

# O DIAGNÓSTICO DE TDAH E SEUS EFEITOS DE SUBJETIVAÇÃO: UMA ANÁLISE DAS TRAJETÓRIAS ESCOLARES DE JOVENS UNIVERSITÁRIOS

**Heliane de Lima**

*Universidade do Sul de Santa Catarina*

**Daniel Kerry dos Santos**

*Pesquisador independente*

Recebido em: 03/03/2020

1ª revisão em: 17/08/2020

Aceito em: 04/03/2021

## RESUMO

Esta pesquisa teve por objetivo analisar as trajetórias escolares de jovens universitários diagnosticados com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e os efeitos de subjetivação decorrentes da experiência e apropriação desse diagnóstico. Foram entrevistados três estudantes matriculados em uma universidade da Grande Florianópolis (SC). A análise das narrativas foi realizada a partir da perspectiva teórico-metodológica da “análise de práticas discursivas”, tal como proposta por Spink e Medrado (2013). Destacaram-se os efeitos de subjetivação dos processos de patologização e medicalização, com ênfase nas trajetórias escolares. Considerou-se que os sentidos das experiências do diagnóstico de TDAH são construídos, sobretudo, a partir de referentes discursivos típicos das racionalidades médico-psiquiátricas, que operam como um significativo regime de saber-poder subjetivante. Observou-se, também, que a medicalização da educação e da vida é um processo recorrente para adaptar os sujeitos em suas trajetórias escolares.

**Palavras-chave:** TDAH; medicalização; patologização; subjetividade; psicologia educacional.

# THE DIAGNOSIS OF ADHD AND ITS SUBJECTIVATION EFFECTS: AN ANALYSIS OF THE EDUCATIONAL TRAJECTORIES OF YOUNG UNIVERSITY STUDENTS

## ABSTRACT

The goal of this study was to analyze educational trajectories of university students diagnosed with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and the subjectivation effects arising from the experience and appropriation of this diagnosis. Three students enrolled at a university in Greater Florianópolis (SC) were interviewed. The analyses of the narratives were carried out from the theoretical-methodological perspective of the “discursive practices analyses”, as it has been proposed by Spink and Medrado (2013). The subjectification effects of pathologization and medicalization processes were highlighted, with emphasis on educational trajectories. It was considered that the meanings of the experiences of the diagnosis of ADHD are constructed, mainly, from typical psychiatric discursive referents, which operate as a significant power-knowledge subjectivation regime. It was also observed that the medicalization of life and education is a recurrent process to adapt the subjects in their educational trajectories.

**Keywords:** ADHD; medicalization; pathologization; subjectivity; educational psychology.

# EL DIAGNÓSTICO DEL TDAH Y SUS EFECTOS DE SUBJETIVACIÓN: UN ANÁLISIS DE TRAYECTORIAS ESCOLARES DE JÓVENES UNIVERSITARIOS

## RESUMEN

Esta investigación tuvo como objetivo analizar las trayectorias escolares de jóvenes universitarios diagnosticados con trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y los efectos de la subjetivación, resultantes de la experiencia y de la apropiación de este diagnóstico. Se entrevistó a tres estudiantes matriculados en una universidad en Florianópolis (SC). El análisis de las narrativas se realizó desde la perspectiva teórico-metodológica del "análisis de las prácticas discursivas", según proponen Spink y Medrado (2013). Se destacaron los efectos de subjetivación de los procesos de patologización y medicalización, con énfasis en las trayectorias escolares. Se constató que los sentidos de las experiencias del diagnóstico de TDAH se construyen, sobre todo, a partir de referentes discursivos típicos de las racionalidades médico-psiquiátricas, que operan como un significativo régimen de saber-poder subjetivante. También se observó que la medicalización de la educación y la vida es un proceso recurrente para adaptar a los sujetos en sus trayectorias escolares.

