraste com a avaliação clínica, que é vista como mais pontual e restrita:

Muitas vezes, o médico aborda a criança e apenas um recorte de uma situação, sendo necessário um acompanhamento contínuo para um melhor entendimento da criança (Professora 4, 43 anos).

Ah, já discordei. A gente conhece a criança. A gente conhece antes dela chegar na nossa sala. Eu já vi casos que o médico não laudou, mas a criança tinha todos os sintomas de TDAH. Que a professora que deu aula em outro ano também já falava que a criança tinha TDAH (Professora 12, 46 anos).

A gente conhece a criança muito mais que o médico. É a gente que convive diariamente. Já teve casos de ser nítido que era TDAH. A mãe foi, marcou a consulta e o médico descartou TDAH. Mas a criança continuou com o problema. Não teve tratamento (Professora 19, 53 anos).

Conforme relatado por alguns(as) desses(as) profissionais, um dos motivos pelos quais o diagnóstico de TDAH nem sempre é realizado em certas crianças, mesmo quando os(as) professores(as) acreditam que elas apresentam características do transtorno, é a falta de atenção dos médicos aos relatórios escolares, o que gera um novo ponto de tensão entre seus conhecimentos e a perspectiva dos clínicos:

Eu não sei se os médicos avaliam os relatórios. A gente destaca o comportamento do aluno nos relatórios, mas parece que alguns médicos não se atém à descrição da criança (Pedagoga 5, 48 anos).

O relatório é importante, é feito bem completo, mas alguns médicos não dão atenção necessária ao que indicamos (Professora 2, 57 anos).

Olha, às vezes, o médico pode se enganar. Não existe exame pro TDAH, né? Ele se baseia no relatório da escola, mas nem sempre ele pede, nem sempre a família leva, nem sempre ele considera o relatório... E é um relatório que a gente faz bem didático, a diretora assina, a professora... O relatório é o principal. E se o médico não considerar? Eu tive casos de crianças que o médico nem leu o relatório (Professora 3, 44 anos).

São esses conhecimentos que os(as) profissionais da escola têm sobre o TDAH, associados ao biofazer pedagógico, que os(as) levam a realizar um exercício de previsibilidade em relação a algumas crianças, afirmando que elas têm TDAH, mesmo que elas nunca tenham sido avaliadas por um médico e, portanto, não possuam laudo confirmando a condição: *Eu tenho um [aluno] com TDAH esse ano. Atenção zero. Tinha que levar ele [ao médico] pra ele ter o*

diagnóstico (Professora 6, 41 anos) / *A gente sabe pelo comportamento, mas a família não leva [ao médico]* (Professora 22, 32 anos) / *Esse ano, na minha sala, têm três crianças com TDAH. Só tem uma com laudo* (Professor 23, 46 anos).

Além do tirocínio diagnóstico, alguns profissionais da escola também realizam um tirocínio pedagógico, acreditando saber que algumas crianças não aprenderão adequadamente devido ao TDAH. Isso pode impactar negativamente a forma como elas são tratadas na sala de aula e em suas oportunidades de desenvolvimento: *Eles não vão se desenvolver na mesma proporção da sala. Na média, eles vão ficar abaixo [...]. Pela experiência, a gente já consegue saber* (Professora 2, 57 anos) / *Eles não avançam. É difícil. A gente percebe desde o começo que a criança não vai* (Professora 9, 49 anos) / *Os que têm TDAH, não acompanham. Eles são muito desatentos. Eles não conseguem acompanhar a turma* (Professora 20, 34 anos) / *O TDAH não vai. É ruim falar isso, mas eles não aprendem* (Professora 21, 38 anos) / *Numa comparação, eles ficam abaixo. Tem criança com TDAH que aprende? Tem. Se for um tipo mais leve, aprende, mas se for um TDAH mais grave, não consegue. Ele vai conseguir um mínimo, mas é difícil pra fazer uma comparação* (Professor 23, 46 anos).

O tirocínio pedagógico foi abordado por Collares e Moysés (1996), que em uma pesquisa realizada na década de 1980 com o objetivo de aprofundar o entendimento sobre a medicalização do processo de ensino aprendizagem juntamente a profissionais da saúde e da educação de escolas de um município de São Paulo, constataram que esses últimos tiveram 94 por cento de acertos nas suas previsões de retenção, realizadas já no primeiro bimestre do ano letivo. Essas previsões, vistas como naturais e esperadas diante de supostos problemas médicos, foram analisadas pelas autoras como uma espécie de “poder mágico” atribuído aos professores, sugerindo que esses profissionais possuíam uma capacidade intuitiva de identificar dificuldades inatas no aprendizado.

Esse conceito, o de tirocínio pedagógico, também se assemelha às ideias de Rosenthal e Jacobson (1981, p. 258), que escreveram sobre as “Profecias auto-realizadoras na sala de aula”. Eles destacaram a necessidade de considerar os efeitos dos valores, atitudes, crenças e expectativas dos(as) professores(as) — suas representações sociais — sobre o desempenho dos(as) alunos(as), que podem funcionar como uma profecia educacional, que se auto-realiza. Em suas pesquisas, observaram que “O professor consegue menos porque espera menos”, destacando como as expectativas dos educadores podem influenciar diretamente o comportamento e o desempenho dos alunos.

Ainda como parte dos exercícios de tirocínio, os(as) profissionais da escola também questionaram a prescrição médica para explicar porque algumas crianças apresentaram apenas

uma melhora parcial em seus processos de aprendizagem, mesmo após diagnóstico e tratamento farmacológico. Nessas situações, eles(as) consideraram o que, além do TDAH, essas crianças poderiam apresentar em termos médicos, revelando a elaboração de outros níveis de significados além do diagnóstico inicial.

Ancoradas em suas experiências em relação ao atendimento de crianças com TDAH — *Tem criança que toma Fluoxetina. Não sei por que* (Professora 25, 47 anos) — e em expectativas em relação ao medicamento — *Às vezes precisa ajustar a dose do remédio* (Professora 9, 49 anos) — e objetivadas em casos concretos — *Tem criança que não vai, mesmo com o remédio* (Professora 21, 38 anos) — suas representações prescrevem a centralidade do tratamento farmacológico na gestão das dificuldades de escolarização associadas a condições orgânicas. No entanto, não há qualquer substância — *Se a criança tem TDAH, tem que receber outro medicamento. Não Fluoxetina* (Professora 6, 41 anos) — e nem sempre apenas a um transtorno isolado — *Mas aí, precisa ver se tem só TDAH. Se não é outro transtorno* (Professora 21, 38 anos). Além disso, essas representações convencionalizam a crença de que há uma falta de conhecimento ou de prontidão das famílias para acompanhar as crianças — *As famílias são muito simples, elas não questionam. A gente instrui, mas elas não conversam com o médico* (Professora 24, 58 anos).

Como abordado por Angelucci (2014, p. 117), trata-se de um contexto em que “a Educação utiliza-se de diagnósticos em Saúde para organizar sua oferta de atendimento e, mais do que isso, para fazer permanecer a clássica divisão entre sujeitos escolarizáveis e não escolarizáveis”, reforçando as justificativas do fracasso escolar. Essa abordagem pode perpetuar estigmas, em que as crianças consideradas não escolarizáveis são frequentemente rotuladas e marginalizadas, o que restringe suas oportunidades de desenvolvimento acadêmico e pessoal. No entanto, essas percepções, formadas no tempo longo e experienciadas no tempo vivido, podem ser ressignificadas no tempo curto. Nesse sentido, as falas dos(as) profissionais da escola não apenas criticam as condições pedagógicas atuais, mas também sugerem a necessidade de mudanças, como a incorporação de novas tecnologias e metodologias mais dinâmicas, visando transformar a abordagem educacional e proporcionar um ambiente mais inclusivo e estimulante:

A escola não é atrativa, é cansativa. Se é cansativa pra nós, imagina pra eles? [A escola] tinha que ser mais dinâmica, mais atrativa. As mídias tinham de funcionar, abolir a escrita manuscrita... Isso já foi. A escola tinha que ser tecnológica [...]. Isso é fundamental pra aprendizagem (Professora 3, 44 anos).

Se tivesse uma tutora, uma estagiária que ficasse com essas crianças, era mais fácil. Tinha de ter os tutores pra planejar as atividades ou pegar o planejamento do professor e adequar pra essas crianças... E às vezes, até sem

medicamento (Professora 16, 49 anos).

A Sala de recurso tinha de atender esses alunos todo dia. Um atendimento individualizado. Ou individualizado ou em dupla. Aí, eles iam conseguir acompanhar [...]. Se a gente tivesse os estagiários todos os dias, já daria pra atender. E eles iam desenvolver (Professora 17, 41 anos).

Pra falar sincero, o pessoal do TDAH tem essas dificuldades de aprendizagem porque não tem professor todo dia na Sala de recursos. Eles só vão uma vez por semana. Porque eles são inteligentes, mas, na sala, a gente não consegue, porque tinha de dar uma atenção a mais (Professor 23, 45 anos).

No tempo curto, essa ressignificação do papel da escola pode ser impulsionada por mudanças estruturais e metodológicas na abordagem do processo de ensino-aprendizagem. A implementação de atendimentos individualizados, conforme sugerido pelos(as) professores(as), com o uso de recursos pedagógicos e tecnológicos adaptados, pode oferecer caminhos para superar as dificuldades educacionais, inclusive sem recorrer a diagnósticos ou psicofármacos. Além disso, a presença constante de estagiários(as) e tutores(as), oferecendo apoio direto às crianças com TDAH, reforça a importância de um acompanhamento mais próximo e contínuo, como uma alternativa para promover o desenvolvimento escolar das crianças.

4.5 O laudo médico como orientador das abordagens pedagógicas: *Seguimos as orientações do laudo*

Após o diagnóstico, o laudo médico serve como uma ancoragem central das abordagens pedagógicas em relação à criança com TDAH. Esse documento adquire uma função simbólica e material, não apenas porque objetiva o lugar da criança no processo de aprendizagem, mas também porque torna tangível a justificativa para suas dificuldades de escolarização, as quais, de um modo geral, persistem mesmo com o uso de medicamentos. Além disso, o laudo proporciona algumas condições especiais à criança, como a permissão para frequentar a SMR e a proteção contra algumas implicações da não aprendizagem, garantindo, por exemplo, que ela não seja reprovada. Com fins ilustrativos, selecionei o trecho de um laudo referente a uma das crianças cuja família participou da pesquisa:

Sugere-se acompanhamento constante da instituição escolar, com observações criteriosas das condutas com relação à atenção e desempenho em diferentes ambientes e circunstâncias [e] adequação da metodologia para este aluno (Trecho de um laudo médico).

Além de orientar os(as) profissionais da escola sobre as medidas a serem tomadas para atender essas crianças — mantê-las na primeira carteira, próxima ao quadro e ao(à)

professor(a), longe de portas e janelas, oportunizar maior tempo para a realização de atividades, permitir que a criança realize as avaliações em outros espaços — o laudo é considerado um instrumento de direitos para as crianças, pois, graças a esse documento, elas têm acesso a atendimentos personalizados, como os oferecidos pelas SMRs:

Seguimos as orientações do laudo: colocamos o aluno na primeira carteira, próximo da professora, e realizamos atividades diferenciadas na SMR tendo como foco a atenção (Pedagoga 1, 41 anos).

Após o laudo, o aluno é encaminhado para atendimento na Sala de Recursos e a professora recebe orientações de como trabalhar com o aluno (posição na sala de aula, organização dos cadernos, atividades adaptadas se necessário, auxílio em sala de aula no momento da realização das atividades) (Pedagoga 5, 48 anos).

Com o laudo a criança será encaminhada para a sala da SRM (sala de recursos multifuncionais) da escola que ela estuda ou se não tiver para uma escola próxima de abrangência para ela poder desenvolver habilidades dentro do que ela precisa (Professora 4, 43 anos).

Dessa forma, para que a criança tenha acesso a alguns espaços da escola, é necessário um laudo que comprove a existência de um problema psiquiátrico que interfira em seu processo de aprendizagem, justificando a necessidade de atendimento diferenciado. Isso demonstra que o direito da criança à educação integral, que deveria ser universal, acaba sendo condicionado à comprovação de um transtorno específico. Angelucci (2014) abordou essa questão, mostrando como os serviços de atendimento aos(as) alunos com necessidades educativas especiais são subordinados e organizados a partir da lógica médica. Nesses casos, essa perspectiva, junto ao olhar clínico, torna-se o principal determinante para decidir quem merece atendimento escolar especializado e quem não o merece. Isso, muitas vezes, ignora as percepções e experiências dos(as) profissionais da escola, que acompanham as crianças, centralizando o poder de decisão no campo médico.

A precariedade das condições de trabalho nas escolas públicas também reforça uma prática de medicalização compensatória, na qual o diagnóstico é visto como um meio de obter direitos, como acesso às SMRs e a transporte gratuito. Esse processo expõe estudantes e famílias, especialmente das classes populares, ao risco de medicalização, perpetuando a Teoria da Carência Cultural. Além disso, por meio de diagnósticos e laudos, os(as) profissionais da escola podem obter melhores condições de trabalho, como uma sala de aula com menos(as) alunos(as) ou a presença de um(a) auxiliar. Embora essa lógica pareça inclusiva, na verdade, ela é excludente, pois nega o direito à educação de qualidade, aprisionando a experiência educacional em padrões que ignoram diversidades e desigualdades (Fórum sobre medicalização da sociedade e da educação, 2023a). As falas abaixo reforçam a centralidade que o laudo possui

no encaminhamento das práticas pedagógicas:

Quando a família tem o laudo da criança, ela tá respaldada. Isso não é errado, ter o laudo. Tem coisa que a criança só consegue se ela tiver o laudo. É um direito da criança, porque ela vai ter algo de melhor. Tem família que pede a Sala de recursos, mas não é pra todos. Tem que ter o laudo pra poder frequentar. Inclusive, quando os pais levam no médico, eles já pedem: 'Mas o senhor vai dar laudo?'. O laudo é um ganho a mais pra criança, porque a professora enxerga a criança. É positivo [...]. Aí, a professora pode olhar pra criança, pensar coisas diferentes pra ela, trazer estratégias pedagógicas... (Pedagoga 6, 39 anos).

Quando tem o laudo, a gente consegue ter um olhar diferente. Agora, se não tem laudo, a gente vai cobrar igual pra todos. Com o laudo, dá pra fazer alguma coisa diferente, trazer algumas estratégias... O laudo é um benefício pra criança [...]. Ajuda na parte pedagógica mesmo. Tudo o que envolve o pedagógico, a atenção, a memória, a concentração. Na Sala de recurso, ele teria esse benefício pra se desenvolver (Professora 22, 32 anos).

O laudo também adquire um papel importante para os(as) profissionais da escola, pois os(as) resguarda de críticas caso as crianças não apresentem o aprendizado esperado. Diante das muitas pressões que enfrentam, eles(as) parecem necessitar do laudo tanto quanto as crianças, mas por razões diferentes. Com o laudo informando que os(as) alunos(as) têm um transtorno que compromete sua aprendizagem, esses(as) profissionais se amparam em uma justificativa formal que os(as) protege de críticas:

A gente precisa do laudo, e precisa saber o que a criança tem. É um respaldo. Se a criança não consegue aprender, se não avança, tem que ficar registrado. Isso é da Secretaria [de Educação]. Agora chegou esse aluno, com laudo e com remédio. Aí, tinha a orientação pedindo atenção especial com atendimento mais individualizado pra ele. A gente se respalda no laudo. A gente faz o trabalho com ele, mas se ele não aprender, a gente precisa de um respaldo (Professora 3, 44 anos).

O laudo é bom pra criança e pra gente. A família cobra que a criança não tá aprendendo, a escola cobra, a Secretaria [de Educação] cobra. Se a gente faz o nosso trabalho, mas a criança não aprende, a gente tem que se proteger também. Não é porque a gente deixou de fazer que ela não aprendeu. O laudo protege a gente. O olhar de cobrança tem que ser diferente. Como que vai cobrar o mesmo rendimento de todo mundo? (Professora 14, 39 anos).

No entanto, ao receberem o laudo *pra fazer alguma coisa diferente*, os(as) professores(as) afirmam que, de um modo geral, não é possível ou mesmo produtivo oferecer abordagens alternativas. Essas representações, justificadas no tempo curto, estão ancoradas na percepção de que adaptações específicas podem ser difíceis de implementar devido ao grande número de alunos na sala e à possível resistência das próprias crianças, que podem se sentir diminuídas ao realizar atividades diferentes das demais:

Daria pra adaptar a atividade, mas aí você precisa pensar uma coisa: o número de alunos na sala e a aceitação daquele aluno, de fazer uma atividade diferente. Eles não aceitam. Eles se veem como diminuídos. Eu acho que desestimula o aluno. Eu evito. Atividade diferente só pra ele, pro aluno com TDAH, não dá (Professora 3, 44 anos).

Não têm condições de fazer algo só pra essa criança, mais personalizado, sabe? Tem que ter uma professora especial, individual pra eles, que conseguisse dar atenção. As salas têm mais de 30 alunos. Não dá pra dar atenção individualizada. Não tem nem espaço pra gente andar no meio [das carteiras] (Professora 18, 45 anos).

Difícilmente dá pra fazer algo diferente. E pode excluir a criança: 'Ah, porque a minha atividade é diferente?'. Então, a gente não faz (Professora 21, 38 anos).

Em outros casos, os encaminhamentos pedagógicos podem incluir atividades *mais fáceis*, que as crianças com TDAH conseguirão fazer: *Esse, do ano passado, era do terceiro, mas ele não fazia as tarefas do terceiro. Se não, ele não ia acompanhar (Professora 15, 48 anos) / No dia a dia, eu passo as atividades mais simples. Se a sala faz com dois Algarismos, eu dou adição simples. Até as tarefas eu faço mais simples. Eles precisam fazer. Se eu der o mesmo que eu dou pra turma, eles não vão conseguir (Professora 19, 53 anos) / Quando eles chegam com laudo, eu faço uma sondagem: coloco uma atividade, não consegue fazer, não desenvolve, eu coloco uma mais fácil... Não conseguiu, eu dou uma mais fácil... (Professor 23, 46 anos).* Nessas situações, paradoxalmente, as crianças recebem acompanhamento diferenciado.

Com isso, como aponta Timimi (2021), é legítimo questionar se o modelo médico, em grande parte das vezes aplicado de forma exclusiva, é adequado para acolher essas crianças. Quando conduzido de maneira descontextualizada e simplista, esse modelo pode levar os envolvidos, como as famílias e os(as) profissionais da escola, a se eximirem de suas responsabilidades sociais. O diagnóstico de TDAH, por sua vez, pode desencorajar a escola, as famílias e as próprias crianças a desenvolverem suas habilidades para enfrentar e resolver problemas cotidianos.

As representações sociais do TDAH têm impacto não apenas nas práticas dos(as) profissionais da escola, seja nas abordagens pedagógicas ou no modo como acolhem essas crianças, mas na própria criança, diagnosticada ou percebida como portadora de um transtorno. Essas percepções podem influenciar de maneira profunda suas experiências escolares, afetando sua autoestima e autoimagem de diversas maneiras. Elas podem ser vistas e tratadas principalmente em razão do seu diagnóstico, e não como indivíduos com uma variedade de capacidades. Isso pode ser internalizado por elas, fazendo com que se vejam primeiramente como problemáticas ou incapazes. Rotuladas, tanto pela clínica quanto pela escola, elas entram em um processo de baixa autoestima em relação à sua condição de aprendiz. Dizeres de que elas não conseguem, de que são incapazes de aprender e acompanhar as outras crianças passam a permear seus discursos (Signor; Santana, 2015).

Com isso, o aumento no número de diagnósticos para o TDAH, além de

responsabilizar a criança, leva a escola a oferecer atividades consideradas fáceis e fora do contexto das aulas, em dissonância com os programas oficiais. Acredita-se que a criança não tem condições de acompanhar as demais, o que acaba potencializando as desigualdades de aprendizagem e trazendo consequências danosas para suas trajetórias escolares. O laudo ainda protege a criança de uma possível reprovação, caso ela não apresente uma aprendizagem adequada: *Com laudo, não pode reprovar. É lei. Não reprova* (Professor 8, 38 anos) / *Se tiver laudo, não pode reprovar... Ela não pode ficar retida, tem que passar* (Professora 15, 48 anos) / *É uma correria de laudo pra justificar essas crianças* (Professor 23, 46 anos).

Além do papel protetivo do laudo, os(as) profissionais da escola frequentemente enfrentam situações em que a ausência de um diagnóstico formal influencia a decisão sobre a retenção escolar. Quando identificam características compatíveis com o TDAH, mas não dispõem de um laudo médico, eles(as) recorrem ao tirocínio pedagógico para justificar a não retenção. Essas práticas revelam como as representações sociais sobre a eficácia da retenção escolar são suplementadas pela crença predominante de que, sem um diagnóstico e tratamento adequado, e diante da defasagem acumulada, a retenção é uma medida inadequada. Nesse contexto, ainda que de forma distorcida, a aprovação contínua é vista como alternativa para lidar com essa defasagem, refletindo uma adaptação às limitações do sistema educacional e à realidade das crianças não diagnosticadas. Assim, ocorre um paradoxo: a ausência de um direito formal de diagnóstico é interpretada como um meio de garantir um direito à educação contínua.

Esse dilema sobre a proteção contra a reprovação em casos de baixo desempenho escolar também está relacionado à organização do EF em Ciclos de Aprendizagem, tema que será melhor abordado no próximo capítulo. A relação dos(as) professores(as) com essa política é marcada por ambiguidades. Para alguns(mas), embora possa ser uma medida para garantir a aprendizagem das crianças — *Às vezes falta muito pouco pra ele ter aquele salto. Então, ele não perde um ano inteiro* (Pedagoga 2, 39 anos) — há uma falta de clareza em seu direcionamento, o que dificulta o cumprimento dos seus objetivos — *Ainda não tá claro o que é o Ciclo* (Professora 15, 48 anos). Nesse cenário, eles(as) também destacaram a necessidade de maior compromisso entre os pares, pois,

Não é que a criança tem até o terceiro ou até o quinto ano pra aprender. Se todos trabalhassem corretamente desde o primeiro ano, pra desenvolver as habilidades na idade certa, a criança avançava. Não é que ela tem três anos pra aprender a ler. Varinha de condão, no Ciclo, não existe (Professora 10, 57 anos).

Para outros(as) professores(as), o Ciclo limita sua autonomia ao obrigá-los a promover alguns(mas) alunos(as) mesmo quando o aprendizado é insuficiente, forçando-os(as) a escolher,

entre várias crianças que não atingiram o nível esperado de aprendizado, quem será retido:

A autonomia de sala não existe. O sistema e o Ciclo fazem isso com a gente. Se você sabe que não vai reprovar, pra que se esforçar? Se a família sabe que não tem reprovação, ela se preocupa? Aquela criança que não consegue, que não acompanha esse ano, que não vai acompanhar no outro, ela tem ficar. Hoje, nem pode mais falar reprovação. É retenção. A gente tinha de ter autonomia pra colocar na balança. Aquela criança, ela tem dificuldade mas acompanha e vai despertar. A outra não vai. A gente tem responsabilidade nisso. Eu tive uma criança que não fez nenhuma atividade na pandemia. A mãe nem vinha buscar as atividades. A pedagoga levava. Eu fiz uma ata de reprovação, mas a Secretaria não deixou reprovar (Professora 13, 48 anos).

A obrigatoriedade de promover crianças que não alcançaram a aprendizagem gera frustração e desconforto entre esses(as) professores/as — *A lei não conhece o aluno. A gente conhece* (Professora 10, 57 anos) / *A gente tá desgastado com isso* (Professor 23, 46 anos). Para eles(as), essa questão é percebida como uma ingerência em suas responsabilidades e no exercício do seu ofício, uma problemática abordada por Arroyo (2001). O autor critica a interferência dos sistemas de ensino no trabalho docente, apontando como isso limita sua autonomia e desvaloriza o trabalho pedagógico construído pela experiência em sala de aula, afetando sua imagem e autoimagem. Segundo ele, as políticas educacionais, muitas vezes, impõem diretrizes que desconsideram a realidade vivida pelos(as) professores(as), tratando-os(as) como meros executores de um currículo prescrito. Isso compromete sua capacidade de tomar decisões adequadas às necessidades específicas de seus(uas) alunos(as).

4.6 Efeitos mágicos e adversos da Ritalina: *Ela apaga, ela some com a criança*

A Ritalina, principal substância utilizada pelas crianças diagnosticadas, aparece com frequência nas conversas entre os(as) profissionais da escola. Nesse contexto, a fala de uma das professoras sobre sua atuação ilustra esse aspecto:

A dor de cabeça não é quando toma [a Ritalina], porque tem um tempo de efeito. Vem depois, uma hora, duas horas depois. Quem tem TDAH, tem um problema aqui, nessa região [na parte frontal do cérebro]. O TDAH é um transtorno neurológico, que deixa essa parte mais lenta. A Ritalina ativa essa parte. E depois dá dor porque o cérebro tá ativado. Fica mais acelerado. Pode perguntar pras crianças que tomam: a dor de cabeça é na frente, onde precisa ser ativada. Essa dor tem a ver com a atenção dela. Ela fixa o olhar porque ela tá prestando atenção. Pensa que tem criança que não lê nada, não pega um livro, não copia... Quando ela consegue, o olho dela não tá acostumado. Porque tem que ter foco. Imagina uma criança, que nunca pegou um livro e senta pra ler? Vai forçar o olho (Professora 7, 31 anos).

Essa fala ancora a compreensão do TDAH na biologia do cérebro, como um transtorno orgânico localizável. Descrito como causado por uma lentidão na parte frontal, essa visão oferece, nesse contexto, uma fundamentação científica para o comportamento das crianças com TDAH. A utilização de termos como *transtorno neurológico* facilita sua objetivação,

transformando um conceito abstrato em uma explicação concreta. Coerente com essa representação, seu tratamento inclui o uso da Ritalina. Além disso, a dor de cabeça, um efeito adverso do medicamento, é ressignificada como uma consequência direta da ativação do cérebro “defeituoso” e relatada como uma evidência tangível do funcionamento do medicamento.

Apesar de o TDAH ser frequentemente reconhecido como um transtorno que interfere no processo de aprendizagem e causa prejuízos escolares, sendo muitas vezes até classificado como um transtorno específico de aprendizagem, a principal intervenção apontada pelos(as) profissionais da escola para lidar com crianças desatentas é a farmacológica, especialmente com o uso da Ritalina. Essa abordagem reflete uma crença predominante na eficácia do medicamento para melhorar a atenção e o comportamento das crianças em sala de aula:

Eu vejo que tem criança que só consegue [aprender e se comportar] se tiver com a medicação. A gente pode pensar mil alternativas, mas se a criança não passar no médico, se não tiver laudo, não tomar [a Ritalina], ela vai ficar o dia inteiro na escola, pode deixar no integral, que ela não vai nem se alfabetizar (Professora 7, 31 anos).

Tem criança que precisa tomar medicação. Não para, não se concentra...Mas tem momentos que tem que se concentrar. Não é que a criança tem que se concentrar o tempo todo, mas quando precisa, tem que se concentrar, entender o mecanismo de um jogo, a elaboração de uma resposta, de uma frase, uma operação matemática.... Tem criança que não vai sem o remédio. Não adianta (Professora 10, 57 anos).

Ninguém aprende sem atenção, com barulho em volta. É muito ruim pras outras crianças [...]. E tem os casos que a criança não avança, se não tiver medicada. Não adianta. É inteligente, até acima da média, mas não avança. Tem que ter atenção pra focar. Se não tiver, não vai avançar. A aprendizagem fica pra trás. Quando é assim, precisa do medicamento (Professora 15, 48 anos).

Ancoradas no caráter messiânico do medicamento e no contexto de patologização e medicalização, essas representações revelam uma tendência em buscar soluções imediatistas para problemas complexos, como os desafios da educação. Por meio de uma convencionalização, elas refletem a ideia de que o medicamento é essencial para garantir um ambiente de aprendizado adequado — *Ninguém aprende sem atenção, com barulho em volta* — e para garantir a aprendizagem independentemente do trabalho pedagógico — *A gente pode pensar mil alternativas, mas se a criança [...] não tomar [a Ritalina], ela vai ficar o dia inteiro na escola, pode deixar no integral, que ela não vai nem se alfabetizar*. Isso demonstra que, no contexto escolar, nomes de transtornos, que levam a intervenções reducionistas, são mais referenciados do que teorias pedagógicas (Ribeiro; Viégas; Oliveira, 2019). Nesse sentido, o medicamento tem sido considerado o “solucionador” dos problemas de hiperatividade e falta de atenção (Viégas; Oliveira, 2014).

O entendimento de que a Ritalina pode resolver os problemas de escolarização também

esta fundamentado na autoridade e na confiança que o medicamento representa para os(as) profissionais da escola; não apenas para eles(as) e nem apenas em relação a ela, visto que os medicamentos “estão no centro das relações sociais com a doença em quase todas as sociedades” (Desclaux, 2006, p. 113), como substâncias atrativas em muitas culturas diferentes, mesmo aquelas menos impactadas pelo processo de medicalização, facilitando processos simbólicos e sociais. A cura ou o manejo dos sofrimentos são considerados dependentes desses produtos, “coisas” concretas que guardam o poder curativo em si mesmos, levando a um “encanto” dos medicamentos (Geest; Whyte, 2011):

Vou ser bem sincera. Eu sou a favor do remédio, da medicalização. Se todos tivessem acesso ao medicamento, quem precisa, tinha de ter. Eu acho que tem um tabu sobre o medicamento, que não pode tomar (Professora 7, 31 anos).

Eu sou a favor, totalmente a favor [...]. Porque é um problema biológico. É um transtorno. Tem casos que com quinze dias já dá pra perceber melhora. O que acontece: elas [as crianças] recebem as informações, mas o cérebro agitado não deixa elas processarem as informações. Não é que elas não conseguem aprender. A hiperatividade não deixa. Aí, a Ritalina contribui pra eles desenvolverem a aprendizagem (Professora 11, 49 anos).

Se tem [medicamento], é comprovado, porque não usar? O TDAH é um problema neurológico, de aprendizagem. Tem criança que nem copia do quadro porque não consegue. Mas se pelo menos ela copiar, ela vai ter no caderno. Aí, quando ela pegar mais tarde, ela vai conseguir ver o que ela fez e vai voltar naquilo [...]. Com a medicação, pelo menos elas conseguem [copiar] (Professora 21, 38 anos).

Frequentemente, são mencionados casos específicos que simplificam e generalizam os efeitos considerados eficazes do uso da Ritalina: *Ele ficava tranquilo na carteira, e retinha o que aprendia, guardava. Aí ele começou a se desenvolver no processo de leitura e escrita* (Professora 16, 49 anos) / *A resposta foi imediata. Era outra criança. Fazia as atividades, já começou a fazer leitura, desenvolveu a escrita...* (Professora 19, 53 anos) / *Ele melhorou muito. Da água pro vinho. Esse eu posso dizer, com certeza: você não tem noção do quanto ele melhorou* (Professora 25, 47 anos).

No entanto, essa constatação, realizada no tempo vivido, é frequentemente relativizada no tempo curto, quando os(as) profissionais da escola afirmam que as crianças com TDAH, mesmo medicadas, *não vão alcançar as outras crianças, mas melhoram bastante* (Professor 8, 38 anos):

É uma melhora geral. Eles têm muita defasagem. Tem uma melhora, mas não na média da sala. A matemática que é o problema mais grave. Eles não entendem o mecanismo das operações, o raciocínio lógico (Professora 14, 39 anos).

Não é que eles conseguem o mesmo que a turma consegue. Esses, que eu te falei que melhoraram, eles melhoraram

na organização, na leitura...Eles ainda não têm uma autonomia. Mas tem que resgatar o que eles perderam (Professora 19, 53 anos).

Eles melhoram...Mas aí tem que ver que uma coisa é a criança que vem lá do primeiro ano, no ritmo. Outra coisa é a criança que tinha dificuldade e foi diagnosticada no segundo, no terceiro ano.... Não dá pra fazer essa comparação (Professora 24, 58 anos).

Por outro lado, em muitos casos, essa mudança é predominantemente comportamental, com as crianças apresentando menos inquietação — essa alteração leva a Ritalina a ser popularmente conhecida como “droga da obediência” — uma melhora que nem sempre se traduz necessariamente em um avanço acadêmico significativo. Dessa forma, ao considerar os impactos do medicamento, é crucial distinguir entre uma redução nos comportamentos considerados problemáticos e uma real evolução no desenvolvimento pedagógico.

O uso da Ritalina, assim como o de outras substâncias psicotrópicas, pode mascarar problemas subjacentes que continuam a afetar o desempenho escolar das crianças diagnosticadas: *O comportamento é outro. Aí eles conseguem focar. Já é o começo pra eles se desenvolverem (Professora 5, 45 anos) / Ele não conseguiu desenvolver a leitura e a escrita porque ele era fraquinho, mas o comportamento melhorou muito [...]. Quando resolve o comportamento, eles caminham na aprendizagem (Professora 16, 49 anos) / Muda o capricho com o material, eles ficam mais quietos, não ficam levantando da carteira.... O material fica mais organizado, mais limpo... A aprendizagem também melhora. Não é imediato, mas melhora (Professora 18, 45 anos).*

Como explorado no segundo capítulo, é importante também considerar que a Ritalina pode causar efeitos adversos que atingem todos os sistemas do organismo. Esses efeitos são conhecidos pelos(as) profissionais da escola, que mencionaram principalmente *dor de cabeça, perda de apetite, náusea e boca seca*. Eles(as) também disseram ter percebido que algumas crianças se tornaram *mais hiperativas*, e que outras apresentaram um *olhar parado*:

Eu tive um menino que chorava na sala. Eu dava aula no quadro com o menino abraçado [em mim] e chorando [depois de medicado]. Mas se não medicasse, ele ficava irritado porque não conseguia fazer. Aí tomava e chorava. Depois, ele parava [...]. Ele não sabia dizer o que era. Eu acho que ele ficava angustiado, ansioso, não sei...Mas não dava pra deixar sem [a Ritalina] (Professora 5, 45 anos).

A Ritalina tira a fome. Não dá fome. E a mão fica mais fria. Dependendo do organismo, fica apático. Eu tinha um aluno que chegava e tinha café às oito horas, porque ele era do integral. Ele não tomava. No almoço, ele não comia. Ele não tinha fome. Ele ia pra fila, recebia o almoço, mas não comia. O ruim é que eles perdem peso. Esse menino amiudou. De fevereiro até dezembro, era nítido o quanto ele emagreceu (Professora 18, 45 anos).

Tem crianças do integral que quando chegam medicadas dormem seis, das sete horas que ficam na escola. Ficam seis horas dormindo e acordam de tarde sem saber onde tá. Esses não acompanham nada. Eles só dormem. Aí

não escrevem, não leem, têm dificuldade de leitura, de escrita... (Professor 23, 46 anos).

Esses efeitos, no entanto, foram relativizados sob algumas condições. Por exemplo, eles(as) questionaram o que é mais vantajoso: deixar a criança sem medicação, evitando assim os efeitos adversos, mas comprometendo a aprendizagem, ou utilizar a medicação, enfrentando os efeitos adversos, mas permitindo a aprendizagem. Além disso, levantaram a questão de se as famílias administram a dose prescrita e mencionaram a realização de exames prévios ao uso dessa substância para minimizar ou evitar a ocorrência desses efeitos adversos: *Se for pela receita que o médico prescreveu, não tem dependência. Mas a família tem que cuidar. Dar a dose certa* (Pedagoga 2, 39 anos) / *Eu vejo que os efeitos são menos graves do que ficar sem, pra maioria. Sem o remédio, eles não conseguem. E qual remédio não dá efeito colateral? Todos dão alguma coisa* (Pedagoga 4, 34 anos) / *Tem os efeitos, mas aí tem que ver: o que que é melhor? A criança tem que aprender* (Professora 2, 57 anos).

Nesse aspecto, as representações da Ritalina podem ser entendidas como uma convergência de diferentes influências temporais. O tempo longo, representado pelas descobertas científicas sobre os efeitos da medicação, interage com o tempo vivido pelos(as) profissionais da escola, que lidam com as experiências cotidianas das crianças, enquanto o tempo curto traz à tona as experiências imediatas e os efeitos diretos da medicação no comportamento e no desempenho das crianças. Portanto, a visão coletiva sobre o uso da Ritalina, embora informada por uma compreensão do TDAH como um transtorno médico, também é marcada pelas interações entre as experiências cotidianas dos profissionais e os efeitos imediatos da medicação. Essas representações são influenciadas por um estilo de pensamento (Fleck, 2010) compartilhado pelos(as) profissionais da escola sobre o que é melhor para a criança, considerando as limitações e os benefícios da medicação.

Por conhecer os sintomas do TDAH ou as características associadas a ele, assim como os efeitos da Ritalina, sejam eles considerados terapêuticos ou adversos, os(as) profissionais da escola conseguem identificar se as crianças tomaram ou não o medicamento. Em alguns casos, essa percepção pode ser distorcida, levando a exageros em suas observações, como interpretar o fato de uma criança ir *pra fila do almoço* como um sinal de que ela não foi medicada:

É muito tempo de experiência em sala de aula. Quando chega mais agitado, conversando muito, eu já pergunto: ‘Tomou o remédio hoje?’ Aí eles falam: ‘Faltou comprimido’, ‘Acabou o remédio’, ‘A mãe não comprou’, ‘A mãe esqueceu de dar...’ Já teve casos que eu pedi pra mãe deixar comigo. Aí eu dava aqui. A mãe esquecia. Não dava. Elas não se preocupam (Professora 3, 44 anos).

Tem mãe que diz que dá, mas não dá. É fácil saber. É só encostar a mão na palma da mão da criança. Se a palma

da mão tá fria, é porque ele tomou. Se tá quentinha, ele não tomou. A gente percebe. E se a criança come. Se ela come, é porque não tomou a medicação, porque tira a fome, esse é o pior efeito. Tira a fome. A criança não come. Aí, se ela vai pra fila do almoço, é porque ela não tomou (Professora 18, 45 anos).

Essas observações refletem a visão dos(as) profissionais da escola sobre os efeitos da medicação, destacando uma tensão com as famílias. Muitos(as) desses(as) profissionais apontam que, devido à falta de compreensão sobre a importância do medicamento ou por desconhecimento, as famílias frequentemente interrompem o tratamento dos(as) filhos(as):

Têm pais que vão uma vez e voltam com o laudo e não dão sequência no tratamento. Aí é um problema. A criança tem resposta positiva, mas os pais não dão sequência. Aí elas param com tudo, e a criança involui [...]. Eles têm medo porque é remédio controlado. Tem família que nega, que não aceita que a criança tem TDAH... Aí tem família que fala que dá mas não dá.... A criança despenca (Pedagoga 6, 39 anos).

Eu acho que falta esclarecimento. As famílias são muito leigas. Eles têm medo de dar dependência, de tirar o apetite...E tem família que não acredita que o filho tem TDAH. Eles tiram [...]. Uma vez, era começo do ano, a professora da Sala de recurso falou pra uma mãe que precisava renovar o laudo. Que quando ela fosse no médico, era pra ela pedir outro laudo. Eles vão no médico de três em três meses. A mãe atravessou o ano e não trouxe o laudo. Que ainda não tinha ido [ao médico] porque o filho tinha medicamento em casa. Quem compra medicamento pra um ano? O médico nem dá receita. Ela suspendeu por conta (Professora 15, 48 anos).

Essas falas também refletem as diferentes representações do transtorno, influenciadas pelos processos de dispersão e focalização das informações sobre essa condição e seu tratamento. A diversidade de perspectivas, que revela as múltiplas camadas de entendimento sobre o transtorno, foi ainda mais evidente no retorno presencial das crianças após a pandemia de Covid-19. Esse retorno foi marcado pela constatação de atrasos no desenvolvimento pedagógico das crianças, especialmente entre aquelas com TDAH ou outros diagnósticos. Os(as) profissionais da escola, ao identificar as causas desses atrasos, mencionaram as dificuldades das famílias em acompanhar as crianças, as limitações dos recursos tecnológicos e a falta de interação presencial, além de sugerirem que muitas famílias possivelmente não administraram o medicamento durante o período do ensino remoto emergencial.

No entanto, a centralidade do medicamento pode ser ressignificada no tempo curto, especialmente quando os(as) profissionais da escola o relacionam negativamente aos efeitos adversos e às implicações para a aprendizagem: *Tem muitos casos que o medicamento atrapalha. Seria melhor se não tomar (Professora 13, 48 anos) / Precisa tomar, mas se a criança conseguir ficar sem, é melhor. Pra alfabetização, é melhor. Com certeza. Tem criança que fica muito sonolenta. Isso atrapalha o desenvolvimento dela (Professora 20, 34 anos) / Mas pra ser sincero, seria bom se a criança conseguisse sem medicamento. O medicamento é ruim. O aluno dorme. Aí, ele é prejudicado. Uma vez uma médica falou, eu vi no YouTube, que a*

Ritalina é muito forte. Ela apaga, ela some com a criança (Professor 23, 46 anos).