**Palabras clave:** TDAH; medicalización; patologización; subjetividad; psicología educacional.

## INTRODUÇÃO

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é, segundo Luengo (2010), um dos transtornos que apresenta a maior frequência de encaminhamentos de crianças a centros especializados de neurologia pediátrica. Por ser considerado por algumas correntes da psiquiatria e da neurologia um transtorno mental crônico e evolutivo, a tentativa de delimitação de um quadro sintomatológico que responda aos critérios nosográficos médicos tem levado a diagnósticos em crianças cada vez mais novas. Como consequência desse processo, ampliou-se a incidência da medicalização da infância. Ainda de acordo com a autora, é frequente, no âmbito da educação, a referência ao TDAH como uma forma de explicação causal que, muitas vezes, é usada para justificar, de modo reducionista, fenômenos como a repetência, o “fracasso escolar” e a indisciplina. As crianças que apresentam comportamentos indesejados e/ou que não correspondem às expectativas esperadas para certos modelos tradicionais de educação são vistas como sujeitos patológicos e desviantes de padrões normativos. Em muitos casos, a patologização e a medicalização que incidem sobre essas crianças podem levar a consequências em várias dimensões de suas trajetórias escolares. A seguir, apresentamos algumas ponderações teóricas acerca dos efeitos dos diagnósticos e da medicalização frente ao TDAH.

## AS IMPLICAÇÕES DO DIAGNÓSTICO DE TDAH NO ÂMBITO ESCOLAR

Em seu livro *“Voltando ao normal”*, o psiquiatra Peter Frances, membro da equipe que liderou a quarta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV), faz uma crítica aos excessos da psiquiatria e a sua relação com a medicalização. Frances (2017) relata que, durante a elaboração do DSM-IV, houve tentativas de buscar moderações para evitar que o manual pudesse dar margem para arbitrariedades e criatividades diagnósticas. Para o autor, os envolvidos neste processo deveriam excluir tudo o que não fosse respaldado pela ciência médica, de modo a evitar riscos de falsos diagnósticos. Porém, não havia estudos suficientes que pudessem comprovar e embasar diversos transtornos mentais. As patologias que não tivessem sua etiologia comprovada e/ou que fossem descritas a partir de modelos teóricos inconsistentes ou duvidosos deveriam ficar fora do manual, algo que não ocorreu. Para Frances (2017, pos. 72 Kindle), essa falha na elaboração do DSM-IV acarretou algumas consequências graves na prática clínica e diagnóstica psiquiátrica, produzindo “falsas epidemias” de transtornos mentais em crianças, como o autismo, o TDAH e o transtorno bipolar.

Consonante a essa crítica, Whitaker (2016) afirma que a psiquiatria afrouxou as fronteiras diagnósticas, fazendo com que o número de casos de TDAH aumentassem de maneira significativa. Esse crescimento exorbitante de diagnósticos produziu, na mesma proporção, um aumento de medicações destinadas a tratar o suposto transtorno. Segundo Frances (2017, pos. 2876 Kindle), três anos após o lançamento do DSM-IV, a indústria farmacêutica aumentou

vertiginosamente a produção e a venda de remédios para tratamento dessa nova psicopatologia. O autor aponta que o DSM-IV “[...] teve uma participação especial na marcha contínua da inflação diagnóstica. A engrenagem principal foi o marketing dos fabricantes de remédios” (Frances, 2017, pos. 2876 Kindle).

De acordo com a Nota Técnica do Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade (2015), o aumento da fabricação do metilfenidato (princípio ativo do medicamento para tratamento do TDAH) passou de 578 kg, em 2012, para 1.820 kg, em 2013 – um aumento de mais de 300%. Conforme a *International Narcotics Control Board* (INCB, 2016), esse aumento pode estar associado, dentre outros fatores citados, ao aumento do número de pacientes diagnosticados; ao aumento do uso de psicofármacos em adultos; ao erro no diagnóstico de TDAH e à prescrição indevida dos medicamentos; à ampliação da faixa etária e à falta de diretrizes médicas adequadas relativas à prescrição de metilfenidato. Destacamos que, ainda que esse medicamento seja o mais prescrito para casos de TDAH, consta-se na bula da Ritalina (metilfenidato) o seguinte aviso: *“Considerações especiais sobre o diagnóstico de TDAH em crianças: a etiologia específica dessa síndrome é desconhecida e não há teste diagnóstico específico”*.

Com a publicação da quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) da Associação Psiquiátrica Americana (APA, 2014), em maio de 2013, não houve grandes alterações em relação aos critérios diagnósticos do TDAH. Conforme Mattos (2013), a lista de 18 sintomas – sendo 9 de desatenção, 6 de hiperatividade e 3 de impulsividade (estes dois últimos computados conjuntamente) – permaneceram os mesmos da edição anterior. Algumas novidades foram: a mudança em relação à possibilidade de se classificar o TDAH em leve, moderado e grave, de acordo com o grau de comprometimento que os sintomas causam na vida do indivíduo; e a idade de início dos sintomas, que também se modificou.

Em relação ao DSM-V, consideramos relevante enfatizar que esta versão traz em seu conteúdo geral “[...] um discurso higienista em que postula que todos os distúrbios e todos os transtornos deverão ser diagnosticados precocemente nos primeiros anos de vida” (Barbosa, 2019, p. 9). Para a autora, isso direciona a atenção médica para a vigilância das alterações dos comportamentos infantis, na mais tenra idade, para que assim os transtornos sejam detectados cada vez mais precocemente. Nesse contexto de intensificação de medicalização da vida e das infâncias, as crianças passaram a ser o foco de diagnósticos de transtornos mentais. Para Brzozowski e Caponi (2009), muitas escolas desempenham um papel fundamental de legitimação desse processo, tanto para o encaminhamento dos casos como para o reconhecimento e a validação dos problemas identificados por aquelas instituições. De acordo com essas autoras (2009, p. 1180), “[...] é a partir das instituições que as crianças recebem uma classificação e também é a partir delas que a classificação é legitimada”.

O diagnóstico de TDAH se prolifera no âmbito escolar a partir desses dispositivos classificatórios de vigilância e de controle sobre os corpos infantis. De acordo com Luengo (2010, p. 19), “[...] crianças que apresentassem comportamentos que não correspondessem ao esperado ou desejado pelos/as professores/as eram vistas como portadoras de tal transtorno”. Segundo a autora, muitos pais ou responsáveis passam a ser influenciados por queixas dos professores/as e se sentem no dever de buscar ajuda médica e/ou psicológica para resolver tais “problemas de comportamentos”. Como consequência dessa dinâmica, a medicação surge como principal meio de solucionar estes “desajustes” identificados nas crianças.

Segundo Brzozowski e Caponi (2009), quando a pedagogia valida os discursos médico-psicológicos, ela acaba por desresponsabilizar a escola. Dessa forma, é relativamente comum que alguns/mas professores/as e coordenadores/as façam diagnósticos por meio da observação de determinados comportamentos das crianças e as encaminhem para avaliação psiquiátrica/psicológica. De acordo com Barbosa (2019, p. 10):

Podemos considerar a escola como mais um actante importante para a manutenção da aliança firmada entre psiquiatria e a indústria farmacêutica. Como mediadora entre estas e as famílias, a escola ocupou um lugar de destaque ao ser responsável pelo papel de triagem que lhe confere o mercado do adoecer psíquico e de encaminhamento aos serviços públicos de saúde toda e qualquer criança cujo comportamento não estivesse dentro dos padrões estipulados para o adequado aprendizado.

Luengo (2010) aponta que, nesse contexto, muitas escolas passaram a atuar como instituições de vigilância e a funcionar como aparatos de normalização para administrar os comportamentos desviantes. Para a autora, a disciplina, no âmbito escolar, era o principal instrumento de poder para controlar os comportamentos. Dessa forma, algumas escolas com propostas pedagógicas mais tradicionais tornaram-se instituições intrinsecamente disciplinadoras, corretivas e adaptacionistas.

As tecnologias disciplinares, segundo a perspectiva foucaultiana, estigmatizam, controlam, normalizam e regulam o que não é aceitável. Tais mecanismos de controle têm como objetivo disciplinar os corpos, tornando-os dóceis, úteis e produtivos. De acordo com Foucault (2008, p.132-133), “[...] é dócil um corpo que pode ser submetido, que pode ser utilizado, que pode ser transformado e aperfeiçoado [...]. A disciplina fabrica, assim, corpos submissos e exercitados, corpos dóceis”. Frente ao ímpeto biopolítico de patologização da vida, a medicalização no âmbito escolar se presentifica como uma estratégia angular de controle e adaptação dos sujeitos dissidentes.