Essa reconsideração reflete um processo de julgamento mais complexo, que, como discutido no primeiro capítulo, está enraizado nas classificações baseadas em protótipos, que melhor definem uma categoria. Essas classificações não são neutras, pois sempre envolvem valores positivos ou negativos que influenciam a maneira como as crianças são percebidas e categorizadas. Dessa forma, diferentemente da ciência, que parte “das premissas para as conclusões, assim como a jurisprudência tem a tarefa de assegurar a primazia do julgamento sobre o veredito”, no “pensamento social, as conclusões têm a primazia sobre as premissas” (Moscovici, 1981, p. 186), o que pode levar a generalizações precipitadas sobre as crianças com base em características que se encaixam nesses protótipos.

Com isso, os(as) profissionais da escola emitem um veredito amplo sobre as crianças antes de julgamentos individualizados: crianças agitadas U incomodativas U indisciplinadas U desatentas = crianças com TDAH, que frequentemente recebem Ritalina. Por outro lado, quando a criança é apenas desatenta e não causa distúrbios evidentes na sala de aula, os(as) professores(as) podem hesitar em considerar a Ritalina como um instrumento necessário de intervenção. Nesse caso, o veredito, enunciado antes do julgamento, pode ser revisado para acomodar uma conclusão mais aprofundada sobre as necessidades das crianças:

Eu já tive casos que o médico receitou Ritalina, mas que foi encaminhado por que era desatento. Ele não tinha problema de hiperatividade, de comportamento... Eu acho que ele não precisava tomar. Podia ser um medicamento mais leve (Professora 12, 46 anos).

Eu tenho um [aluno] que não conversa com ninguém. Ele é mais introspectivo. Não atrapalha em nada. Pra ele, eu tinha que dar uma atenção. Ele é amoroso, é inocente... Eu acho que ele nem precisa tomar [Ritalina] (Professora 22, 32 anos).

Dá dó desse menino. Ele é agitado, mas quando a gente conversa com ele e fala: ‘Olha, já deu’...ele para, obedece. Não sei se o caso dele precisa de remédio. Às vezes, nem precisava (Professora 24, 58 anos).

Esse mesmo processo, em que os vereditos antecedem o julgamento, também pode ser observado na promoção das crianças que não aprendem, especialmente das que apresentam TDAH. Muitas vezes, a decisão de promover a criança de ano escolar ocorre sem uma avaliação criteriosa sobre a validade ou legitimidade da retenção ou aprovação, assim como das necessidades individuais e do contexto de aprendizado. Nesse cenário, mesmo quando a criança não adquiriu os conhecimentos esperados, prevalece a crença de que, por apresentar comportamentos associados ao TDAH, ela não terá condições de aprender no mesmo ritmo ou proporção que as crianças sem o transtorno. Esse pensamento não apenas reforça expectativas

limitantes, mas também pode influenciar a forma como a escola se envolve no processo de ensino, reduzindo o investimento em estratégias diferenciadas.

4.6.1 A medicalização das “crianças verdes”: entendimentos a partir da THC

Embora as perspectivas sobre a necessidade de medicação variem entre os(as) profissionais da escola, uma interpretação recorrente é a de que algumas crianças não aprendem ou não se comportam adequadamente devido à sua *imaturidade* ou *atraso* no seu desenvolvimento. Essa concepção implica que elas não desenvolveram certas capacidades psicológicas, como a atenção, que, nesse caso, seria considerada fraca ou insuficiente. Diante dessas “crianças verdes”, a escola se vê em uma encruzilhada: esperar que elas amadureçam naturalmente ou recorrer a substâncias farmacológicas, como a Ritalina, para estimular o desenvolvimento da atenção e controlar comportamentos inadequados.

Essa abordagem reflete uma concepção inatista e biologizada do desenvolvimento humano, em que se acredita que o medicamento pode compensar um atraso natural no desenvolvimento, como se as crianças devessem ser intrinsecamente atentas e comportadas desde o início, independentemente do trabalho pedagógico. Esses casos englobam, por exemplo, as crianças que chegam *no terceiro ano com defasagem cognitiva*, e cuja *idade mental não é de criança do terceiro ano* (Pedagoga 6, 39 anos), ou que são *muito cruas*, com um *desenvolvimento mais lento* (Professora 5, 45 anos). Por conta dessas limitações, elas precisariam de medicamentos para que a *parte do cérebro que é imatura*, e que apresenta um *desenvolvimento atrasado*, seja *ativada* (Professora 7, 31 anos). Esse uso *não é para sempre*, pois *Chega uma hora que a criança vai sozinha, porque já tem uma maturidade* (Professora 25, 47 anos).

Essas representações se alinham à compreensão médica do TDAH, que considera o adulto ou a criança com o transtorno como imaturos em relação ao controle do comportamento e ao desenvolvimento da capacidade de atenção, em comparação aos indivíduos sem TDAH (Barkley, 2002). Contudo, o conceito de maturidade é influenciado por fatores culturais, locais, circunstanciais e temporais (Caliman, 2012). Além disso, como tratado no segundo capítulo, essa compreensão é construída a partir de uma perspectiva quantitativa, na qual a criança com TDAH é vista como alguém com um desenvolvimento inferior no que se refere à atenção e à autorregulação.

Decorrente desse entendimento biologizado do desenvolvimento humano, a Ritalina também é frequentemente associada a um *aprimoramento* neurocognitivo e à *motivação*,

especialmente no que diz respeito ao desenvolvimento da atenção em crianças diagnosticadas com TDAH. O medicamento é percebido como um meio de melhorar a concentração durante as atividades escolares, o que, na visão dos(as) profissionais da escola, reflete diretamente na capacidade das crianças de focar e aprender: *O medicamento ajuda no desenvolvimento da atenção e envolve a motivação* (Pedagoga 3, 48 anos), visto que *O mecanismo do cérebro é esse: precisa focar pra ter a aprendizagem*. Com isso, *a criança consegue se concentrar por mais tempo* (Pedagoga 5, 48 anos) / *Às vezes, é um passe de mágica. Eles ficam quietos, controlam o comportamento, reforçam a atenção. Traz um aprimoramento pra eles* (Professora 11, 49 anos). Em suma, *Eles têm um salto. Dá um up* (Professora 18, 45 anos).

Nesse contexto, os(as) profissionais da escola destacam o impacto positivo do medicamento em termos de concentração, comportamento e rendimento, naturalizando e convencionalizando seu uso no cotidiano escolar. A ideia de neuroaprimoramento é objetivada nas observações de que as crianças *se acalmam, escutam, participam e conseguem realizar as atividades*. Esse termo, neuroaprimoramento, refere-se à percepção de que o medicamento não apenas controla o comportamento, mas também potencializa habilidades cognitivas essenciais para o aprendizado, resultando em um *up* na concentração das crianças. Além disso, essa melhoria na atenção é interpretada como um aumento na motivação escolar, visto que as crianças se envolvem mais nas atividades. Por fim, a objetivação da atenção e da hiperatividade por meio do diagnóstico de TDAH reforça a interpretação da Ritalina como uma solução tangível para os desafios comportamentais e cognitivos no ambiente escolar.

Em contraste com essa visão reducionista, na qual o medicamento é visto como um auxiliar externo, a THC oferece uma perspectiva mais abrangente sobre o desenvolvimento humano. Essa teoria, baseada nos trabalhos de Vygotski, Luria e Leontiev, ajuda a compreender a relação que os(as) profissionais da escola mantêm com o TDAH e seu tratamento. A THC se opõe “à concepção inatista e compreende que o homem se constitui em suas relações sociais”, pressupondo que o processo de desenvolvimento humano não ocorre de forma natural ou genética, mas sim por meio de uma relação dialética que envolve a apropriação do conhecimento, permitindo ao ser humano, ao incorporar a cultura, ser por ela influenciado e, simultaneamente, construir sua própria história (Szymanski; Teixeira, 2022, p. 6).

Nesse sentido, conforme Eidt e Tuleski (2010), o objetivo é superar as visões idealistas, biologizantes e mecanicistas do psiquismo humano, que o compreendem como uma mera maturação biológica. As autoras levantam questionamentos que são cruciais para entender a abordagem do TDAH, especialmente diante da falta de clareza do quadro clínico: Que perspectiva teórica norteia a prática medicalizante como alternativa — geralmente a única

opção — para a contenção dos comportamentos considerados desviantes? O que contribui para o desenvolvimento parcial das funções psicológicas superiores, como a atenção e o comportamento? Como essas funções são concebidas a partir de uma perspectiva histórico-cultural? Esse desenvolvimento é apenas biológico, maturacional, ou decorrente de um processo histórico-social, filogenético e ontogenético? Como a Psicologia e a Educação podem atuar no contexto escolar para promover o desenvolvimento dessas funções?

Ferracioli (2019, p. 426) esclarece a distinção entre as funções psíquicas elementares e as funções psíquicas superiores, destacando que as primeiras são inatas, enquanto as segundas se desenvolvem através da interação social e da internalização dos conhecimentos culturais. Essa distinção é fundamental para compreender o desenvolvimento cognitivo na perspectiva da THC, que vê a construção do psiquismo humano como um processo dinâmico e socialmente mediado:

As primeiras foram definidas como capacidades inatas, que existem sem a mediação de signos da cultura, limitadas às possibilidades biológicas reflexas dos organismos. São importantes no período ontogenético inicial do desenvolvimento, mas estão muito aquém daquelas próprias do gênero humano. Já as [funções psíquicas superiores] caracterizam-se por serem essencialmente mediadas pelos signos que, ao efetivamente cumprirem seu papel volitivo tornam-se ato instrumental na atividade do sujeito. A capacidade do indivíduo de controlar de forma consciente e intencional aptidões psicofísicas propriamente humanas abarca o desenvolvimento [dessas funções].

De acordo com a THC, o indivíduo nasce com funções elementares, comuns a outros animais, e se humaniza a partir das interações sociais que promovem o desenvolvimento das funções psicológicas propriamente humanas. Essas funções não são inatas nem pré-requisitos “para a apropriação dos conteúdos escolares”, mas se voluntariam “ao longo do processo de desenvolvimento cultural da criança, na dependência da apropriação dos signos da cultura” a partir de um processo histórico-cultural (Tuleski *et al.*, 2019, p. 159). Esse processo depende fundamentalmente da relação com outros seres humanos que ensinam e das oportunidades concretas que emergem das relações sociais (Ferracioli, 2019, 2023; Meira, 2012, 2019; Szymanski; Teixeira, 2022; Tuleski *et al.*, 2019).

Nesse contexto, a educação escolar tem o papel fundamental de garantir que o sujeito se aproprie da produção humana material e simbólica, promovendo um desenvolvimento cultural e psíquico qualitativamente superior. A atuação do professor é primordial, ao possibilitar o acesso das crianças aos signos e instrumentos da cultura. É por meio da mediação desses signos e instrumentos que ocorre um salto qualitativo nas funções inicialmente biológicas. Esse processo transforma a estrutura psíquica da criança, promovendo o

desenvolvimento de formas de atenção, memória, imaginação e comportamento, funções que se manifestam como ações voluntárias (Eidt; Tuleski, 2010; Ferracioli, 2023).

No entanto, muitas vezes, há uma tendência a comparar crianças e adultos com base em critérios quantitativos de desenvolvimento humano, desconsiderando que as novas qualidades surgem por meio da apropriação cultural, e não simplesmente pela maturação biológica que se efetiva em determinado momento. Nesse aspecto, a escola não deve apenas aguardar o amadurecimento das crianças, mas criar as condições necessárias para seu desenvolvimento, reconhecendo que “criança não é manga”; “ela não amadurece” (Asbhar; Nascimento, 2013). Oferecer *atividades mais fáceis* não contribuirá para esse desenvolvimento, pois “o único bom ensino é o que se adianta ao desenvolvimento” (Vigotski, 2010, p. 114).

Esse entendimento é fundamental para a prática pedagógica, pois orienta questões como o que, como e o por que ensinar. Ele aborda o conteúdo, o modo de organizar o ensino e a finalidade da educação. As teorias do desenvolvimento humano — como a concepção inatista, a concepção empirista/ambientalista e a concepção dualista — delimitam as possibilidades da aprendizagem, determinando se a educação pode ou não intervir nesse processo. O termo desenvolvimento, nesse contexto, refere-se às mudanças que ocorrem ao longo do ciclo de vida dos indivíduos, e o estudo dessas mudanças busca compreender os fatores que as influenciam (Asbhar; Nascimento, 2013). Nesse sentido, a escola deve promover o desenvolvimento psíquico do sujeito por meio de atividades intencionais e organizadas. A atividade humana, que envolve a relação objetiva-subjetiva do sujeito com o mundo, é impulsionada por motivos formados a partir das necessidades. Segundo Leontiev (1978), em cada fase da vida há uma atividade central que guia o desenvolvimento psíquico. No Primeiro Ciclo do EF, a atividade de estudo torna-se predominante, exigindo que a criança seja orientada para novos objetos e informações, o que requer a orientação dos adultos.

Esse momento exige novas obrigações da criança, impondo-lhe outras formas de relacionamento e inserindo-a em novos contextos sociais. Isso requer que ela direcione sua ação a objetos e informações que até então desconhecia ou não se interessava, mas que são essenciais para a atividade escolar. No entanto, a criança ainda não tem controle total sobre sua atenção, e por isso necessita do adulto para direcioná-la (Ferracioli, 2023). Nesse sentido, Meira (2012, p. 138-9) destaca que “É um verdadeiro contrassenso que a escola exija da criança funções psicológicas superiores em relação às quais deveria assumir um papel diretivo e efetivo”. Portanto, a compreensão do fenômeno deve ser orientada não a partir das funções psicológicas elementares, mas sim das funções psicológicas superiores, historicamente desenvolvidas (Eidt; Tuleski, 2010; Ribeiro; Viégas; Oliveira, 2019).

Diante disso, as crianças não podem ser deixadas sozinhas em tarefas que exigem habilidades que ainda não possuem, pois, nesse caso, é provável que elas falhem, independentemente do conteúdo, do formato da aula ou dos recursos utilizados. Elas dependem dos(as) professores(as) para se atentarem às tarefas escolares, especialmente quando ainda não internalizaram suficientemente os conceitos do currículo e quando não têm motivos claros para estudar. Nesse contexto, as crianças não são, por si só, desatentas, mas sim, que as condições sociais não promoveram o desenvolvimento adequado de suas capacidades (Ferracioli, 2023).

Nesta pesquisa, 17 crianças, de um total de 30 famílias participantes, foram diagnosticadas ou consideradas em risco para TDAH durante o EI e o 1º ano do EF. Esse período é caracterizado pelo início da aquisição de habilidades culturais complexas, que exigem uma organização superior das funções psicológicas. Isso demanda que os professores estejam adequadamente preparados para lidar com essas dificuldades. No entanto, a partir de uma visão reducionista, “a educação da conduta por meio dos conteúdos escolares vem sendo substituída por uma fórmula química” (Franco; Mendonça; Tuleski, 2020, p. 45; Oliveira; Viégas; Ribeiro, 2015).

Ferracioli e Tuleski (2013) e Ferracioli (2019, p. 417) ressaltam que o objetivo não é minimizar as dificuldades pedagógicas e comportamentais apresentadas por algumas crianças, mas reconhecer que essas dificuldades frequentemente resultam de um desenvolvimento parcial de suas funções psicológicas superiores, e não de condições patológicas, como afirma a abordagem hegemônica. Embora a TDAH não seja o foco principal desta pesquisa, ela é mencionada por suas contribuições para compreender o desenvolvimento humano em um contexto social, além de oferecer uma alternativa concreta à medicalização, pela possibilidade de gerar desenvolvimento dessas funções por meio de um ensino de qualidade, intencional e organizado, “ou seja, pela apropriação/objetivação de signos da cultura que mediarão conscientemente a conduta pelos sujeitos que aprendem”. Isso sugere que, em vez de se concentrar em intervenções médicas, é possível fomentar o desenvolvimento das funções psicológicas superiores por meio de práticas educacionais eficazes e intencionais.

4.7 Equipes de saúde nas escolas: *A gente precisa de um apoio*

As práticas de autocuidado indicadas a seguir refletem uma rotina pessoal idealizada para as crianças, inserida em um contexto de higienização nas escolas e sustentada por representações sociais enraizadas no decorrer do tempo:

Hoje escovei os dentes.
 Hoje tomei banho.
 Hoje fui à latrina e lavei as mãos com água e sabão.
 Hontem me deitei cedo e dormi com as janelas abertas.
 De hontem e para hoje já tomei mais de 4 copos d'água.
 Hontem comi ervas ou frutas, e bebi leite.
 Hontem mastiguei devagar tudo quanto comi.
 Hontem e hoje andei sempre limpo.
 Hontem e hoje não tive medo.
 Hontem e hoje não menti (Sá, *apud* Boarini e Yamamoto, 2004).

Essas práticas podem ser vistas como uma metáfora para as expectativas dos(as) profissionais da escola em relação à assistência médica para os alunos. Os dados da pesquisa mostraram que 22 dos(as) 31 profissionais já sugeriram às famílias procurar atendimento médico para avaliar se seus(uas) filhos(as) poderiam ter algum comprometimento de saúde, sendo o TDAH a principal motivação. Essas representações estão ancoradas na crença de que os serviços médicos são essenciais para o manejo das dificuldades escolares, como desatenção e inquietação:

Se a criança com dificuldades [de aprendizagem e comportamento] for acompanhada pelo profissional de saúde poderá superar muitas das dificuldades (Pedagoga 3, 48 anos).

O acompanhamento dessas crianças pelo sistema de saúde é essencial. Uma parceria séria entre a escola, a família e a rede de saúde para as observações clínicas e pedagógicas da evolução da aprendizagem (Professora 12, 46 anos).

[Os serviços de saúde] Podem amenizar esses problemas através de consultas médicas, acompanhamentos de profissionais específicos como psicólogos e fono[audiólogos] (Professora 19, 53 anos).

Para alguns(mas) desses(as) profissionais, a integração de equipes médicas nas escolas poderia garantir atendimentos rápidos e eficazes, além de diagnósticos e intervenções diretamente com as crianças e as famílias. Essas equipes poderiam oferecer *palestras para falar do celular, da alimentação, da participação da família na escola, das horas de sono* e da necessidade de *seguir* o uso dos medicamentos prescritos, ajudando a desconstruir alguns *mitos* em torno do tratamento farmacológico. Além disso, poderiam acompanhar as crianças clinicamente sem necessidade de consentimento das famílias, por serem legalmente constituídas.

De um modo geral, eles(as) acreditam que a presença dos especialistas em saúde poderia facilitar a interação com as famílias, uma vez que, frequentemente, elas não seguem a recomendação para o encaminhamento das crianças. A ideia de que esses especialistas poderiam influenciar a adesão das famílias às orientações médicas é um exemplo de como essas representações são objetivadas em ações e sugestões concretas, uma abordagem que foca na

necessidade de uma solução prática — a presença da equipe de saúde — sem abordar as mudanças nas metodologias pedagógicas e nas razões subjacentes pelas quais algumas famílias não realizam os encaminhamentos sugeridos. Mantidas pelo tempo longo, essas representações são constantemente atualizadas pelas observações dos(as) profissionais da escola no tempo vivido ao lidarem com situações que envolvem tanto questões médicas quanto tensões com as famílias:

As escolas tinham de ter um serviço itinerante com psicólogo, oftalmologista, médico... que visitasse as crianças. Tem criança que tá indo pro quinto ano que não enxerga, e a mãe não leva no oftalmologista. Quando a gente fala pra mãe, pro pai, que precisa levar no médico, eles pensam: 'O que que essa professora sabe de TDAH? O que que ela sabe de déficit de atenção?'. [Esse serviço itinerante] Faria o que a escola não consegue fazer. Podia fazer [a consulta] na escola. A gente teria um respaldo médico nessas crianças (Professora 3, 44 anos).

A gente fala muito de ter um equipe da saúde aqui. Com psicólogo, médico... Tem família que não acredita na gente. A gente não é médico, mas a gente conhece. Se tivesse uma equipe, eles [os profissionais da saúde] podiam chamar a família e resolver direto com eles (Professora 22, 32 anos).

Especificamente, essas representações indicam que a intervenção médica e o apoio de especialistas são vistos como necessários, e até essenciais, para o desenvolvimento das crianças. Dessa forma, esses(as) profissionais resolvem a insegurança em relação ao que não é familiar, que, nesse contexto, refere-se à incerteza sobre como lidar com comportamentos que fogem ao idealizado e ao controle dentro do ambiente escolar — *Quando eu comecei, a minha primeira turma foi a turma dos sonhos. Agora não é* (Professora 13, 48 anos) — ameaçando a condução do trabalho docente. O imprevisível e a dificuldade de aprendizagem das crianças com TDAH criam desafios que parecem ir além das práticas pedagógicas convencionais.

Outro ponto levantado pelos(as) profissionais da escola diz respeito ao aumento de casos de crianças com transtornos que interferem na aprendizagem. Segundo eles(as), esses transtornos exigem um suporte que a escola, sozinha, não consegue oferecer adequadamente:

O problema hoje é o SUS [Sistema Único de Saúde]. Neuropediatra, psiquiatra e neuro[logista] é muito difícil. A gente chama a mãe no primeiro ano. Quem consegue, faz particular, mas se for pelo SUS, demora um ano. Aí a criança já tá no segundo, no terceiro ano... A saúde tinha que priorizar a educação. Tinha de ter atendimento direto nas escolas. Adiantava o atendimento [...]. Hoje tem muito diagnóstico neuro. A escola não consegue sozinha. A gente precisa de um apoio (Pedagoga 5, 48 anos).

A gente precisa desse suporte. Não sei porque, mas o número de crianças com transtorno aumentou muito. Não tinha tanto. Quando eu estudava, não tinha...Quando eu comecei [na docência], não tinha. Agora é autismo, dislexia, discalculia, TDAH...a gente não consegue mais. Tem que ter uma equipe nas escolas pra ver esses casos (Professora 12, 46 anos).

Embora reconheçam o aumento no número de crianças diagnosticadas com transtornos

psiquiátricos e de aprendizagem, a análise desses casos, muitas vezes, não vai além da constatação superficial. A questão é abordada sem uma discussão aprofundada das condições sociais, políticas e educacionais nas quais essas crianças estão inseridas. Não há, por exemplo, uma compreensão do contexto escolar e das conjunturas políticas associadas a ele, incluindo suas próprias condições de trabalho. Isso só ocorre em casos específicos, quando são apresentadas justificativas para a falta de proposição de mudanças nas práticas pedagógicas em relação às crianças agitadas, desatentas ou já diagnosticadas.

Além disso, há uma distorção ao focar na necessidade de uma intervenção da área da saúde como uma solução eficaz para as dificuldades escolares, sem considerar as limitações e os desafios estruturais enfrentados tanto pela escola quanto pelo sistema de saúde. A demanda por uma equipe médica nas escolas e a crítica ao SUS revelam uma tentativa de suprir deficiências percebidas na prática educativa. No entanto, isso distorce a compreensão da situação ao não reconhecer que a integração entre saúde e educação é uma questão complexa, que pode, inclusive, potencializar o processo de medicalização e borrar as fronteiras e competências da atuação profissional. Por outro lado, essas representações evidenciam como os(as) profissionais da escola se sentem desassistidos, frequentemente lidando sozinhos(as) com problemas para os quais não possuem os recursos adequados, o que os(as) leva a buscar soluções externas, como a medicalização, em vez de enfrentar as questões estruturais e pedagógicas que afetam o ambiente escolar.

4.8 Uma síntese das representações sociais dos(as) profissionais da escola

De um modo geral, os(as) profissionais da escola compartilham do mesmo universo consensual, “um espaço institucionalizado em lugares do cotidiano e [que] exige cumplicidade no que diz respeito a tópicos que podem ou não serem ignorados” (Ortiz; Triani; Magalhães Júnior, 2023, p. 103). A construção desse universo, distinto e complementar ao universo reificado, é fundamentada na conversação diária entre esses(as) profissionais, interações que permitem a troca de experiências, percepções e conhecimentos sobre o TDAH. A longo prazo, essas conversações criam “estabilidade e recorrência, que capacitam as pessoas a compartilharem um estoque de imagens e ideias que elas consideram certas e aceitas dentro do seu grupo de pertença” (Fleck, 2010, p. 103-4), criando uma rede de significados que são adotados e validados pelo grupo.

Como aponta Guareschi (2011, p. 171), “O barco está à deriva, pronto a deslizar, impulsionado por essa correnteza ‘motivadora e mobilizadora’ da não familiaridade. É preciso

agora encontrar faróis que o orientem e margens seguras que o ancoram nos jordões da existência”. Assim, nesta última subseção, proponho um exercício de síntese das representações sociais dos(as) profissionais da escola sobre o TDAH. Para isso, elaborei um texto específico sobre os processos de ancoragem e objetivação, além de um diagrama⁴² que, espero, tornem esses processos mais visíveis. Embora possa não ter abrangido completamente o conjunto dessas representações, acredito que tenha tornado esse entendimento um pouco mais didático.

No primeiro capítulo, apresentei as condições cognitivas estruturantes da ancoragem para a elaboração das representações sociais: (1) Atribuição de um sentido a um objeto, pessoa ou fenômeno; (2) Instrumentalização do saber; e (3) Enraizamento no sistema de pensamento. Essas condições atendem à necessidade intelectual de construir modelos de pensamento capazes de compreender novas informações que impactam nosso contexto social. Para isso, ancoramos esse modelo em conceitos presentes em nossa estrutura cognitiva (Almeida Junior; Magalhães Júnior; Batista, 2022). A ancoragem e a objetivação ilustram como a elaboração das representações sociais ocorre através de processos do psiquismo, mas sempre ligados ao tecido social (Jovchelovitch, 2011).

Com a apresentação, no segundo capítulo, das circunstâncias históricas nas quais o TDAH se consolidou como um dos principais diagnósticos psiquiátricos, assim como das representações dos(as) profissionais da escola, é possível que essas funções sejam melhor operacionalizadas:

(1) Atribuição de um sentido: O TDAH foi incorporado na linguagem social em um contexto de patologização e medicalização da sociedade e da educação. Historicamente, dificuldades de escolarização foram associadas a problemas individuais e orgânicos, refletindo um pensamento constituído que serve como âncora para o pensamento constituinte.

(2) Instrumentalização do saber: A ancoragem confere valor funcional à representação, transformando-a em uma teoria de referência para compreender o mundo social, regulando as interações do grupo e redefinindo o objeto diante de uma rede de significados. A difusão do conhecimento psiquiátrico possibilita associar os comportamentos de uma criança a um transtorno médico, utilizando essa classificação como um código para identificá-la.

(3) Enraizamento no sistema de pensamento: Novas representações são inscritas em esquemas mentais pré-existentes, tornando o novo familiar e transformando o conhecimento anterior. As crianças com TDAH, ou aquelas de quem se espera ou se aguarda esse diagnóstico, são julgadas em oposição a padrões convencionais de comportamento, como o de ser calmo,

⁴² Me inspirei no trabalho de Spink (2011) sobre as representações sociais da hipertensão.

colaborativo, disciplinado, responsável, focado e atento no ambiente escolar. Por isso, elas são classificadas como *inconvenientes, conversadeiras, agitadas, ligadas no 220 e incomodativas*, categorias culturais que tanto descrevem crianças com problemas de indisciplina quanto sintetizam os principais sintomas médicos do transtorno.

Essa transferência de características prévias para o novo objeto visa garantir uma compreensão mínima. Embora as representações sociais dos(as) profissionais da escola sejam frequentemente vagas do ponto de vista médico, o TDAH, assim como os comportamentos indisciplinados, é visto como uma ameaça ao trabalho docente. Assim, essas crianças são catalogadas como protótipos da desatenção e da agitação. Nesse sentido, segundo Moscovici (2003, p. 64), “se é verdade que nós classificamos e julgamos as pessoas e coisas comparando-as com um protótipo, então nós, inevitavelmente, estamos inclinados a perceber e a selecionar aquelas características que são mais representativas desse protótipo”.

Mesmo que as características descritas possam ser vistas tanto como sintomas quanto como comportamentos indisciplinados ou subjetivados, o TDAH, de maneira simplificada, justifica essas manifestações a partir de um modelo explicativo tangível. Embora tais manifestações também sejam expressas por crianças que vivenciam diferentes contingências em suas vidas, em uma sociedade imediatista e submetida aos imperativos patologizantes e medicalizantes, isso é menos passível de consideração.

Se uma criança que não para quieta e não tem foco é vista como anormal em relação à norma esperada, classificá-la como doente liberta os(as) professores(as) de um “anonimato perturbador”, na medida em que constrói “uma malha que seja suficientemente pequena para impedir que o peixe escape” por meio da elaboração das representações sociais (Moscovici, 1981, 2003, p. 67). Com isso, são acomodados diversos não familiares, como dificuldades de aprendizagem, problemas de controle sobre a sala de aula, cobranças das famílias e pressões da escola e do Sistema de Ensino em relação aos resultados do trabalho docente.

Nomear uma pessoa ou coisa conforme a disposição de estoques classificatórios mentais — ancorar uma representação — facilita a comunicação e descrição das características que a tornam distinta, tornando-a objeto de convenções e intervenções. Assim, termos como *indisciplinado, sem foco, sem educação, esquecido e desorganizado*, inicialmente amplos e desconsiderados pelas famílias, se tornam alvos de preocupação, como abordado no próximo capítulo. Não se trata apenas de comportamentos específicos, mas de sintomas médicos, de uma identidade social e de um sentido — inclusive em termos técnicos e científicos — para o que, antes, não existia no universo consensual delas.

A ancoragem, no entanto, vai além da nomeação. Seu principal objetivo é facilitar a

interpretação de características e a compreensão das práticas sociais em relação ao objeto. Nomeia-se para avaliar, comunicar e representar o que é ameaçador à ordem social, como em uma equação matemática: criança agitada/desatenta $\neq$ escola ideal. Se a neutralidade é proibida pela lógica do trabalho representacional, em que cada objeto deve possuir um lugar positivo ou negativo em uma escala hierárquica (Moscovici, 1981, 2003), crianças diagnosticadas ou consideradas com TDAH na sua apresentação desatenta são consideradas *um amor, ouve sempre que [se] pede pra parar*, das quais se tem até mesmo *dó* por usar psicofármacos, pois elas *não atrapalham em nada*. De toda forma, elas são confinadas a um conjunto de comportamentos que estipulam o que elas são e não são, e quais abordagens devem ser direcionadas, levando em conta a generalização e a particularização em relação ao objeto representacional.

De modo dialético, a objetivação envolve outras três etapas, também apresentadas no primeiro capítulo: (1) Seleção e descontextualização do que será representado; (2) Formação ou esquematização estruturante de um núcleo figurativo; e (3) Naturalização dos elementos da representação. Essas etapas conferem materialidade ao objeto representacional, estabilizando o núcleo figurativo destacado pela ancoragem, fornecendo uma estrutura que orienta a percepção e os julgamentos sobre a realidade socialmente constituída.

Na primeira etapa, a seleção e a descontextualização retém conhecimentos ou experiências que mais satisfazem a busca de sentido em relação ao objeto representacional, garantindo a redução do excesso de informações, sua transformação e releitura. Os(as) profissionais da escola selecionam informações que eles(as) julgam mais relevantes para compreender o TDAH, priorizando aquelas que se ajustam aos seus entendimentos prévios e que oferecem uma explicação satisfatória para os comportamentos observados na sala de aula.

Na segunda etapa, formação ou esquematização estruturante de um núcleo figurativo, ocorre a construção de uma imagem que, ao substituir o conceito por uma qualidade imagética, o torna real e compreensível. A TRS é construída a partir de uma teoria dos símbolos (Jovchelovitch, 2011), e elas, as representações sociais, são formas de conhecimento interdependentes, como os dois lados de uma folha de papel: elas têm a face simbólica, como a ideia ou o conceito, e a face icônica, a imagem que materializa a ideia (Moscovici, 1981, 2003).

Na formação do núcleo figurativo do TDAH, os(as) profissionais da escola elaboram imagens mentais que o representam. Essas imagens substituem o conceito por qualidades visuais que ajudam a torná-lo mais compreensível e real. Isso significa que tanto os significados associados (desatenção e hiperatividade/impulsividade, sua face simbólica) quanto as imagens visuais (como uma criança agitada ou com roupa suja, sua face icônica) são partes essenciais

da representação social do transtorno.

Na terceira etapa, a naturalização dos elementos da representação, as características atribuídas ao objeto tornam-se naturais e reais por meio da biologização do social (Jodelet, 1990). No caso do TDAH, essa etapa envolve transformar as representações sociais do transtorno em algo que é percebido como intrinsecamente ligado às crianças, levando os(as) profissionais da escola a associar o TDAH diretamente à criança observada e diagnosticada.

Ao estabilizar o núcleo figurativo destacado pela ancoragem, a objetivação materializa a ideia e fornece uma estrutura que orienta a percepção e os julgamentos sobre uma realidade socialmente constituída. A transformação dessas construções em realidades concretas ocorre por meio de discursos, práticas e instituições que reforçam e legitimam as representações. No caso do TDAH, isso pode ser observado através de aspectos que influenciam as percepções e as práticas das pessoas em relação ao transtorno, moldando seus comportamentos em relação às crianças diagnosticadas ou consideradas com TDAH:

- (1) A observação dos comportamentos concretos das crianças, que pode incluir detalhes como suas roupas e o modo como organizam e mantêm os materiais escolares;
- (2) Os encaminhamentos médicos que validam as observações dos(as) profissionais da escola, conferindo legitimidade ao que é percebido na escola;
- (3) O relatório escolar, que reúne tanto os comportamentos quanto o desempenho das crianças, sugerindo, ainda que de forma sutil, que tais indicadores podem estar relacionados ao transtorno. Mesmo simplificadas, as representações contidas no relatório adquirem um caráter de realidade objetiva;
- (4) O laudo médico, que oficializa o diagnóstico, conferindo ao TDAH o status de uma condição médica definida e real;
- (5) O SNAP-IV⁴³, uma lista de comportamentos comuns a qualquer criança, mas que, nesse contexto, são apresentados como sintomas médicos, reforçando a medicalização dos comportamentos infantis;
- (6) O tratamento farmacológico, que objetiva o transtorno em si — no caso de crianças que frequentam a escola em período integral, há a participação ativa dos(as) profissionais da escola na administração do medicamento;
- (7) A proposição de atividades escolares consideradas mais fáceis para crianças com TDAH, o que acaba conferindo a elas uma percepção de incapacidade permanente.

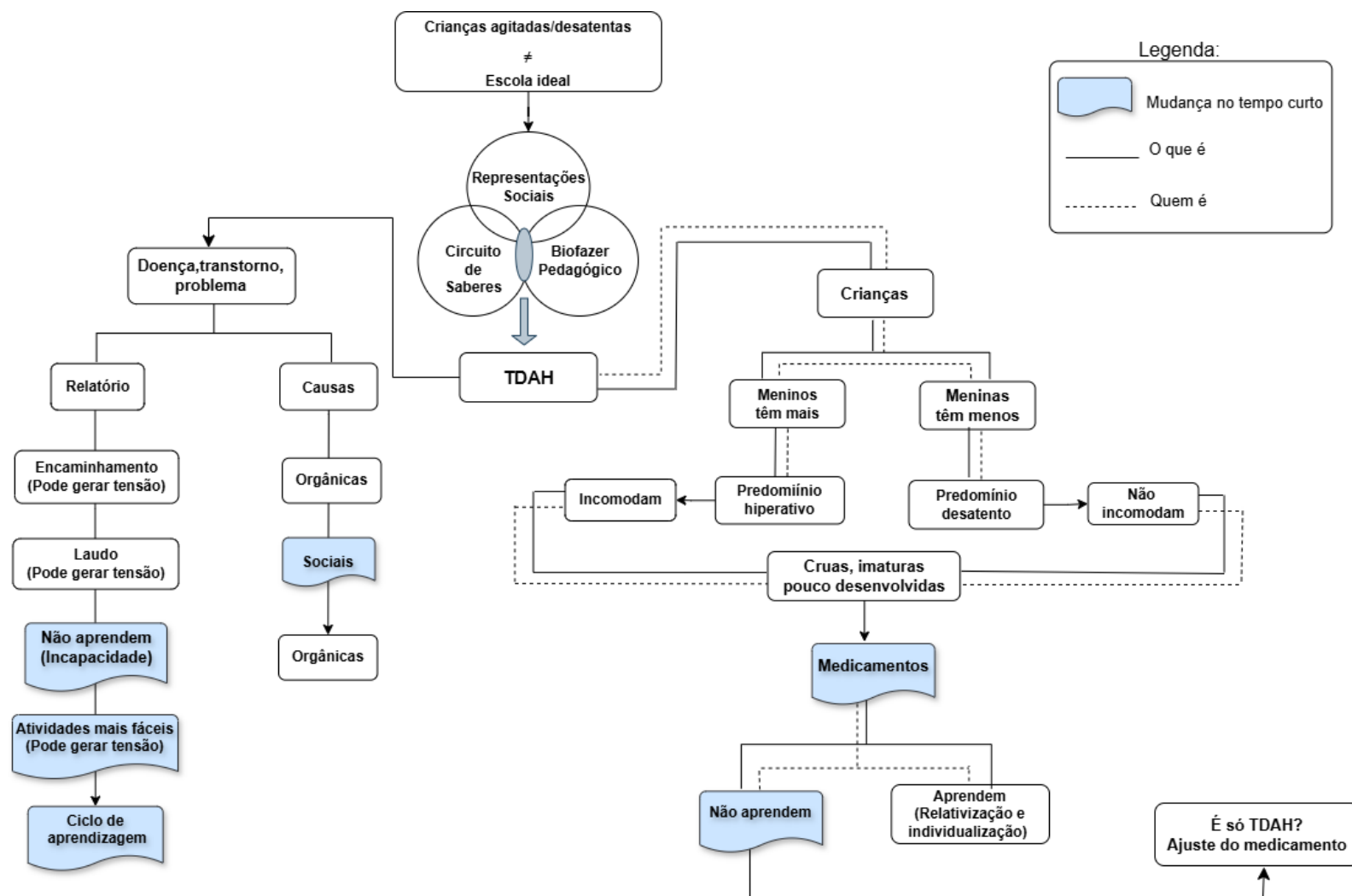
No processo de objetivação, as ideias ou categorias são transformadas em entidades

⁴³ Nesta pesquisa, seis profissionais da escola afirmaram conhecer o SNAP-IV, e duas professoras disseram utilizá-lo como instrumento de triagem.

biológicas ou naturais, contribuindo para a naturalização das construções sociais. Em relação às representações dos(as) profissionais da escola sobre o TDAH, a objetivação contribui para a biologização dos comportamentos das crianças ao transformar características comportamentais e cognitivas em condições inerentes à biologia humana, podendo levar à percepção de que se trata de um fenômeno exclusivamente orgânico, no qual fatores sociais, culturais e ambientais que dele participam têm pouca influência.

A seguir, apresento um diagrama mais amplo das representações sociais dos(as) profissionais da escola sobre o TDAH. A legenda explica os elementos representados e ajuda a visualizar como as características atribuídas ao TDAH se naturalizam e se associam à criança observada:

Figura 2 - Representações sociais dos(as) profissionais da escola sobre o TDAH.



Fonte: Elaborado pelo próprio autor (2024).

CAPÍTULO 5 - TOMANDO DECISÕES: O QUE PENSAM AS FAMÍLIAS

— *Mamãe, tou aí com uma bomba!*
 — *Meu neto é um subversivo! gritou o avô.*
 — *Ele vai matar o gato! gritou a avó.*
 — *Tira esse negócio daí! falou a babá.*
Mas aí o menino explicou:
 — *A bomba já explodiu, gente. Lá no colégio.*
 — *Esse menino é maluquinho! falou o pai, aliviado. E foi conferir o boletim [...].*
Tinha dez no boletim que não acabava mais.
E ele dizia aos pais cheio de contentamento:
 — *Só tem um zerinho aí. Num tal de comportamento!*
(O menino maluquinho, de Ziraldo).

Neste capítulo, investigo as representações sociais das famílias cujas crianças foram diagnosticadas com TDAH. Inicialmente, abordo seus circuitos de saberes que influenciam suas compreensões sobre o transtorno e as condições que levaram ao encaminhamento para atendimento médico, seja de forma independente, em articulação com solicitações escolares ou em meio a tensionamentos e discordâncias com os(as) profissionais da educação, visto que, nem sempre, a possibilidade de alguma patologia foi prontamente aceita pelas famílias. Também examino a classificação e a caracterização nativas do transtorno, incluindo sua causalidade, e como essas famílias percebem os efeitos dos medicamentos utilizados pelas crianças, especialmente a Ritalina. Além disso, apresento, de maneira não linear, aspectos dos contextos de vida das famílias, que influenciam tanto suas representações sobre o TDAH quanto os comportamentos apresentados pelas crianças, fundamentais para o diagnóstico. Por fim, discuto suas principais preocupações, especialmente aquelas relacionadas às dificuldades nos processos de escolarização das crianças, em um contexto de organização do ensino em Ciclos de Progressão Continuada.

Antes de iniciar a interpretação das contribuições das famílias, compostas por um total de 34 participantes, considero relevante apresentar algumas informações sobre o diagnóstico das 30 crianças envolvidas. Esses dados são importantes para compreender certas regularidades relacionadas ao transtorno e às crianças diagnosticadas.