## **TDAH E O PROCESSO DE MEDICALIZAÇÃO NO ÂMBITO ESCOLAR**

O conceito de medicalização foi proposto inicialmente por Zola (1972, p. 487). Para o autor, a medicina se tornou uma instituição de controle social e incorporou aspectos de outras instituições mais tradicionais, como as religiosas e as judiciais. Nesse contexto, no qual os médicos se autorizam a diagnosticar e a ofertar tratamento, Carvalho, Rodrigues, Costa e Andrade (2015, p. 1254) consideram que as singularidades são diretamente afetadas: “[...] a medicalização interfere e interdita a ação independente e racional dos seres humanos sobre a sua própria produção de saúde”.

Zorzanelli e Cruz (2018) destacam a crítica foucaultiana de que, na Modernidade, a medicina passou a exercer a função de uma instituição mantenedora de um regime de verdade. Nesse contexto, os saberes biomédicos se transformaram em técnicas de poder sobre os corpos. Ao analisar o desenvolvimento da medicina nas sociedades capitalistas, Foucault enfatiza como o corpo, nesse novo regime, torna-se alvo de investimento de uma série de tecnologias que visavam a sua normalização. De acordo com o autor, “foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade biopolítica. A medicina é uma estratégia biopolítica” (Foucault, 1979, p. 47). Na mesma perspectiva teórica, Giusti (2016) afirma que esse (bio)poder exercido sobre os corpos adentra ao campo da infância e da escola. Segundo a autora, pode-se ver agentes educacionais e profissionais da saúde demandando por diagnósticos médicos que nomeiem problemas comportamentais e de aprendizagem apresentados pelas crianças. Nesse contexto, os sujeitos são submetidos a uma refinada trama de saber e de poder que se constitui em torno da medicalização, controlando, administrando e normalizando os comportamentos, as condutas e as subjetividades.

Consideramos que a medicalização da vida se constituiu como uma estratégia bem-sucedida dos processos de normalização empreendidos no contexto das sociedades disciplinares. Portocarrero (2004, p. 176), ao analisar o conceito de normalização em Foucault e em Canguilhem, destaca que “[...] a principal característica das técnicas de normalização consiste no fato de integrarem no corpo social a criação, a classificação e o controle sistemático das anormalidades”. Segundo a autora, a norma incide sobre os sujeitos de modo a controlar a vida a partir de uma instância reguladora externa ao próprio indivíduo. Trata-se de uma estratégia de poder sutil e refinada, que opera sem a necessidade da imposição da lei, mas por técnicas que nos fazem crer que o desejo da norma é intrínseco a nós mesmos. Daí o perigo das normas: elas funcionam como “estratégias sem estrategistas”, conforme pontua Portocarrero (2004) ao se referir ao pensamento de Foucault. A normalização, nesse sentido, constitui-se como um recurso crucial de controle nas sociedades Modernas, uma vez que a norma passa a ser reproduzida, desejada e mantida pelos próprios sujeitos.

Barbosa (2019) afirma que a medicalização interrompe uma cadeia de afetações e de relações sociais na qual a criança está inserida. Se essa cadeia é interrompida com a medicalização, apassivam-se esses corpos e as crianças são silenciadas. Para



a autora, esse é o significado de medicalização: “[...] é o ato de transformar os corpos que teimam em se desviar e forçá-los para o lugar de conformidade e aceitação” (Barbosa, 2019, p. 400). Para Luengo (2010), a medicalização da infância é uma consequência da higienização – onde educação e saúde uniram-se com objetivo de implantar um programa de normalização e moralização para manter a ordem social. Segundo autora, desde então, a educação passou a ser alvo do poder médico.

Nesse quadro histórico e político, Giusti (2016) afirma que os comportamentos antes vistos como próprios da infância adentram a esfera da patologia e abrem possibilidades para que os problemas que se manifestam no contexto escolar sejam analisados em termos médicos. É nessa direção que os diagnósticos de TDAH tiveram um crescimento exorbitante, pois, no âmbito escolar, o TDAH é visto como um transtorno de indivíduos indisciplinados e “fora do normal”. De acordo com Luengo (2010, p. 64), “[...] o ato de patologizar atinge o indivíduo que se manifesta fora dos padrões considerados normais”.

Collares e Moysés (2013), por sua vez, sustentam que a normalização da vida e o controle e a medicalização das infâncias tem por princípio transformar problemas que escapam às normas societárias em distúrbios, doenças ou problemas individuais. Para as autoras, profissionais que assumiram papéis de vigilantes da ordem e ancoraram-se em instrumentos padronizados de avaliação legitimaram e reproduziram esse processo de normalização. Nessa perspectiva, os profissionais da área da educação, da saúde e da psicologia que se vinculam a essas racionalidades buscaram cada vez mais enfatizar “especialismos” que refinam redes de controle e de normalização e que atendem aos imperativos de ajustamento social e de captura das multiplicidades em enquadramentos psicopatológicos (Collares e Moysés, 2013; Portocarrero, 2004).

Vale ressaltar que algumas abordagens da psicologia tiveram um papel atuante e legitimador nesse processo de normalização, psicologização e medicalização da vida. Para Abreu (2007), na “caçada aos anormais”, ou seja, na busca em distinguir os anormais completos (ineducáveis) e os incompletos (educáveis) das demais crianças, fizeram-se associações entre critérios médicos e pedagógicos e utilizaram-se, indiscriminadamente, testes psicológicos para avaliações. Para Giusti (2016, p. 170), “[...] a psicologia e psiquiatria deram à educação escolar um olhar terapêutico sobre o indivíduo, no sentido de normalizar e transformar a vida”.

Ferreira e Gutman (2008) reafirmam que algumas correntes da psicologia, demandadas pela psiquiatria, empenharam-se em construir, por meio de testes e instrumentos psicológicos, técnicas de classificação dos (des)ajustamentos dos sujeitos no meio social. Para os autores, muitos psicólogos agiam como “engenheiros sociais da utilidade”. Fundamentando essa crítica à psicologia, Maria Helena Souza Patto (1999, p. 64) afirma:

Foram muitos psicólogos que, nesta época, empenharam suas vidas na pesquisa de instrumentos que pudessem verificar se, por



trás do rendimento bruto, um indivíduo era intelectualmente mais apto que o outro. Isto é, muitos foram os que se dedicaram com afinco a tentativas de medir, com objetividade e precisão, as verdadeiras aptidões das pessoas, independentemente das influências ambientais, entre elas as de natureza socioeconômica.

Os processos reforçadores de uma sociedade normalizadora, que buscavam enquadrar os sujeitos em comportamentos sociais aceitáveis, refletem-se de forma significativa na atualidade. Cabe enfatizar que a atuação de algumas linhas teóricas da psicologia contribuía – e ainda contribui – para esse quadro. Salientamos, no entanto, que, contrariamente a esses discursos, muitas áreas da psicologia se posicionam de forma crítica em relação à medicalização da vida e da educação. Destacamos, por exemplo, algumas ações do Conselho Federal de Psicologia (CFP), autarquia que vem se posicionando frente a essa questão a partir de campanhas, como a Campanha Nacional “Não à medicalização da Vida” (CFP, 2012)

Nesse contexto, consideramos que a medicalização é um fenômeno histórico e social complexo e, dessa forma, não deve ser restringida a sentidos únicos e universais. Segundo Carvalho et al. (2015, p. 1262), a medicalização “[...] é um efeito de distintos processos e arranjos históricos sociais, no qual a medicina, em suas facetas variáveis, mas não apenas ela, tem um importante papel na conformação do fenômeno”. De acordo com Abreu (2007), é importante pensar a medicalização não somente como um processo de intervenção sobre os corpos, mas também como uma rede de discursos que acaba por produzir determinadas formas de viver, pensar e se comportar: “[...] medicalização passa a significar, portanto, um modo de subjetivação que aciona os processos de constituição de uma subjetividade como resultante das forças que constroem e conformam modos de existir” (Abreu, 2007, p. 1).