Nem sempre as famílias puderam fornecer informações imediatas, como o tempo de uso dos medicamentos pelas crianças, a série em que elas estavam matriculadas quando a escola solicitou encaminhamento médico pela primeira vez ou quando ocorreu o diagnóstico. Isso ocorreu especialmente nos casos em que elas foram inicialmente consideradas em risco para o TDAH, começaram tratamentos com medicamentos diferentes dos atuais ou quando as famílias não aceitaram, ao menos em um primeiro momento, a sugestão da escola para o

encaminhamento médico. Nessas situações, fazíamos algumas digressões com base em informações consideradas precisas pelas famílias. Além disso, em alguns casos, elas não conseguiram indicar a apresentação clínica do transtorno, afirmando desconhecer como essa informação estava registrada no laudo. Quando isso aconteceu, a descrição da apresentação do TDAH foi estabelecida com base nas observações das famílias ou conforme as queixas da escola, sempre de modo consensual.

Para facilitar a compreensão, organizei em quadros de referências as informações sobre o sexo/gênero das crianças, diagnóstico, tratamento, formas de apresentação do TDAH e medicamentos utilizados no momento da entrevista, bem como as séries atuais e aquelas em que ocorreu o diagnóstico:

Quadro 3 – Sexo/Gênero das crianças e apresentação clínica do TDAH

Gênero da criança	Número de crianças	Apresentação clínica do TDAH	Número de crianças
Meninos	26	Desatenta	4
		Hiperativa	13
		Desatenta/hiperativa	9
Meninas	4	Desatenta	4

Fonte: elaborado pelo próprio autor (2024).

Quadro 4 - Séries em que as crianças foram diagnosticadas ou colocadas em risco para o TDAH e suas séries atuais

Série em que a criança foi diagnosticada ou colocada em risco para o TDAH	Número de crianças	Série atual — no momento da entrevista	Número de crianças
EI V	05	2ª série	03
1ª série	12	3ª série	07
2ª série	4	4ª série	10
3ª série	8	5ª série	10
4ª série	1		

Fonte: elaborado pelo próprio autor (2024).

Quadro 5 - Medicamentos usados pelas crianças no momento da entrevista

Medicamentos em uso no momento da entrevista	Número de crianças
Amitriptilina	1
Quetiapina	1
Risperidona	3
Risperidona + Venvanse	1
Risperidona + Sertralina	1
Risperidona + Amitriptilina	1
Ritalina	13
Ritalina + Risperidona	3
Ritalina + Cloridrato de Fluoxetina	1
Ritalina + Amitriptilina	2
Não faz uso de medicamento a critério médico	1
Medicamento suspenso pelas famílias	2

Fonte: elaborado pelo próprio autor (2024).

Essas informações contribuem para qualificar os debates sobre o transtorno. Das 30 crianças, 26 são meninos, o que confirma a existência de uma relação de gênero no diagnóstico do TDAH, como já identificada por outros pesquisadores, conforme discutido no segundo capítulo. Entre as apresentações clínicas, todas as quatro meninas foram diagnosticadas como desatentas, reforçando o argumento de que existe alguma relação entre o gênero da criança e o diagnóstico ou mesmo entre as características/sintomas da desatenção e seus efeitos na sala de aula. Em relação aos meninos, quatro têm a apresentação desatenta, 13 têm a apresentação hiperativa/impulsiva e nove têm a apresentação combinada ou mista. Apenas uma das mães, cujo filho foi diagnosticado com a apresentação hiperativa/impulsiva, mencionou o Transtorno hipercinético, uma categoria médica introduzida na segunda edição do DSM, de 1968 (Lima, 2005), e mantida até a décima edição da Classificação Internacional de Doenças (CID), descontinuada em 2022.

Quanto aos diagnósticos, 21 crianças os receberam na primeira consulta, seis na segunda e três na terceira. Além disso, duas delas foram diagnosticadas com a participação de psicólogas, enquanto uma foi avaliada por uma fonoaudióloga nesse processo. Todas as demais foram atendidas exclusivamente por médicos, na sua maioria psiquiatras, seguidos por neurologistas e neuropsiquiatras. Conforme o relato das famílias, algumas crianças, principalmente aquelas matriculadas no EI-V e na 1ª série no momento do diagnóstico, foram inicialmente consideradas em risco para o TDAH e, mais tarde, receberam o diagnóstico definitivo.

Os tipos de tratamento recebidos pelas crianças variam, com ênfase no tratamento farmacológico: quatro crianças estão em acompanhamento médico e psicológico; uma está recebendo apenas acompanhamento psicológico; outra está sob acompanhamento médico e fonoaudiólogo; duas não estão recebendo qualquer tratamento; e 22 estão em tratamento exclusivamente farmacológico. Assim, 27 crianças estão utilizando algum psicotrópico, duas tiveram o medicamento suspenso pelas famílias, e apenas uma, por decisão médica, não fez uso de qualquer medicamento para o TDAH.

As séries em que as crianças estavam matriculadas quando receberam o diagnóstico foram variadas: a maior parte delas, 12, foi diagnosticada quando estava na 1ª série; oito delas na terceira série e quatro na segunda. Apenas uma criança estava na 4ª série quando recebeu o diagnóstico, embora a família tenha sido orientada a procurar atendimento médico enquanto a criança estava matriculada na 3ª série. Além disso, cinco crianças foram diagnosticadas ou colocadas em risco para o transtorno enquanto estavam matriculadas no EI-V. Assim, 17

crianças foram diagnosticadas ou consideradas em risco para o TDAH até o final da primeira série, reforçando a associação do transtorno à entrada da criança na escola.

A Ritalina é o medicamento mais comum entre as crianças, sendo utilizada sozinha ou em combinação com outras substâncias por 19 delas. A seguir, vem a Risperidona (2021), um antipsicótico indicado para algumas condições mentais, como distúrbio bipolar e esquizofrenia, prescrita para crianças a partir dos cinco anos, utilizada sozinha ou em associação com outros medicamentos por sete crianças — três delas fazem uso simultâneo de Ritalina e Risperidona, e apenas duas utilizam Ritalina LA. Das cinco crianças diagnosticadas ou consideradas em risco para o TDAH durante o EI-V, três iniciaram o tratamento com a Risperidona, e a outra iniciou o tratamento com cloridrato de Fluoxetina (2016), utilizada para os casos de depressão e ansiedade. A quinta criança recebeu o diagnóstico definitivo de TDAH quando estava no 1º ano, sendo receitada a Ritalina.

Circuito de saberes

Diversos canais compõem os circuitos de saberes pelos quais as famílias se informam sobre o TDAH e os medicamentos utilizados pelas crianças. Embora a internet seja o meio mais comum — afinal, *ela explica bem e mostra o que é [o transtorno] de uma forma mais fácil pra quem não é médico* — na maioria das vezes, as famílias não souberam informar páginas ou sites específicos. Isso ocorre porque os acessos são realizados de forma aleatória, por meio de termos de busca que elas consideram apropriados para elaborar seus conhecimentos sobre o TDAH, como *sintomas*, *exames* e *tratamento para TDAH*, *Ritalina*, *efeitos da Ritalina* ou *Risperidona*. Esses termos são utilizados tanto em buscas no *Google* quanto no *YouTube*, onde as famílias tendem a priorizar vídeos que contam com a participação de médicos ou outros profissionais da saúde.

Essa preocupação não é tão evidente em relação ao *TikTok*, uma rede social frequentemente mencionada pelas famílias. Conhecida pela imediatividade dos seus conteúdos, seus vídeos, com duração média de 15 a 60 segundos, oferecem informações fragmentadas e descontextualizadas. Segundo as famílias, trata-se de um espaço predominantemente ocupado por pessoas leigas, principalmente diagnosticadas com TDAH, que compartilham informações *mais simples* e *diretas*, muitas vezes destacando suas *experiências* pessoais em lidar com o transtorno, como os influenciadores.

Por sugestão das famílias, acessei o *TikTok* por meio do termo TDAH, com o propósito de observar como elas iniciam a busca por informações nessa rede, focando nas três primeiras

recomendações apresentadas. A primeira postagem era protagonizada por um influenciador, um psicólogo diagnosticado com o transtorno, que apresentou a trend “Eu sou...e é claro que...”:

Nós somos TDAHs, e é claro que a gente gosta de andar no meio fio ou, quando a gente tá entediado, ficar arrancando coisas ou até mesmo pular pra pegar elas [as folhas das árvores]; nós somos TDAHs, e é claro que você acha que estamos prestando atenção em você, mas na verdade estamos com o pensamento longe, longe...Nós somos TDAHs, e é claro que quando a gente está distraído, a gente vive batendo nas coisas; nós somos TDAHs, e com certeza a gente só olha pro caminho quando estamos atravessando [a rua]; nós somos TDAHs, é é claro que a gente fica pensando em coisas aleatórias, por isso que a gente tem essa cara de perdido quando a gente anda; nós somos TDAHs, e é claro que a gente gosta de pisar na grama quando não pode; nós somos TDAHs, e é claro que ficamos balançando as pernas; nós somos TDAHs, e é claro que, durante o dia, a gente sente preguiça...e quem disse que você tem sono de noite? Quer saber por quê? Nos siga pra mais.

Nos primeiros comentários do vídeo, as impressões dos usuários da rede: *Eu tenho TDAH e não sabia / Quem disse que você sente sono de noite. Eu vendo o vídeo às quatro da manhã e descobrindo que tenho TDAH. Acho que preciso de remédio / Todo mundo tem isso? Porque parece.*

O segundo *post* era uma animação que retratava um menino na sala de aula, cujo cérebro, que escapava para o parquinho da escola durante as atividades, era depois capturado pela Ritalina. No primeiro comentário, a fala de uma mãe: *Eu tô aprendendo. Meu filho tem TDAH. Tô aprendendo aqui e levando pra escola dele porque, infelizmente, os professores não sabem atender.*

A terceira postagem, feita por uma mãe cujo filho foi diagnosticado com TDAH aos cinco anos, mostrava a rotina dela com a criança. Entre expectativa e realidade, o menino havia perdido o estojo com os lápis e outros materiais necessários para realizar as tarefas escolares, espalhado brinquedos pela sala, esquecido onde havia deixado a bicicleta, assistia à televisão balançando as pernas e desenhava o jogo da amarelinha com giz de cera na calçada recém-limpa. Situações aparentemente comuns, observadas em crianças de seis ou sete anos, idade que ele demonstrava ter. Nos comentários do vídeo, interações como: *Descobrimos que meu filho tem TDAH / Meu filho faz tudo isso. Como que é o diagnóstico? / Meu filho também é assim. Qual especialista você levou ele?*

Algumas famílias também relataram seguir *especialistas* no diagnóstico e tratamento do TDAH pelo Instagram — após a entrevista, duas famílias me enviaram links para as páginas “tdahdescomplicado” e “tdahzando”, enquanto outra família enviou um link para a “Academia do TDAH”, um canal no *YouTube* conduzido por um psicólogo diagnosticado com TDAH e membro da ABDA. Assim, o conhecimento científico não permanece confinado aos

especialistas, mas se difunde pela sociedade em geral, gerando uma ciência popular (Fleck, 2010) ou integrando-se ao senso comum, que também pode ser compreendido à luz das representações sociais. No caso do TDAH, os conceitos médicos circulam fora dos laboratórios e consultórios médicos, penetrando no discurso da escola, da mídia e das famílias.

De um modo geral, a escola desempenha um papel importante nesses circuitos antes ou imediatamente após o processo diagnóstico, quando as famílias buscam compreender como os comportamentos apresentados pelas crianças podem estar relacionados à aprendizagem ou a alguma condição médica. No entanto, entre a demanda da escola e o diagnóstico, essa comunicação ocorre de forma indireta, visto que os(as) profissionais da escola não fazem uma menção explícita ao TDAH, como abordei no capítulo anterior. Dessa forma, é somente após o diagnóstico que as famílias objetivam as informações recebidas pela escola às características observadas nas crianças ou utilizadas para descrever o transtorno. Contudo, à medida que a criança é diagnosticada e medicalizada, a relação entre a família e a escola, no que diz respeito à circulação de informações sobre o TDAH, não se encerra, mas se atenua significativamente.

A participação dos médicos nesses circuitos foi pouco citada e, quando mencionada, tendeu a estar mais relacionada aos conhecimentos sobre os medicamentos utilizados pelas crianças do que sobre o TDAH em si. Isso ocorre porque as famílias priorizam a resolução de dúvidas relacionadas aos efeitos, substituição e continuidade dessas substâncias com os profissionais médicos, especialmente nos casos em que as crianças continuam apresentando baixo desempenho escolar mesmo após o diagnóstico e o tratamento farmacológico.

Além disso, outras famílias de crianças diagnosticadas, familiares extensivos e demais pessoas de suas redes de pertencimento participam desses circuitos, os quais possibilitam, organizam e mantêm as interações entre as pessoas. Assim, por meio deles, “Uma comunicação [é] construída, um acordo [é] feito” em torno de “ideias que pairam no ar”, frequentemente resultando em um entendimento sobre um modelo inicialmente abstrato e pouco compreendido, sendo então transformado em uma experiência direta e concreta por meio da comunicação entre “sábios amadores” (Moscovici, 1981, 2012), viabilizada por meio de uma realidade compartilhada, na qual os significados são elaborados, resultando nas decisões tomadas pelas famílias em relação às crianças consideradas agitadas e desatentas.

Por meio dos circuitos de saberes, em que o conhecimento social é elaborado, reelaborado e partilhado, as famílias buscam interpretar o que acontece com seus(uas) filhos(as), comparando-os a outras crianças e decidindo sobre seu atendimento. Ao articular conhecimentos objetivos e subjetivos, científicos e sociais, racionais e afetivos, esses circuitos se tornam uma base, uma âncora para as representações sociais, em um processo que envolve

uma questão mais ampla, própria das sociedades modernas: o modo como o conhecimento é produzido. Se a ciência define os conceitos usados em diversas áreas, continuamente os reinterpretamos para tornar os fenômenos psíquicos e sociais mais compreensíveis. Nesse sentido, não há, do ponto de vista qualitativo, diferença entre os modelos científicos e os modelos sociais. As representações sociais referem-se à formação de outro tipo de conhecimento, adaptado a outras necessidades, seguindo critérios diversos em um contexto particular. Esse conhecimento não é simplesmente uma reprodução do saber científico, destinado a permanecer inalterado; ao contrário, é retrabalhado conforme conveniências, meios e materiais disponíveis (Moscovici, 1981, 2012).

5.1 Crianças agitadas e desatentas: deslocamentos para o campo médico

A elaboração deste capítulo representou um desafio, pela não linearidade das ideias expressas pelas famílias, o que demandou frequentes revisões para garantir que suas contribuições não se fragmentassem ao serem apresentadas. Além disso, a interação com as famílias diferiu do contato com os(as) profissionais da escola, pois, enquanto esses(as) últimos(as) frequentemente expressavam posições ancoradas em condições objetivas da/na escola, de natureza pública, as falas das famílias tendiam a se concentrar no âmbito privado e pessoal, ainda que, muitas vezes, refletissem situações de vulnerabilidade associadas a questões sociais amplamente documentadas. Assim, em contraste com a música “Fantasia” de Chico Buarque (1980), que sugere o fantasiar como possibilidade de distração para esquecermos dos males e sofrimentos que nos afetam cotidianamente, algumas das famílias não conseguiram se distrair das fragilidades, dificuldades e incômodos que elas e suas crianças sentiam.

Esses afetos e as possibilidades e riscos que eles podem acarretar (Favret-Saad, 2005) auxiliaram na compreensão dos contextos de vida das famílias⁴⁴, que integram suas representações sobre o TDAH, e cuja relação com as crianças consideradas com esse transtorno não pode ser subestimada se pretendemos uma análise ampliada das condições que podem predispor os comportamentos agitados e desatentos. Juntamente ao *anthropological blues* (Da Matta, 1978), eles proporcionaram um espaço onde as famílias puderam expressar seus não familiares, como impotências e preocupações, especialmente em relação às crianças que, apesar do diagnóstico e do uso de substâncias que, em teoria, as fariam se comportar, prestar atenção e aprender, continuam apresentando dificuldades de aprendizagem. Em alguns casos, essas

⁴⁴ Me refiro a aspectos dos seus contextos de vida, os quais serão apresentados de maneira orgânica ao longo do capítulo.

crianças passaram, inclusive, a apresentar problemas decorrentes do próprio diagnóstico e do uso dessas substâncias, como as iatrogenias mencionadas por Illich (1975).

Agora ele sabe que a culpa não é dele

Rafão, um menino de dez anos, foi diagnosticado com TDAH de apresentação combinada na primeira série, quando tinha seis anos. Embora esteja matriculado na quinta série e nunca tenha sido retido, *ele não sabe ler nem escrever frases. Sabe escrever o nome dele, só o nome, mas as frases, ele não sabe. A letra dele, não dá pra entender nada. É tudo uma em cima da outra.* Devido a essas e outras dificuldades, a família de Rafão foi chamada à escola quando ele ainda estava matriculado no EI-V. Conforme a professora, *ele corria muito, mordida as crianças, ficava saindo do lugar... E que era bom levar no médico.* A família decidiu não seguir essa recomendação, porque considerava o comportamento de Rafão *normal*, mas, no ano seguinte, a escola fez nova solicitação.

A partir de então, a mãe começou a *prestar mais atenção em Rafão*, e percebeu *que tinha uma coisa errada mesmo, pois ele não parava em lugar nenhum. Ele cansava e não parava. Ele nem dormia, de tão agitado que ele ficava de dia. O corpo dele não relaxava pra ele descansar.* Além de notar esse sofrimento, a mãe, agora já imaginando tratar-se de TDAH, pois *tudo o que a professora falava batia certinho com a internet*, passou a compreender melhor algumas das atitudes de Rafão, *porque não era normal o que ele fazia. Um dia, ele tava pulando e machucou a cabeça. Deu três pontos. Então, deu medo de acontecer alguma coisa com ele. A escola fez o que podia, mas o caso dele era de médico.*

Além disso, as queixas escolares haviam se intensificado ao longo do primeiro ano, a ponto de *ele ser levado pra outra sala. Teve mãe que até reclamou dele na escola, que ele atrapalhava [...]. E elas falavam pros filhos que ele era burro, mal educado, que ele tinha um problema na cabeça...E as crianças faziam bullying com ele e chamavam ele de burro [...].* Com frequência, a mãe ia buscá-lo na escola *e ele tava no portão, chorando. É por isso que ele não gostava da escola, porque ele não conseguia acompanhar, e as crianças ficavam mexendo com ele. Que ele é diferente.* Esses acontecimentos levaram-na a agendar uma consulta com um neurologista e, depois, com um psiquiatra: *Ele chegou [no consultório] e mexeu em tudo. Não parou nem pra tirar a foto. Ficou torta. Quando o [Rafão] entrou, ele ficou andando na sala, mexendo nas coisas. Não parava pra nada. Aí o médico já falou: ‘Já sei o que é. É TDAH’.*

A mãe considera que o transtorno veio da gravidez, que foi de alto risco. *Quando ele nasceu, ele tava encaixado, mas precisou fazer cesárea e, na hora, ele virou. Quando ele saiu,*

ele tava roxo [...]. Mas ele não gosta de agitação. Pode ser isso também. Quando o pai dele grita com ele, ele grita junto. Na escola também. Se gritar com ele, ele não faz as coisas. E o pai é bruto, grita muito. Não tem paciência. Chama de retardado, de burro. E fala tudo pra ele. Ele fica com essas coisas na cabeça, pensando porque o pai faz assim com ele. O [Rafão] sente falta dele, mas já acostumou. O pai foi embora quando ele tinha um mês, e só foi conhecer [o filho] depois de oito meses. O [Rafão] nem conhecia ele. Tinha até medo dele. Demorou pra ele se acostumar.

Passados dois anos, a mãe e o pai voltaram a viver juntos, mas *ele nunca cuidou do filho, e o que ele mais sente é que o pai nunca buscou ele na escola, igual os outros pais. Ele nunca foi na reunião, nunca buscou*, com exceção de uma vez, quando o Rafão caiu no pátio e se machucou. A mãe não podia buscá-lo, *mas o pai não sabia nem o nome da professora. Nem o ano que ele tava*. Em outra ocasião, Rafão cortou a mão, *bem no meio [...]. A mãe chamou o marido, que falou que ele se cortou porque ele não parava. Que ele tava cansado e não ia fazer nada. A mãe ficou segurando o sangue, pegou um pano limpo e ficou apertando. Depois, ela o levou sozinha no hospital. Ele teve quatro pontos.*

Rafão tem duas irmãs. *A mais nova se cortava e falava que ia se matar [...]. Ela foi no posto e o médico mandou pro Capsi, [Centro de Atenção Psicossocial Infantil]. Ela não toma medicamento, mas tem acompanhamento lá [...]. Ela ficava isolada, sozinha, não queria ir na escola. Depois, começou brigar lá também. Aí, o médico deu um remédio e depois falou que não precisava mais. Porém, na pandemia, ela começou a se cortar de novo. É ruim pro [Rafão], porque ele vê. E ele queria que o pai fosse mais amoroso, mas o pai nem olha pra ele. Parece uma máquina: acorda, toma café e sai; chega, toma banho, come e vai dormir.*

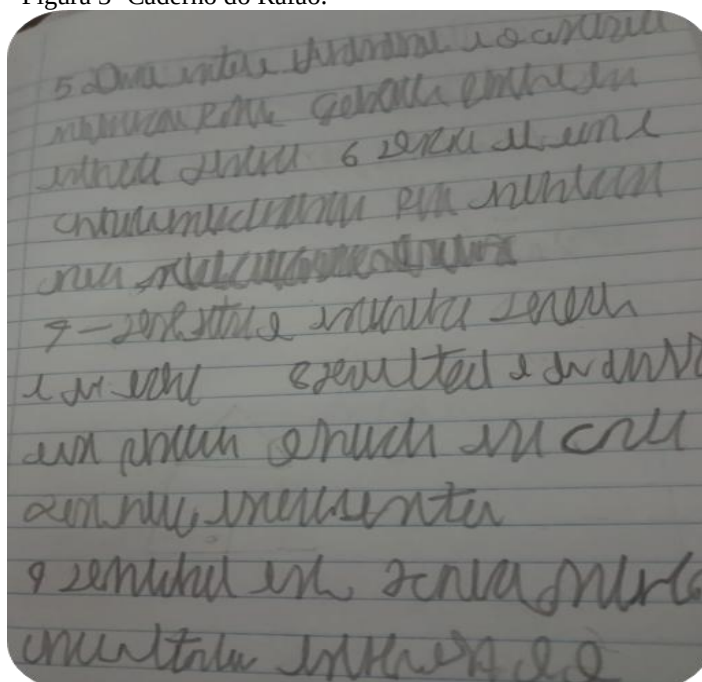
Ao prescrever a Ritalina, *o médico falou que podia dar alguns efeitos, como vômito e perda do apetite. De fato, ao menos no início, Rafão não comia quase nada. Emagreceu bastante. Depois, a mãe passou a ajustar os horários do medicamento às refeições, e ele voltou a se alimentar melhor. Ao buscar informações sobre a Ritalina, a mãe teve receio de ele se tornar dependente, uma preocupação que se manteve até o início do primeiro período de férias pós diagnóstico, quando o medicamento foi suspenso por 40 dias: Ele ficou do jeito dele, até mais calmo. Não teve aquela coisa de dependência, que as pessoas falam. Agora, Rafão faz uso contínuo de Ritalina, mesmo nas férias, pra ele não regredir e perder o que ele ganhou.*

Embora a mãe tenha ouvido *que a Ritalina melhora a concentração, e a criança aprende melhor*, ela diz que Rafão ainda apresenta importantes dificuldades nas áreas de leitura, escrita e matemática, mesmo utilizando o medicamento há quatro anos. Isso não significa *que ele não aprendeu nada, [mas que] é mais difícil pra ele. Ele até fala que os amigos dele*

aprendem de primeira, mas pra ele, tem que falar duas, três vezes. Mas ele tá indo. A professora falou que, no tempo dele, devagar, ele tá conseguindo aprender, mas ainda tá ruim. Ele tem muita dificuldade. A mãe chegou a pedir que ele fosse retido no segundo ano porque ele não escrevia direito, mas a professora disse que na turma dela todos passaram, e que ela não pode reprovar. Conforme a mãe, ele apresentou melhora no período da pandemia, quando as aulas eram remotas, pois eles assistiam às aulas juntos e, no retorno à presencialidade, a escola começou a chamar aqueles alunos com mais dificuldade para serem atendidos individualmente. Depois, começaram a ir mais alguns alunos, mas sempre em pequenos grupos, o que possibilitou alguns avanços em seu processo de aprendizagem.

A mãe destacou que o medicamento, ao deixar Rafão mais calmo, contribuiu para algo que ela considera tão importante quanto à aprendizagem: ele parou de sofrer bullying na escola, causado por seu comportamento agitado: *Ele chamava muita atenção na escola. Não é que ele queria chamar atenção, mas ele não conseguia ficar quieto. Ele sofria com isso. A Ritalina ajudou. Ele tinha que acalmar. Dava dó dele.* Após o diagnóstico, a professora explicou à turma que Rafão *tem um problema, como todo mundo tem. Uns têm uma coisa, outros têm outra...E que ele toma remédio pra melhorar.* As demais crianças pararam de incomodar Rafão, que também deixou de apresentar um questionamento que sempre fazia: *‘Mãe, por que que eu não consigo aprender?’*. Agora ele sabe que a culpa não é dele, mas que ele tá fazendo o tratamento certinho. Abaixo, uma imagem do caderno do Rafão:

Figura 3- Caderno do Rafão.



Fonte: o autor (2023).

5.1.1 Entre convergências e divergências: *Foi muito difícil com a escola*

Os encaminhamentos das crianças aos serviços médicos ocorreram em duas circunstâncias principais. A menos comum foi a iniciativa das próprias famílias, que buscaram ajuda ao perceber que seus(uas) filhos(as) apresentavam desafios que comprometiam o desenvolvimento cognitivo e as interações sociais, mesmo sem uma comunicação prévia da escola. A maioria dos encaminhamentos, no entanto, partiu de demandas e queixas do ambiente escolar, quando os(as) professores e as pedagogas identificaram dificuldades de aprendizagem ou comportamentos considerados agitados e/ou desatentos e suspeitaram de possíveis disfunções médicas, orientando as famílias a buscar ajuda.

Em relação à primeira circunstância, algumas famílias contrariaram as sugestões dos(as) profissionais da escola para aguardar o desenvolvimento das crianças ou o ingresso nas séries seguintes para que elas fossem melhor avaliadas antes de buscar serviços especializados, argumentando que a decisão de encaminhar a criança naquele momento poderia ser precipitada:

A gente percebeu que ela tinha dificuldade na pandemia [de Covid-19]. Ela não conseguia fazer as atividades. Ela falava que não entendia nada. A gente tentava ensinar, mas ela não entendia [...]. O neuro falou que ela podia ter TDAH, mas a escola nunca tinha falado nada. Só falava que ela tava se desenvolvendo [...]. A escola não percebia porque era tudo à distância (C2. Mãe, 34 anos, EMC; Pai, 29 anos, EMC).

Eu comecei a perceber na pandemia. Quando voltou [as aulas presenciais], eu ia na escola ver os pareceres e ele só tinha nota baixa: 20, 18, 30⁴⁵. Eu achava que era preguiça dele, mas ele começou a ficar estressado, rangia os dentes, dormindo... Mudou o comportamento. Eu via as notas. Tudo baixa. Mas a professora não falava nada [...]. Quando eu levei o laudo na escola, a professora até tomou um susto, porque ela achava que era só problema de aprendizagem, que ele tinha mais dificuldade, mas que ele ia conseguir (M6. Mãe, 35 anos, EFC).

Ela começou a alfabetização na pandemia [...]. A professora passava as tarefas pra ela aprender o alfabeto e a gente via que ela não conseguia decorar nada [...]. Eu até fiz as letras com E.V.A. [um material emborrachado e flexível] pra ver se ela conseguia. A gente mostrava e depois ela não conseguia... Ela tentava adivinhar. Chutava. Ela sofria pra entender. Eu achava que ela tinha alguma coisa... E tinha mesmo (M15. Mãe, 34 anos, EMC).

Eu achava ela muito desligada, muito isolada. Ela ficava muito sozinha, não falava... Não queria se enturmar nem no CMEI [Centro Municipal de Educação Infantil]. Eu chegava pra buscar ela, e ela sempre tava sozinha [...]. Quando ela foi pro primeiro ano, eu percebi ela irritada. Eu achava que era por esse jeito dela, de ficar mais sozinha. Mas depois, eu descobri que era porque ela não tava conseguindo aprender [...]. Eu ia na escola, e a professora falava que ela não tava conseguindo, mas que tinha que esperar, que ela ia se desenvolver no tempo dela [...]. Mas ela tava piorando na timidez. Como ela não tava aprendendo, parecia que ela tava encolhendo mais (M18. Mãe, 38 anos, ESC).

Entre as trinta crianças, apenas essas quatro foram encaminhadas diretamente aos serviços de saúde pelas famílias, sem solicitação da escola. Em comum, tanto as duas meninas

⁴⁵ O município onde a pesquisa foi realizada expressa a aprendizagem por meio de conceitos. Acredito que a professora tenha mencionado as notas para uma melhor compreensão pela família.

quanto os dois meninos cujas famílias tomaram essa iniciativa foram diagnosticados(as) com TDAH na sua apresentação desatenta. Nesses casos, o encaminhamento médico ocorreu para entender e intervir em alguns não familiares, como timidez, dificuldade na realização das atividades escolares, isolamento, ranger dos dentes, irritação, notas baixas e distração, além da percepção dos(as) professores(as) de que as crianças se desenvolvem em seu próprio tempo.

O afastamento social imposto pela pandemia de Covid-19 parece ter exacerbado essas dificuldades, especialmente nas crianças mais novas, que estavam no início da sua vida escolar, ou a percepção que as famílias tinham dessas dificuldades. A distância física dificultou o reconhecimento e o acompanhamento das necessidades especiais pelos(as) professores(as), considerados importantes para as famílias. Sem esse contato direto, elas passaram a interpretar as dificuldades de seus(uas) filhos(as) com base em suas próprias observações e redes de apoio, ancorando essas interpretações em conhecimentos médicos e na busca por diagnósticos.

Essas falas complementam a observação de alguns(mas) profissionais da escola, que notaram que, muitas vezes, as crianças desatentas podem passar despercebidas. Enquanto as crianças hiperativas/impulsivas tendem a chamar mais a atenção ou causar mais incômodos na sala de aula, as desatentas, apesar de também enfrentarem dificuldades de aprendizagem, podem ser ignoradas. Isso sugere que comportamentos mais silenciosos e menos disruptivos podem ser negligenciados, resultando em um atraso na identificação das crianças com dificuldades de aprendizagem. Essa situação levanta questões sobre como os(as) professores(as) percebem e lidam com diferentes comportamentos e a necessidade de direcionar abordagens pedagógicas diferenciadas para atender adequadamente essas crianças.

No entanto, a maioria das demandas para encaminhamento médico foi feita pela escola, geralmente devido ao baixo desempenho acadêmico e a comportamentos considerados inadequados. Essas solicitações, muitas vezes, alinharam-se a observações realizadas pelas famílias, que já haviam percebido que as crianças *tinha[m] alguma coisa que precisa ver no médico*, mas também geraram divergências entre elas e a escola. As falas abaixo ilustram a convergência entre as observações das famílias e essas demandas:

Desde os três anos que a gente observava que ele não tinha paciência com nada. Ele tinha muita agitação, muita ansiedade. Ele ficava irritado, agitado... Aí, quando o CMEI começou chamar, porque ele tinha problema de comportamento e não se desenvolvia, eu levei ele [ao médico]. Ele foi diagnosticado porque ele não tinha disciplina e não aprendia nada [...]. Mas a gente já observava ele agitado em casa (C4. Mãe, 42 anos, EMC; Pai, 45 anos, EMC).

A diretora falou que, pela experiência dela, era déficit de atenção. Ele era hiperativo, agitado...Atrapalhava a aula. Falava muito na sala, rodava, não concentrava [...]. A escola foi ótima nisso. Eu acho que eu ia no médico

de qualquer jeito, porque eu já tinha começado a ver na internet. Eu só tava esperando a escola chamar [...]. Porque eu acompanhei ele na pandemia, e ele não aprendia. Nem comigo ensinando (M1. Mãe, 37 anos, EMC).

Eu já percebia um atraso nele, um nervosismo. Às vezes, ele chorava do nada... Eu falei com a professora, mas ela falou que tinha esperar até o outro ano, pra ver se ele se desenvolvia. Mas eu via que tinha alguma coisa nele. Deu certinho. A professora me chamou [...]. Que ela não podia afirmar, mas que era bom levar ele [ao médico]. Uma hora, eu ia levar ele. Eu já tinha percebido, mas eu queria ver o que que a professora ia falar (M19. Mãe, 41 anos, EMI).

Também nessas situações, as decisões das famílias de encaminhar seus(uas) filhos(as) aos serviços de saúde foram baseadas em suas interpretações ancoradas em conhecimentos dispostos em seus circuitos de saberes. No entanto, essas percepções só ganharam concretude quando confirmadas pela escola, que, vista como uma autoridade pelas famílias, ajudou a materializar uma representação abstrata (a suspeita de algum comprometimento médico) em algo concreto (o encaminhamento ao serviço de saúde). Esse processo destaca a centralidade da escola na identificação e validação de problemas de aprendizagem e comportamento, bem como a confiança nos(as) professores(as) e pedagogos(as) como especialistas capazes de legitimar preocupações familiares — *Eu só tava esperando a escola chamar.*

Arroyo (2002) discute essa confiança depositada nos(as) educadores(as) argumentando que, mesmo diante de possíveis experiências negativas ou divergências de expectativas, a escola é, em geral, percebida pelas famílias como uma instituição de autoridade e conhecimento, capaz de orientar o desenvolvimento acadêmico e social de seus(uas) filhos(as). Essas ideias ajudam a compreender as dinâmicas de poder e confiança, especialmente no contexto de encaminhamentos médicos e identificação de crianças com dificuldades de aprendizagem. Porém, mais do que validar as preocupações das famílias, a escola assume um papel de mediadora entre as percepções iniciais e a intervenção médica, atuando como tradutora das angústias familiares em termos compreendidos e legitimados pelo campo médico, reforçando seu papel como agente não apenas de educação, mas de regulação e orientação do desenvolvimento das crianças.

Essa busca por orientação também surge quando as famílias, ao compararem o comportamento de seus(suas) filhos(as) com o de outras crianças, identificam padrões ou variações que despertam preocupação. Reforçada pela necessidade de validação da escola, essa percepção é moldada pela experiência imediata e cotidiana das famílias no tempo vivido, cuja prática de observação diária torna evidente sinais que podem indicar anormalidades, como agitação, atraso no desenvolvimento ou ansiedade:

A gente tinha o grupo das mães [no WhatsApp], e elas falavam que as crianças faziam as atividades certinho,

mas ela não fazia. E eu via pelos meus sobrinhos, da idade dela. Eles conseguiam fazer, mas ela se perdia...Aí que eu comecei a perceber que ela tinha um atraso (C2. Mãe, 34 anos, EMC; Pai, 29 anos, EMC).

Ele tem um primo da mesma idade dele, e ele é diferente. Ele não tem paciência nem pra brincar. Ele tem uma ansiedade difícil. Eu acho que não é normal. Eu falei pra professora: 'Como que uma criança tem ansiedade?' As outras crianças são diferentes. Elas correm também, brincam, mas não é uma ansiedade (C4. Mãe, 42 anos, EMC; Pai, 45 anos, EMC).

Ele tem um irmão gêmeo, e ele não era igual. Ele não brincava, ficava mais quieto, teve atraso na fala, demorou mais pra andar.... Eu tinha o outro de referência. Aí eu fui notando essas diferenças...E eu via as outras crianças da idade dele... Elas não são tão agitadas assim [...]. E depois, a professora falou que ele também é agitado na escola (M7. Mãe, 34 anos, EMC).

Em alguns casos, no entanto, houve um tensionamento entre a demanda da escola e o encaminhamento médico. Esse conflito ocorreu porque algumas famílias inicialmente questionaram as observações da escola, não reconhecendo em casa os problemas relatados ou não os encarando como sintomas. Além disso, outras se sentiram indecisas em relação aos pedidos dos(as) professores(as). Por isso, optaram por explorar outras possibilidades para entender o que poderia estar acontecendo com as crianças e, quando possível, procuraram outra opinião médica. Para essas famílias, a demora em apresentar algo à escola pode ter sido interpretada como desresponsabilização e falta de conhecimento, o que gerou alguns conflitos:

A escola chama demais. Nossa! Liga, manda bilhete...Mas ele não tem TDAH. Eu já trouxe o laudo da psicóloga. Ele não precisa de Ritalina. E ele tomou e não aprendeu nada. Eu acho que o que incomoda é o jeito dele, do comportamento dele. Eu já falei: 'O laudo da psicóloga tá aqui com vocês' [...]. A escola fica cobrando. Que a família não se preocupa. Se eu não me preocupasse, ele tava tomando Ritalina (M2. Mãe, 43 anos, ESC).

Foi muito difícil com a escola. Eu me senti pressionada. Eu tive até um rompante, um dia. Eu achava que não era TDAH, e a escola pressionava [...]. Ele estudava numa outra escola, e a escola começou a chamar: que ele era agitado, que não se concentrava... A queixa da professora era que ele não acompanhava as outras crianças, e que ele atrapalhava a sala. Mas isso foi logo depois da pandemia. Eu não conseguia acompanhar [as tarefas]. Era muita coisa. Eu não conseguia mais esse papel. Eu achava que eram dificuldades da aprendizagem, não uma doença. Mas, como mãe, eu fui atrás. É difícil ter neuropediatra aqui. Tem muita demanda. Demorou quatro meses pra chamar. E a escola cobrando... Me cobrava e cobrava ele... O primeiro médico já disse que era TDAH, mas só deu calmante. Era pra ficar com esse calmante e voltar 30 dias depois pra ver a troca do remédio. Eu pedia paciência pra escola. Que o medicamento não era pra TDAH, porque ele era muito novo. Ele tinha seis anos. Foi no primeiro ano. Eu falava que [o medicamento] era pra acalmar, que ele tinha que tomar um tempo pra começar o efeito. E a escola pressionando. Que ele era agitado, que o calmante não melhorava nada... Mas eu pensei: 'Eu tenho que levar em outros médicos'. Levei no segundo e no terceiro. Demorou, mas eu queria outra opinião... A escola exigia que eu levasse no médico. Só faltou falar que ele tinha que tomar Ritalina, que eu desse um jeito nele [...]. Quando eu levei o laudo, só faltou a escola falar: 'Ainda bem. Já era pra ter trazido há muito tempo'. Eu percebia que ele era um incômodo pra escola. Não havia uma preocupação com a aprendizagem dele, só com a disciplina, com o comportamento que atrapalhava (M17. Mãe, 39 anos, ESC).

A gente não via um problema nele. Aqui, ele era normal [...]. A gente conversou e não levou [ao médico]. Passou o primeiro ano, mas no segundo ano, foi muito difícil. A escola chamava, que tinha que levar, que ele não parava... Que ele não tava aprendendo... A gente ia na reunião e a escola cobrava. E aí, a aprendizagem dele começou a cair...Eu fui duas vezes pedir a Sala de recurso pra ele. Mas a professora falava que só podia com laudo. A gente achava que a escola tinha que fazer alguma coisa antes [de encaminhá-lo ao médico]. Tentar ensinar ele de outro

jeito [...]. Aí, a gente foi marcar [a consulta]. Não tem neuropediatra na cidade. Demorou seis meses. E a escola cobrando [...]. Foi ruim, porque parecia que a gente não tava dando importância. Que a gente não dava atenção pra ele. Mas não era isso. A gente até fez no particular, porque a escola não tinha paciência de esperar. Teve um dia que a professora falou que o ano ia acabar e ele não ia ter laudo (M21. Mãe, 38 anos, ESC).

Esses e outros casos ilustram um conflito entre a percepção das famílias sobre o comportamento e as dificuldades de aprendizagem dos(as) alunos(as) e a insistência da escola em um diagnóstico específico para o atendimento a eles(as). Essa desconfiança no tempo curto reflete uma resistência à autoridade da escola em determinar o que é melhor para a criança, especialmente quando sua opinião diverge da percepção familiar.

Nesse cenário, as famílias sentem pressão e frustração ao perceberem que a escola está mais preocupada em gerenciar o comportamento disciplinar da criança, tratando-a como um problema a ser controlado, em vez de compreendê-la em sua relação com a aprendizagem e o bem-estar emocional. Por exemplo, algumas famílias relataram que as escolas sugeriram que crianças diagnosticadas passassem do período integral para o período parcial, mesmo quando afirmavam não ter condições de ficar com os(as) filhos(as) devido a compromissos de trabalho. No entanto, também houve casos em que o pedido de remanejamento para o período parcial, feito pelas famílias, foi questionado pelas escolas, que alegaram prejuízos ao planejamento do(a) professor(a). Esse posicionamento, além de evidenciar a prioridade institucional frente às necessidades individuais e familiares, também gerou tensão.

Isso também mostra uma percepção diferente em relação ao tempo da escola, da criança e da família. Nos casos dos encaminhamentos realizados independentemente da escola, as famílias não conseguiam assimilar a compreensão dos(as) professores(as) de que cada criança tem um tempo para o desenvolvimento e, eventualmente, elas se desenvolveriam — *a escola só falava que ela tava se desenvolvendo, que era o tempo dela*. Por outro lado, quando houve tensionamentos entre as famílias e a escola, essa última pareceu exigir uma adequação imediata às suas expectativas, enquanto as famílias desejavam compreender melhor a situação antes de tomar decisões. Essa diferença de expectativa revela que, diferentemente do que alguns(mas) profissionais da escola podem acreditar, a demora das famílias em buscar atendimento médico não se deve à falta de seriedade ou conhecimento, mas a uma preocupação legítima com o desenvolvimento e a saúde de seus(uas) filhos(as).

5.2 O diagnóstico do TDAH: entre alívio e incertezas

Após o diagnóstico de TDAH, as famílias expressaram, pelo menos, duas reações. Em

primeiro lugar, o diagnóstico foi experimentado como uma sensação de alívio, pois, até então, desde que começaram a ser chamadas para discutir as queixas escolares ou a observar mais atentamente o comportamento das crianças, essas famílias se sentiam incapazes de compreender ou lidar com o que poderia estar acontecendo com elas. Além disso, de acordo com as famílias, as crianças sofriam por não entender por que não conseguiam se comportar ou ter um desempenho escolar similar ao das outras crianças de suas turmas. Essa forma de compreender, interagir e dar sentido aos diagnósticos, doenças ou transtornos que podem nos afetar foi abordada por Sacks (1995), que demonstrou como as classificações médicas podem tanto limitar uma compreensão mais ampla da história do indivíduo quanto ser libertadoras, na medida em que fornecem uma explicação e um sentido ao desconhecido. Nesse aspecto, segundo as famílias:

Antes ele era a criança preguiçosa e mal educada, que não fazia porque não queria. As professoras pensavam isso [...]. Elas não falavam, mas eu percebia quando a escola chamava pra assinar o parecer. E pra ele, era muito frustrante, porque ele percebia que as outras crianças faziam e ele não. Ele ficava frustrado: 'Mãe, mas por que que só eu que não consigo?'. Ele sofria muito, porque ele não entendia por que que ele não conseguia. Agora ele sabe que ele tem uma dificuldade que não é dele. É do TDAH. E ele tá começando a aceitar: que ele consegue, mas que ele tem que se esforçar mais do que os outras...Mas que não é culpa dele (M20. Mãe, 32 anos, ESC).

[O diagnóstico] Foi um divisor de águas, porque a gente achava que a culpa era nossa, da mãe e do pai que não conseguia educar, que não tava fazendo certo. A gente viu que tem tratamento. Deu um alívio...A gente nem queria sair mais com ele, porque as pessoas olhavam e ficavam julgando. Elas não sabiam o que tava acontecendo, mas ficavam pensando que o pai e a mãe não educam [...]. Até a gente achava que ele fazia algumas coisas porque ele queria. Agora a gente olha pra ele e sabe que não é isso. Antes a gente perdia a paciência com ele toda hora. Melhorou até isso (M23. Mãe, 38 anos, ESC).

Eu culpava muito ele, porque eu achava que ele não fazia porque ele era preguiçoso, que ele não se interessava por nada. Hoje eu vejo que eu briguei muito com ele. Na pandemia, eu tentava ensinar, mas ele não aprendia nada. Aí eu achava que eu não tava conseguindo ensinar. Eu ficava nervosa e descontava nele [...]. Antes eu exigia muito dele. Eu falava que ele tinha que tirar dez. Eu cobre muito ele. Dá vontade de chorar...Eu cobre muito. Eu xingava ele, gritava. Agora eu não cobro mais assim (M24, mãe, 41 anos, EMC).

Dessa forma, o diagnóstico de TDAH torna-se um novo ponto de ancoragem, levando as famílias a reinterpretarem os comportamentos anteriormente vistos como falhas pessoais, agora entendidos como sintomas de um transtorno específico. Isso oferece uma nova possibilidade de explicação para o comportamento dos(as) filhos(as), tornando o que antes era desconhecido mais compreensível e manejável. Assim, os comportamentos das crianças são objetivados como algo externo a elas, resultante de um problema de saúde específico e tratável. Essa mudança é evidente nos relatos das famílias, que antes viam os comportamentos dos(as) filhos(as) como falta de vontade, acomodação ou preguiça, mas agora os entendem como consequências do TDAH, o que modifica a forma como interagem tanto com as crianças quanto

com a escola. Nesse sentido, Lima (2005) destacou que, com o TDAH, há uma mudança no foco das explicações sobre os comportamentos, deslocando a responsabilidade, a vontade ou a culpa (seja da criança, dos pais ou de outros adultos diagnosticados) para causas físicas, com o conceito de atenção assumindo um papel central nesse processo.

Em outras situações, contudo, o diagnóstico foi seguido por inseguranças e incertezas entre as famílias, especialmente quando elas não observaram mudanças significativas na aprendizagem ou melhorias substanciais nos comportamentos das crianças, mesmo após o início do tratamento farmacológico, como será melhor abordado nas próximas subseções. Consequentemente, emergiram sentimentos de impotência e culpabilização à medida que elas percebiam não ter condições de melhor atender às necessidades de seus(uas) filhos(as). Essas dificuldades incluíram, por exemplo, a constatação de que não podiam estar tão presentes na vida das crianças. Além disso, consideraram que a vivência delas em contextos conflituosos poderia tanto estar na origem dos problemas apresentados quanto contribuir para sua intensificação:

Os pais e as mães sofrem muito com isso. Não é só a criança. A gente também sofre e não tem nada pra gente. A gente também tinha de ter uma ajuda, um suporte... Precisava de um acompanhamento pra gente também, mas não tem. É um sofrimento... Mas a professora também não sabe o que fazer. Ela pode ver o problema, mas não consegue atender. Eu não queria dar esse medicamento [a Ritalina] pra ela, mas a Risperidona não tá ajudando nada ...Eu sei dos efeitos, mas a gente não tem saída (M8. Mãe, 36 anos, EMC).

A médica do posto falou que o problema pode tá aqui. Pediu pra eu tirar elas [as crianças] do ambiente. Como tirar elas daqui? Que jeito? Como que eu posso fazer com elas? (M16. Mãe, 48 anos, EFI).

Eu quero resolver, mas eu não sei o que fazer. E eu fico achando que a culpa é minha, porque eu trabalho o dia inteiro. Se desse, eu queria que ele ficasse meio período na escola e o restante comigo. Ele tem que ser alfabetizado. Ele não pode continuar assim... Se eu pudesse ficar com ele, eu ia ensinando, todo dia um pouco. Ele ia aprender. Mas eu chego de noite... E ele já fica o dia inteiro na escola. De noite ele tá cansado. Às vezes, nem ia precisar dar Ritalina pra ele... (M19. Mãe, 41 anos, EMI).

Essas representações apontam para camadas de significação que refletem incertezas e inseguranças vivenciadas por essas famílias, e o desejo de que elas sejam resolvidas. Um exemplo disso é a ideia de suplementação em relação à eficácia da intervenção farmacológica, mesmo diante dos seus efeitos adversos — *Eu sei dos efeitos, mas a gente não tem saída* — justificada pela falta de alternativas para lidar com esses problemas ou pelo desejo de que seus(uas) filhos(as) progridam na escola. Esse processo revela a tensão entre o desejo de ver o desenvolvimento escolar das crianças e a superação dos desafios enfrentados em seus cotidianos diante de uma realidade limitada de recursos e alternativas, gerando um ciclo em que a medicação é vista como necessária, apesar das preocupações que a acompanham. Por outro

lado, observa-se uma distorção em relação à origem desses problemas, pois, muitas vezes, as famílias internalizam a culpa pelas dificuldades enfrentadas pelas crianças, deslocando a responsabilidade para si mesmas ou para o ambiente educacional mais imediato — *E eu fico achando que a culpa é minha / o problema pode tá aqui / a professora também não sabe o que fazer.*

Essa visão, focada nas questões individuais ou familiares, a exemplo dos(as) profissionais da escola, pode levar à negligência de uma compreensão mais ampla das estruturas sociais e institucionais que também contribuem para os desafios enfrentados pelas crianças. Isso simplifica a realidade, tornando o problema mais gerenciável, mas ao custo de ignorar fatores mais profundos. A falta de uma estrutura educacional adequada, a fragilidade das políticas públicas e a pressão para se conformar às normas escolares são fatores que muitas vezes são deixados de lado na compreensão das famílias. Ao omitir essas causas, elas se concentram em soluções imediatas e individuais, como a medicação.

Essas incertezas são agravadas pelas dificuldades que elas enfrentam na aproximação com o médico, um outro elemento não familiar que precisam gerenciar. De acordo com algumas famílias, as interações com os médicos, que são rápidas e impessoais, não lhes dão a oportunidade de expressar suas dúvidas e acomodar suas preocupações. Essa falta de engajamento com o profissional médico pode aumentar a frustração das famílias, pois a sensação de não receber suporte adequado contribui para um ciclo de incerteza e insatisfação, exacerbando o desejo por respostas mais eficazes e um acompanhamento mais detalhado: *No médico, a gente só vai porque precisa da receita* (M9. Mãe, 31 anos, EMC) / *O médico pega a receita, pergunta uma coisa e já vai escrevendo e dá a receita. No médico, a receita tá pronta* (M16. Mãe, 48 anos, EFI) / *Eles dão medicação, mas eles não resolvem o problema dele. E a gente não consegue falar com o médico. A gente entra [no consultório] e sai. É cinco minutos* (M19. Mãe, 41 anos, EMI) / *O médico não atende a gente. É muito rápido. Parece que ele não quer responder. Uma vez ele perguntou o que eu queria: se eu queria deixar ele sem remédio* (M24. Mãe, 41 anos, EMC).

5.3 Interpretações do TDAH: *Uma caixinha bem pequenininha*

Algumas famílias tiveram contato com a sigla TDAH pela primeira vez no consultório médico. Em uma minoria dos casos, receberam explicações que elas consideraram detalhadas, *letra por letra*, sobre as características que definem o transtorno e como esses fatores poderiam impactar o processo de aprendizagem e as relações sociais e familiares de seus(uas) filhos(as).

No entanto, na maioria das vezes, a interação médica se restringiu a descrevê-lo como uma condição associada à *agitação* ou à *desatenção* nas crianças. Em alguns casos, as famílias só tomaram conhecimento do diagnóstico ao ler o laudo destinado à escola, pois os médicos utilizaram os termos *hiperativo* e *hiperatividade* durante a consulta, sem esclarecer sua relação com o transtorno:

Eu não entendi quando ele [o médico] falou, mas era TDAH...Mas é como ele é. Mais lento na escola pra aprender...Ele não consegue se concentrar, não consegue fazer as atividades... E é hiperativo. Aí ele não acompanha. É como as professoras falam: 'Não é que ele tem problema pra entender. Ele entende bem, mas é a hiperatividade dele que não deixa ele acompanhar' (M9. Mãe, 31 anos, EMC).

A criança não consegue ter atenção por causa de um problema no cérebro. A criança fica hiperativa, quer se movimentar mais, fica agitada. Não consegue concentrar. É a hiperatividade. E o TDAH também tem a ansiedade. Ele não tem a paciência de ficar quieto. A professora aqui da Sala [de Recursos] já falou isso: 'Ele não tem paciência pra aprender. Ele fica agitado' (M11. Mãe, 38 anos, EMC).

Nem eu nem marido conhecia. A gente achava que era mais parecido com autismo, porque às vezes ele não é de conversar...Depois que a gente foi vendo que atrapalha a concentração... É um problema que a criança não consegue prestar atenção (M22. Mãe, 44 anos, EMC).

Outras famílias já possuíam algum conhecimento sobre o TDAH antes do diagnóstico. Isso ocorreu por dois motivos distintos. No primeiro, após serem contatadas pelas escolas, essas famílias buscaram informações para entender o que poderia estar afetando seus(uas) filhos(as). Para isso, utilizaram termos mencionados pelos(as) professores(as) — como *agitado*, *inquieto*, *hiperativo*, *não presta atenção*, *desatento*, *não interage* e *não para quieto* — para realizar pesquisas na internet ou para conversar com outras famílias, o que as levou a considerar o TDAH. No segundo caso, as famílias já observavam e comparavam o comportamento de seus(uas) filhos(as) com o de outras crianças, especialmente em relação à aprendizagem e à atividade motora, comparações que as motivaram a considerar a possibilidade de que seus(uas) filhos(as) pudessem ter algum comprometimento médico, como o próprio TDAH:

A gente falava, mas não entrava na cabeça dele. Com as outras crianças, a gente fala e a criança guarda. A tarefa, ele não consegue fazer sozinho...Eu acho que é alguma coisa dele, da cabeça, que não deixa ele se concentrar pra aprender [...]. O TDAH atrapalha na aprendizagem, na memorização das coisas. Ele perde a sequência das letras, no alfabeto, porque ele não tem memória. Parece que a memória dele é uma caixinha bem pequenininha (C3. Mãe 41 anos, EFC; Pai, 44 anos, EFC).

O TDAH tem vários lados. Na maioria, é falta de concentração e de atenção. A pessoa não consegue fazer duas coisas ao mesmo tempo. Se perde muito fácil. Tem criança que é hiperativa, mas é mais difícil [...]. É uma parte do cérebro que não mantém a atenção. E eu vejo por ela: ela é muito desatenta na escola, aí ela chega em casa e não consegue fazer as tarefas. Eu acho que o TDAH não deixa concentrar. Uma formiga já desconcentra ela (M8. Mãe, 36 anos, EMC).

Eu vi que o TDAH é alguma coisa que se desenvolve na criança, na parte da frente da cabeça. A criança não consegue se controlar, se agita mais...Aí, ele não consegue. Não tem a capacidade pra aprender (M3. Mãe, 38 anos, EMC).

O TDAH é um carro sem freio. É um carro na cabeça. Alguns têm um carro mais lento, outros têm uma Ferrari. Quem tem a Ferrari, precisa do medicamento pra ajudar a frear o carro (M17. Mãe, 39 anos, ESC).

De um modo geral, as famílias ancoram o entendimento do TDAH em experiências e conhecimentos já existentes, frequentemente relacionando-o a comportamentos observáveis e familiares, como a inquietação e a dificuldade de atenção. Ao traduzir essas dificuldades em termos concretos, elas recorrem a imagens cotidianas para explicar o que, para elas, parece ser um mistério no funcionamento da criança. Assim, o TDAH, um conceito muitas vezes abstrato, é materializado e objetivado por meio de metáforas que tornam a condição mais compreensível no contexto familiar. Descrições como a memória da criança sendo comparada a uma *caixinha bem pequenininha*, o cérebro a uma *parte da cabeça que não funciona* e o próprio TDAH a um *carro sem freio*, tornam o transtorno mais tangível, facilitando a comunicação entre o universo médico e o cotidiano familiar por meio dessas qualidades icônicas, localizando-o dentro do corpo da criança. Essa necessidade de dar uma explicação física para o TDAH reflete tanto a busca por entendimento quanto uma forma de legitimar as dificuldades enfrentadas por elas, ancorando suas incertezas em algo concreto e visível.

Além disso, as “doenças da cabeça” carregam um peso simbólico enraizado pelo tempo longo, especialmente no contexto das representações sociais sobre sofrimentos e transtornos mentais. Essa expressão evoca uma sensação de urgência e seriedade no tempo curto, pois a cabeça é vista como o centro de controle do corpo e da mente, considerada um órgão nobre (Rodrigues, 1999). Assim, qualquer disfunção associada a ela é percebida como algo que necessita de atenção imediata e soluções eficazes. Simbolicamente, associar o TDAH a um problema na cabeça ou no cérebro também reforça a ideia de que essas dificuldades têm uma base biológica, algo que pode e deve ser tratado, muitas vezes, com intervenções médicas.

Essa concepção pode aumentar a pressão para que se encontre uma cura ou uma forma de controlar os sintomas do transtorno. A cabeça, nesse sentido, torna-se símbolo de um aspecto que precisa ser reparado para que a criança possa funcionar normalmente dentro dos padrões sociais e escolares. Além disso, a expressão “doenças da cabeça” carrega um estigma implícito, pois as questões relacionadas à saúde mental são cercadas por tabus e mal-entendidos — uma das famílias postergou o encaminhamento da criança devido à recusa do pai, *porque [o filho] não era louco* (M12. Mãe, 32 anos, EMC); Rafão era considerado *o burro da sala* porque

apresentava *um problema na cabeça* (M5. Mãe, 34 anos, EFC); e o *entendimento* de Atreus é *bagunçado* porque a *cabeça dele não é normal* (M14. Mãe, 36 anos, EMC).

Ademais, as famílias frequentemente suplementam o entendimento do TDAH com suas próprias interpretações e experiências. Ao descrever o transtorno como algo que impede a criança de se concentrar ou de controlar sua agitação, elas não apenas aceitam a explicação médica, mas a expandem com suas observações cotidianas. Essa expansão pode incluir características que refletem suas ansiedades e preocupações — *ele não tem memória / A criança não tem a capacidade pra aprender* — até mesmo de forma hiperbólica — *uma formiga já desconcentra ela* — transformando o diagnóstico em uma explicação para diversos desafios enfrentados pela criança.

Contudo, esse processo cognitivo também pode simplificar a ideia do TDAH, como anteriormente sugerido. Ao reduzir o transtorno a *alguma coisa da cabeça* da criança, ou seja, a uma condição puramente fisiológica, as famílias podem interpretar o TDAH como uma incapacidade inerente de aprender ou memorizar informações. Isso reforça a visão de que o funcionamento da criança depende de tratamentos farmacológicos para superar essas dificuldades, consolidando o transtorno como uma condição estritamente orgânica. Essa percepção influencia diretamente suas expectativas em relação ao tratamento e como lidam com os desafios diários de seus filhos(as).

De qualquer forma, à medida que as famílias tentam compreender o diagnóstico, elas começam a acomodar o desconhecido, gerindo incertezas e justificando decisões e ações para o atendimento das crianças. Esse movimento permite que elas busquem uma sensação de controle em meio à complexidade do transtorno, equilibrando as explicações médicas com suas próprias observações e experiências diárias. À medida que se aproximam dessa compreensão, passam a explorar sua causalidade, tema que será abordado na próxima subseção.

5.3.1 Causalidades do TDAH: *A pessoa já nasce assim*

O poema “Por quê, Por quê, Por quê” ilustra os sintomas do diagnóstico do que poderia ser chamado de “Acesso de perguntas”, uma característica comum na curiosidade infantil:

A mãe, coitada, quase enlouquecida com tantos porquês:
— Ah, meu filho! Quando você crescer você entende o porquê.
Mas o menino não queria esperar, queria agora, queria entender os porquês.
Alguns animais eram um mistério para o menino, e ele queria entender porquê...
galinha, tendo asas, não voa;
girafa não faz som de nada;
baleia vive na água e não é peixe;

e se coelho não bota ovo, como é que existe o ovo de Páscoa?
(Cortês, 2010 *apud* Kirinus, 2013, p. 78-79).

O poema também revela como essa característica é percebida pela sociedade: “e toda hora surgem mais e mais indagações, porque perguntar é um prazer da criança que exercita associações, pontes, imagens numa categoria de linguagem que vai num por que e que espera de volta um porque...” (Kirinus, 2013, p. 73). Assim, a mãe, quase enlouquecida com tantos questionamentos, responde com uma frase que reflete a expectativa social de que o tempo e o crescimento irão silenciar essas perguntas: “Ah, meu filho! Quando você crescer, você entende o porquê”. Isso destaca como o caráter convencional e prescritivo das representações sociais pode limitar a infância a categorias estigmatizantes, muitas vezes, resultando em diagnósticos médicos.

Os estudos sobre representações sociais se preocupam com a causalidade, buscando compreender como grupos ou indivíduos criam uma ordem estável diante da diversidade de comportamentos e fenômenos considerados estranhos. Tanto as crianças quanto os acadêmicos buscam entender o mundo ao seu redor. Assim, quando uma criança pergunta por que, repetidamente, ela está tentando encontrar um princípio que organize o caos aparente das coisas que não entende. De maneira semelhante, os acadêmicos procuram respostas para as suas perguntas, buscando causas para os fenômenos que estudam. Ambos querem encontrar uma explicação que torne o desconhecido familiar (Moscovici, 1981).

No entanto, enquanto a ciência tende a focar mais no “como” as coisas acontecem do que nos motivos ou razões subjacentes (o “por quê”), as representações sociais, por sua natureza, estão preocupadas em encontrar significados e razões por trás desses acontecimentos. Dessa forma, enquanto a ciência se preocupa em descrever fenômenos de forma objetiva e em entender os processos que levam a certos resultados, as representações sociais buscam entender “por que” as coisas acontecem, conferindo sentido aos indivíduos e aos grupos sociais (Moscovici, 1981).

Nesse contexto, ao refletir sobre o que impulsiona a construção das causalidades, lembrei-me da perspectiva apresentada por Evans-Pritchard (2005) em seus estudos sobre o povo azande, embora o autor pertença a outra tradição intelectual. Para os azande, eventos adversos que ocorrem na intersecção de tempo e lugar apenas podem ser explicados por meio da bruxaria. Esse conceito funciona como uma base indispensável para entender as demais crenças dessa sociedade, em uma demanda por respostas que atribuam sentido aos eventos que afetam seus indivíduos. Aplicando essa perspectiva à compreensão do TDAH, observa-se que as famílias buscam elaborar explicações que façam sentido em seu cotidiano. Assim, elas

buscam respostas para os por quês e criam paralelos entre as dificuldades enfrentadas pela criança e suas próprias interpretações. Além disso, constroem causalidades sobre o transtorno, organizando os comportamentos observados em seus(uas) filhos(as) em categorias familiares e compreensíveis.

Para fins didáticos, organizei essas causalidades nas seguintes categorias: o TDAH como uma condição inata, adquirida e multifatorial. A primeira categoria, o TDAH como uma condição inata, reflete as representações sociais das famílias que o percebem como um *transtorno*, *doença* ou *problema* que a criança carrega desde o nascimento. Para essas famílias, os comportamentos agitados e desatentos são vistos como consequências de fatores além do controle das crianças, objetivados em sua própria natureza e independentes de suas vontades ou possibilidades de autorregulação. Esses comportamentos são frequentemente atribuídos a questões hereditárias, com base em conhecimentos sobre genética, reforçando a ideia de que o TDAH é uma característica transmitida de geração em geração, intrínseca e inevitável:

O meu marido já tomou fluoxetina. Era depressão [...]. Pode ter ido alguma coisa do pai, porque ele é agitado também. O médico falou que a genética não passa só as características, passa os comportamentos. Quando o médico olhou pro meu marido, ele já falou do TDAH. Ele ficava balançando as pernas (M1. Mãe, 37 anos, EMC).

A pessoa já nasce assim. Eu acho que é genético [...]. Tudo o que a médica perguntava, batia comigo também. Eu também sou assim, agitada, esqueço as coisas, sempre correndo [...]. Por isso que eu acho que também é genético. Eu era ruim em matemática, igual ele (M3. Mãe, 38 anos, EMC).

A irmã dele tem cinco anos. É agitada também. Nervosa, não para. Ela vai ter alguma coisa. Eu acho que isso é de família, que já nasce [com a criança]. Eu tenho uma menina com [a mãe dela]. Ela tem dois anos. É bem calma. Não incomoda nada. Os dois, ele e essa irmã dele, são dela e do outro marido dela. Eles que são assim (P2. Pai, 58 anos, EMC).

Essas famílias fundamentam suas explicações em comparações familiares, como entre pai e filho ou entre irmãos, legitimando o transtorno como uma característica inata, o que aproxima essas explicações do universo reificado. Por outro lado, ao associar características como agitação e dificuldades a um padrão transmitido na família, essas explicações simplificam questões complexas, tornando-as mais acessíveis e próximas do senso comum. Por meio desse processo de objetivação, o TDAH é materializado no corpo da criança, o que contribui para sua naturalização e gera um senso de inevitabilidade. Isso leva as famílias a aceitarem os tratamentos médicos como soluções justificadas e necessárias. Assim, as representações sociais não apenas ajudam a explicar o TDAH, mas também influenciam a forma como as famílias percebem e respondem às intervenções médicas.

A segunda categoria, o TDAH como um transtorno adquirido, inclui representações fundamentadas em situações concretas de vida das famílias e das próprias crianças:

Eu acho que foi o trauma da saída do CMEI pro primeiro ano. Antes, ela só desenhava. Ela não foi incentivada pro primeiro ano. Jogaram ela de lado e ela travou o desenvolvimento. O TDAH começou aí. Eu acho que as professoras não tinham a mesma atenção [com ela] que tinham com as outras crianças. Ela foi pro primeiro ano assim e piorou lá. E ela ficou muito isolada na pandemia (C2. Mãe, 34 anos, EMC; Pai, 29 anos, EMC).

O pai dele morava aqui nessa época. Ele foi embora. Aí que ele começou a ficar ansioso, com cinco anos [...]. Ele ia na psicóloga e ela falou que ele tem saudade do pai. E ele pede o pai.... Eu acho que foi alguma coisa que desenvolveu nele, do pai dele ter ido embora sem avisar que ia (M9. Mãe, 31 anos, EMC).

O pai dele era muito agressivo. Um dia, ele chegou bêbado e quebrou todos os vidros do quarto. O [menino] tava na cama. Não sei como não cortou ele [...]. Depois, ele foi preso porque brigou no bar por causa de uma conta. Nem sei onde tá agora. A minha ex-sogra que traz a pensão. E ele sempre pergunta do pai [...]. Tudo isso e a escola não entende ele (M14. Mãe, 36 anos, EMC).

Acho que é muita coisa pra ele. Tem as minhas netas que foram abusadas, que ele sabe. A irmã dele [que foi esfaqueada pelo marido], que ele se preocupa.... Tem o pai dele que ficava na biqueira [...]. [E] A escola não dá atenção pra ele. Ele fica largado lá, abandonado. Fica tudo isso na cabeça dele. E isso que eu falei, de ter muita criança aqui. Ele fica irritado (M16. Mãe, 48 anos, EFI).

Esses relatos trazem à tona representações sociais do TDAH como um transtorno adquirido, distanciando-se da visão tradicional de uma condição inata ou genética. Essas representações são ancoradas em eventos e experiências de vida, nos quais o transtorno surge como uma resposta a situações adversas, como traumas e separações familiares. Essas representações também revelam uma crítica implícita ao sistema escolar, visto como negligente ou incapaz de oferecer suporte adequado em momentos críticos. A falta de atenção e acolhimento por parte da escola é percebida como um fator agravante das dificuldades enfrentadas pelas crianças. Nesse sentido, há uma convergência entre as representações do TDAH e as condições sociais e emocionais dessas crianças, sugerindo que o transtorno, compreendido como uma condição médica, pode ser uma resposta a questões institucionais e familiares. Aqui, o processo de objetivação é evidente, pois o TDAH é materializado nessas histórias e experiências concretas.

A terceira categoria, o TDAH como multifatorial, abrange representações sociais que ancoram sua explicação em uma interação dinâmica entre fatores inatos e adquiridos, que se influenciam mutuamente. Nessa perspectiva, o TDAH existiria de forma latente, ou seja, não totalmente manifestado, sendo os contextos em que as crianças vivem determinantes para favorecer sua expressão. Assim, predisposições genéticas ou orgânicas, isoladamente, nem sempre seriam suficientes para desencadear o transtorno. Esse entendimento é refletido nos

relatos das famílias, que observam como determinadas situações ou ambientes podem ativar ou intensificar os sintomas:

Eu acho que nasce com a criança, mas não é genético. Eu acho que ele já tinha alguma coisa, dele mesmo, mas piorou. É muita coisa desde que ele era bem pequeno. O pai dele não entendia da ecoprese e batia nele quando ele fazia. Aí ele já parava. Ficava imóvel. Do jeito que ele fica agora, quando a professora grita com ele. Às vezes ele é assim por conta do pai. Agora melhorou, mas o pai era muito bravo com ele [...]. Ele já tinha alguma coisa e piorou no TDAH (M7. Mãe, 34 anos, EMC).

Eu acho que é genético, porque na nossa família tem TOD, TDAH, QI elevado... Mas tem outras coisas que interferem e eu acho que dispara o TDAH [...]. Pode ser genético, mas algumas coisas pioram. Teve um ano difícil na minha família. Minha vó morreu, meu pai teve câncer e morreu depois. Ele era pequeno, mas eu acho que eu passei pra ele. Ele mamava no peito. E ele sofreu bullying na escola (M12. Mãe, 32 anos, EMC).

Eu acho que é genético. Influência do pai e da mãe. O meu marido é muito desatento. E da vida que a gente tá levando hoje. Uma vida louca, muito agitada. A gente não tem mais tempo, os alimentos são muito industrializados, tudo isso favorece a agitação...E ele nasceu prematuro [...] (M17. Mãe, 39 anos, ESC).

Entre os fatores que podem predispor ao surgimento do TDAH, seja como transtorno adquirido ou multifatorial, as famílias também destacaram o uso do celular. Elas acreditam que o uso excessivo de telas pode tornar as crianças mais agitadas, pois, segundo seu entendimento, a concentração exigida por essas tecnologias é episódica. Além disso, observam que o uso constante de telas leva ao isolamento das crianças, comprometendo suas interações sociais. Assim, o uso prolongado do celular é frequentemente associado tanto à manifestação de sua apresentação desatenta quanto à hiperativa.

De um modo geral, as crianças dedicam uma parte significativa de seu tempo a jogos digitais ou plataformas de vídeo, o que leva as famílias a questionarem por que elas conseguem se concentrar nessas atividades, mas não durante as aulas. Um exemplo disso foi observado nas entrevistas com as mães de Naruto e Rafão. Em relação a Rafão, cheguei à sua casa por volta das 14h00 e, às 15h30, o menino, que estava sentado na mesma posição desde às 12h30, quando chegou da escola, se aproximou da mãe para pedir que carregasse o celular. A estratégia que ela encontrou para limitar o tempo de tela foi manter o carregador consigo, garantindo que Rafão ficasse, ao menos por algumas horas, longe do aparelho. As falas a seguir ilustram como as famílias elaboram essa relação:

O médico disse que é genético. Eu não sei se é. Talvez pode ser do celular. Ele fica muito tempo com o celular, e fica passando muito rápido. Aí, quando tem que ficar quieto, com paciência pra aprender, que precisa prestar atenção só numa coisa, ele não consegue. Mas no celular, ele se concentra. Lá ele consegue ter memória (M19. Mãe, 41 anos, EMI).

O foco do celular é muito rápido. A criança não precisa lidar com a frustração do que ela não gosta. É só passar

o dedo... É diferente no sentido de um livro, por exemplo. A escola não consegue competir com o celular, com a velocidade das redes sociais. Lá, [no mundo virtual], é mais agradável pra eles (M20. Mãe, 32 anos, ESC).

Tem tarefa que eles fazem no celular. Escreve lá. Mas não pode ser tarefa de fazer no celular. A gente tem que tirar o celular deles, não deixar eles ficarem mais tempo ainda. Antigamente, a gente copiava do quadro e aprendia. Agora não precisa, porque tem no livro, aí faz no livro, mas não copia nada. Às vezes, faz pesquisa no celular, tarefa, tudo no celular. Prejudica a criança (P1. Pai, 44 anos, EFC).

O uso das telas e a sua relação com o TDAH tem sido amplamente debatido por pesquisadores. Sorbara (2012, 2017), por exemplo, situa o transtorno como um sintoma da sociedade contemporânea, marcada por processos de semiformação gerados pela exposição excessiva a mídias digitais. Segundo Sorbara, o TDAH reflete uma cultura que naturaliza a medicalização e artificializa os comportamentos infantis. Nesse contexto, a criança hiperestimulada é impactada pelo choque constante de imagens promovido por esses dispositivos, que exercem uma fascinação estética e criam um espaço mental em regime de atenção total. Assim, como destacou uma das mães:

Hoje, as crianças não têm a surpresa em estudar pelo livro, pelo material da escola. O mundo é mais visual, interativo...A internet faz isso com a gente. Mas antes, quando eu estudava, era diferente. Eu conheci a [boneca] Emília em preto e branco. Quando a gente pintava na escola, com aquele monte de lápis colorido, era uma festa. É claro que a gente queria fazer (M20. Mãe, 32 anos, ESC).

A THC, discutida no capítulo anterior, também oferece respostas às indagações das famílias, especialmente no que diz respeito ao comportamento das crianças que conseguem prestar atenção e controlar a agitação diante de jogos digitais, mas não durante as atividades escolares. Segundo Ferracioli e Tuleski (2013), isso acontece porque, nas atividades cotidianas que despertam interesse nas crianças, a regulação da atenção e do comportamento é mantida de forma espontânea e exterior, sem esforço consciente. Já em atividades mais abstratas, como as escolares, “são conscientemente requisitados não só os processos de raciocínio, de percepção e de memória, mas também os de atenção e de autocontrole da impulsividade”, o que torna mais difícil para a criança exercê-los sem regulação externa e sem a mediação instrucional do professor.

As representações sociais interpretadas nesta subseção evidenciam como as dimensões temporais se inter-relacionam e influenciam a construção dos significados sociais. As crenças, valores e discursos que se perpetuam no tempo longo moldam a maneira como determinadas questões são compreendidas de forma ampla e duradoura. A ideia de que os transtornos mentais são transmitidos geneticamente é um exemplo de representação que se enraizou na memória social, influenciada por discursos médicos e sociais sobre a origem e a natureza das disfunções

biológicas, mantendo a percepção de normalidade comportamental como algo que exige intervenção médica.

Nesse entrelaçamento, os relatos mostram como situações da vida e processos de socialização — como uma gravidez de risco, dificuldades na infância, violência familiar, pouco acolhimento pela escola e abandono paternal — contribuem para a compreensão da causalidade do TDAH. Esse tempo vivido refere-se à socialização, influenciada por essas experiências pessoais e familiares, que moldam diretamente como as famílias compreendem o TDAH, ancorando-o em situações imediatamente passadas. Por outro lado, no tempo curto, novos eventos transformam as representações sociais. Nessa perspectiva, fatores como a alimentação e o uso do celular são exemplos de influências que podem alterar ou reforçar suas percepções. Assim, as representações situam o transtorno em uma temporalidade específica, no qual ele é visto de forma contínua, agravando-se à medida que situações adversas se tornam mais complexas.

Nesses exemplos, o tempo vivido se aproxima de forma quase simbiótica do tempo curto, que se manifesta em eventos críticos como a saída abrupta de uma criança do EI, um ambiente que ela considerava mais acolhedor, ou o abandono pelo pai. São momentos que marcam viradas nas vidas das crianças, a ponto de as famílias associarem esses contextos ao TDAH. É também no tempo curto que os aspectos sociais constroem as causalidades biológicas, o que é importante para vislumbrar práticas despatologizantes que reconheçam a complexidade das experiências vividas e busquem alternativas de acolhimento e cuidado além da medicalização.

Independentemente da causa do transtorno, as famílias frequentemente expressam preocupações sobre como o diagnóstico de TDAH pode moldar a identidade das crianças. Muitas vezes, elas começam a ver a si mesmas através desse diagnóstico, incorporando-o como uma característica central de suas personalidades. Isso cria uma narrativa pessoal, em que o TDAH passa a ser usado como justificativa para uma série de comportamentos e dificuldades cotidianas. As crianças, então, afirmam que não conseguiram realizar tarefas escolares, que têm dificuldades de atenção, esqueceram compromissos, não estudaram, não se saíram bem nas avaliações, perderam material, foram indisciplinadas na escola ou se desentenderam com irmãos(ãs), colegas e professores(as) — tudo devido ao TDAH.

A internalização do diagnóstico de TDAH, ao se tornar uma explicação central para o comportamento da criança, influencia profundamente a maneira como ela percebe a si mesma e como ela entende suas ações e limitações. Quando as crianças internalizam o TDAH como uma parte fundamental de sua identidade, pode surgir a crença de que suas dificuldades são

causadas por algo inato e imutável, em vez de serem vistas como desafios que podem ser superados com estratégias de adaptação ou apoio. Essa visão pode levar a uma sensação de impotência, onde a criança sente que não possui o controle sobre suas próprias ações ou que as dificuldades que enfrenta são insuperáveis, diminuindo a motivação para buscar formas alternativas de lidar com essas dificuldades.

O TDAH, dessa forma, desempenha um papel na constituição das ‘bioidentidades patológicas’ (Lima, 2005), não apenas para os(as) profissionais da escola em relação às crianças, conforme abordado no capítulo anterior, mas também para as próprias crianças e suas famílias. Mesmo na ausência de um diagnóstico formal, muitas delas começam a reconhecer características do TDAH em si mesmas e a justificar ações passadas e presentes com base nessa identificação, como se, de algum modo, compartilhassem dessa identidade. Esse cenário favorece a criação de laços sociais entre famílias cujos filhos foram diagnosticados com TDAH, promovendo uma biossociabilidade baseada em aspectos ligados à vida, saúde e cuidados corporais (Lima, 2005; Ortega; Vidal, 2007).

Não é TDAH. É o santo dele

Piloto está na quinta série, tem onze anos e foi diagnosticado com TDAH na sua apresentação desatenta quando estudava a segunda série. Quando mais novo, apresentou *dificuldade na fala, e não tinha interesse de aprender as coisas que as crianças gostam*. Sempre quieto, possivelmente pela *educação* que recebera em casa ou devido à sua *personalidade, fica horas no mundo da lua, em outro lugar*. O encaminhamento médico ocorreu a partir de uma demanda da escola, mas sua mãe já havia percebido *que tinha alguma coisa diferente com ele desde o começo, mas piorou porque ele não acompanhava os outros alunos*. Além disso, *ele começou a estudar de manhã, mas o cérebro dele é melhor de tarde*.

A mãe chegou a ir à escola quando ele ainda estudava a primeira série para dizer que *ele não queria fazer as tarefas e que achava que ele tinha autismo*. A professora disse que *era assim mesmo, que tava tudo bem com ele*, e que não precisava se preocupar. Porém, nesse mesmo ano, a professora a chamou porque *ele não acompanhava, não aprendia, não prestava atenção...* *Que tinha que levar no médico porque ele era muito distraído, e a distração não deixava ele aprender...Ele só ficava no mundo da lua*. Tempos depois, ele confidenciou à mãe que nunca esteve no mundo da lua, mas que sentia, ouvia e recebia orientações de um *amigo cigano, seu guia espiritual*.

Piloto se queixa de que *a escola não tem nada* e, por isso, *não tem interesse lá*. As

professoras relataram que ele não atrapalha a aula, mas *não aprende*. A mãe atribui esse desinteresse às frequentes trocas de professoras, pois *sempre que ele começa gostar de uma, troca de novo. Aí, parece que ele desaprende tudo. Teve ano de mudar três vezes [...]. Quando ele gosta da professora, ele aprende. Teve uma professora que ele não gostava de jeito nenhum. Ele tinha até febre pra não ir na escola, porque ela gritava com ele. Da professora da Sala de recursos, ele gosta mais. Tudo o que ele aprendeu, é do recurso. Teve uma, do terceiro ano, que ele gostava bastante também, mas, depois, ela saiu da escola. Com ela, ele aprendeu bem. Teve um dia que ela chegou na sala com uma guia branca [um colar] de Oxalá. Depois, ela falou pra ele que também era espírita, e ela nem sabia que ele era de Oxalá. Nem a mãe de Piloto sabia ainda.*

Como outras famílias, sua mãe pediu para ele ser retido. Ele estudava a quarta série, mas *não sabia ler nem escrever. Não tinha como passar pra quinta. Ele não sabia fazer as contas, a tarefa, nada*. A professora disse que não podia reprovar, *que tinha obrigação de passar. Mas como que ele ia pro quinto ano? Se ele fosse pro quinto, mais um ano e ele ia pro ginásio. E como ele ia fazer no ginásio?* A mãe, então, assinou um termo pedindo a reprovação, e Piloto fez o quarto ano novamente.

Quando Piloto foi diagnosticado, o médico explicou que o transtorno poderia ser caracterizado por um *cérebro mais atrasado, mas que chega com remédio*, e que suas causas seriam genéticas. A mãe desconsiderou a possibilidade de ser genético, e atribuiu sua origem às dificuldades enfrentadas durante o parto: *Foi um parto muito difícil. Tinha que ter feito cesárea, mas o médico não fez. Foi normal, mas foi muito difícil. Faltou oxigênio nele. Pode ter prejudicado a atenção dele.*

Há cerca de três anos, a família de Piloto passou a frequentar *a umbanda, o espiritismo*. Durante uma das sessões, os *guias* comunicaram que o menino é *médium*. Nessa época, houve uma substituição em relação ao neurologista que o atendia, o que, para a mãe, *não foi por acaso*. Em um dos atendimentos, o novo profissional pediu que ele escrevesse algumas frases que ditaria e realizasse operações matemáticas. Piloto escreveu de forma clara, e não errou nenhuma das *continhas*: parecia que ele *tava desmentindo tudo* o que a mãe e o relatório escolar haviam comunicado. A mãe destacou que *esse médico é diferente dos outros. Os outros não escutam, só pegam o relatório da escola, lê e já dá a receita. Esse não. Ele conversa, pergunta...Não tem pressa de atender.*

Ao verificar as atividades, o médico constatou que a letra de Piloto era legível, e que o texto recém escrito não apresentava equívocos linguísticos. Ao responder sobre como fez a soma, o menino relatou que seguiu as orientações do *cigano*, que o ensinava e o acompanhava

na maior parte do dia. O médico concluiu que ele é *inteligente*, escreve e se comunica bem, e que talvez não tenha TDAH, e a mãe considera que a distração é sinal de mediunidade, não de um transtorno psiquiátrico: *A mediunidade toma à frente dele, e as pessoas confundem com outra coisa. Não é TDAH. É o santo dele*. Piloto fica com o olhar perdido, como se buscasse encontrar algo no mundo da lua, mas, segundo a mãe, está tendo sua mediunidade preparada, algo que muitas vezes não tem hora nem lugar, especialmente quando a pessoa ainda não sabe controlar sua espiritualidade. O médico suspendeu o uso da Ritalina aos finais de semana e, mais recentemente, em todos os dias. Além disso, conforme sua orientação, Piloto aguarda consulta com um psiquiatra.

5.4 Medicação, medicalizar: representações da Ritalina

Como mencionei no início do capítulo, o tratamento farmacológico foi a intervenção de primeira escolha para as crianças diagnosticadas com TDAH e, na maioria das vezes, a única opção apresentada a elas. Das 30 crianças envolvidas, todas, exceto uma, receberam prescrição de medicamentos tarja preta⁴⁶. A Ritalina foi o fármaco mais prescrito, sendo utilizada por 19 delas, além de duas crianças cujas famílias suspenderam seu uso, seguida da Risperidona. De um modo geral, a Ritalina é vista como um medicamento que age em partes específicas do cérebro, aumentando a concentração ou alterando o comportamento das crianças. Nesse contexto, é importante refletir sobre como a compreensão do fenômeno TDAH levanta questões pertinentes ao excessivo consumo de medicamentos para o transtorno, incluindo a necessidade de distinguir entre medicação e medicalizar.

Eidt, Tuleski e Franco (2014), Meira (2019) e Freitas e Amarante (2024) fazem uma distinção entre os termos medicação e medicalizar, sem adotar uma posição contrária a qualquer tipo de medicação ou desconsiderar os avanços da ciência médica no controle e erradicação de diversas doenças. Esses autores esclarecem que a medicação é uma prática crucial na Medicina, pois oferece respostas para condições que não possuem outras possibilidades de cura ou tratamento. Por outro lado, como abordado no segundo capítulo, a medicalização refere-se à transformação de questões de natureza social em problemas de saúde específicos a cada indivíduo. Segundo os “Subsídios para a Campanha Não à medicalização da vida e da educação”, organizado pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2011-2013), os medicamentos, em determinados casos, têm nos auxiliado e reconfortado diante de inúmeros

⁴⁶ Alguns dos medicamentos prescritos, em menor quantidade, são tarja vermelha.

problemas orgânicos. Contudo, quando utilizados para efeitos comportamentais, gera-se a crença de que os desafios da vida e das relações sociais são inerentes a nós e, portanto, passíveis de serem resolvidos com a ingestão de pílulas, um enfoque que pode desconsiderar os contextos sociais que moldam nossas existências. Além disso, a prescrição indiscriminada de fármacos para tratar as dificuldades da vida perpetua e intensifica o processo de medicalização.

Com essa distinção em mente, surge a necessidade de questionar por que, com exceção de uma criança, todas as outras receberam prescrição de medicamentos. Além disso, quantas dessas crianças foram realmente medicadas e quantas foram medicalizadas? Quantos conflitos foram ocultados pelo medicamento? Quantos *synthomas* silenciou? Após a medicação ou medicalização, quais ações foram tomadas, ou negligenciadas, para que essas substâncias fossem retiradas o quanto antes? A priorização dessas questões é importante porque, como afirmam Signor e Santana (2015, p. 41), algumas crianças são saudáveis até entrarem na escola excludente, onde são pré-diagnosticadas por déficits e fracassos que não são seus.

5.4.1 Ritalina e processos de decisão: *Que tratamento é esse?*

Um dos principais pontos de comunicação entre as famílias é a administração da Ritalina às crianças, pois *Um tarja preta não é qualquer remédio*. Essa escolha gera divergências, tanto entre os próprios familiares quanto entre eles e os(as) profissionais da escola, exigindo ajustes e consensos. Essas discussões refletem a diversidade de crenças e opiniões na sociedade sobre o uso desse medicamento, evidenciando diferentes perspectivas:

A minha sogra não queria que eu desse Ritalina pra ele porque ela viu que tem muito efeito, que é tarja preta, pra esquizofrenia. Um tarja preta não é qualquer remédio. Tem efeito, mas têm coisas boas também. Eu não foquei só na negatividade. Eu falei pra professora do reforço que ela [a sogra] não queria mais que eu desse, mas ela falou: 'Mãe, não tira. Ele melhorou muito'. Ela falou que um coleguinha dele também tinha que ir no médico, mas a mãe não levou. Ele passou no Conselho de classe, porque não conseguiu aprender. E ele melhorou muito [com o medicamento] (M6. Mãe, 35 anos, EFC).

A minha mãe e o pai dele queriam que eu tirasse porque ele ficou agressivo no começo [...]. Mas já era o terceiro [medicamento] que ele tomava. E o médico tinha falado que, no começo, ele ia ficar mais agitado, mas era o efeito até o corpo dele acostumar [...]. Eu tinha medo de tirar e ele piorar. Aí eu falava pro meu marido: 'Tem que tentar mais um pouco e ter paciência' (M11. Mãe, 38 anos, EMC).

Eu tinha muito medo da Ritalina. Eu comecei a pesquisar e fiquei apavorada [...]. Eu nem queria dar pra ele, mas ele não conseguia aprender. Teve um tempo que eu tirei. A mulher que mora perto de casa falou: 'Você vai deixar seu filho ficar dependente?'. Um outro parente dela deu e depois não conseguiu tirar mais. Mas ele piorou de novo, e a professora falou que ia ser muito difícil sem, e que, se o médico passou, não tinha problema. O problema é quando toma por conta (M13. Mãe, 35 anos, EMC).

As famílias interpretam a Ritalina com base em suas experiências e conhecimentos, associando-a a conceitos como dependência química e comparando-a com outros medicamentos tarja preta que, simbolicamente, carregam as noções de perigo e cautela. Essas associações, consolidadas no tempo longo, fazem parte de um processo contínuo de construção das representações sociais. A Ritalina é, frequentemente, ligada a resultados práticos, como a melhora no desempenho escolar e na alfabetização, sendo vista por algumas famílias como uma intervenção quase mágica, que transforma as dificuldades das crianças de forma significativa. Esses resultados são uma prova da sua eficácia, reforçando a percepção de que o medicamento é uma solução concreta para os desafios enfrentados por crianças com TDAH. Isso faz com que o uso do medicamento se torne central nas dinâmicas familiares, influenciando decisões cotidianas e moldando a forma como lidam com o transtorno.

No entanto, o uso da Ritalina envolve um processo contínuo de negociação e ajuste no tempo curto para minimizar os efeitos adversos — *Antes eu dava uma hora, mas depois a professora pediu pra adiantar pro meio dia. [Isso porque,] Quando ele voltava do recreio, ele voltava muito quieto. Então ela pediu pra adiantar pra ele brincar um pouco no intervalo* (M1. Mãe, 37 anos, EMC) / *Na sala dele tinha outro menino que tomava Ritalina. A mãe dele me explicou: primeiro ele tem que comer, depois, tomar o remédio* (M5. Mãe, 34 anos, EFC) — e maximizar os ganhos para a criança — *Mas não é só dar a Ritalina. A família tem que fazer a parte dela: acompanhar a criança, estudar junto, tirar o celular...* (M20. Mãe, 32 anos, ESC).

Esses relatos ilustram como o uso da Ritalina é um processo dinâmico, marcado por ajustes contínuos. Essa constante negociação destaca a complexidade das intervenções, mostrando que o tratamento vai além da simples administração do medicamento, exigindo acompanhamento próximo e mudanças nas práticas cotidianas; paralelamente, essa negociação envolve a relativização dos efeitos adversos da Ritalina, em que as famílias, frequentemente, reconhecem que, embora o medicamento possa causar desconfortos, eles podem ser vistos, até certo ponto, como parte de um processo de adaptação ou como algo que pode ser equilibrado com os benefícios alcançados. Em alguns casos, essa relativização se estende a outros medicamentos psicotrópicos, como a Risperidona, naturalizando o uso dessas substâncias no cotidiano. No entanto, essa naturalização, expressa como um veredito, não é definitiva, e eventuais julgamentos do tratamento ocorrem à medida que os efeitos adversos se tornam mais evidentes ou quando a confiança inicial na eficácia do medicamento é colocada em questão.

Com o passar do tempo, surgem dúvidas sobre a eficácia terapêutica da Ritalina, sua continuidade e a possibilidade de interrupção. Essas incertezas emergem tanto em resposta aos efeitos adversos observados quanto à falta de mudanças significativas na aprendizagem ou no

comportamento das crianças. Tais preocupações são mencionadas nas queixas escolares e nas avaliações realizadas pelas próprias famílias, que tentam equilibrar a saúde e a aprendizagem das crianças com as dificuldades inerentes ao tratamento:

A Ritalina deixa ele mais quieto. A gente achava que ia resolver. Resolve bastante o comportamento, mas não ajuda na aprendizagem. Eu acho que pode até atrapalhar [...]. Porque ele fala que não consegue entender. Falta a atenção pra ele... Por isso que o médico disse que acha que vai tirar a Ritalina dele, pra ver se ele aprende, porque pode tá atrapalhando ele (C1. Mãe, 41 anos, EMC; Pai, 44 anos, EFC).

A medicação não resolve a aprendizagem dele. É muito fraca. Ele não consegue acompanhar. O médico disse que o remédio não faz milagre, que auxilia, mas a aprendizagem é com a escola e a mãe. Eu já falei pra ele, disse que o remédio não tá ajudando. Ai ele perguntou: 'O que você quer? Então vamos trocar. Você quer trocar?'. Mas isso, é ele que decide, não eu. Em fevereiro tem retorno. Precisa resolver. Precisava de um [medicamento] que acerta com ele. A gente fica sem saber o que que a gente faz. A gente não sabe se tira, se deixa...E os efeitos vão acumulando (M10. Mãe, 38 anos, EMI).

A ideia de que a Ritalina torna a criança mais quieta está baseada na representação de que os medicamentos psicotrópicos controlam comportamentos. Além disso, esperava-se que a Ritalina não só melhorasse o comportamento, mas também resolvesse problemas de aprendizagem, sustentando-se na crença de que certos medicamentos podem potencializar funções cognitivas. Quando essa expectativa não se cumpre — *O médico disse que o remédio não faz milagre / A Ritalina não ajuda em nada* — surge uma frustração desde o tempo vivido, o que leva as famílias a reavaliar não apenas a eficácia da Ritalina, mas também a dependência em soluções farmacológicas para desafios familiares e educacionais complexos.

À medida que a Ritalina é objetivada como uma solução limitada, a percepção inicial de sua eficácia começa a ser transformada. O medicamento passa a ser visto como um auxílio com capacidades restritas, principalmente quando as famílias percebem que, apesar de possíveis melhorias no comportamento, a aprendizagem das crianças não progride como esperado. Esse descompasso entre os resultados comportamentais e acadêmicos reforça a compreensão de que o processo de aprendizagem é multifatorial e exige um conjunto de intervenções, como apoio educacional especializado e uma abordagem familiar mais engajada, em vez de depender exclusivamente da intervenção medicamentosa.

No limite, quando as famílias notam apenas uma melhora no comportamento, mas não no aprendizado, surge a dúvida sobre a eficácia do tratamento com a Ritalina e a precisão do diagnóstico de TDAH. Isso pode levar à busca por alternativas, incluindo a consideração de outros fatores médicos que possam estar influenciando o desempenho da criança, como questões neurológicas ou psicológicas não identificadas:

Eu acho que a Ritalina não funcionou pra ele. Não fez nenhum efeito. No começo, parece que começou a melhorar, mas depois, não fez nada. Eu acho que ele tem autismo. Ele tinha as ferramentas [o medicamento], mas ele não aprendeu, não desenvolveu (M7. Mãe, 34 anos, EMC).

*Mas eu não sei se é só TDAH. Pelo comportamento, eu acho que pode ser TDAH, porque ele melhorou o comportamento, mas pela aprendizagem, eu acho que é outra coisa, porque ele não aprende. Ou a Ritalina é só pro comportamento. Não resolve na aprendizagem (M10. Mãe, 38 anos, EMI).
Às vezes, ele pode ter outra coisa. Se fosse TDAH, do tempo que ele toma, eu acho que era pra ter resolvido (M11. Mãe, 38 anos, EMC).*

Essas falas mostram uma tensão entre o que, de um modo geral, é aceito na sociedade (diagnósticos e tratamentos baseados em conceitos como TDAH e autismo) e a experiência vivida pelas famílias, que contestam ou relativizam esses conceitos quando eles não se encaixam plenamente nas realidades das crianças. Esse processo de dúvida é um reflexo da dinâmica entre os universos consensual e reificado das representações sociais, além de refletir como as representações podem reconfigurar-se a partir da perspectiva histórica, baseadas em experiências acumuladas.

Esses questionamentos se intensificam quando os médicos orientam a suspensão da Ritalina durante as férias escolares, fins de semana e feriados, dias em que as crianças não frequentam a escola —*Quando ele toma, ele fica calmo, mas se ele não toma, ele fica agitado. Ou o tratamento não funciona. Porque era pra durar, mas não dura (M10. Mãe, 38 anos, EMI) / O meu marido até fala: ‘Que tratamento é esse, que para nas férias?’ [...]. Ele fala que [o tratamento] não vai dar certo porque ele pula o sábado e o domingo, e ficou o janeiro inteiro sem tomar (M11. Mãe, 38 anos, EMC) / O que não dá pra entender é por que que pula o dia que não tem aula: ‘Ah, é só pra escola’. Se não tem aquela continuidade, o tratamento vai funcionar? (P2, Pai, 58 anos, EMC).*

A Ritalina, assim como outros medicamentos indicados para o TDAH, pode gerar efeitos adversos significativos, o que leva algumas famílias a hesitar em começar o tratamento. Inicialmente, algumas decidiram iniciá-lo por não terem alternativas para resolver os problemas enfrentados pelas crianças: *Não tem o que a gente pode fazer. Se tivesse, eu queria outro remédio (M16. Mãe, 48 anos, EFI) / Não tem outro tratamento pra ele. É só esse (M19. Mãe, 41 anos, EMI).* Além disso, em alguns casos, a pressão exercida pela escola também pesa na decisão: *Eu nem ia dar. Eu vim aqui na escola, mas a professora pediu, que tinha que dar, que ele era muito agitado. Eu até fiquei até com medo da escola, depois, não aceitar a matrícula dele no outro ano (M4. Mãe, 49 anos, EMC).*

Os efeitos adversos da Ritalina, incluindo dor de cabeça, agressividade e perda de apetite, gera preocupações significativas. Algumas famílias relataram que esses efeitos são

intensos e inesperados, refletindo um equilíbrio delicado entre os benefícios e os riscos do tratamento: *Ele teve um surto. Se jogou no chão, queria me bater... Não dava pra entender o que tava acontecendo* (C3. Mãe, 41 anos, EFC; Pai, 44 anos, EFC) / *Ele chorava muito, ficou agressivo, jogava as coisas no chão...Não tinha paciência. O apetite dele, ele não tem até hoje. Tem dia que ele não tem fome* (M9. Mãe, 31 anos, EMC) / *Ele agrediu uma criança na sala de aula [...]. Quando eu cheguei, ele tava na sala, embaixo da carteira, as crianças lá fora. Parecia um animalzinho acuado, se autoagredindo* (M23. Mãe, 38 anos, ESC).

Essas experiências também desafiam a crença na eficácia da Ritalina, fazendo com que algumas famílias reconsiderem o uso do medicamento, desejo expresso no tempo curto: *Depois desse surto, a gente ficou com medo. A gente quer tirar. A gente só vai esperar pra ver como ele vai ficar com a Risperidona junto. Mas se não melhorar, a gente vai tirar* (C3. Mãe, 41 anos, EFC; Pai, 44 anos, EFC) / *Eu já pensei em tirar. Agora em abril, tem consulta. Eu vou falar com o médico de novo [...]* (M9. Mãe, 31 anos, EMC).

Entre as famílias participantes, duas suspenderam de fato o uso da Ritalina pelas crianças. Uma delas tomou essa decisão após perceber que o filho não apresentou melhora na aprendizagem e depois de ser avaliado por uma psicóloga, que diagnosticou um déficit de aprendizagem em vez de TDAH. Além disso, os efeitos adversos do medicamento também influenciaram a escolha: *Ele não teve melhora em 60 dias, que era o prazo que o médico deu. E a Ritalina é muito forte pra criança. Dá dependência* (M2. Mãe, 43 anos, ESC). A outra família interrompeu o uso por um motivo diferente: o filho avançou no processo de aprendizagem durante a pandemia, quando a mãe deixou o emprego para ensiná-lo em casa. Ela também comparou os resultados do uso da Ritalina por dois sobrinhos, e refletiu sobre os diferentes efeitos: *Eu tenho dois sobrinhos com TDAH. Um não tomou Ritalina. Terminou os estudos certinho. É bancário. O outro tomou muito tempo. Ele não terminou nem o segundo grau. Fuma, bebe... Deu dependência nele* (M4. Mãe, 49 anos, EMC).

Essa representação sobre as experiências de duas crianças com TDAH desafia a visão simplificada e reificada de que o tratamento com Ritalina é essencial para garantir o sucesso no futuro. Enquanto uma delas, que não fez uso de medicação, seguiu uma vida profissional e social estável, a outra, que tomou Ritalina por um longo período, não completou o ensino médio e enfrenta problemas com o uso de substâncias. Essa narrativa questiona a ideia dominante de que a medicação é a única solução para evitar dificuldades no desenvolvimento de crianças com TDAH, se afastando do universo reificado, que vê o tratamento com medicação como uma resposta garantida.

Neste contexto, a interpretação das representações sociais das famílias sobre a Ritalina revela uma rede de percepções e negociações, com algumas vendo-a como solução milagrosa para problemas comportamentais e de aprendizagem, enquanto outras enfrentam frustrações com resultados aquém das expectativas, evidenciando a discrepância entre promessas e resultados. Assim, o processo de negociação das famílias sobre o uso da Ritalina se torna um espaço de reavaliação contínua, em que os discursos médicos e os resultados práticos se confrontam, levando a uma maior complexidade na compreensão do TDAH e de suas abordagens terapêuticas.

5.5 Entre aprendizagens e retenções

Como mencionado, uma das preocupações entre as famílias é a persistência das dificuldades escolares das crianças, mesmo após o diagnóstico e início do tratamento. Contudo, algumas famílias relataram melhora significativa no desenvolvimento escolar dos(as) seus(uas) filhos(as), observadas diretamente ou comunicadas pela escola. Esses avanços foram acompanhadas por mudanças tanto nas abordagens pedagógicas quanto no ambiente familiar, o que sugere que tais intervenções poderiam ter sido introduzidas na vida escolar das crianças independentemente do diagnóstico. Além disso, fica evidente que, nos casos em que as crianças apresentaram progresso, o medicamento foi um coadjuvante, enquanto, nos casos em que o medicamento foi o protagonista, as crianças não demonstraram aprendizado.

Essa percepção levanta questionamentos sobre o papel do diagnóstico e do tratamento farmacológico. Como argumenta Kirinus (2013, p. 12), “não me cabe duvidar dos estudos sérios publicados sobre o assunto [...] e nem do acerto do diagnóstico de muitos médicos”. No entanto, em um cenário de crescente patologização e medicalização, é válido questionar não tanto a existência do TDAH como uma condição orgânica, mas o atendimento oferecido às crianças consideradas desatentas e agitadas. Nesses casos, que serão tratados na próxima subseção, se as intervenções pedagógicas e familiares tivessem sido realizadas anteriormente, será que essas crianças teriam sido diagnosticadas? E como os números do TDAH seriam diferentes se a intervenção farmacológica fosse considerada apenas como último recurso?

5.5.1 Crianças que aprenderam na escola: *Ele avançou em tudo. Na leitura, na escrita..*

Uma das crianças que apresentou progresso na escola foi a Dora Aventureira. Diagnosticada com TDAH na apresentação desatenta aos sete anos, quando estava matriculada

na primeira série, Dora mostrou uma melhora evidente em seu processo de escolarização:

Agora ela tá desenvolvendo. Melhorou a aprendizagem, a leitura... Ela faz a soma certinho. Ela melhorou muito. Até a letra dela tá mais bonita. Antes, não dava pra entender nada...Ela tá terminando o segundo ano. Tá lendo, escrevendo bem [...]. Antes, ela concentrava 10 minutos. Agora ela fica trinta, quarenta minutos... E a gente vê nos pareceres. As professoras elogiam muito ela. Ela melhorou em tudo (C2. Mãe, 34 anos, EMC; Pai, 29 anos, EMC).

Desde o EI, a família de Dora suspeitava que ela pudesse ser daltônica ou ter algum transtorno, como *um grau leve de autismo*, devido à sua dificuldade em distinguir cores e à incapacidade de identificar letras e numerais. Além disso, Dora era, e ainda é, bastante quieta, geralmente demonstrando *atitudes tímidas*. Embora a escola não tenha sugerido um encaminhamento médico, a família decidiu procurar ajuda durante a pandemia, quando Dora cursou o primeiro ano pela primeira vez, ao perceber que suas dificuldades de aprendizagem e concentração, já observadas anteriormente, haviam se intensificado.

As professoras receberam o laudo com surpresa, pois não haviam considerado a possibilidade de Dora ter algum transtorno. No entanto, após o diagnóstico, tanto a família quanto a escola passaram a implementar uma série de intervenções para auxiliar a menina. Dora foi levada ao oftalmologista, que diagnosticou miopia de *dois graus em um olho e dois graus e meio no outro*. Segundo o oftalmologista, os óculos iriam *melhorar 50%* a desatenção. Com base no laudo, a escola fez alguns ajustes no ambiente de aprendizagem de Dora: ela passou a sentar nas primeiras carteiras da sala, *bem pertinho da professora*, que agora *faz o traçado pra ela acompanhar e vai dando [as atividades] aos poucos, conforme ela vai fazendo...Chama ela no quadro pra fazer junto e da prova teórica oral. Ela não fala pra ela que é prova, dá uma atividade pra ela, pede pra ela fazer e depois faz as perguntas*.

Dora também passou a frequentar a SMR e a participar das atividades do contraturno uma vez por semana. Além disso, iniciou acompanhamento com uma fonoaudióloga, que afirmou que, *quando ela parar de trocar as letras, ela vai aprender a ler melhor ainda*. O acesso de Dora ao celular foi restrito a duas horas por dia, sempre após a realização das tarefas, pois a família percebeu que o uso excessivo de telas poderia prejudicar sua atenção e aprendizagem. Apesar de todas essas mudanças nas abordagens familiares e pedagógicas, a família destacou que *Dora evoluiu bastante depois dos remédios*.

Essas intervenções também foram destacadas por outras famílias, cujas crianças apresentaram avanços em seus processos de aprendizagem. Um exemplo é o caso do Homem-Aranha, diagnosticado no início de 2019, antes da pandemia de Covid-19, quando estava na segunda série. Embora tenha apresentado melhorias no comportamento, talvez pelo uso da

Ritalina, isso não se refletiu na aprendizagem, que se limitava ao *básico*. Não houve alfabetização. *Ele era um copista [...]. O comportamento melhorou, mas ele não aprendeu*. No ano seguinte, com o afastamento social e o início das aulas remotas, *ele regrediu mais ainda*, apesar de continuar utilizando medicamento. Segundo a família, *ele até chorava no computador durante as aulas*. Contudo, o retorno à presencialidade trouxe uma abordagem pedagógica diferente da habitual:

Depois de abril, a escola recebia quem tinha mais dificuldade, e ele vinha uma vez por semana, às vezes, até duas. Depois vinham 15 [crianças] e 15 ficavam em casa. Essa professora, do terceiro ano, foi um anjo na vida dele. Ela conseguiu uma amizade com ele que as outras não conseguiam. Parece que tinha uma barreira com as outras professoras e, com ela, não tinha essa resistência. Eu acho que era porque tinha poucas crianças, e ela conseguia dar mais atenção. E ela fez um atendimento individualizado pra ele: 'Mãe, a gente vai começar do começo'. Ela trazia o alfabeto móvel pra ele, como se ele tivesse no primeiro ano. Só vinha a metade da turma, então, ela conseguia ficar mais com ele. Ela passava a mesma coisa que passava pra turma, mas ela chamava ele na mesa dela. Ela fazia com ele, devagar. Ela voltou pra alfabetização do primeiro ano. No final desse terceiro ano, ele conseguiu ler. O meu receio era ele nunca conseguir ler... Um analfabeto funcional... Eu até choro... Me dá vontade de chorar, mas essa professora resgatou ele. Ela teve um olhar diferenciado. Ele começou bem silabado, mas ele já lê mais rápido. Ele escreve, tá indo bem na matemática... (M21. Mãe, 38 anos, ESC).

Outras famílias também destacaram a atitude *diferenciada* dos(as) professores(as) em relação às crianças que, até então, não haviam apresentado progresso significativo na aprendizagem. Além disso, ressaltaram mudanças em suas rotinas, realizadas em conjunto com o tratamento medicamentoso, o que resultou em uma melhoria no processo de escolarização:

Ele começou a fazer esportes, natação, futebol... Porque a Quetiapina só funciona com esporte. A criança tem que fazer esporte pra funcionar, pra aliviar a hiperatividade. E depois, eu deixei ele no parcial, porque ele ficava incomodado com o integral. E teve um fator que foi decisivo: a forma diferenciada que a professora recebeu ele. Ele ainda tem o déficit, mas ele melhorou muito. E eu acho que foi a escola... Essa professora tem um jeito diferente de tratar ele. E a gente tirou o celular. Ele pode usar, mas tem um tempo por dia. (M17. Mãe, 39 anos, ESC).

Entre os relatos sobre as crianças que progrediram na escola, o da mãe de Batman também é particularmente ilustrativo, pois ele é uma das duas crianças que deixou de usar a Ritalina por decisão da família:

Ele foi pro segundo e veio a pandemia. Ele estudava em casa e eu trabalhava no hospital, mas depois aumentou muita gente lá, e eu saí do serviço e ficava com ele [...]. Ele assistia as aulas certinho. Assistia comigo. Mas ele não sabia ler nem escrever, nada. Eu assistia e fazia as tarefas com ele. Às vezes eu fazia, mas com ele vendo, pra ele aprender. Eu comprei quadro, giz e ensinava ele em casa [...]. Agora ele aprendeu porque eu ensinei ele na pandemia. O celular, eu tirei um pouco também. Eu vi que deixa a criança mais agitada. Ele ficava muito concentrado, mas, depois, ele agitava (M4. Mãe, 49 anos, EMC).

Batman não conhecia as vogais direito, não sabia nem separar sílabas, porque a Ritalina não ajudava em nada. Sua mãe, então, decidiu aprender como ensinar o alfabeto pra

ele, incluindo a história do *ÃO*:

Era uma vez a letra A, que gostava de andar pelo bosque e nele descansar. Um dia, dormindo embaixo de uma macieira, uma maçã caiu sobre ela e a machucou. Então, um til apareceu sobre sua cabeça, bem onde a maçã havia caído. A letra A chorou, mas ao invés de fazer o som que até então possuía, A..., passou a fazer um som diferente, *Ã*.... Enquanto a letra A chorava, sua amiga, a letra O, apareceu e lhe estendeu a mão. A partir desse momento, o encontro da letra A com a letra O produziu um som diferente, *ÃO*. Esse som pode ser encontrado em várias palavras: caminhão, avião, botão, coração, balão...(A história do *ÃO*, de Sandra Puliezi, 2024).

Tendo avançado *muito, em tudo*, ele pode, após o retorno das aulas presenciais, *acompanhar certinho o terceiro ano*. Além disso, Batman frequenta a SMR duas vezes por semana, e *ama a professora*. *Se ele pudesse, ele ia todo dia*. A mãe também mencionou o retorno às aulas presenciais com atendimentos inicialmente individualizados e, posteriormente, em pequenos grupos.

Durante a entrevista realizada na SMR, enquanto a mãe relatava a suspensão do medicamento, a professora responsável entrou na sala para buscar um documento referente à outra criança e questionou sua decisão:

Professora: — *Agora, ele não toma mais Ritalina? Não toma mais?*

Mãe: — *Não, eu tirei. Sobrou uma caixa, não tava vencida, eu dei lá no posto.*

Professora: — *Então, depois eu vou anotar na ficha dele. Não sabia que ele não tomava mais.*

Mãe: — *Eu tirei, pra ele aprender melhor.*

Professora: — *Mas será que ele não vai regredir? Teve a entrega dos pareceres semana passada. Ele melhorou tanto.*

Mãe: — *Mas eu tirei no começo da pandemia, por isso que ele melhorou.*

Sara, a única criança que não recebeu prescrição medicamentosa, também apresentou avanços significativos em seu processo de aprendizagem. Diagnosticada na primeira série, e atualmente com nove anos e matriculada na quarta série, ela faz acompanhamento psicológico desde então. Com o início da pandemia, passou a ter aulas com uma professora particular uma vez por semana. Além disso, durante um período, também recebeu acompanhamento fonoaudiólogo:

Ela melhorou muito [...]. O laudo pediu mais tempo pra atividade e pra ela sentar na frente. E agora, eu deixei ela no parcial, porque ela sofria muito [no integral]. Ela vai de tarde só fazer o contraturno [...]. Eu consigo acompanhar ela, aqui e na escola. Ela vai bem na leitura, na escrita... Agora ela consegue ler e escrever bem, compreende o enunciado... Todo dia, a gente estuda um pouco junto (M18. Mãe, 38 anos, ESC).

A relação entre intervenções pedagógicas e avanços no aprendizado das crianças diagnosticadas com TDAH também pode ser observada no caso de Atreus. Embora a melhora

tenha sido temporária, como demonstrado no relato da mãe, essa experiência ilustra a importância das mudanças pedagógicas no atendimento dessas crianças:

No ano passado, no meio do ano, chegou uma criança com autismo na sala dele. E foi uma professora auxiliar pra ela. Mas ela [a criança] não ia todo dia. Só três vezes por semana. E quando ela não ia, essa professora ficava com o [Atreus]. Ele gostava dela. E ele melhorou lá.. Ele fazia as atividades certinho e chegava em casa e me mostrava. Mas no final do ano, essa menina mudou de escola e não teve mais essa professora. Ele perdeu tudo de novo (M14. Mãe, 36 anos, EMC).

Não se pode afirmar que outras crianças não tenham aprendido. Os casos mencionados referem-se àquelas cujas famílias destacaram mudanças nas abordagens familiares e pedagógicas após o diagnóstico, bem como avanços observados nos processos de escolarização, sem que fossem realizados contornos ou formas de relativização desses avanços, como evidenciado nas comunicações abaixo:

A professora chamou pra dizer que ele melhorou. Ele ainda não sabe ler muito bem, mas já melhorou. Eu acho que ele não aprende, ele decora, ao invés de aprender. Em matemática, ele vai bem. A professora disse que ele atingiu os objetivos, mas tem o problema de leitura e escrita, que tá desenvolvendo devagar. Ele ainda se perde nas letras. Mas em comparação, ele melhorou (M1. Mãe, 37 anos, EMC).

Ele melhorou. Antes ele tirava zero na matemática, porque ele deixava tudo em branco. Ele não conseguia nada [...]. Ele não melhorou tudo, mas a professora explicou que ele ficou muito tempo sem fazer matemática, que ele não sabia mesmo. Ela falou que ele tá avançando, mas devagar... (M13. Mãe, 35 anos, EMC).

Essas representações sobre as mudanças na aprendizagem das crianças são construídas a partir do diagnóstico e das intervenções pedagógicas e médicas, influenciadas pelas experiências das famílias com os(as) profissionais da escola e por conceitos enraizados no tempo, como a ideia de progresso acadêmico. Essas representações refletem uma coexistência de temporalidades: o tempo longo das expectativas de progresso educacional, o tempo vivido das experiências diárias e o tempo curto das melhorias imediatas após as intervenções.

No entanto, apesar das melhorias percebidas, as dificuldades das crianças persistem, tanto no comportamento quanto, especialmente, na aprendizagem. As famílias reconhecem avanços, mas expressam preocupações com o ritmo de desenvolvimento de seus(uas) filhos(as). Isso revela como as representações sociais sobre o sucesso escolar estão ancoradas em ideais que se esperam alcançar, mas que são constantemente ajustados pelas experiências cotidianas no tempo vivido e pelas expectativas de progresso rápido no tempo curto. Esses casos destacam o caráter diverso das representações sociais, pois, “Ao aprofundarmos a análise do senso comum, deparamo-nos não com a lógica e com a coerência, mas com a contradição”, o que remete à compreensão das representações sociais como processo, e não apenas como conteúdo

(Spink, 1993, p. 306).

Essas representações se concretizam quando ideias abstratas, como o progresso acadêmico, se materializam em comportamentos, expectativas e discursos específicos que moldam a forma como as famílias percebem e lidam com o aprendizado das crianças diagnosticadas. Assim, elas ganham forma em declarações concretas sobre as notas escolares, a capacidade de concentração ou a habilidade de completar tarefas específicas — *Ele consegue fazer / Ele melhorou / Ela [a professora] falou que ele tá avançando*. No entanto, algumas observações realizadas no tempo curto abrem espaço para preocupações concretas sobre o futuro escolar das crianças — *ele precisa melhorar mais / [Ele] tá avançando, mas devagar*, preocupações que serão melhor abordadas nas próximas subseções.

5.5.2 Crianças que não aprenderam na escola: *Ele não sabe o a, e, i, o, u*

O poema abaixo, de Cecília Meireles (2013), que retrata a figura do menino que ainda não sabe ler, pode ser interpretado como uma metáfora da sensação de exclusão vivida por crianças que ainda não foram alfabetizadas. A ausência dessa habilidade limita sua capacidade de se comunicar de forma autônoma, o que é uma realidade para muitas crianças em processo de alfabetização ou que, mesmo frequentando a escola regularmente, não conseguem se apropriar plenamente dos conteúdos escolares. O desejo do menino de encontrar um burrinho que o leve a explorar o mundo pode simbolizar seu anseio por aprender, além de refletir o reconhecimento de que a alfabetização é um caminho para criar vínculos e construir significados em conjunto com o outro:

O menino quer um burrinho para passear.
Um burrinho manso. Que não corra nem pule, mas que saiba conversar.
O menino quer um burrinho que saiba dizer o nome dos rios, das montanhas, das flores, de tudo o que aparecer.
O menino quer um burrinho que saiba inventar histórias bonitas com pessoas e bichos e com barquinhos no mar.
E os dois sairão pelo mundo que é como um jardim apenas mais largo e talvez mais comprido e que não tenha fim.
Quem souber de um burrinho desses pode escrever para a Ruas das Casas, Número das Portas, ao Menino azul que não sabe ler (Meireles, 2013).

No entanto, os desafios enfrentados pelas crianças no processo de alfabetização frequentemente se refletem nas experiências das famílias, especialmente na interação com a escola. Um desses desafios está relacionado à mudança na comunicação entre elas e os(as) professores(as) após o diagnóstico. Antes da apresentação do laudo, era comum que as escolas

chamassem os familiares para discutir o comportamento e as dificuldades no processo de aprendizagem das crianças, frequentemente sugerindo encaminhamentos para serviços médicos. No entanto, muitas famílias relataram que, após o diagnóstico, essa prática de comunicação se tornou menos frequente. É como se, com o laudo em mãos, as questões que antes motivavam a escola a convocá-las tivessem se acomodado, gerando um distanciamento:

A escola é assim: chamava pra dizer que ele atrapalhava. Agora, só chama nas reuniões. Mas elas não conseguem dar atenção pra gente, porque tem as outras mães [...]. Eu sei que ele não tá aprendendo nada porque eu vou lá saber (M14. Mãe, 36 anos, EMC).

A escola não chamou mais. Antes [do diagnóstico] chamava direto. Agora, parou. Ele ainda não sabe ler e nem escrever direito [...]. Eu acho que ele parou de incomodar. Aí, a escola não chama mais (P1. Pai, 44 anos, EFC).

A escola parou de chamar. Chamava pra reclamar dele, que ele atrapalhava. Agora, não chama mais. Nem pra falar que ele não tá aprendendo. A gente fica sabendo na reunião, porque a gente vai lá e pergunta como que ele tá indo (P2. Pai, 58 anos, EMC).

Esse distanciamento pode ser compreensível nos casos em que as crianças demonstraram mudanças consideradas positivas tanto no comportamento quanto na aprendizagem. No entanto, torna-se problemático nos casos em que, apesar das mudanças comportamentais, as dificuldades de aprendizagem permanecem:

Ele tá no quinto ano, mas se você mostrar o A pra ele, daqui a pouco ele não vai saber que letra que é. E ele não junta pra fazer as palavras. Parece que ele não sabe o a, e, i, o, u. Ele não sabe nada. Se você der um ditado pra ele, ele não consegue. Só copiando (C3. Mãe, 41 anos, EFC; Pai, 44 anos, EFC).

Pra escrever 'casa', tem de dizer letra por letra: C - A - S - A, se não, ele não sabe escrever. Ele conhece as vogais, as consoantes, mas não junta. Ele não é alfabetizado. Sozinho, ele não forma as palavras. Bola. Tem que falar B - O - L - A. Uma por uma. Se falar B + O, BO; L + A, LA, e pedir pra ele juntar, ele não escreve. Matemática, ele não sabe também. Ele sabe os números e sabe contar, mas tem dificuldade de somar. Ele vai crescer sem alfabetização (M19. Mãe, 41 anos, EMI).

Ele tá no quarto, mas é como se tivesse no primeiro. Não sabe ler, não sabe escrever, não sabe matemática...Ele é analfabeto. Se você olhar o caderno dele, você não vai conseguir ler nada, porque ele não escreve as palavras. Ele só vai colocando as letras que ele lembra (P2. Pai, 58 anos, EMC).

Esses casos remetem ao estudo conduzido por Collares e Moysés na década de 1980: “Feito um diagnóstico, como em um passe de mágica, cessam as pressões, como se o diagnóstico bastasse, prescindindo do tratamento. O diagnóstico não é o bastante para resolver o problema, porém, é suficiente para acalmar os conflitos que um aluno-que-não-aprende gera na escola” (Collares; Moysés, 1996; Moysés, 2017, p. 46). No entanto, embora a escola possa sentir que os conflitos foram apaziguados, essa não é a percepção das famílias. Seus relatos

revelam uma preocupação profunda com o processo de aprendizagem de seus filhos(as), especialmente quando os comparam a outras crianças da mesma idade.

Essas preocupações são expressas de forma concreta, por meio de exemplos do dia a dia, como a dificuldade das crianças em reconhecer letras, formar palavras ou fazer contas simples. Essas percepções são moldadas por expectativas mantidas pelo tempo longo, que definem o que é considerado um desenvolvimento escolar normal. Influenciadas por normas sociais e culturais, essas expectativas estabelecem padrões sobre o que as crianças deveriam ser capazes de fazer em determinada idade. Quando, no tempo vivido, as famílias observam que seus filhos(as) não estão alcançando esses padrões, acabam reforçando a ideia de que há algo errado com eles(as). Esse tempo vivido reflete as preocupações imediatas, muitas vezes carregadas de emoções e frustrações, que se tornam ainda mais urgentes no tempo curto.

A preocupação das famílias em relação às crianças que não aprendem, associada ao uso de medicamentos psicotrópicos que causam efeitos adversos significativos, também reflete um conjunto de contingências sociais e familiares, que agrava essa situação. Muitas dessas famílias têm uma relação ambígua com a escola, uma instituição com a qual têm contato direto e frequente. Dessa forma, ao mesmo tempo em que confiam na escola, elas veem que suas ações são limitadas, bem como a necessidade de que ela ofereça intervenções mais eficazes e responsivas para atender às necessidades de seus(suas) filhos(as). Assim, a escola, em sua proximidade e papel central na educação e no desenvolvimento das crianças, torna-se um espaço simbólico onde as famílias buscam respostas, apoio e uma forma de lidar com as dificuldades cotidianas que enfrentam.

Nesse processo, expressar expectativas ou preocupações em relação à escola surge como uma maneira de organizar suas vivências e dar sentido às suas experiências e às das crianças. Essa manifestação de insatisfação ou esperança não é necessariamente um confronto, mas representa um esforço das famílias para lidar com as incertezas e tensões que surgem a partir dos desafios de aprendizagem e das dificuldades impostas pela medicalização. Isso não significa, segundo as famílias, que a escola seja *ruim*, mas que ela não está preparada para receber as crianças que necessitam de maior atenção, como já mencionado pela mãe de Naruto — *As professoras não são adaptadas pra crianças igual ele. Elas têm formação pra lidar com as crianças da sala, mas pra criança como o [Naruto], elas não conseguem* (M16. Mãe, 48 anos, EFI). Para fins de ilustração, também destaquei as falas abaixo:

A escola faz o mínimo do mínimo, ela não é assistida, sabe? No CMEI, ela era mais assistida. A professora chamava, falava que ela não tava desenvolvendo, se preocupava mais com ela. Parece que lá, ela tinha um acompanhamento melhor. A escola não chama mais pra falar como que ela tá. A gente vai na escola e conversa

mais com a pedagoga. Aí ela fala: 'Vou passar pra professora, vamos ver o que tá acontecendo, por que que ela não tá aprendendo, vamos acompanhar'. Mas eu acho que eles não acompanham. A gente sabe quanto ela tá ruim porque a gente vê pela escrita dela, pela leitura que a gente pede. Ela não tá aprendendo. Um dia, eu vim falar com a pedagoga e a outra professora dela chegou na sala. Ela não sabia que ela tinha TDAH. A escola não falou. Não têm pessoas preparadas pra fazer o atendimento dela, e vai chegar um momento que ela vai perceber que é diferente dos outros, que fica pra trás... Eu não gosto dessa palavra, mas a escola tem que trabalhar diferente com as crianças normais e as que não são, que têm algum problema. Eu tenho outro filho que estuda aqui. A escola pública não é ruim, ele vai bem, tá desenvolvendo bastante, mas porque ele é normal. Isso que eu quero falar. Pra quem tem algum problema, a escola pública não atende. É igual pra todo mundo. O que ela faz de diferente é a Sala de recursos, mas é uma vez por semana. É pouco (M8. Mãe, 36 anos, EMC).

A escola fala que a criança não faz porque é preguiçosa, que os pais não ligam, não se interessam...Mas não é isso. As professoras não conseguem atender. Eu acho que se fizesse alguma coisa diferente pra ele, ele ia conseguir. Ele é diferente das outras crianças. Ele tem dificuldade de se concentrar, de aprender, mas ele aprende. A escola cobra, mas não tem nada de diferente pra ele [...]. Eles sofrem com TDAH na escola porque os professores não sabem atender. Teve um professor que falou que ele não é normal. Aí eu repreendi e ele corrigiu: 'Todos são normais, mas ele é especial'. Eles não sabem tratar. E ele sofre bullying lá [...]. Na outra reunião, eu nem fui. Foi a vó dele, a mãe do meu marido. Eles perguntaram da higiene dele. Porque ele suava muito nas mãos. Ele tem sudorese. E falaram que ele incomoda muito, que ele se movimenta muito, que aí ele tem sudorese... Mas é da Risperidona. Falaram da higiene dele, mas não falaram da aprendizagem. Então, a escola não foca na aprendizagem. A professora reclamou que as outras mães reclamaram dele, que as outras crianças se incomodam com ele. Mas não falou se ele tá aprendendo. A escola não tá preparada pra lidar com crianças com TDAH. Eu não tenho boa relação com a escola. Eu não to falando mal da escola. É o meu ponto de vista, da minha experiência. Mas a escola não sabe tratar as crianças diferentes. Eu queria um ensino que ele ficasse à vontade pra aprender. Ele escreve mais devagar, tem dificuldade, mas a escola também tem que respeitar e ajudar ele a melhorar [...]. Ele tá ficando com uma imagem negativa da escola, e eu acho que isso tá interferindo mais ainda. Ele vai na marra. Por ele, ele não ia (M7. Mãe, 34 anos, EMC).

Essas falas mostram que as preocupações das famílias em relação à aprendizagem das crianças se estendem à saúde, ao desenvolvimento e à inserção social. Somando-se às pressões sociais, essas preocupações intensificam o peso emocional sobre as famílias, que precisam conciliar as expectativas escolares com os efeitos do tratamento farmacológico. A busca por respostas junto à escola, portanto, representa não apenas uma reação a dificuldades pontuais, mas também uma tentativa de reorganizar um cenário complexo, no qual fatores educacionais, médicos e sociais interagem de forma dinâmica.

Nesse contexto, a crítica à escola por não fornecer o suporte adequado para crianças com dificuldades revela uma frustração com sua função. A escola é vista não só como responsável pelo desenvolvimento dos(as) alunos(as), mas também como uma instituição que tem o papel de conciliar problemas de várias ordens. O “ofício de mestre”, com seus traços morais e éticos, molda a percepção pública sobre a função da escola. Espera-se que os(as) professores(as) desempenhem seu papel com competência e um compromisso moral profundo: “Há figuras de quem se espera que façam bem, com eficiência. Há outras de quem se espera que sejam boas, que tenham os comportamentos devidos, que sejam mais do que competentes. O magistério básico foi colocado nesse imaginário” (Arroyo, 2000, p. 7). Essa expectativa

molda a crítica das famílias e acentua a pressão sobre a escola para que atenda às necessidades de todas as crianças, incluindo aquelas com dificuldades em seus processos de aprendizagem.

O problema não é só ele. Ele é mais um disperso

Sonic foi diagnosticado com TDAH na apresentação combinada quando estava na segunda série. Hoje, aos nove anos, estuda a quarta série e utiliza Ritalina LA. Segundo seu pai, *a professora chamava [a família desde o CMEI] porque ele não era organizado, não participava das atividades [e] atrapalhava as outras crianças*. A escola levantou a suspeita de autismo, mas a família descartou a possibilidade de Sonic ter alguma disfunção médica: *Ele parecia normal, não tinha nada com ele, nenhum problema [médico]. Ele era desorganizado porque perdia as coisas. Aí, tinha de achar pra depois ele fazer [as tarefas escolares]. Perdia caderno, lápis, tudo. Mas ele sabia se comunicar, se expressava bem... O problema era a dificuldade de concentração: tinha que ficar chamando a atenção dele toda hora*.

Com o passar do tempo, e diante de novos pedidos da escola ao longo do primeiro ano, a família decidiu buscar ajuda médica ao perceber que Sonic apresentava dificuldades de aprendizagem: *Ele foi piorando. Ele não juntava as letras. Aí, ele foi ficando agitado. Até em casa ele começou a ficar agressivo, irritado, demorava pra dormir... A professora disse que precisava ver se era da disciplina dele ou se não tinha algo mais sério*.

A família recebeu com tranquilidade o diagnóstico de TDAH, que, segundo o pai, pode ter sido causado pela relação de Sonic com o irmão mais velho, o qual, desde que entrou na adolescência, se mutila devido a questões relacionadas à sua sexualidade: *Ele não sabe a sexualidade dele. Tem dia que ele diz que é trans, outro dia ele é travesti, outro dia ele não sabe mais... Aí ele se mutila porque ele não tem essa definição. Tudo bem essa questão, mas o problema é a mutilação e a revolta dele, porque o Sonic vê tudo. Ele não resolveu isso, e a cabeça dele ficou bagunçada*. O pai acredita que a relação do irmão com essas questões afetou Sonic: *Depois que o irmão dele começou a ficar assim, com uma revolta aqui, é que o [Sonic] piorou. É com o irmão dele, mas ele vê que o irmão tem uma relação difícil aqui. Não com a gente, [mas], com essas agressões, com ele...* Conforme o pai, se essas questões não originaram o TDAH, elas intensificaram seus sintomas.

Mesmo confiando inicialmente na intervenção farmacológica sugerida pelo médico, que prometia solucionar os problemas de Sonic, o pai passou a questionar tanto o diagnóstico quanto o tratamento, uma vez que, apesar de não existir mais queixas por parte da escola, seu progresso acadêmico não ocorreu como o esperado. Embora matriculado na quarta série, e

nunca ter sido reprovado, Sonic ainda não sabe ler e nem escrever direito. Não forma as palavras, não consegue juntar as letras sozinho... Se pedir pra ele escrever casa, ele não sabe escrever. Tem que falar C, depois A...e A de árvore. Foca, se ele nunca escreveu foca, ele não sabe. Nem ler, ele sabe. Fala letra por letra, mas não junta. Matemática, ele vai um pouquinho melhor. História, ele gosta, vai melhor. Ele sabe contar o que ele aprendeu, mas não escreve [...]. O médico falou pra professora dar as tarefas mais atrasadas pra ele: no primeiro ano, pra dar do infantil, no segundo ano, pra dar do primeiro, pra ele conseguir fazer. Porque se fosse atividade normal, ele não fazia. A professora também disse que tarefa normal ele não conseguia fazer, que era pra dar as tarefas do infantil.... Até a professora falou que deve ter outra coisa nele, mas a gente não sabe. Mas isso faz três anos. De lá pra cá, ele sempre faz o mais fácil. E a escola só pergunta se dá dando os remédios.

O pai acredita que a escola deveria incentivá-lo a desenvolver a aprendizagem, oferecendo atendimento mais individualizado. No entanto, ele reconhece as limitações enfrentadas pelas professoras: *Tem mais alunos na sala, e a escola não consegue. E na pandemia, relaxou mais. Tinha que ver por que ele não escreve, não lê. A Sala de recursos é muito pouco, porque onde tá o currículo, o mais importante, não tem nada de diferente pra ele. A professora não consegue atender ele. Tem as outras crianças. Ela não consegue ir na carteira, ver o que ele tá fazendo, se ele tá precisando de ajuda. Hoje, as escolas não querem indispor com os pais, mas tinha que ensinar mais. Hoje, só pede laudo. Aí, guarda o laudo...Porque a professora tem que se proteger.*

A escola não tem condições, não tem suporte. Então, a professora chega, tem laudo, ela já sabe que não vai reprovar, porque a prefeitura não deixa. Não interessa se ele vai aprender ou não, mas é ruim pra ele. Ano passado, trocou de professora três vezes. Parece que quando ele começa gostar, troca. Aí, ele piora. Tinha uma substituta, no ano passado, que batia na carteira dele. Ela foi grosseira. Ele não queria nem voltar mais pra escola. Mas o problema não é só ele. Ele é mais um disperso.

Diante das dificuldades de aprendizagem, a família de Sonic pediu que ele fosse reprovado na segunda série, mas, como se tratava do retorno pós pandemia, a escola afirmou que nenhum aluno poderia ser retido. Por outro lado, a família reconhece suas próprias limitações em relação ao atendimento de Sonic. O pai se considera ausente, pois trabalha até às 23 horas, e a mãe, que sai antes de o menino acordar, só retorna para casa após às 18 horas: *Cedo, ele tá na escola, então, não tem uma relação. E é assim desde que ele era pequeno. Podia ter uma relação, mas não tem.* O pai contou que um dia foi levá-lo à escola e eles encontraram *uma menina com a mãe dela.* Enquanto as duas caminhavam, *a mãe ia perguntando da tabuada*

e ela ia dizendo. O pai pensou que podia fazer aquilo também, se inteirar mais dele, da educação, da escola...Mas isso não foi feito, então, a culpa é da família também.

5.5.3 Aprendizagem, retenção e Progressão Continuada: *Ele ia conseguir decorar e ia aprender*

De acordo com os Referenciais Curriculares⁴⁷ do município onde a pesquisa foi realizada, o EF I está dividido em dois Ciclos de Aprendizagem. O primeiro ciclo é o da Alfabetização, um período contínuo que abrange o 1º, 2º e 3º anos. Espera-se que as crianças estejam alfabetizadas ao fim do 2º ano e, no 3º ano, sejam proficientes na leitura e escrita, na capacidade de interpretação de textos, análise de informações, sintetização de ideias e desenvolvimento do pensamento lógico-matemático. O segundo ciclo, denominado Ciclo de Escolarização, compreende o 4º e o 5º anos. Neste estágio, espera-se que os alunos tenham adquirido as competências básicas da alfabetização, estando prontos para avançar em seus processos de aprendizagem, com o aprimoramento de suas capacidades voltadas à compreensão de textos mais complexos e à resolução de problemas matemáticos de maior dificuldade.

Esses ciclos estão alinhados aos princípios da Progressão Continuada, visando eliminar o caráter seletivo e excludente da escola e substituir a prática da reprovação por um processo educacional inclusivo. Os Referenciais Curriculares entendem que as crianças podem demonstrar habilidades e domínio do conhecimento ao longo do ciclo, permitindo o avanço das séries sem retenção, com exceção nos 3º e 5º anos. Isso visa garantir o direito à aprendizagem e ao desenvolvimento integral das crianças, visto que os alunos com dificuldades em seus processos de aprendizagem serão atendidos durante todo o percurso.

Uma das razões para a implementação dos ciclos pelo município é superar a cultura da classificação e da reprovação, uma “pedagogia da repetência” (Ribeiro, 1991), predominante no sistema escolar brasileiro até recentemente. Patto (2022) destaca que as estatísticas publicadas desde a década de 1930, no contexto de ampliação do número de vagas na escola pública, já revelavam altos índices de reprovação e evasão escolar, os quais ainda se mantinham em “proporções inaceitáveis” na década de 1980. Esses estudos mostraram a gravidade da situação: em 1948, apenas 4% das crianças concluíram o ensino primário (atual EF I) sem reprovações, e dos 96% restantes, metade não concluiu nem mesmo a 1ª série; entre 1948 e 1961, de cada mil crianças que ingressaram na 1ª série, 395 passaram para a segunda sem reprovações, e apenas 53 delas atingiram oito anos de escolarização em 1961; e entre 1971 e

⁴⁷ Para preservar o anonimato do local onde a pesquisa foi realizada, o documento não foi incluído na lista de Referências.

1978, de cada mil crianças matriculadas na 1ª série, 526, pouco mais da metade, se matricularam na 2ª série no ano seguinte. Destas, apenas 180 concluíram a 8ª série em 1978.

Reforçando esses dados e evidenciando a continuação da exclusão escolar, o trabalho conduzido por Collares e Moysés (1996) revelou que, na década de 1980, os índices de reprovação nas instituições de ensino primário observadas pelas autoras eram de 50,5%. Esses dados destacavam a natureza classificatória e excludente do sistema educacional, além das dificuldades em se efetivar a promessa de escola acessível a todos.

O fracasso escolar, diferentemente do que se afirmava à época, é um processo psicossocial complexo que transcende as deficiências cognitivas ou culturais dos alunos. Ele reflete um sistema seletivo intrínseco à própria organização escolar, que afeta principalmente os filhos das classes populares (Patto, 2022, 2022a). Nesse contexto, propostas para abolir a reprovação não são novidade, já que o fracasso escolar, embora antigo, persiste de forma crônica no país. Isso reforça a necessidade de uma reflexão mais profunda sobre suas causas (Viégas, 2015).

Os altos índices de reprovação só se tornaram um problema político-educacional a partir do século XX, quando a escolarização de todos se afirmou como direito e obrigação. A ampliação da oferta de vagas nas escolas públicas, ainda que insuficiente, exigiu uma reorganização do ensino, com o estabelecimento de classes homogêneas e tempos de aprendizagem vinculados a programas oficiais para cada série, aspecto visto como sinônimo de eficiência do ensino primário. Para isso, os alunos deveriam ter as mesmas capacidades e dominar conteúdos semelhantes, o que era avaliado por testes psicológicos e avaliações, cujos resultados passaram a ser expressos em forma de números, algo incomum até então (Gil, 2018; Paulilo; Gil, 2019, p. 25).

Os critérios numéricos, considerados objetivos e legítimos, eram utilizados para classificar os alunos, conferindo às aprovações e reprovações uma aparência de justiça social, pois eram vistos como instrumentos capazes de medir, de forma racional, as capacidades e os desempenhos individuais. Assim, ao exigir que todos os alunos atingissem os mesmos objetivos por meio de processos educativos homogêneos, aqueles que não conseguiam avançar eram obrigados a repetir a série, sendo separados do seu grupo. Como afirma Gil (2018, p. 21, grifo próprio), “repetia o ano, tornando-se *repetente*. Nessa configuração, a reprovação, a retenção e a repetência são compreendidas como necessárias para o adequado e eficiente funcionamento da escola”.

Nessa lógica, a expansão da escola primária, efetivada a partir da década de 1930, foi acompanhada pela crença dos educadores e gestores no mérito escolar, “convencidos que

estavam nas capacidades que a escola teria de selecionar com justiça os talentos, garantindo trajetórias escolares mais longas para os alunos mais capazes, independentemente de sua origem social”. Esses fatores, combinados com o desejo de ascensão social por meio dos diplomas, resultaram na permanência de mais crianças na escola, mesmo diante de resultados insuficientes, e ampliaram a repetência escolar (Paulilo; Gil, 2019, p. 30). O caráter antidemocrático, seletivo e excludente da reprovação não era questionado, sendo visto como parte inevitável da escolarização e como reflexo da falta de vontade ou capacidade de aprender de alguns alunos. Dessa forma, a educação seriada perpetuava a visão de educação como um privilégio (Jacomini, 2009).

Embora as estatísticas oficiais não refletissem dados reais (Ribeiro, 1991), alguns gestores públicos reconheceram a necessidade de propor reformas e ações políticas para enfrentar a situação. Contudo, essas propostas não questionavam o caráter classificatório dos exames. Entre as medidas sugeridas estavam mudanças no funcionamento do ensino, distribuição de materiais didáticos, classes de aceleração, aulas de reforço e reclassificação, com o objetivo de otimizar a progressão dos estudantes e melhorar o rendimento escolar. Nesse cenário, a Progressão Continuada foi introduzida como uma resposta à crise educacional, marcada por altos índices de evasão, reprovação e fracasso escolar (Jacomini, 2009, 2014; Mainardes; Stremel, 2011; Viégas, 2015; Santos; Tuleski, 2020).

As primeiras discussões sobre a Progressão continuada remontam à década de 1920, quando Sampaio Dória, jurista e educador brasileiro, propôs que não houvesse reprovação na passagem da 1ª para a 2ª série do Ensino Primário na rede estadual de ensino paulista. Seu objetivo era evitar que metade das vagas da 1ª série fosse ocupada por alunos repetentes, em um contexto no qual a demanda por vagas nas escolas superava a capacidade de atendimento (Jacomini, 2014). Como destacado por Viégas (2015, p. 154), isso visava resolver o problema da escolarização sem onerar os cofres públicos com a ampliação de vagas, sendo considerado “um meio econômico de achatar a reprovação”.

Conhecida como aprovação automática, essa proposta, que não discutia a estrutura do ensino, não foi levada adiante (Jacomini, 2014; Viégas, 2015). A escola organizada em séries anuais predominou até a década de 1950, quando surgiram algumas experiências de ensino não seriados, que foram importantes para a qualificação do debate sobre seriação e reprovação anual. Apesar de muitas dessas experiências terem sido consideradas mal-sucedidas, elas forneceram elementos para que, a partir da década de 1980, fossem reapresentadas. Assim, com nova roupagem, São Paulo instituiu o Ciclo Básico, unindo a primeira e a segunda série em um único ciclo de dois anos, com a extinção da reprovação nesse período (Patto, 2022a). Já nos

anos 1990, especialmente com a promulgação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), essas experiências permitiram que muitas redes, especialmente as municipais, organizassem o ensino em Ciclos com a Progressão Continuada entre os anos letivos de cada ciclo (Jacomini, 2014).

Diferentemente da organização anual e seriada, a organização do ensino em ciclos fundamenta-se no princípio de adaptar os processos educativos a períodos que atendam às demandas de desenvolvimento dos alunos. Isso exige “uma reorganização dos tempos e espaços escolares, do currículo, da avaliação, da relação professor/aluno/comunidade com o objetivo de permitir maior centralidade na aprendizagem que no ensino”. A adoção dos ciclos e da Progressão Continuada busca centralizar os processos de aprendizagem, assegurando a apropriação da cultura e o desenvolvimento pessoal e social dos alunos por meio de medidas que promovam a construção de um processo educacional inclusivo, baseado nas necessidades individuais (Jacomini, 2009, p. 562). Com isso, a estrutura em ciclos proporciona oportunidades adicionais aqueles que necessitam de mais tempo para dominar os conteúdos. Essa abordagem é respaldada por teorias que questionam a linearidade do processo educacional e rejeitam a ideia de um tempo fixo ou pré-determinado para aprender (Jacomini, 2009).

No entanto, esse modelo de organização suscita dúvidas entre as famílias participantes da pesquisa, especialmente aquelas com filhos(as) que enfrentam dificuldades no processo de aprendizagem. Uma das principais questões levantadas refere-se à avaliação qualitativa por meio de pareceres. Isso ocorre porque o tempo longo das representações sociais reforça a crença de que a mensuração do desempenho escolar é mais eficiente quando expressa por critérios numéricos, considerados mais claros e fáceis de compreender. As famílias relataram que os pareceres são pouco eficazes, preferindo notas concretas — símbolos numéricos que transmitem com maior clareza o desempenho escolar.

A preocupação das famílias se intensifica quando as crianças são promovidas para as séries seguintes mesmo sem atenderem às expectativas educacionais. Nesse contexto, a reprovação — uma herança do modelo seriado, que por muito tempo orientou as práticas pedagógicas e contribuiu para a exclusão daqueles que não conseguiam atender aos padrões educacionais ou eram considerados inaptos — se enraizou no imaginário social como essencial para a aprendizagem escolar. Assim, muitas famílias, cujas crianças não aprenderam adequadamente, veem a reprovação como desejável:

Eu acho que a escola tinha que reprovar ele. Eu vim conversar. A pedagoga falou que só pode repetir numa série específica, mas, quando ele fez essa série, era na pandemia. E tem uma lei que não pode reprovar (C3. Mãe, 41 anos, EFC; Pai, 44 anos, EFC).

Eu pedi pra reprovar ele no segundo ano, mas a escola falou que ele tinha até o terceiro ano pra se alfabetizar. Mas ele já tinha que ter sido reprovado na segunda série (M3. Mãe, 38 anos, EMC).

O que me interessa, que preocupa mais, é que ele tem que aprender ler e escrever. Não pode ser assim. [A professora fala que] cada criança tem o tempo e ele é mais atrasado, mas e no sexto ano? Porque aí é na outra escola. E lá? Vai ser assim? Não vai. E ele não vai acompanhar e vai ficar reprovando lá. Mas tem que reprovar aqui, pra ir bom pra lá [...]. A gente não sabe o que eles tão fazendo que ele não reprova de ano. Eu não sei como ele passa. Eu já vim aqui e falei: 'Por que que não reprova?' (P2. Pai 58 anos, EMC).

Esse desejo, o de reprovação, precisa ser relativizado, pois o que as famílias esperam é que seus(uas) filhos(as) aprendam e tenham sucesso em suas trajetórias escolares — *Tinha que reprovar pra ele ter um reforço. Aí, ele tinha mais uma chance de aprender. Ele ia decorar e ia aprender. Ele ia conseguir colocar na cabeça (C3. Mãe, 41anos, EFC; Pai, 44 anos, EFC) / A reprovação vai ajudar ele. Se ele ver de novo, ele vai lembrar de alguma coisa do outro ano e vai conseguir aprender (M14. Mãe, 36 anos, EMC) / Ele tem que reprovar pra ver se melhora o ensino dele. Tem gente que fala que ele vai ficar atrasado. Ele não vai ficar atrasado. Ele vai adiantar lá na frente. Se não reprovar, vai acumular mais (P1. Pai, 44 anos, EFC).*

No entanto, a representação da reprovação como algo bom e eficaz pode ser desafiada no tempo curto, quando novas ideias questionam sua eficácia e efeitos emocionais. Essas novas representações podem gerar tensões e mudanças nas atitudes das famílias, que precisam conciliar significados tradicionais com perspectivas atuais. É como se elas estivessem navegando entre esses dois tempos, valorizando a reprovação com base em representações do tempo longo enquanto lidam com as instabilidades representadas pelo tempo curto e onde novas abordagens pedagógicas podem sugerir alternativas à reprovação:

Eu acho que a reprovação ia ajudar. Mas eu nem pedi, porque tem o irmão dele junto. Ele vai reprovar e o irmão vai passar? Eu acho que vai piorar (M7. Mãe, 34 anos, EMC).

Se ele reprovasse, ele ia ver de novo. Mas eu não queria que ele reprovasse. É uim pra eles. Eu vou conversar com a professora no começo do ano. Eu acho que ele vai avançar o ano que vem. Aí, ele vai pra estadual sem reprovação, né? (M12. Mãe, 32 anos, EMC)

Quando eu pedi, a escola disse que não reprovava porque era depois da pandemia. Mas agora, eu to ensinando ele em casa. E o neuro falou que ele não tem TDAH [...]. Agora ele tem que continuar, porque a reprovação vai dar uma frustração nele (M22. Mãe, 44 anos, EMC).

Além disso, as famílias expressaram outras duas preocupações relacionadas à falta de aprendizagem e à não retenção. Em primeiro lugar, há uma crescente apreensão de que as crianças não conseguirão acompanhar o EF II devido a dificuldades não resolvidas no EF I.

Elas temem que a transição para escolas maiores, com mais professores e um currículo mais diversificado, possa intensificar esses desafios. A estrutura das novas escolas pode oferecer menos atenção individualizada em comparação ao atendimento geralmente disponível no EF I. Em segundo lugar, as famílias temem que as crianças possam ser alvo de bullying por parte dos colegas. Esses novos não familiares contribuem para uma sensação de insegurança em relação ao futuro escolar das crianças, potencializando a preocupação das famílias sobre como elas serão acolhidas e integradas no novo ambiente educacional:

Se ele for desse jeito pra [escola] estadual, vão fazer bullying com ele lá. Aí, vai ser outro sofrimento (C1. Mãe, 41 anos, EMC; Pai, 44 anos, EFC).

Ele vai sofrer muito lá. Tem mais professores, tem as matérias... Ele não vai conseguir acompanhar (M3. Mãe, 38 anos, EMC).

Eu tenho medo do ano que vem. Se as professoras vão ter a mesma paciência com ele. Porque lá, ele vai aprender menos. Vai ter bullying de novo (M5. Mãe, 34 anos, EFC).

Essas questões estão relacionadas ao debate mais amplo sobre a relação entre a Progressão Continuada e a medicalização da infância. Santos e Tuleski (2020) argumentam que a medicalização e o uso abusivo de medicamentos por crianças em idade escolar ocorrem nesse contexto, marcado por contradições. Embora, em teoria, o modelo possa superar a exclusão escolar, se bem aplicado, sem uma reforma completa do sistema educacional, ele acaba apenas promovendo os alunos para as etapas seguintes, sem garantir os benefícios de desenvolvimento esperados.

As autoras argumentam que a Progressão Continuada influencia o processo de escolarização das crianças com transtornos de aprendizagem, pois, se em condições normais já é necessário existir práticas pedagógicas de qualidade, voltadas ao desenvolvimento humano, tais práticas se tornam cruciais quando os professores se deparam com alunos que apresentam dificuldades em seus processos de aprendizagem. No entanto, nesse contexto, a ausência de reprovação pode levar a um relaxamento nas práticas pedagógicas, o que, como resultado, pode marginalizar os alunos com dificuldades, muitas vezes impactados pelo uso de medicamentos. A Progressão Continuada só atinge seus objetivos se houver clareza sobre as ações necessárias em relação aqueles que, por algum motivo, não conseguem acompanhar os demais. Caso contrário, a ausência de reprovação pode mascarar as dificuldades no processo de aprendizagem que, não sendo abordadas, se amplificarão nas etapas seguintes.

5.6 Uma síntese das representações sociais das famílias

Para finalizar este capítulo, apresento uma síntese das representações sociais das famílias sobre o TDAH, de maneira semelhante ao que foi realizado em relação às representações sociais dos(as) profissionais da escola no item 4.8, com destaque para os processos de ancoragem e objetivação. Como abordei nos capítulos anteriores, esses processos são complexos e vão além de uma simples compreensão do diagnóstico. A síntese a seguir visa tornar esses processos mais acessíveis.

A ancoragem das representações sociais das famílias sobre o TDAH ocorre de várias formas, tais como:

(1) Contexto de biologização e medicalização da vida: As famílias ancoram o TDAH em conhecimentos pré-existent sobre genética e hereditariedade, entendendo o transtorno como algo inato ou transmitido geneticamente. Por exemplo, elas associam os comportamentos agitados e desatentos da criança a traços familiares. Esse processo de ancoragem torna o desconhecido (o diagnóstico de TDAH) mais compreensível, integrando-o a explicações familiares e socialmente compartilhadas. A ideia de que certas características de comportamento sempre estiveram presentes na criança, desde o nascimento, é reforçada por discursos biomédicos, que conferem legitimidade científica a essas explicações. O avanço das neurociências e a disseminação de explicações biológicas nas mídias têm reforçado essa perspectiva nas últimas décadas.

(2) Vivências familiares: Nem sempre os aspectos genéticos são suficientes para construir um sentido em torno do TDAH. Nesses casos, as famílias recorrem às suas vivências reais — como um abandono parental, problemas na gravidez ou no parto, descaso da escola e uso frequente de celular para melhor compreender o transtorno. Esses fatores podem ser tanto mencionados isoladamente ou em associação com explicações genéticas, contribuindo para a ancoragem do transtorno em suas experiências de vida.

(3) Discurso médico e escolar: Muitas famílias ancoram o diagnóstico nas explicações dos(as) profissionais da escola e da saúde. A autoridade e a legitimidade dessas figuras não apenas reforçam a aceitação do diagnóstico, mas também moldam as expectativas sobre os comportamentos da criança, o tratamento e seu futuro. De um modo geral, a confiança no discurso médico leva as famílias a aceitarem prontamente intervenções farmacológicas como soluções inevitáveis, tornando o diagnóstico incontestável. Vale ressaltar que algumas famílias se sentiram pressionadas a seguir essas recomendações, especialmente em contextos onde o diagnóstico é apresentado como a única solução disponível.

(4) Valores sociais sobre comportamento infantil: O TDAH também pode ser ancorado em normas sociais que valorizam a obediência, a concentração e o bom desempenho acadêmico. Quando uma criança não atende a esse padrão, o diagnóstico serve como uma explicação plausível para esses desvios, transformando o comportamento fora da norma em algo patológico e medicalizado. Isso está alinhado à crescente exigência de comportamentos disciplinados na escola e na sociedade em geral e com a pressão para que as crianças se adequem rapidamente às expectativas institucionais.

(5) Experiências de outras famílias: Conversas com outros familiares e pessoas de suas redes de pertencimento, especialmente aquelas cujos filhos também receberam o diagnóstico, podem ancorar o entendimento do TDAH em uma experiência coletiva. Isso fortalece a percepção do transtorno como algo naturalizado, criando espaços de compartilhamento de estratégias e visões sobre como lidar com o diagnóstico.

(6) Internet e redes sociais: A ancoragem também ocorre por meio da internet (sites de busca, plataformas de vídeos e redes sociais). Esses espaços, ocupados por profissionais da saúde e por pessoas leigas, inclusive diagnosticadas com TDAH, são constantemente acessados por apresentarem informações consideradas fáceis de serem entendidas. A internet facilita o acesso rápido a conteúdos sobre o transtorno, mas também pode contribuir para a disseminação de informações simplificadas, criando uma forma de medicalização digital. As redes sociais funcionam como câmaras de eco, impulsionadas pelo “filtro bolha”, que seleciona conteúdos conforme as preferências de cada usuário. Além disso, a possibilidade de os próprios usuários criarem conteúdos, combinada com o funcionamento dos algoritmos, gera repetidos ecos de informação (Ferreira; Rios, 2017). Consequentemente, as pessoas são expostas a informações que reforçam suas próprias crenças e opiniões, como as postagens da rede *TikTok*, abordadas no início do capítulo, fazendo com que determinadas interpretações sobre o TDAH sejam reforçadas sem contrapontos, moldando as percepções familiares e também dos(as) profissionais da escola sobre o transtorno.

Dialeticamente, a objetivação das representações sociais das famílias sobre o TDAH também ocorre de diferentes maneiras:

(1) Prescrição e medicamentos como evidências concretas: Os medicamentos podem ser interpretados como um marcador físico do transtorno. Quando as famílias percebem melhorias comportamentais ou de aprendizagem a partir do uso dessas substâncias, o TDAH é objetivado pela eficácia aparente dos fármacos. O medicamento, então, torna-se um símbolo concreto de que o transtorno é real e passível de controle. Além disso, a medicação introduz uma rotina diária que reforça essa noção, pois a administração de comprimidos é uma prática

visível que permite às famílias se sentirem ativamente engajadas no tratamento. Nesse sentido, a medicação é tanto uma solução quanto um meio de tornar o transtorno tangível, algo que pode ser tratado como qualquer doença física. Quando as famílias não observam melhorias no comportamento e no processo de aprendizagem das crianças, surgem dúvidas em relação à periodicidade do uso do medicamento e à sua eficácia, e a relação com a medicação pode se transformar em um ciclo de tentativas e frustrações.

(2) Aspectos fisiológicos: A objetivação pode incluir a incorporação de explicações fisiológicas, como desequilíbrios neuroquímicos no cérebro. Quando as famílias internalizam essas explicações, o TDAH deixa de ser algo abstrato e passa a ser visto como uma questão biológica concreta, portanto, corporificado, especialmente como algo localizado na cabeça. Ao localizar o transtorno na cabeça da criança, as famílias atribuem a causa dos comportamentos agitados ou desatentos a uma fonte física e incontestável, o que pode retirar a responsabilidade dos contextos mais imediatos onde as crianças estão inseridas.

(3) Relatórios escolares e laudos médicos: O diagnóstico formal, apresentado em laudos médicos, assim como os relatórios elaborados pelas escolas, também servem como uma forma de objetivação. Esses documentos tornam o transtorno oficial e materializado no papel, conferindo-lhe uma existência burocrática e institucional. Com isso, as famílias podem sentir que o transtorno não é mais apenas uma percepção, mas um fato inquestionável. Os relatórios e os laudos trazem uma linguagem técnica que, mesmo de difícil compreensão, carregam uma autoridade científica, solidificando a realidade do TDAH como algo que precisa ser gerido não apenas pela família, mas também pelas instituições médicas e educacionais.

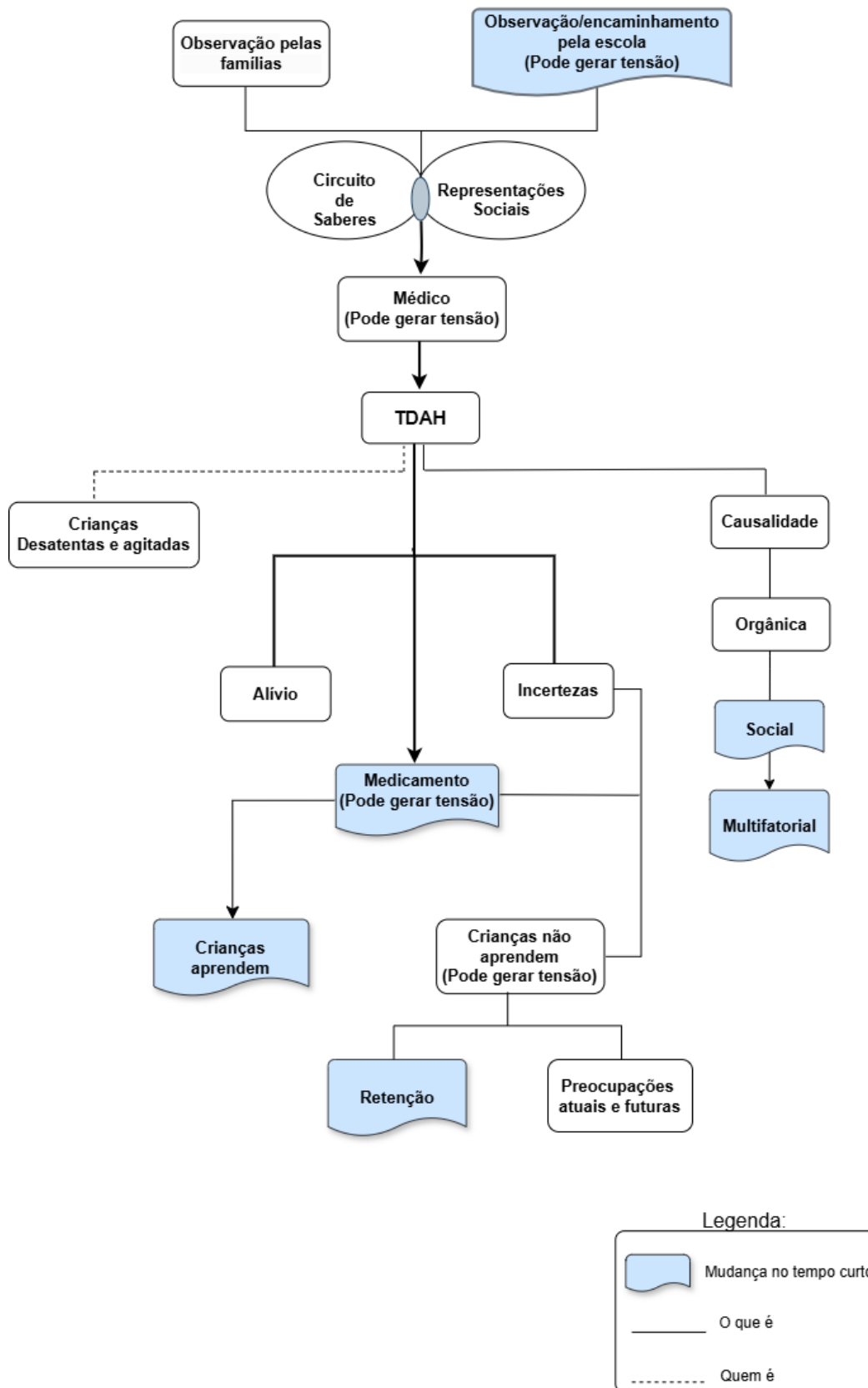
(4) Pareceres escolares: Embora difíceis de serem compreendidos pelas famílias, os pareceres escolares, que retratam o desenvolvimento acadêmico das crianças, são formas de objetivação na medida em que, ao serem produzidos pelos(as) profissionais da escola, expressam as dificuldades enfrentadas por elas, materializando as consequências do TDAH em seus processos de aprendizagem. Esses pareceres funcionam como um espelho das dificuldades associadas ao TDAH, transformando-o em algo material e verificável — conceitos baixos tornam-se indicadores concretos de que o TDAH está impactando diretamente o desempenho da criança. A escola, nesse sentido, não apenas reflete as dificuldades, mas também legitima o transtorno como algo real e mensurável.

(5) Comportamentos das crianças: As ações e as reações das crianças, que passam a ser mais atentamente observadas pelas famílias, também se tornam fontes de objetivação à medida que elas buscam encontrar sinais disruptivos que possam ser associados ao transtorno. Isso pode incluir, por exemplo, comparar o comportamento de seus(as) filhos(as) com o de

outras crianças, estabelecendo uma linha entre o que é considerado normal e atípico. Essa comparação frequente ajuda a solidificar a percepção de que os comportamentos agitados ou desatentos não são simples fases do desenvolvimento infantil, mas evidências concretas de uma condição médica. A repetição de certos comportamentos, como dificuldade em seguir regras, agitação ou desatenção, acaba por se transformar em uma prova de que o TDAH é real e presente no cotidiano da criança, reforçando a percepção de que o transtorno está incorporado em suas ações diárias.

Para ilustrar melhor a forma como essas percepções se organizam e se manifestam, apresento, a seguir, um diagrama que sintetiza as principais representações sociais das famílias sobre o TDAH:

Figura 4 - Representações sociais das famílias sobre o TDAH.



Fonte: Elaborado pelo próprio autor (2024).

FINALIZANDO: DESPATOLOGIZAÇÃO E DESMEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO



Numa folha qualquer
 Eu desenho um sol amarelo
 E com cinco ou seis retas
 É fácil fazer um castelo
 Corro o lápis em torno da mão e me dou uma luva
 E se faço chover com dois riscos, tenho um guarda-chuva
 Se um pinguinho de tinta
 Cai num pedacinho azul do papel
 Num instante imagino uma linda gaivota a voar no céu
 (Aquarela, de Toquinho et al., 1983).

A questão-problema que me motivou a realizar esta pesquisa foi a respeito do que os(as) profissionais da escola e as famílias de crianças diagnosticadas pensam sobre o TDAH e como isso se desdobra nas abordagens familiares e pedagógicas junto a elas. Para isso, o objetivo principal foi compreender as representações sociais que as famílias e os(as) profissionais da escola, alguns dos principais atores envolvidos nesse diagnóstico, têm sobre o transtorno, problematizando suas implicações no acolhimento dessas crianças, além de considerar objetivos auxiliares. A TRS foi a lente que conduziu essa investigação, mostrando-se adequada e válida para responder à pergunta inicial, atender aos objetivos propostos e apresentar possibilidades de intervenção.

Ao longo da investigação, ficou evidente que as famílias e os(as) profissionais da escola constroem representações sociais sobre o TDAH para interpretar e lidar com os comportamentos desatentos e agitados, bem como as queixas relacionadas a esses comportamentos no ambiente escolar. Essas representações atuam como ferramentas cognitivas e sociais, influenciando tanto as percepções quanto as práticas relacionadas ao transtorno, além do modo como as crianças são tratadas no contexto escolar e familiar. De maneira geral, elas:

- (1) Dão sentido às experiências, oferecendo uma estrutura explicativa para comportamentos infantis, como a agitação e a desatenção, que fogem às expectativas habituais;
- (2) Orientam decisões, influenciando ações cotidianas, como as abordagens familiares e pedagógicas;
- (3) Reduzem incertezas e ansiedades, proporcionando uma sensação de controle ao atribuir uma causa e possíveis soluções para comportamentos considerados desafiadores ou inadequados; e
- (4) Facilitam o diálogo, criando uma base comum de entendimento entre as famílias e

os(as) profissionais da escola, integrando saberes científicos e senso comum.

Coerentes com o contexto sociocultural em que elas são elaboradas, essas representações estão frequentemente associadas à medicalização da educação, ancoradas na histórica associação entre dificuldades de aprendizagem e disfunções médicas e objetivadas nos comportamentos das crianças. Esse processo resulta em um aumento nos encaminhamentos para atendimentos especializados, geralmente iniciados pela escola, onde o diagnóstico — muitas vezes apressado e descontextualizado — e o uso de psicoestimulantes como intervenção inicial acabam criando rótulos como doenças do não aprender e do não se comportar, com ênfase no TDAH, uma abordagem que pode tanto convergir quanto divergir das percepções das famílias.

Nesse cenário, a escola, principal demandante de diagnósticos, é fortemente influenciada por saberes médicos, que nem sempre levam em consideração as especificidades das práticas educacionais e sociais próprias desse ambiente; ela atua como um ponto de disseminação dessas representações, reproduzindo e consolidando o diagnóstico de TDAH como algo real e que precisa ser clinicamente tratado. Com isso, o transtorno também é ancorado e objetivado nas práticas pedagógicas e nas expectativas comportamentais em sala de aula, algo que se reflete de diversas maneiras:

(1) Redução de questões pedagógicas a diagnósticos médicos: A medicalização transforma comportamentos que poderiam ser interpretados como dificuldades temporárias ou contextuais em sintomas de um transtorno, levando a uma busca por soluções médicas;

(2) Ampliação do uso de medicamentos: O discurso médico, apropriado pelas representações sociais, reforça a ideia de que os medicamentos são a principal solução para o atendimento às crianças consideradas desatentas e agitadas, intensificando o uso de psicoestimulantes;

(3) Pressão para atender às demandas escolares: A pressão para que as crianças se ajustem aos padrões acadêmicos leva à busca por diagnósticos que justifiquem suas dificuldades, em vez de promover reflexões críticas sobre as práticas educacionais;

(4) Naturalização dos diagnósticos: O diagnóstico é muitas vezes aceito passivamente, sem uma reflexão crítica sobre fatores contextuais, como o ambiente escolar ou familiar. Nesse aspecto, as famílias, ao buscarem respostas para as queixas escolares e as dificuldades de seus(uas) filhos(as), acabam internalizando essas explicações médicas, reforçando a percepção de que o problema está exclusivamente na criança; e

(5) Foco no diagnóstico: Ao concentrar-se no diagnóstico e na medicação, a responsabilidade pela adaptação às demandas educacionais recai sobre a criança e sua família,

isentando a escola e os sistemas de ensino de revisar suas próprias práticas.

Esses pontos ressaltam a necessidade de questionar como as representações sociais influenciam as práticas educativas e a percepção sobre as crianças, propondo uma análise crítica das implicações da medicalização na escola. Além disso, alinham-se à dupla questão dos estudos de representações sociais, que investigam como o social intervém nas representações e como essas, por sua vez, influenciam o social.

Apesar do intenso debate sobre o TDAH, em que uma abordagem o reafirma como um problema neurobiológico de causas genéticas, enquanto outra questiona sua legitimidade como condição orgânica, mantenho a posição de que não podemos afirmar com certeza sua base biológica. Além disso, é importante reconhecer que, independentemente da possibilidade de sua comprovação, o foco deve estar no questionamento sobre o aumento dos diagnósticos, nos critérios de avaliação utilizados, nas intervenções propostas e na função social da escola. É importante reconhecer que, mesmo que um dia a origem biológica do TDAH seja comprovada, ele também é uma construção social, fruto de um processo complexo de interações entre diferentes coletivos de pensamento — médicos, psiquiatras, educadores, farmacêuticos e famílias. Essas interações, mediadas pelas representações sociais, influenciam a forma como o transtorno é compreendido e abordado.

Além disso, ainda que se alcance uma confirmação biológica, isso não exime a escola e os sistemas de ensino de suas responsabilidades. O reconhecimento dessa dimensão não significa que a resposta deva se limitar a abordagens médico-farmacológicas. Pelo contrário, reforça a necessidade de um acolhimento holístico e de práticas pedagógicas que considerem as singularidades de cada criança. Cabe à escola e aos(as) seus(suas) profissionais criar ambientes que favoreçam o desenvolvimento integral dos(as) alunos(as), oferecendo suporte emocional, pedagógico e social que transcenda o diagnóstico.

De qualquer forma, é possível conceber gradações entre as abordagens sobre o TDAH, destacando a complexidade dos fatores sociais, familiares, educacionais e biológicos envolvidos em sua construção. Assim, as Ciências Sociais e da Educação podem adotar uma postura que valorize essas intersecções, criando bases para abordagens inclusivas e eficazes. Nesse sentido, a metáfora sugerida pela música “Aquarela” (Toquinho *et al.*, 1983) inspira a imaginação de cenários alternativos, onde as crianças sejam acolhidas e suas expressões reconhecidas e respeitadas. O debate pode se expandir ao serem considerados aspectos que contribuem para a formação de novas abordagens de atendimento, reconhecendo o conhecimento científico como um produto social, emergente e desenvolvido em contextos específicos. No caso específico do TDAH, sua construção resulta de um processo complexo de

interações entre diferentes coletivos de pensamento, como pesquisadores orgânicistas, médicos, farmacêuticos, profissionais da escola, famílias de crianças diagnosticadas e a mídia. As representações sociais sobre o TDAH reforçam e difundem a construção desses coletivos, transformando-o em uma realidade amplamente aceita e percebida como objetiva pela sociedade.

Nesse aspecto, é fundamental ressaltar a centralidade da escola, a formação docente e o reconhecimento das crianças como sujeitos de direitos. Esses temas, elaborados a partir da interpretação das representações sociais sobre o transtorno, serão abordados na sequência:

(1) A centralidade da escola: Ao questionar as formas de dominação social e a tendência de estigmatizar, classificar e catalogar estudantes cujas formas de expressão e aprendizado diferem das expectativas normativas, surge a necessidade de colocar os conceitos de dignidade e igualdade como ponto central nas discussões educacionais, evitando a medicalização excessiva. Esses conceitos levam à reflexão sobre uma crise no modelo educacional, que resulta na marginalização de certos grupos dentro dos espaços de formação. Caso essa reflexão não seja promovida, esses espaços acabarão sendo dominados por um tecnicismo que adota uma visão classificatória e individualizante sobre a aprendizagem. Em um contexto onde a escola é cada vez mais influenciada por diversas áreas, especialmente pelo paradigma clínico-terapêutico, a Educação perde uma de suas funções essenciais: a de promover a emancipação humana e a transformação social. Isso ocorre, em grande parte, porque muitos professores se veem em uma posição de subordinação em relação aos especialistas de áreas como psicologia, psiquiatria ou didática, quando esta última é reduzida a uma abordagem tecnicista. Há uma tendência a interpretar o desenvolvimento infantil de forma diagnóstica, destacando diferenças percebidas.

Esse sentimento de inferioridade diante de saberes que teriam mais a dizer sobre a escola, os(as) alunos(as) e os processos de escolarização do que os(as) próprios(as) professores(as), formados(as) nesse domínio, leva-os(as) a buscar respostas para os desafios do seu ofício fora das Ciências da Educação, particularmente no campo médico, que oferece encaminhamentos patologizantes e medicalizantes. Dessa maneira, a medicalização da aprendizagem se consolida a partir de soluções imediatistas e reducionistas, que também emergem do biofazer pedagógico e do direcionamento do olhar do(a) profissional da escola para a classificação, e não para a compreensão das especificidades dos modos de ser e aprender. Assim, embora esses(as) profissionais representem o TDAH como um transtorno que impacta diretamente o processo de aprendizagem, a intervenção permanece, em sua maioria, médico-farmacológica.

Porém, se a Educação tem se subordinado aos conhecimentos médicos, é necessário construir movimentos em direções contrárias, afirmando a centralidade da escola na condução e efetivação do processo educativo. A escola deve assumir um papel central na valorização das vivências, do coletivo e da atuação ativa de seus(suas) profissionais, promovendo uma prática pedagógica mais crítica e inclusiva. Para isso, é fundamental que seja um espaço de autonomia, onde os(as) professores(as) tenham protagonismo na tomada de decisões pedagógicas.

Nesse cenário, a escola precisa ser um lugar de reflexão e ação coletiva, onde o grupo de professores(as) pode se organizar para promover mudanças que estejam alinhadas às necessidades e realidades dos(as) alunos(as). Esse protagonismo é fundamental para enfrentar os desafios impostos pela desigualdade social e para lutar contra processos de exclusão e marginalização no ambiente escolar. Essa visão coloca os(as) professores(as) como agentes transformadores da realidade, que, ao atuar em conjunto, conseguem criar práticas educativas mais justas e humanizadoras, comprometidas com a formação integral dos sujeitos. Essa questão também implica no empoderamento dos(as) profissionais da escola para a superação dos paradigmas patologizantes e medicalizantes.

Se, por um lado, a escola deve reafirmar seu papel central e autônomo na condução do processo educativo, por outro, é necessário reconhecer que as demandas sociais sobre a escola têm se intensificado, exigindo que ela atue além de suas funções originais. Nesse contexto, novas iniciativas surgem para apoiar a escola em seu enfrentamento às complexidades do cotidiano escolar. A recente publicação da Lei nº 13.935/19 (Brasil, 2019), que “Dispõe sobre a prestação de serviços de Psicologia e de Serviço Social nas redes públicas de educação básica”, é um exemplo disso. Esses(as) profissionais integrarão equipes multiprofissionais que desenvolverão ações para melhorar a qualidade do processo de ensino-aprendizagem, com a participação da comunidade escolar. A presença dessas áreas nas escolas pode ser bem-vinda, considerando que a escola tem assumido responsabilidades que ultrapassam suas capacidades e competências. No entanto, é fundamental considerar os riscos de uma implementação que possa intensificar os processos medicalizantes, visto que vivemos em uma época marcada pela prevalência de transtornos, especialmente no campo educacional, em que o biofazer pedagógico, muitas vezes fortalecido por posturas inconscientes dos(as) profissionais da escola, estrutura práticas em resposta às dificuldades que as crianças apresentam em seus processos de aprendizagem e socialização.

Como destacado pelo Fórum (2023a), a Educação, a Psicologia e o Serviço Social, além de serem áreas de conhecimento e prática profissional, são também instituições permeadas por contradições e influências sociais. Ao refletirem sobre padrões de normalidade, infância,

família e desempenho escolar, essas áreas tornam-se vulneráveis à medicalização da vida, muitas vezes focando em sintomas e comportamentos sem considerar os contextos socioculturais que geram as queixas escolares. Ademais, esses(as) profissionais atuarão em um cenário de precariedade, o que pode favorecer práticas medicalizantes. Para evitar que essa lei contribua para a perda da centralidade da escola, é importante que esses(as) novos(as) profissionais atuem em sintonia com o coletivo escolar, sejam contratados(as) mediante concurso público e que nele seja cobrada uma formação crítica para enfrentar práticas medicalizantes. Assim como os(as) demais profissionais da escola, eles(as) devem receber formação permanente para compreender os contextos de vida das crianças, tema a ser abordado no próximo item.

(2) A formação docente: A desconstrução do olhar clínico, reforçado pelo biofazer pedagógico, que foca na falta ou no excesso, e a consolidação de processos de ensino e aprendizagem baseados em referenciais educacionais — e não médicos — também dependem da formação dos(as) professores(as). A influência da lógica médica na escola é facilmente percebida, como demonstrado pela frequente menção a especializações em Neuropsicologia, Neuropedagogia e Neuroaprendizagem por muitos(as) profissionais participantes desta pesquisa. Além disso, segundo eles(as), nos cursos de formação, tanto os iniciais quanto os continuados, os transtornos que afetam a aprendizagem, como o TDAH, sempre foram abordados sob a ótica médica, sem qualquer referência ao conceito de patologização e medicalização da educação. Isso pode afastar os(as) educadores(as) de seus saberes, fazendo com que a abordagem médica seja vista como condição necessária para escolarizar uma parcela de crianças diagnosticadas. Nesse contexto, a formação continuada é essencial para o desenvolvimento de uma sensibilidade crítica, alinhada aos desafios sociais e educacionais presentes no cotidiano escolar.

Os cursos de formação têm um papel importante na desmedicalização da educação, oferecendo alternativas para compreender comportamentos considerados inadequados sem recorrer imediatamente a encaminhamentos médicos. Além de proporcionar uma formação crítica sobre as doenças da aprendizagem, esses cursos devem: (1) Incentivar reflexões sobre o papel da escola na identificação e atendimento das dificuldades apresentadas pelas crianças; (2) Questionar a dependência de soluções médicas para problemas escolares, promovendo uma cultura de valorização das abordagens pedagógicas; (3) Promover uma comunicação mais próxima entre a escola e a família, ajudando a esclarecer que o comportamento das crianças pode ser uma resposta a fatores sociais, familiares ou escolares; (4) Oferecer conhecimento sobre o desenvolvimento humano, reduzindo a necessidade de classificar certos

comportamentos como patológicos; e (5) Criar espaços de reflexão sobre as próprias representações e práticas dos(as) profissionais da escola.

Nesse contexto, a formação de professores(as) é fundamental para a desmedicalização da educação, promovendo uma abordagem inclusiva e direcionada para o desenvolvimento integral dos(as) alunos(as). Assim, os(as) profissionais da escola podem compreender que os “sintomas” de desatenção e hiperatividade podem ser reinterpretados como sinais da não apropriação do conhecimento, das condições e dos avanços na aprendizagem. Com isso, o olhar do(a) professor(a) para o aluno(a) se deslocaria do foco na indisciplina e exclusão para uma postura voltada ao diálogo e ao acolhimento.

Quando orientada por uma representação ou estilo de pensamento dominante, a formação recebida pelo(a) profissional da escola o(a) leva a associar características e dificuldades das crianças a sintomas médicos, perpetuando a medicalização. No entanto, ao favorecer um diálogo aberto e crítico, essa mesma formação possibilita questionar essa tendência e promover uma abordagem mais ampla e sensível à complexidade das experiências infantis. Isso é importante porque um estilo de pensamento só se consolida quando o conhecimento é compartilhado dentro de um coletivo de pensamento, permitindo que, por meio das interações entre círculos esotéricos e exotéricos, ocorram transformações

A formação docente tem o potencial de promover um tráfego intercoletivo — o intercâmbio de ideias entre diferentes grupos sociais e profissionais. Esse processo abre espaço para transformações e novas formas de compreensão dos fenômenos educacionais, como fracasso escolar, dificuldades de aprendizagem e problemas de comportamento, à medida que diversas perspectivas circulam e se entrelaçam. Isso gera oportunidades para renovar práticas pedagógicas e questionar crenças estabelecidas, criando um espaço dinâmico para a crítica das representações sociais sobre o TDAH. Tais representações desempenham um papel fundamental na construção da realidade social, moldando a percepção das situações e as reações dos indivíduos.

Além disso, é crucial que os Sistemas de Ensino e as políticas públicas garantam melhores condições de trabalho e carreira aos(as) profissionais da escola. A desmedicalização da educação não depende apenas da capacitação teórica, mas de um ambiente de trabalho que permita a implementação de práticas pedagógicas inclusivas. Professores(as) que trabalham em condições precárias enfrentam desafios para oferecer acompanhamento individualizado e, sem suporte adequado, é mais fácil recorrer a soluções rápidas, como a medicalização de comportamentos. Portanto, assegurar uma carreira valorizada e suporte institucional fortalece o protagonismo dos(as) educadores(as) na construção de práticas mais humanizadas.

(3) O reconhecimento das crianças como sujeitos de direitos: Nas considerações iniciais, ao apresentar o recorte da história do Naruto, mencionei que esta tese poderia ter sido elaborada com a participação das crianças. No entanto, de modo geral, são os adultos que tomam decisões por elas, especialmente no que diz respeito aos encaminhamentos médicos. Essa dinâmica revela um padrão histórico em que as crianças foram invisibilizadas no processo social. No entanto, com a promulgação da Constituição Federal (Brasil, 1988) e do Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1990), esse grupo passou a ser protegido, amparado e incentivado ao seu pleno desenvolvimento pela família, pelo Estado, pela escola e pela sociedade.

O reconhecimento das crianças como sujeitos de direitos contrapõe-se ao movimento de patologização e medicalização, que as considera como objetos de intervenção de diferentes saberes e alvos de medidas destinadas, inclusive, a neutralizar riscos futuros. Esse cenário é particularmente evidente no caso das crianças das classes populares, frequentemente vistas como intrinsecamente perigosas. Consequentemente, observa-se um uso crescente de medicamentos para controlar comportamentos que, muitas vezes, são comuns a essa fase do desenvolvimento humano ou resultam de condições sociais, educacionais e familiares em que essas crianças estão inseridas. Essa medicalização indiscriminada pode suprimir características individuais ou silenciar conflitos, favorecendo uma obediência artificial e desrespeitando os direitos ao desenvolvimento saudável, à saúde e à dignidade.

Por outro lado, no campo da Sociologia, a infância é considerada uma formação histórica, envolvendo uma realidade social caracterizada por condições de exclusão resultantes de um sistema de poder adultocêntrico. A referência aos direitos da criança, no âmbito do paradigma crítico, configura-se como um parâmetro constantemente revisitado e monitorado, tanto em termos teóricos quanto empíricos, para avaliar as condições de avanço da cidadania e do bem-estar infantil. Nesse contexto, um dos pressupostos das Ciências Sociais, que considera as biografias individuais em relação à sociedade, é pertinente para refletirmos sobre como somos afetados pelas circunstâncias da vida e pelas estruturas e valores sociais dominantes.

Ouvir o que as crianças têm a dizer sobre suas vivências, problemas de escolarização, relações com a escola, com os(as) professores(as) e com suas famílias, assim como sobre os sintomas ou características que apresentam, seus limites e suas possibilidades, pode revelar fatores além dos biológicos, os quais também provocam alterações comportamentais. O comportamento, suportado por um corpo físico, reflete as marcas do tempo, as contingências da vida e os sofrimentos que nos afetam. Essa escuta pode estimular uma reflexão sobre as diferentes formas de levar a vida “como a vida pode ser”, expressão cantada por Carlinhos Zodi

(2008), que evoca uma abordagem mais leve e menos rígida das experiências humanas.

A promoção de práticas despatologizantes e desmedicalizantes na educação deve ser acompanhada de um compromisso com os direitos da infância, que considera as especificidades sociais, educacionais e familiares que impactam as experiências das crianças. Assim, é importante considerar a aplicabilidade de marcos legais que buscam incentivar práticas despatologizantes e desmedicalizantes na educação. Esses instrumentos representam avanços importantes, oferecendo diretrizes que podem permitir às escolas acolher a diversidade de alunos(as) sem recorrer à medicalização dos comportamentos. Além desses marcos legais, é relevante mencionar as orientações, como as realizadas pelo CFP e pelo Fórum. Entre esses documentos, destaco:

- A Resolução nº 177/15, do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda, 2015), que “dispõe sobre o direito da criança e do adolescente de não serem submetidos à excessiva medicalização, em especial no que concerne às questões de aprendizagem, comportamento e disciplina”;

- As “Recomendações do Ministério da Saúde para adoção de práticas não medicalizantes e para publicação de protocolos municipais e estaduais de dispensação de metilfenidato para prevenir a excessiva medicalização de crianças e adolescentes”, que apontam para o aumento expressivo no número de diagnósticos psiquiátricos, para os abusos na prescrição do medicamento e recomenda medidas para prevenir a excessiva medicalização de crianças e adolescentes (Brasil, 2024);

- Os protocolos de prescrição e dispensação de MPH, como os implementados pelas Secretarias municipais de saúde de Campinas (2013) e de São Paulo (Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, 2014), alvo de críticas de entidades como a ABDA, a Sociedade Brasileira de Neuropsicologia (SBNp) e a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). Embora essas associações consideram que os protocolos refletem uma visão assistencial inadequada, resultando em uma “obstrução abusiva ao acesso ao tratamento farmacológico pela população de baixa renda” (ABP, 2024), tais documentos não restringem o atendimento das crianças, mas promovem um atendimento mais integrado, com a participação de equipes multidisciplinares e acompanhamento contínuo. O MPH, nesses contextos, é recomendado como último recurso, após a aplicação de outras abordagens e de forma paralela a intervenções psicossociais. Esses protocolos poderiam ser ampliados para outros municípios, ajustados conforme as necessidades locais, mantendo o foco no cuidado multidisciplinar.

- Os “Subsídios para a Campanha Não à medicalização da vida e medicalização da educação”, organizados pelo CFP (2011-2013). O documento critica a crescente tendência de

medicalizar comportamentos e questões sociais, ressaltando como essa abordagem pode reduzir questões complexas de desenvolvimento e aprendizagem a meros diagnósticos médicos. A publicação defende a importância de uma educação integral que priorize o desenvolvimento social, emocional e cultural de crianças e adolescentes, reconhecendo o impacto significativo do contexto familiar e educacional. Além disso, busca mobilizar a família, os(as) professores(as) e a sociedade para questionar essa tendência, promovendo uma discussão sobre alternativas que priorizem o bem-estar infantil.

- As “Recomendações de práticas não medicalizantes para profissionais e serviços de educação e saúde”, do “Grupo de trabalho Educação e Saúde do Fórum sobre medicalização da educação e saúde” (Fórum sobre medicalização da sociedade e da educação, 2015). Essas Recomendações oferecem orientações e alternativas para enfrentar a crescente medicalização da educação, especialmente no que se refere ao diagnóstico e tratamento de transtornos como o TDAH. Entre suas principais diretrizes estão: a atenção ao contexto escolar e familiar, a formação de equipes multidisciplinares e o uso de práticas inclusivas e humanizadas para evitar o uso precoce de medicamentos.



O reconhecimento das crianças como sujeitos de direitos, a formação docente e a centralidade da escola, aliados ao fortalecimento de políticas públicas voltadas às condições de trabalho dos(as) educadores(as), são fundamentais para reverter a tendência de patologização e medicalização que marginaliza a infância. Nesse sentido, a escola deve assumir seu papel de protagonista na formação e desenvolvimento dos(as) alunos(as), promovendo um ambiente educativo inclusivo e acolhedor, que respeite as singularidades dos modos de ser e aprender.

Por outro lado, as representações sociais do TDAH, objeto de investigação desta tese, desempenham um papel essencial na forma como os(as) professores(as), os(as) pedagogos(as) e as famílias percebem e interagem com as crianças diagnosticadas ou consideradas como tendo esse transtorno. Ao ancorá-lo em conceitos médicos, reforça-se a ideia de que o comportamento agitado ou desatento da criança está além de seu controle e do contexto em que vive, influenciando decisões sobre medicação e intervenções pedagógicas e familiares. Como discutido, os processos de ancoragem e objetivação atuam como mecanismos que consolidam essas ideias no coletivo escolar e familiar. Assim, as representações sociais podem tanto

facilitar a assimilação de novos saberes quanto bloquear a incorporação de perspectivas diferentes, dependendo de como são acionadas.

Quando essas representações são permeadas por visões reducionistas ou preconceituosas, há uma tendência a reforçar a patologização, desconsiderando as singularidades e os direitos das crianças. Portanto, é essencial refletir criticamente sobre elas para desconstruir abordagens imediatistas e promover alternativas mais inclusivas, centradas no desenvolvimento integral. Ao sensibilizar educadores(as) e famílias sobre a importância de reconhecer suas próprias percepções, assim como as experiências e os contextos individuais das crianças, é possível fomentar um ambiente mais favorável ao seu desenvolvimento. Dessa forma, a escola deve evitar rotulações e criar possibilidades para a formação de práticas que valorizem a diversidade e o acolhimento. Nesse contexto, é possível considerar as noções de estilos e coletivos de pensamento, que ajudam a entender como certos saberes e formas de conhecimento são construídos, reforçados, transformados e compartilhados dentro de grupos sociais.

Embora seja uma consideração provisória, novas perspectivas serão exploradas, com o objetivo de aprofundar as contribuições da epistemologia fleckiana e da TRS para a compreensão do TDAH, incluindo a escuta das crianças sobre o transtorno e as queixas escolares que surgem a partir de suas dificuldades. Com isso, espero que esta pesquisa contribua para o debate sobre o caráter social do TDAH, ao mesmo tempo que incentive práticas de acolhimento que reconheçam e valorizem a diversidade infantil e as especificidades das Ciências da Educação.

REFERÊNCIAS

ABDA. Disponível em: <http://www.tdah.org.br>. Acesso em: 12 fev. 2024.

ABP. A sociedade contra o preconceito. Carta aberta à população. Disponível em: <http://abpbrasil.org.br/comunicado/CartaTDAH.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2024.

ADAM, P; HERZLICH, C. **Sociologia da Saúde e da medicina**. Bauru: Edusc, 2001.

ALMEIDA, A. M. O.; SANTOS, M. F. S.; TRINDADE, Z. A. Representações e práticas sociais: contribuições teóricas e dificuldades metodológicas. **Temas em Psicologia da SBP**, v. 8, n. 3, 2000. Disponível em: <https://encurtador.com.br/CNsZK>. Acesso em: 18 mai. 2024.

ALMEIDA-FILHO, N. **Medicalização da saúde**. *YouTube*, 08 dez. 2016. 1 vídeo (46 min.). Disponível em: <https://shre.ink/aEjA>. Acesso em: 15 set. de 2021.

ALMEIDA JUNIOR, E. R. B.; MAGALHÃES JÚNIOR, C. A. O.; BATISTA, M. C. Representações sociais de alunos concluintes do Ensino Fundamental sobre as estações do ano. **Caderno Brasileiro de Ensino de Física**, v. 39, n. 2, 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/fisica/article/view/76970/51329>. Acesso em: 12 jul. 2024.

ALVES-MAZZOTTI, A. J. Representações sociais: aspectos teóricos e aplicações à educação. **Em Aberto**, ano 14, n. 61, 1994.

Ancorar. DICIONÁRIO *online* de Língua Portuguesa. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/ancorar/>. Acesso em: 02 abr. 2024.

ANDRADE, L. S. *et al.* Ritalina, uma droga que ameaça a inteligência. **Rev. Med. Saúde**, v. 7, n. 1, 2018. Disponível em: <https://shre.ink/aEoY>. Acesso em: 18 mar. 2022.

ANGELUCCI, C. B. Medicalização das diferenças funcionais: continuísmos nas justificativas de uma educação especial subordinada aos diagnósticos. **Nuances: estudos sobre educação**, v. 25, n. 1, 2014. Disponível em: <https://encurtador.com.br/Fj7Rw>. Acesso em: 25 ago. 2024.

ANVISA. **Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde (BRATS)**, ano VIII, n. 23, 2014. Disponível em: <https://l1nk.dev/we5bz>. Acesso em: 10 mai. 2020.

APA. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais: DSM-IV**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

APA. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais: DSM-V**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ARROYO, M. **Ofício de mestre: imagens e auto-imagens**. Petrópolis: Vozes, 2002.

ASBAHR, F. S. F; NASCIMENTO, C. P. Criança não é manga, não amadurece: conceito de maturação na teoria histórico-cultural. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 33, n. 2, 2013. Disponível em: <https://encurtador.com.br/t4avl>. Acesso em: 05 ago. 2024.

ASPIRINA: comprimidos. Responsável técnica Dirce Eiko Mimura. Socorro, SP: Bayer S.A., 2022. Bula de medicamento.

BARBARINI, T. A. Sob a tutela do biopoder. **Revista Estudos Sociológicos**, v. 19, n. 36, 2014. Disponível em: <https://shre.ink/aEda>. Acesso em: 15 jan. 2023.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BARKLEY, R. **Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH): guia completo para pais, professores e profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

BARROS, D. B. **Os usos e os sentidos do metilfenidato**: experiências entre o tratamento e o aprimoramento da atenção. 2014. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <https://www.bdt.d.uerj.br:8443/handle/1/4724>. Acesso em: 20 fev. 2022.

BECKER, H. De que lado estamos? In: BECKER, H. **Uma teoria da ação coletiva**. Zahar Editores: Rio de Janeiro, 1977. p. 123-136.

BELTRAME, R. L.; GESSER, M.; SOUZA, S. V. **Diálogos sobre medicalização da infância e educação**: uma revisão de literatura. *Psicologia em estudo*, v. 24, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/3JxP7Jzq5JCwpN76rQFwVDp/>. Acesso em: 18 jul. 2022.

BENCZIK, E. B. P.; SCHELINI, P. W.; CASELLA, E. B. Instrumento para avaliação do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade em adolescentes e adultos. **Boletim de psicologia**, São Paulo, v. 59, n. 131, 2009. Disponível em: <https://encurtador.com.br/joSW2>. Acesso em: 19 fev. 2022.

BERTONI, L. M.; GALINKIN, A. L. Teoria e métodos em representações sociais. In: MORORÓ, L. P.; COUTO, M. E. S.; ASSIS, R. A. M. (orgs.). **Notas teórico-metodológicas de pesquisas em educação**: concepções e trajetórias. Ilhéus: Editus, 2017. p. 101-122.

BEZERRA, M. F.; RIBEIRO, M. S. S. Percepções e práticas de professores frente ao TDAH: uma revisão sistemática na literatura. **Revista Intersaberes**, v. 15, n. 38, 2020. Disponível em: <https://encurtador.com.br/HM7Qu>. Acesso em: 20 mar. 2024.

BOARINI, M. L.; YAMAMOTO, O. H. Higienismo e eugenia: discursos que não envelhecem. **Psicologia Revista**, v. 13, n. 1, 2004. Disponível em: <https://encurtador.com.br/EDtGUview>. Acesso em: 12 mar. 2022.

BOTELHO, A; SCHWARCZ, L. M. **Um enigma chamado Brasil**: 29 intérpretes e um país. São Paulo: Companhia das Letras, 2009.

BOURDIEU, P.; CHAMBOREDON, J. C.; PASSERON, J. C. **A profissão de sociólogo**: preliminares epistemológicas. Petrópolis: Vozes, 1999.

BRANT, L. C.; CARVALHO, T. R. F. Metilfenidato: medicamento gadget da contemporaneidade. **Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, n. 42, 2012. Disponível em: <https://shre.ink/aEpN>. Acesso em: 10 fev. 2022.

BRASIL. **Constituição** (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: <https://encurtador.com.br/s1lKI>. Acesso em: 12 mar. 2024.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente. Brasília, DF: Senado Federal, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Disponível em: 15 mar. 2024.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 96, de 17 de dezembro de 2008**. Dispõe sobre a propaganda de medicamentos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 17 dez. 2008. Seção 1, p. X. Disponível em: <https://media.crfes.org.br/orientacao/rdc-96-de-17-de-dezembro-de-2008-79.pdf>. Acesso em 12 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e revoga as Resoluções CNS n. 196/96, 303/2000 e 404/2008. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510 de 07 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Disponível em: <https://l1nk.dev/6idTq>. Acesso em: 15 mai. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Recomendações do Ministério da Saúde para adoção de práticas não medicalizantes e para publicação de protocolos municipais e estaduais de dispensação de metilfenidato para prevenir a excessiva medicalização de crianças e adolescentes**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br>. Acesso em: 12 set. 2024.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 13.935 de 11 de dezembro de 2019**. Dispõe sobre a prestação de serviços de psicologia e de serviço social nas redes públicas de educação básica. Disponível em: <https://encurtador.com.br/EDGVw>. Acesso em: 14 set. 2024.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Geral. **Lei nº 14.254 de 30 de novembro de 2021**. Dispõe sobre o acompanhamento integral para educandos com dislexia ou Transtorno do Deficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) ou outro transtorno de aprendizagem. Disponível em: <https://encurtador.com.br/pa9Xt>. Acesso em: 12 jan. 2023.

BRIVIO, G. Representações Sociais: dimensão estruturada e estruturante dos processos de comunicação. **Revista Espaço Acadêmico**, n. 116, 2011. Disponível em: <https://encurtador.com.br/QEVsx>. Acesso em: 18 jul. 2024.

BROOKE, N. Responsabilização educacional no Brasil. **Revista Iberoamericana de Evaluación Educativa**, v. 1, n. 1, 2008. Disponível em: <https://revistas.uam.es/riee/article/view/4684/5120>. Acesso em: 10 set. 2024.

BROOKS, R; TE RIELE, K.; MAGUIRE, M. **Ética e pesquisa em educação**. Ponta Grossa: Editora UEPG, 2017.

BRZOSOWSKI, F. S. A influência do modelo centrado na doença no uso de medicamentos

para problems de aprendizagem na escola. **Revista Política & Sociedade**, v. 19, n. 46, 2020. Acesso: <https://shre.ink/aEN7>. Acesso em: 29 jan. 2023.

BRZOZOWSKI, F. S.; CAPONI, S. Medicalização dos desvios de comportamento na infância: aspectos positivos e negativos. **Revista de Psicologia, ciência e profissão**, v. 33, n. 01, 2013. Disponível em: <https://shre.ink/aEqE>. Acesso em: 20 mar. 2023.

BUARQUE, C. **Fantasia**. Vida [Álbum]. Polygram/Philips, 1980.

CALIMAN, L. V. A constituição sócio-médica do fato TDAH. **Psicologia & Sociedade**, n. 21, v. 1, 2009. Disponível em: <https://encurtador.com.br/fnrCD>. Acesso em: 12 jun. 2022.

CALIMAN, L. V. Notas sobre a história oficial do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade TDAH. **Revista de Psicologia, ciência e profissão**, v. 30, n. 1, 2010. Disponível em: <https://shre.ink/aEW9>. Acesso em: 19 nov. 2022.

CALIMAN, L. V. Drogas de desempenho: a ritalina e o transtorno do déficit de atenção/hiperatividade (TDAH). In: ALARCON, S.; JORGE, M. A. S. (orgs.). **Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal estar contemporâneo**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p. 223-237.

CALIMAN, L. V. Os bio-diagnósticos na era das cidadanias biológicas. In: COLLARES, C. L. A; MOYSÉS, M. A. A; RIBEIRO, M. F. (orgs.). **Novas capturas, antigos diagnósticos na era dos transtornos**. Campinas: Mercado das Letras, 2013. p. 109-118.

CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. **Projeto de Lei n. 86/2006**. Dispõe sobre o Programa de Apoio ao Aluno Portador de Distúrbios Específicos de Aprendizagem diagnosticado como Dislexia. Disponível em: <https://abrir.link/JJkYO>. Acesso em: 25 mar. 2023.

CAMARGO JUNIOR, K. R. **As ciências da aids & a aids das ciências: o discurso médico e a contrução da aids**. Relume Dumará: Rio de Janeiro, 1994.

CANESQUI, A. M. Os estudos de antropologia da doença/saúde no Brasil na década de 1990. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 1, 2003. Disponível em: <https://shre.ink/aEBI>. Acesso em: 10 mar. 2022.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro, RJ: Forense Universitária, 2009.

CANNON, M.; MCKENZIE, K.; SIMS, A. ADHD is best understood as a cultural construct. **British Journal of Psychiatry**, v. 20, n. 4, 2004. Disponível em: <https://encurtador.com.br/BWwbF>. Acesso em: 21 jan. 2024.

CARDOSO, R. Aventuras de antropólogos em campo ou como escapar das armadilhas do método. In: CARDOSO, R. (org.). **A aventura antropológica: teoria e pesquisa**. Rio de Janeiro: Paz e terra, 1998. p. 95-105.

CARDOSO DE OLIVEIRA, L. R. Pesquisa em *versus* pesquisa com seres humanos. In: VICTORA, C. *et al.* **Antropologia e ética: o debate no Brasil**. Niterói: EdUFF, 2004. p. 137-150.

CÉSAR, C. **Deus me proteja**. Francisco, forro y frevo [Álbum]. EMI Music Brasil, 2017.

CFP. **Subsídios para a Campanha Não à medicalização da vida e medicalização da educação**. 2011-2013. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/Caderno_AF.pdf. Acesso em: 11 nov. 2023.

CFP. **Subsídios para a Campanha Não à medicalização da vida e medicalização da educação**. 2011-2013. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/Caderno_AF.pdf. Acesso em: 11 nov. 2023.

CHAUÍ, M. **Cultura e democracia**: o discurso competente e outras falas. São Paulo: Cortez, 1997.

CLORIDRATO de fluoxetina: cápsulas. Responsável técnico Mauricio R. Marante. Suzano, SP: Sanofi Medley Farmacêutica Ltda., 2016. Bula de medicamento.

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

CONANDA. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. **Resolução n. 177**, de 11 de dezembro de 2015. Disponível em: <https://encurtador.com.br/u25xq>. Acesso em: 14 ago. 2024.

CONCERTA: comprimidos. Responsável técnica Erika Diago Rufino. São Paulo, SP: Janssen-Cilag Farmacêutica LTDA, 2019. Bula de medicamento.

CONRAD, P. The discovery of hyperkinesis: notes on the medicalization of deviant behavior. **Soc. Problems**, v. 23, n. 1, 1975. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11662312/>. Acesso em: 14 abr. 2023.

CONRAD, P.; BARKER, K. K. A construção social da doença: insights-chave e implicações para as políticas de saúde. **Ideias**, v. 3, n. 2, 2011. Disponível em: <https://shre.ink/aE1Y>. Acesso em: 14 abr. 2023.

CRP. **Medicalização da vida escolar**. *YouTube*, 9 fev. 2011. 1 vídeo (11 min.). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=fbUfrZzIYRI>. Acesso em: 12 out. 2023.

COSTA, D. S. *et al.* Avaliação do instrumento SNAP-IV pelos pais no transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: acurácia em uma amostra clínica de TDAH, validade e confiabilidade em uma amostra brasileira. **Jornal de Pediatria**, v. 95, 2019. Disponível em: <https://shre.ink/aE0g>. Acesso em: 18 ago. 2022.

COUTO, T. S.; MELO-JUNIOR, M. R.; GOMES, C. R. A. Aspectos neurobiológicos do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH): uma revisão. **Ciências & Cognição**, v. 15, n. 1, 2010. Disponível em: <https://shre.ink/aECB>. Acesso em: 8 mai. 2023.

CRUZ, M. G. A.; OKAMOTO, M. Y.; FERRAZZA, D. A. O caso Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e a medicalização da educação: uma análise a partir do relato de pais e professores. **Revista Interface: comunicação, saúde, educação**, v. 20, n. 58, 2016. Disponível em: <https://acesse.dev/F1MgS>. Acesso em: 12 fev. 2023.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (orgs.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p. 39-53.

D'ASSUNÇÃO, C. F. A percepção da enfermagem sobre o relacionamento com os cuidadores dos portadores de Esquizofrenia: o olhar de um serviço de referência. **Revista De Enfermagem Do Centro-Oeste Mineiro**, v. 1, n. 6, 2016. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/recom/article/view/709/1011>. Acesso em: 18 jul. 2024.

DA MATTA, R. O ofício de etnólogo, ou como ter *anthropological blues*. **Boletim do Museu Nacional**, Rio de Janeiro, v. 27, 1978.

DECOTELI, K. M.; BOHRER, L. C. T.; BICALHO, P. P. G. A Droga da Obediência: Medicalização, Infância e Biopoder - notas Sobre Clínica e Política, **Psicologia: ciência e profissão**, v. 33, n. 2, 2013. Disponível em: <https://shre.ink/aEgF>. Acesso em: 22 jul. 2022.

DESCLAUX, A. O medicamento, um objeto de futuro na Antropologia da saúde. **Mediações: Revista de Ciências Sociais**, v. 11, n. 2, jul-dez, 2006. p. 113-130.

DIÁRIO PERNAMBUCANO. **Editorial**. Blog Diário Pernambucano. Pernambuco, 01 jun. 2013. Disponível em: <https://diariopernambucano.com.br/>. Acesso em: 08 nov. 2021.

DIÁRIO PERNAMBUCANO. **Ritalina na merenda escolar**. Pernambuco, 12 fev. 2019. Facebook: [diariopernambucano](https://www.facebook.com/DPernambucano/about_details?locale=pt_BR). Disponível em: https://www.facebook.com/DPernambucano/about_details?locale=pt_BR. Acesso em: 08 nov. 2021.

DINIZ, D. Ela, Zefinha: o nome do abandono. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 20, n. 9, 2015. Disponível em: <https://ury1.com/eWSRd>. Acesso em: 12 dez. 2021.

DOMITROVIC, N.; CALIMAN, L. V. As controvérsias sócio-históricas das práticas farmacológicas com o metilfenidato. **Psicologia e Sociedade**, v. 29, 2017. Disponível em: <https://shre.ink/aEp5>. Acesso em: 26 jan. 2022.

DONNANGELO, M. C. F. Medicina na sociedade de classes. In: DONNANGELO, M. C. F.; PEREIRA, L. **Saúde e Sociedade**. São Paulo: Duas cidades, 1976.

DRUMMOND DE ANDRADE, C. O Homem e o Remédio: Qual o problema? **Jornal do Brasil**, 30 jul. 1980. Disponível em: <https://encurtador.com.br/pA0cb>. Acesso em: 20 set. 2022.

DUARTE, L. F. D. A ética em pesquisa nas ciências humanas e o imperialismo bioético no Brasil. **Revista Brasileira de Sociologia**, v. 03, n. 05, 2015. Disponível em: <https://shre.ink/aExY>. Acesso em: 10 de fev. 2023.

DUPANLOUP, A. Le succes médical et social d'une psychopathologie: l'hyperactivité infantile. **Carnets de bord**, 2, 2001. Disponível em: https://www.unige.ch/sciences-societe/socio/carnets-de-bord/pdf/2_12.pdf. Acesso em: 04 fev. 2022.

DUPANLOUP, A. L. **L'Hyperactivité Infantile**: analyse sociologique d'une controverse socio-medicale. 2004. Tese (Doutorado em Sciences Sociales) - Université de Neuchâtel,

Neuchâtel, 2004.

DURKHEIM, É. Da divisão do trabalho social e As formas elementares da vida religiosa. *In*: GIANNOTTI, José Arthur. (org.). **Durkheim**. São Paulo: Abril Cultural, 1978.

DUVEEN, G. Introdução. *In*: MOSCOVICI, S. **Representações sociais**: investigações em psicologia social. Petrópolis: Vozes, 2003. p. 7-28.

EIDT, M. N.; TULESKI, S. C. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e Psicologia Histórico Cultural. **Cadernos de Pesquisa**, v. 40, n. 139, 2010. Disponível em: <https://shre.ink/gyhI>. Acesso em: 12 jun. 2024.

EIDT, N. M., TULESKI, S. C.; FRANCO, A. F. Atenção não nasce pronta: o desenvolvimento da atenção voluntária como alternativa à medicalização. **Revista Nuances: estudos sobre Educação**, v. 25, n. 1, 2014. Disponível em: <https://revista.fct.unesp.br/index.php/Nuances/article/view/2759>. Acesso em: 12 mai. 2014.

EVANS-PRITCHARD, E. E. **Bruxaria, oráculos e magia entre os Azande**. Zorge Zahar Editor: Rio de Janeiro, 2005.

FARR, R. Representações sociais: a teoria e sua história. *In*: GUARESCHI, P; JOVCHELOVITCH, S. (orgs.). **Textos em representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 2011. p. 27-51.

FAVRE-SAAD, J. Ser afetado. **Cadernos de Campo**, São Paulo, n. 13, 2005.

FERRACIOLI, M. U.; TULESKI, S. C. A centralidade do ensino como proposição crítica às concepções naturalizantes de indisciplina escolar e dos déficits de comportamento regrado. *In*: MARSIGLIA, A. C. G. (org.). **Infância e pedagogia histórico-crítica**. Campinas: Autores Associados, 2013. p.35-70.

FERRACIOLI, M. U. Diretrizes histórico-culturais para o estudo da atenção voluntária em contexto escolar. *In*: TULESKI, S. C.; FRANCO, A. F. (orgs.). **O lado sombrio da medicalização da infância**: possibilidades de enfrentamento. Rio de Janeiro: Nau, 2019. p. 413-438.

FERRACIOLI, M. U. Atenção voluntária externa e ensino escolar. **Práxis Educativa**, v. 18, 2023. Disponível em: <https://encurtador.com.br/r9Knl>. Acesso: 21 fev. 2024.

FERRAZZA, D. A.; ROCHA, L. C. A psicopatologização da infância no contemporâneo: um estudo sobre a expansão do diagnóstico de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. **Revista INTERthesis**, v. 8, n. 2, 2011. Disponível em: <https://shre.ink/aENO>. Acesso em: 23 jan. 2023.

FERREIRA, A. J.; SHIMANSKI, E.; BOURGUIGNON, J. A triangulação como recurso metodológico na pesquisa social. *In*: BOURGUIGNON, J. A.; OLIVEIRA JUNIOR, C. R. (orgs.). **Pesquisa em ciências sociais**: interfaces, debates e metodologias. Ponta Grossa, PR: Toda Palavra, 2012.

FERREIRA, A. V.; RIOS, J. R. A. C. Filtro bolha, câmara de eco e a formação de opiniões

extremas. In: XL CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO, 2017, Curitiba. **Anais [...]**: Curitiba: Intercom. Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação, 2017. p. 1-12.

FIRBIDA, F. B. G.; VASCONCELOS, M. S. O desenvolvimento histórico da psicologia escolar crítica no Brasil. **Psicologia em estudo**, v. 23, 2018. Disponível em: <https://encurtador.com.br/H7jKh>. Acesso em: 11 mar. 2024.

FLECK, L. **Gênese e desenvolvimento de um fato científico**: introdução à doutrina do estilo de pensamento e do coletivo de pensamento. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010.

FÓRUM SOBRE MEDICALIZAÇÃO DA SOCIEDADE E DA EDUCAÇÃO. **Recomendações de práticas não medicalizantes para profissionais e serviços de educação e saúde**. Grupo de Trabalho Educação e saúde do Fórum sobre medicalização da educação e saúde, 2015. Disponível em: <https://encurtador.com.br/cWZfo>. Acesso em: 25 jul. 2023.

FÓRUM SOBRE MEDICALIZAÇÃO DA SOCIEDADE E DA EDUCAÇÃO. Carta do IV Seminário Internacional a Educação Medicalizada: desver o mundo, perturbar o sentido. In: OLIVEIRA, E. C.; VIÉGAS, L. S.; MESSEDER NETO, H. S. (orgs.). **Desver o mundo, perturbar o sentido**: caminhos na luta pela desmedicalização da vida. Salvador: Edufba, 2021. p. 346.

FÓRUM SOBRE MEDICALIZAÇÃO DA SOCIEDADE E DA EDUCAÇÃO. Manifesto desmedicalizante e interseccional: existirmos, a que será que se destina?. In: VIÉGAS, L. S.; OLIVEIRA, E. C.; MESSEDER NETO, H. S. (orgs.). **Existirmos, a que será que se destina**: medicalização da vida e forma de resistência. Salvador: Edufba, 2023.

FÓRUM SOBRE MEDICALIZAÇÃO DA SOCIEDADE E DA EDUCAÇÃO. Reflexões sobre a prestação de serviços de psicologia e serviço social nas redes públicas de educação básica: apontamentos desmedicalizantes sobre a Lei nº 13.935/2019. In: VIÉGAS, L. S.; OLIVEIRA, E. C.; MESSEDER NETO, H. S. (orgs.). **Existirmos, a que será que se destina**: medicalização da vida e forma de resistência. Salvador: Edufba, 2023a. p. 256-267.

FRANCES, A. **Allen Frances**. A perigosa indústria das doenças mentais. [Entrevista concedida à] Flávia Milhorange. 17 out. 2014. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/saude/a-perigosa-industria-das-doencas-mentais-14276925>. Acesso em: 12 fev. 2022.

FRANCES, A. **Voltando ao normal**: como o excesso de diagnósticos e a medicalização da vida estão acabando com a nossa sanidade e o que pode ser feito para retomarmos o controle. Rio de Janeiro: Graal, 2016.

FRANCO, A. F.; MENDONÇA, F. W. TULESKI, S. C. Medicalização da infância: avanço ou retrocesso. **Nuances: estudos sobre Educação**, Presidente Prudente, v. 31, n. esp.1, 2020. Disponível em: <https://abrir.link/CtYeG>. Acesso em: 19 fev. 2023.

FREITAS, F.; AMARANTE, P. **Medicalização em Psiquiatria**. Fiocruz: Rio de Janeiro, 2024. FREITAS-SILVA, L. R.; ORTEGA, F. A determinação biológica dos transtornos mentais: uma discussão a partir de teses neurocientíficas recentes. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 8, 2016. Disponível em: <https://goo.su/nCv2B>. Acesso em: 12 set. 2023.

GALDENZI, P.; ORTEGA, F. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. **Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, n. 40, 2012. Disponível em: <https://abrir.link/wihzr>. Acesso em: 15 mai. 2023.

GARBARINO, M. I. Mercado-ciência e infância: a psicanálise no debate sobre medicalização e ato educativo. **Revista Estilos da clínica**, v. 25, n. 1, 2020. Disponível em: <https://shre.ink/aEag>. Acesso: 04 out. 2022.

GEEST, S. V. D.; WHYTE, S. R. O encanto dos medicamentos: entre metáforas e metonímias. **Revista Sociedade e Cultura**, v. 14, n. 2, 2011. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fcs/article/view/17624>. Acesso em: 08 abr. 2024.

GIL, N. L. Reprovação escolar no Brasil: história da configuração de um problema político-educacional. **Revista Brasileira de Educação**, v. 23, 2018. Disponível em: <https://abrir.link/cgEdZ>. Acesso em: 28 abr. 2023.

GOLDEMBERG, M. **A arte de pesquisar**: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais. 8. ed. Rio de Janeiro: Record, 2004.

GOLDMAN, M. Os tambores dos mortos e os tambores dos vivos: etnografia, antropologia e política em Ilhéus, Bahia. **Revista de Antropologia**, São Paulo, v. 46, n. 2, 2003. Disponível em: <https://shre.ink/aE5s>. Acesso em: 20 de fev. 2022.

GOMES, R.; MENDONÇA, E. A.; PONTES, M. L. As representações sociais e a experiência da doença. **Cadernos de saúde pública**, v. 18, n. 5, 2002. Disponível em: <https://shre.ink/aEKY>. Acesso em: 10 abr. 2022.

GONÇALVES FILHO, J. M. G. Medicalização e humilhação social. In: OLIVEIRA, E. C.; VIÉGAS, L. S.; MESSEDER NETO, H. S. (orgs.). **Desver o mundo, perturbar os sentidos**: caminhos na luta pela desmedicalização da vida. Salvador: Edufba, 2021. p. 137-159.

GUARESCHI, P. Representações sociais: alguns comentários oportunos. In: NASCIMENTO-SCHULZE, C. M. (org.). **Novas contribuições para a teorização e pesquisa em representação social**. Florianópolis: **Imprensa Universitária**, 1996. Disponível em: <https://www.anpepp.org.br/acervo/Colets/v01n10a003.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2023.

GUARESCHI, P. Sem dinheiro não há salvação: ancorando o bem e o mal entre os neopentecostais. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. **Textos em representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 2011.

GUARIDO, R. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 33, n. 1, 2007. Disponível em: <https://encurtador.com.br/whTpe>. Acesso em: 12 jun. 2023.

GUARIDO, R. A biologização da vida e algumas implicações do discurso médico sobre a educação. In: CONSELHO Regional de psicologia de São Paulo (org.). **Medicalização de crianças e adolescentes**: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011. p. 27-39.

GUIMARÃES ROSA, J. **Grande Sertão**: Veredas. Rio de Janeiro: Nova Aguilar, 1994.

HERMANN, N. Ética. In: ANPED. **Ética e pesquisa em Educação**: subsídios – volume 1 / Comissão de Ética em Pesquisa da ANPED. Rio de Janeiro: ANPED, 2019. Disponível em: <https://l1nq.com/IWdkd>. Acesso em: 10 de abr. 2022.

HERZLICH, C. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, v. 15, 2005. Disponível em: <https://shre.ink/aEKI>. Acesso em: 10 abr. 2022.

HOFFMANN, H. **João Felpudo**. São Paulo: Melhoramentos, 1945.

HOROCHOVSKI, M. T. Representações sociais: delineamentos de uma categoria analítica. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**, v. 2, n. 1, 2004. Disponível em: <https://shre.ink/aE39>. Acesso em: 12 jun. 2022.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde**: nemêsis da medicina. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

ITABORAHY, C. **A ritalina no Brasil**: uma década de produção, divulgação e consumo. 2009. Dissertação. (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <https://www.bdt.d.uerj.br:8443/handle/1/4121>. Acesso em: 20 fev. 2022.

ITABORAY, C. ORTEGA, F. O metifenidato no Brasil: uma década de publicações. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 3, 2013. Disponível em: <https://shre.ink/aEg9>. Acesso em: 14 jul. 2022.

JACOMINI, M. A. Educar sem reprovar: desafio de uma escola para todos. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 35, n. 3, 2009. Disponível em: <https://abrir.link/ZOylu>. Acesso em: 08 abr. 2024.

JACOMINI, M. A. Avaliação da aprendizagem em tempos de progressão continuada: o que mudou? Um estudo de teses e dissertações sobre o tema (2000-2010). **Ensaio: aval. pol. públ. Educ.**, v. 22, n. 84, 2014. Disponível em: <https://abrir.link/eAOyK>. Acesso em: 08 abr. 2023.

JEOLÁS, L. **Risco e prazer**: os jovens e o imaginário da aids. Londrina: EdUEL, 2007.

JEOLÁS, L.; PAULILO, M. A. S. Representações sociais da homossexualidade entre professores do ensino público: continuidades e rupturas. **Revista Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 7, n. 2, 2008.

JODELET, D. Représentation sociale: phénomènes, concept et théorie. In: MOSCOVICI, S. (org.). **Psychologie sociale**. Publisher: PUF, 1990. p. 357-378.

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, D. (org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001. p. 17-44.

JODELET, D. **Loucuras e representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 2005.

JODELET, D. Imbricações entre representações sociais e intervenção. *In*: MOREIRA, A. S. P.; CAMARGO, B. V. (orgs.). **Contribuições para a teoria e o método de estudos das representações sociais**. João Pessoa: Editora Universitária da UFB, 2007. p. 45-74.

JOVCHELOVITCH, S. Vivendo a vida com os outros: intersubjetividade, espaço público e representações sociais. *In*: GUARESCHI, P; JOVCHELOVITCH, S. (orgs.). **Textos em representações sociais**. Petrópolis, Vozes: 2011. p. 53-72.

KANDEL, E. **Eric Kandel**: Psiquiatria está em crise por falta de provas científicas. Folha de São Paulo, São Paulo, 2 nov. 2011. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/saude/sd0211201101.htm>. Acesso em: 12 jan. 2023.

KESBY, R. **A misteriosa pandemia que deixou milhões de pessoas como estátuas vivas durante décadas**. BBC News Brasil, 17 dez. 2019. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/geral-50810606>. Acesso em: 12 set. 2022.

KIRINUS, G. **Synthomas de poesia na infância**. São Paulo: Editora Paulinas, 2013. (e-book). KUHN, T. Prefácio. *In*: KUHN, T. **A estrutura das revoluções científicas**. São Paulo: Perspectiva, 1998. p. 9-17.

LAMBACH, M.; MARQUES, C. A. Lavoisier e a influência nos estilos de pensamento químico: contribuições ao ensino de química contextualizado sócio-historicamente. **Revista Brasileira de Pesquisa em Educação em Ciências**, v. 14, n. 1, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/rbpec/article/view/4280/2845>. Acesso em: 08 fev. 2023.

LANGE, K. W. *et al.* The history of attention deficit hyperactivity disorder. **ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders**. v. 2, n. 4, 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21258430/>. Acesso em: 20 jan. 2022.

LATOUR, B. **Ciência em ação**: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora. São Paulo: Editora Unesp, 2011.

LEONTIEV, A. O homem e a cultura. *In*: LEONTIEV, A. **O desenvolvimento do psiquismo**. Lisboa: Horizonte, 1978.

LÉVI-STRAUSS, C. **O pensamento selvagem**. Campinas: Papirus, 1962.

LÉVI-STRAUSS, C. A ciência do concreto. *In*: LÉVI-STRAUSS, C. **O pensamento selvagem**. São Paulo: Nacional, 1970.

LÉVI-STRAUSS, C. **O cru e o cozido**. São Paulo: Cosac Naify, 2004 (Mitológicas I).

LIMA, R. C. Somos todos desatentos? O TDA/H e a construção de bioidentidades. Rio de Janeiro: Relume Dumaré, 2005.

LIMA, R. C. **O surgimento das bioidentidades**. Café Filosófico. *YouTube*, 10 ago. 2018. 1 vídeo (46 min.). Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=8J_L0dUmjes. Acesso em: 10 abr. 2023.

LIMA, R. C. Normalidade e patologia nas classificações psiquiátricas: dos transtornos mentais

infantojuvenis à Síndrome da Criança Normal. In: OLIVEIRA, E. C.; VIÉGAS, L. S.; MESSEDER NETO, H. S. (orgs.). **Desver o mundo, perturbar os sentidos**: caminhos na luta pela desmedicalização da vida. Salvador: Edufba, 2021. p. 79-100.

LOBO, E.; BUARQUE, C. **Ciranda da Bailarina**. O grande circo místico [Álbum]. EMI-Odeon, 1983.

LUZ, M. T. Contribuição do conceito de racionalidade médica para o campo da saúde: estudos comparativos de sistemas médicos e práticas terapêuticas. In: LUZ, M. T.; BARROS, N. F. (orgs.). **Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde**: estudos teóricos e empíricos. Rio de Janeiro: CEPESP/IMS-UERJ/ABRASCO, 2012.

LUZ, M. 2014. Introdução geral. In: LUZ, M. **As instituições médicas no Brasil**. Porto Alegre: Rede Unida, 2014. p. 19-28.

LUZ, M. Objetivos, bases e orientações: racionalidade científica e histórica. In: LUZ, M. **Natural, racional, social**: razão médica e racionalidade científica moderna. Rio de Janeiro: Edições Livre, 2019. p. 43-52.

MAGALHÃES JÚNIOR, C. A. O; TOMANIKI, E. A. Representações sociais e direcionamento para a educação ambiental na Reserva Biológica das Perobas, Paraná. **Investigações em ensino de Ciências**, v. 17, n. 1, 2012. Disponível em: <https://ienci.if.ufrgs.br/index.php/ienci/article/view/214>. Acesso em: 12 ago. 2024.

MAGALHÃES JÚNIOR, C. A. O. **Possibilidades de pesquisa em representações sociais no ensino das ciências naturais**. *YouTube*, 25 nov. 2024. 1 vídeo (80 min.). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=BsNGIZL7pmA>. Acesso em: 28 nov. 2024.

MAINARDES, J. A ética na pesquisa em educação: panorama e desafios pós-Resolução CNS nº 510/2016. **Revista Educação**, Porto Alegre, v. 40, n. 2, 2017. Disponível em: <https://abrir.link/VYXli>. Acesso em: 12 de abr. 2021.

MAINARDES, J. Contribuições da Perspectiva Ético-Ontoepistemológica para a Pesquisa do Campo da Política Educacional. **Arquivos analíticos de políticas educativas**, v. 30, n. 146, 2022. Disponível em: <http://epaa.asu.edu/ojs>. Acesso em: 19 jan. 2023.

MAINARDES, J. Ética, integridade e cultura de integridade: reflexões a partir do contexto brasileiro. **Horizontes**, v. 41, n. 1, 2023. Disponível em: <https://abrir.link/rHHEJ>. Acesso em: 10 mar. 2024.

MAINARDES, J.; STREMEL, S. Avaliação da aprendizagem no contexto dos ciclos: reflexões sobre seus elementos essenciais. **Imagens da Educação**, v. 1, n. 3, 2011. Disponível em: <https://encurtador.com.br/6IIVt>. Acesso em: 19 abr. 2023.

MANFRE, A. H. Está me chamando de doente? O discurso medicalizante do TDAH na escola: uma revisão. **Revista Colloquium Humanarum**, v. 15, n. 2, 2018. Disponível em: <https://journal.unoeste.br/index.php/ch/article/view/2168/2214>. Acesso em: 20 jan. 2022.

MANFRE, A. H. Escola, medicalização e educação. **Revista Espaço Acadêmico**, v. 18, n. 211, 2018a. Disponível em: <https://shre.ink/aEJ7>. Acesso em: 19 mar. 2022.

MARCON, G.; SARDAGNA, H.; SCHUSSLER, D. O questionário SNAP-IV como auxiliar psicopedagógico no diagnóstico preliminar do Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). **Constr. Psicopedag.**, São Paulo, v. 24, n. 25, 2016. Disponível em: <https://encurtador.com.br/xsrtR>. Acesso em: 19 set. 2023.

MARINO JUNIOR, R. Neuroética: o cérebro como órgão da ética e da moral. **Revista Bioética**, v. 18, n. 1, 2010. Disponível em: <https://shre.ink/aERO>. Acesso em: 18 fev. 2023.

MARTINHAGO, F. TDAH e Ritalina: neuronarrativas em uma comunidade virtual da Rede Social Facebook. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 10, 2018. Disponível em: <https://encurtador.com.br/ktGZ8>. Acesso em: 15 mar. 2023.

MARTINHAGO, F. TDAH nas redes sociais: caminhos para a medicalização da infância. **Psicología, Conocimiento y Sociedad**, v. 8, n. 2, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/pcs/v8n2/1688-7026-pcs-8-02-68.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2022.

MATTOS, P. **No mundo da lua**: 100 perguntas e respostas sobre o transtorno do déficit de atenção com hiperatividade (TDAH). Belo Horizonte: Autêntica, 2020.

MATTOS, P. *et al.* Apresentação de uma versão em português para uso no Brasil do instrumento MTA-SNAP-IV de avaliação de sintomas de transtorno do déficit de atenção/hiperatividade e sintomas de transtorno desafiador e de oposição. **Revista de psiquiatria**, Porto Alegre, v. 28, n. 3, 2006. Disponível em: <https://abrir.link/bKkJI>. Acesso em: 12 abr. 2023.

MATTOS, P.; ROHDE, L. A.; POLANCZYKY, G. O TDAH é sub tratado no Brasil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 34, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/HstpzTsJC37rSqWfT57SgJ/?lang=pt>. Acesso em: 10 jan. 2022.

MAUSS, M. Algumas formas primitivas de classificação: contribuição para o estudo das representações coletivas. In: MAUSS, M. **Ensaio de sociologia**. São Paulo: Perspectiva, 1981.

MEIRA, M. E. M. Incluir para continuar incluindo: a produção da exclusão na educação brasileira à luz da psicologia histórico-cultural. In: FACCI, M. G. D; MEIRA, M. E. M; TULESKI, S. C. (orgs.). **A exclusão dos incluídos**: uma crítica da Psicologia da Educação à patologização e medicalização dos processos educativos. Maringá: EdUEM, 2011. p. 113-124.

MEIRA, M. E. M. Para uma crítica da medicalização na educação. **Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional**, v. 16, n. 1, 2012. Disponível em: <https://shre.ink/aEJb>. Acesso em: 30 jan. 2022.

MEIRA, M. E. M. Medicalização na e da educação: processos de produção e ações de enfrentamento. In: TULESKI, S. C.; FRANCO, A. F. (orgs.). **O lado sombrio da medicalização da infância**: possibilidades de enfrentamento. Rio de Janeiro: Nau, 2019. p. 225-252.

MEIRELES, C. **O menino azul**. São Paulo, Global, 3ª ed. 2013.

MENIN, M. S. S.; SHIMIZU, A. M.; LIMA, C. M. A teoria das representações sociais nos

estudos sobre representações de professores. **Cadernos de pesquisa**, v. 39, n. 137, 2009. Disponível em: <https://encurtador.com.br/Y0nxT>. Acesso em: 18 jul. 2024.

MPH. CLORIDRATO de metilfenidato: comprimidos. Responsável técnica Ivanete A. Dias Assi. Itapevi, SP: Eurofarma Laboratórios Novartis, 2023. Bula de medicamento.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do cotidiano**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1999.

MINAYO, M. C. S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópoles: Vozes, 2002.

MORAES, R. Análise de conteúdo. **Revista Educação**, Porto Alegre, v. 22, n. 37, 1999. Disponível em: <https://shre.ink/aEH8>. Acesso em: 18 fev. 2022.

MORERA, J. A. C. *et al.* Aspectos teóricos e metodológicos das representações sociais. **Texto Contexto Enferm**, v. 24, n. 4, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/JHgShKjBcxLwfCGrkpjpL5j/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 fev. 2024.

MOSCOVICI, S. On social representation. In: Forgas, J. P. (Ed.). **Social Cognition**. London: European Association of Experimental Social Psychology/Academic Press, 1981. p. 181-209.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais**: investigações em psicologia social. Petrópolis: Vozes, 2003.

MOSCOVICI, S. **A psicanálise, sua imagem e seu público**. Petrópolis: Vozes, 2012.

MOYSÉS, M. A. A. **Maria Aparecida Affonso Moysés**. A ritalina e os riscos de um genocídio do futuro. [Entrevista concedida ao] Portal Unicamp. 05 ago. 2013. Disponível em: <https://www.unicamp.br/unicamp/noticias/2013/08/05/ritalina-e-os-riscos-de-umgenocidio-do-futuro>. Acesso em: 08 de fev. de 2021.

MOYSÉS, M. A. A. **Conferência Medicalização**: a ideologia da opacidade. Fórum sobre medicalização da educação e da sociedade. *YouTube*, 21 mar. 2015. 1 vídeo (46 min.). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=-Ui5xFdPnLk>. Acesso em: 14 fev. 2023.

MOYSÉS, M. A. A. **A institucionalização invisível**: crianças que não-aprendem-na-escola. Campinas: Mercado das Letras, 2017.

MOYSÉS, M. A. A.; COLLARES, C. A. L. A História não Contada dos Distúrbios de Aprendizagem. **Caderno CEDES**. Campinas: Papirus, v. 28, 1992. p. 31-48.

MOYSÉS, M. A. A.; COLLARES, C. A. L. Inteligência Abstraída, Crianças Silenciadas: as avaliações de inteligência. **Psicologia USP**, v. 8, n. 1, 1997. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-65641997000100005>. Acesso em: 21 de ago. 2022.

MOYSÉS, M. A. A.; COLLARES, C. A. L. Dislexia e TDAH: uma análise a partir da ciência médica. In: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO. **Medicalização de crianças e adolescentes**: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças

de indivíduos. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010. p. 71-110.

MOYSÉS, M. A. A; COLLARES, C. A. L. O lado obscuro da dislexia e do TDAH. *In*: FACCI, M. G. D.; MEIRA, M. E. M.; TULESKI, S. C. (orgs.). **A exclusão dos ‘incluídos’**: uma crítica da psicologia da educação e medicalização dos processos educativos. Maringá: EDUEM, 2011. p. 133-196.

MOYSÉS, M. A. A; COLLARES, C. A. L. Medicalização: o obscurantismo reinventado. *In*: COLLARES, C. A. L.; MOYSÉS, M. A. A; RIBEIRO, M. C. F. (orgs.). **Novas capturas, antigos diagnósticos na era dos transtornos**. Campinas: Mercado das Letras, 2013. p. 41-64.

MOYSÉS, M. A. A; COLLARES, C. A. L. Novos modos de vigiar, novos modos de punir: a patologização da vida. **Educação, Sociedade & Culturas**, n. 57, 2020. Disponível em: <https://shre.ink/aEyZ>. Acesso em: 11 dez. 2022.

NASCIMENTO, M. C. *et al.* 2013. A categoria racionalidade médica e uma nova epistemologia em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 12, 2013. Disponível em: <https://shre.ink/aEAZ>. Acesso em: 19 jan. 2023.

OKUMURA, R. Pacientes relatam falta do medicamento Ritalina em farmácias. **CNN Brasil**, 01 fev. 2023. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/pacientes-relatam-falta-do-medicamento-ritalina-em-farmacias/>. Acesso em: 18 jul. 2024.

OLIVEIRA, E. C.; VIÉGAS, L. S.; RIBEIRO, M. I. S. Medicalização na educação infantil. *In*: BARROS, R. C. B.; MASINI, L. (orgs.). **Sociedade e medicalização**. Campinas: Pontes Editores, 2015. p. 159-174.

OLIVEIRA, F; WERBA, G. Representações Sociais. *In*: STREY, M. N. **Psicologia Social Contemporânea**. Petrópolis: Vozes, 2005. p. 104-117.

OLIVEIRA, M. A. A; SANTOS, A. L. F. Accountability educacional: sentidos discursivos em análise. **Est. Aval. Educ.**, v. 32, 2021. Disponível em: <https://encurtador.com.br/4BTDg>. Acesso em: 10 set. 2024.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Constituição da Organização Mundial da Saúde** (OMS/WHO). 1946. Disponível em: <https://encurtador.com.br/coq39>. Acesso em: 12 mar. 2022.

ORTEGA, G.; VIDAL, F. Mapeamento do sujeito cerebral na cultura contemporânea. **Reciis. Revista. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**. Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, 2007. Disponível em: <https://shre.ink/aEEj>. Acesso: 28 jan. 2023.

ORTIZ, A. J.; TRIANI, F.; MAGALHÃES JÚNIOR, C. A. O. **Representações sociais**: uma teoria, muitos caminhos. *In*: MAGALHÃES JÚNIOR, C. A. O; BATISTA, M. C. (orgs.). **Metodologia da pesquisa em educação e ensino de ciências**. Atena: Ponta Grossa, 2023. p. 103-119.

ORWELL, G. **1984**. Companhia das Letras: São Paulo, 2009.

OS SIMPSON. **Brother's Little Helper** (2º episódio, 11ª temporada). Direção: Mark

Kirkland. EUA: 1999-2000. *YouTube*, 1 vídeo (21 min). Son., color. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=SVtZwUEdFgA>. Acesso em: 04 set. 2020.

PASTURA, G.; MATTOS, P. Efeitos colaterais do metilfenidato. **Rev Psiq Clin**, v. 31, n. 2, 2004. p. 100-104. Disponível em: <https://shre.ink/aEoD>. Acesso em: 09 fev. 2022.

PATTO, M. H. S. Prefácio. In: MARCONDES, A.; SOUZA, M. P. R. (orgs.). **Psicologia escolar: em busca de novos rumos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997. p. 6-12.

PATTO, M. H. S. **A produção do fracasso escolar: histórias de submissão e rebeldia**. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2022. Disponível em: <https://encurtador.com.br/glZGn>. Acesso em: 08 de jan. 2023.

PATTO, M. H. S. **Mutações do cativoiro: escritos de psicologia e política**. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2022a. Disponível em: <https://encurtador.com.br/KDY2A>. Acesso em: 18 abr. 2024.

PAULILO, A. L.; GIL, N. L. Fracasso escolar: debates sobre reprovação e evasão na escola brasileira no século XX. In: GIL, N. L.; LIMA, A. L. G (orgs.). **O rendimento da escola brasileira em questão**. São Paulo: EFUSP, 2019. p. 24-45.

PFUETZENREITER, M. R. A epistemologia de Ludwik Fleck como referencial para a pesquisa no ensino na área de saúde. **Ciência & Educação**, v. 8, n. 2, 2002. Disponível em: <https://l1nq.com/cdbbQ>. Acesso em: 10 nov. 2022.

PULIEZI, S. **A história do AO**. *YouTube*, 1 vídeo (2 min). Son., color Disponível em: <https://sandrapuliezi.com/a-historia-do-ao/>. Acesso em: 12 set. 2024.

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

REDE GLOBO DE TELEVISÃO. Programa Fantástico. **Déficit de atenção e hiperatividade: tudo ao mesmo tempo**. Disponível em: <https://encurtador.com.br/sDFK1>. Acesso em: 02 out. 2023.

RESENDE, M. S.; PONTES, S.; CALANZAS, R. O DSM-5 e suas implicações no processo de medicalização da existência. **Psicologia em revista**, v. 21, n. 3, 2015. Disponível em: <https://shre.ink/aEIC>. Acesso em: 28 jul. 2022.

RIBEIRO, S. C. A pedagogia da repetência. **Estudos avançados**, v. 12, n. 5, 1991.

RIBEIRO, M; VIÉGAS, L. A abordagem histórico-cultural na contramão da medicalização: uma crítica ao suposto TDAH. **Germinal: Marxismo e Educação em Debate**, v. 8, n. 1, 2016, 157-166. Disponível em: <https://encurtador.com.br/40fFH>. Acesso em: 28 mar. 2023.

RIBEIRO, M. I. S.; VIÉGAS, L. S.; OLIVEIRA, E. C. O diagnóstico de TDAH na perspectiva de estudantes com queixa escolar. **Revista Práxis Educacional**, v. 15, n. 36, 2019. p. 178-201. Disponível em: <https://abrir.link/SiAui>. Acesso em: 08 abr. 2023.

RISPERIDONA: solução oral. Responsável técnico Carlos Alberto Fonseca de Moraes. Hortolândia, SP: Multilab Indústria e Comércio de Produtos Farmacêuticos Ltda., 2021. Bula de medicamento.

RITALINA: comprimidos. Responsável técnica Flavia Regina Pegorer. São Paulo, SP: Laboratório Novartis, 2023. Bula de medicamento.

RITALINA LA: cápsulas. Responsável técnica Flavia Regina Pegorer. São Paulo, SP: Laboratório Novartis, 2024. Bula de medicamento.

ROCHA, Luís Fernando. Teoria das Representações Sociais: a Ruptura de Paradigmas das Correntes Clássicas das Teorias Psicológicas. **Psicologia, ciência e profissão**, v. 34, n. 1, 2014. Disponível em: <https://shre.ink/aEQU>. Acesso em: 10 abr. 2022.

RODRIGUES, J. C. **O corpo na história**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

RODRIGUEZ, E. . **Disbicicléticos**. Disponível em: <https://www.inclusive.org.br/arquivos/2853>. Acesso em: 11 set. 2021. Acesso 20 mar. 2023.

ROSENTHAL, R; JACOBSON, L. Profecias auto-realizadoras na sala de aula: as expectativas dos professores como determinantes não intencionais da capacidade intelectual dos alunos. In: PATTO, M. H. S. (org.). **Introdução à psicologia escolar**. São Paulo: T. A. Queiroz, 1981. p. 258-295.

RUSSO, J.; VENÂNCIO, A. T. Classificando as pessoas e suas perturbações: a revolução terminológica do DSM-III. **Rev. Latinoam. Psicopat.**, São Paulo, v. IX, n. 3, 2006. Disponível em: <https://encurtador.com.br/7wCFQ>. Acesso em: 12 jan. 2023.

SÁ, C. P. **A construção do objeto de pesquisa em representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.

SÁ, C. P. Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: SPINK, M. J. **O conhecimento no cotidiano**: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 2004.

SACKS, O. **Um antropólogo em Marte**. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

SACKS, O. **Tempo de despertar**. São Paulo: Companhia das Letras, 1997.

SANTOS, B. S. **Um discurso sobre as ciências**. São Paulo: Cortez, 2008.

SANTOS, D. F. M.; TULESKI, S. C. Medicalização no sistema de progressão continuada: incusão ou omissão?. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 32, n. 2, 2020. Disponível em: <https://encurtador.com.br/23z1q>. Acesso em: 12 mai. 2024.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS. **Protocolo de uso de metilfenidato**, 2013. Disponível em: <https://encurtador.com.br/Wmvct>. Acesso em: 12 jun. 2024.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO. **Portaria nº 986**, de 11 de junho

de 2014. Institui o Protocolo de Uso de Metilfenidato, que estabelece o protocolo clínico e a diretriz terapêutica para o emprego deste fármaco no âmbito da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Disponível em: <https://abrir.link/LjMLH>. Acesso em: 14 jun. 2023.

SCILIAR, M. **A paixão transformada**: história da medicina na literatura. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

SIGNOR, R. C. F. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: uma análise histórica e social. **RBLA**, v. 13, n. 4, 2013. Disponível em: <https://abrir.link/emMvE>. Acesso em: 12 mar. 2023.

SIGNOR, R. C. F., BERBERIAN, A. P.; SANTANA, A. P. A medicalização da educação: implicações para a constituição do sujeito/aprendiz. **Revista Educação e Pesquisa**, v. 43, n. 3, 2017. Disponível em: <https://shre.ink/aE9Q>. Acesso em: 04 set. 2022.

SIGNOR, R. C. F.; SANTANA, A. P. A outra face do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. **Revista Distúrbios da comunicação**, v. 27, n. 1, 2015. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/19700/16325>. Acesso em: 18 fev. 2023.

SIGNOR, R. C. F.; SANTANA, A. P. **TDAH e medicalização**: implicações neurolinguísticas e educacionais do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. São Paulo: Plexus, 2016.

SILVA, A. B. B. **Mentes Inquietas**: TDAH: desatenção, hiperatividade e impulsividade. São Paulo: Principium, 2014.

SIMPSON, C. A. *et al.* No habitus do antigo hospital colônia: representações sociais da hanseníase. **RPCFO online**, v. 5, n. 3, 2013. Disponível em: https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/3003/pdf_825. Acesso em: 16 jul. 2024.

SINGHT, I. **Not just naughty**: 50 years of stimulant drug advertising. *Medicating Modern America*, NYU Press, 2007.

SNGPC. Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados. **Boletim de farmacoepidemiologia**. Prescrição e consumo de metilfenidato no Brasil: identificando riscos para o monitoramento e controle sanitário, ano 2, n. 2, 2012. Disponível em: <https://crfms.org.br/upload/boletim-de-farmacoepidemiologia.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2022.

SONTAG, S. **A doença como metáfora**. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

SONTAG, S. **Aids e suas metáforas**. São Paulo: Companhia das Letras, 1988.

SONTAG. **Assim vivemos agora**. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

SORBARA, G. Geração psicoestimulantes: problemas pedagógicos e políticos. **Revista Eletrônica de Política e Gestão Educacional**, v. 12, 2012. Disponível em: <https://periodicos.fclar.unesp.br/rpge/article/view/9324/6176>. Acesso em: 20 jun. 2023.

SORBARA, G. TDAH: um sintoma social. **Temas em Educação e Saúde**, v. 10, 2017. Disponível em: <https://shre.ink/aEoj>. Acesso em: 14 jun. 2022.

SOUZA, M. A. Sobre o conceito de prática pedagógica. In: FERREIRA, A. G. *et al.* (org.).

Práticas pedagógicas e elementos articuladores. Editoração Científica UTP: Curitiba, 2016. p. 38-65.

SPINK, M. J. O conceito de representação social na abordagem psicossocial. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 9, v. 3, 1993. Disponível em: <https://encurtador.com.br/bDHKP>. Acesso em: 10 jun. 2022.

SPINK, M. J. Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das representações sociais. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. **Textos em representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 2011. p. 95-118.

SPINK, M. J. A produção de sentidos na perspectiva da linguagem em ação. In: **Linguagem e produção de sentidos no cotidiano**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2010.

STETSENKO, A. Ético-ontoepistemologia ativista: pesquisa e estudo de resistência. In: ANPEd. **Ética e pesquisa em Educação: subsídios – volume 2 / Comissão de Ética em Pesquisa da ANPEd**. Rio de Janeiro: ANPEd, 2021. Disponível em: <https://ury1.com/LKrJE>. Acesso em: 20 de set. 2022.

STETSENKO, A. Agência radical-transformadora: continuidades e contrastes em relação à agência relacional e implicações para a educação. **Práxis educativa**, v. 18, 2023. Disponível em: <https://abrir.link/nTcLP>. Acesso em: 18 ago. 2023.

SZYMANSKI, M. L. S.; TEIXEIRA, A. Quando a queixa é Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. **Revista Linhas Críticas**, v. 28, 2022. Disponível em: <https://abrir.link/nTcLP>. Acesso em: 10 de ago. 2023.

TAKAHASHI, B. D. **A formação inicial de professores de ciências no estágio supervisionado**: compreendendo a identidade docente a partir da teoria das representações sociais e da epistemologia de Ludwik Fleck. 2018. Tese (Doutorado em Educação para a Ciência e a Matemática) — Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2018.

TOQUINHO *et al.* Aquarela. Casa de brinquedos [Álbum]. RGE, 1983.

TULESKI, S. C. *et al.* Tem remédio para a educação? Considerações da Psicologia Histórico-Cultural. **Revista Práxis Educacional**, v. 15. n. 36, 2019. Disponível em: <https://periodicos2.uesb.br/index.php/praxis/article/view/5863/4383>. Acesso em: 18 fev. 2023.

VECTORE, C. *et al.* Ele foi orçado, mas não planejado!: a infância na contemporaneidade. **Revista CES Psicologia**, v. 11, n. 2, 2016. Disponível em: <https://shre.ink/aEhJ>. Acesso em: 19 jul. 2022.

VEJA. **Os mais vendidos em 2009**. Revista Veja, São Paulo, ano 42, n. 1, 02 jan. 2010. Disponível em: <https://encurtador.com.br/NJupm>. Acesso em: 18 jan. 2024.

VIANNA, E.; STETSENKO, A. Compromisso e posicionamento: ética em pesquisa ativista transformadora. In: ANPEd. **Ética e pesquisa em Educação: subsídios – volume 2 / Comissão de Ética em Pesquisa da ANPEd**. Rio de Janeiro: ANPEd, 2021. Disponível em: <https://ury1.com/LKrJE>. Acesso em: 14 abr. 2022.

VIÉGAS, L. S. Progressão Continuada e patologização da Educação: um debate necessário. **Revista Quadrimestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional**, v. 19, n. 1, 2015. Disponível em: <https://encurtador.com.br/ITBqO>. Acesso em: 23 abr. 2023.

VIÉGAS, L. S. O Fórum sobre medicalização da educação e da sociedade em movimento. In: OLIVEIRA, E. C.; VIÉGAS, L. S.; MESSEDER NETO, H. S. (orgs.). **Desver o mundo, perturbar os sentidos**: caminhos na luta pela desmedicalização da vida. Salvador: Edufba, 2021. p. 259-291.

VIÉGAS, L. S.; OLIVEIRA, A. R. F. TDAH: conceitos vagos, existência duvidosa. **Nuances: estudos sobre Educação**, v. 25, n. 1, 2014. Disponível em: <https://shre.ink/aERs>. Acesso em: 20 set. 2022.

VIGOTSKY, L. **Psicologia pedagógica**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

VIGOTSKI, L. Aprendizagem e desenvolvimento intelectual na idade escolar In: VIGOTSKI, L.; LURIA, A.; LEONTIEV, A. **Linguagem, desenvolvimento e aprendizagem**. Ícone: São Paulo, 2010. p. 103-117.

VIZOTTO, L. P.; FERRAZZA, D. A. Educação medicalizada: estudo sobre o diagnóstico de TDAH em um dispositivo de saúde. **Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 16, n. 3, 2016. Disponível em: <https://shre.ink/aEJU>. Acesso em: 16 out. 2022.

WEBER, Max. **Economia e sociedade**: fundamentos da sociologia compreensiva. Brasília: Editora UnB, 1999. 2 v.

WEBER, M. A psicologia social das religiões mundiais. In: **Ensaaios de sociologia**. Rio de Janeiro, LTC, 2002.

WEBER, M. **A ética protestante e o espírito do capitalismo**. São Paulo: Pioneira, 2003.

ZODI, C. **Leve a vida**. Mundo mais bonito [Álbum]. Tropicália discos, 2008.

ZORZANELLI, R. T.; CRUZ, M. G. A. O conceito de medicalização em Michel Foucault na década de 1970. **Interface**, v. 22, n. 66, 2018. Disponível em: <https://shre.ink/aEzV>. Acesso em: 18 jun. 2022.

ZORZANELLI, R. T.; ORTEGA, F.; BEZERRA JÚNIOR, B. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 6, 2014. Disponível em: <https://shre.ink/aEz2>. Acesso em: 18 jun. 2022.