## OS EFEITOS DE SUBJETIVAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE TDAH

Consideramos que os diagnósticos produzidos sob uma ótica medicalizadora acabam, muitas vezes, tornando-se determinantes na vida dos sujeitos. Para Frances (2017), os estigmas embutidos no rótulo de doença ou transtorno mental podem atravessar muitas dimensões existenciais dos sujeitos permeados por interpelações diagnósticas. A marcação do estigma de um “sujeito com transtorno mental” pode ocorrer desde um modo sutil, como em comentários “despretensiosos”, até de maneiras mais danosas de violências simbólicas, que podem acarretar grandes prejuízos no dia a dia. De acordo com Frances, “rótulos também podem criar profecias autorrealizáveis. Ao ouvir que está doente, a pessoa se sente e age como tal, e os outros a tratam assim” (Frances, 2017, pos. 46 Kindle).

Em relação à imposição de rótulos diagnósticos às crianças, Brzozowski e Caponi (2009, p. 1166) afirmam:

[...] Rótulo diagnóstico dá a impressão de que as crianças que os possuem são similares e minimiza suas diferenças. [...] Ser

classificado, ganhar um nome, é muito comum. Quando este nome, porém, está relacionado a um discurso oficial, como o discurso científico, geralmente reconhecido pela sociedade como uma verdade, ele interage com o classificado de forma mais profunda, duradoura. Isso porque existe uma estrutura subjacente a essa classificação, que engloba a própria classificação, os indivíduos classificados, as instituições, o conhecimento e os especialistas [...].

Dunker (2015) considera que, ao serem classificados e rotulados, os sujeitos começam a fazer parte de um grupo com um conjunto estabelecido de normas. Com esses mecanismos, passam a seguir certos padrões em relação ao fazer, ao saber e ao que é permitido esperar desse diagnóstico. Para o autor, os diagnósticos classificatórios podem definir também os que merecem tratamento e atenção e os que devem ser reprimidos e excluídos.

As nomeações por meio de diagnósticos podem representar também uma forma de “libertação” para os envolvidos. Em um estudo feito por Brzowski e Caponi (2009), que tinha por objetivo analisar a visão de pais e professores sobre o diagnóstico de TDAH e seu efeito sobre as crianças, as autoras puderam concluir que, para muitos pais e professores, o diagnóstico foi significado como um alívio, pois os envolvidos passaram a entender os porquês das atitudes das crianças. Essas nomeações classificatórias podem gerar grandes mudanças na vida dos sujeitos. Ao saber do diagnóstico, as atitudes das famílias e dos professores em relação aos diagnosticados se modificam e, como consequência, os comportamentos das crianças e as percepções de si mesmas também podem, potencialmente, ser transformados.

Diante dessas interpelações, Brzowski e Caponi (2009) concluem que, ao receber a nomeação de TDAH, produzem-se efeitos dúbios, ambíguos e complexos. Por um lado, o diagnóstico ajuda a resolver os problemas imediatos das crianças nas escolas, bem como os problemas das escolas em relação às diferenças das crianças. Por outro lado, as consequências de diagnosticar uma criança muito cedo podem gerar respostas na própria criança, que, conforme sugerem as autoras, são capazes de provocar a atualização subjetiva dos sintomas do suposto transtorno. Brzowski e Caponi (2009) enfatizam que esse fator pode trazer grandes prejuízos na vida adulta, como se ver como incapaz de realizar atividades cotidianas.

Vale ressaltar que o diagnóstico de TDAH também acarreta efeitos decorrentes do uso das medicações, frequentemente utilizadas na maioria dos casos. Podemos afirmar que os efeitos físicos, afetivos e psiquiátricos causados pelos medicamentos têm relação direta com os efeitos de subjetivação, uma vez que passam a orientar a forma como os sujeitos se veem, se percebem e se reconhecem. Segundo Whitaker (2017), os efeitos físicos causados pelo metilfenidato são os mais diversos e vão desde dores de cabeça, doenças hepáticas, insônia, inibição do crescimento, hipertensão, até a casos extremos que levam à morte súbita por problemas cardíacos. Em relação às dificuldades afetivas,

a medicação pode levar à depressão, ao embotamento geral, assim como oscilações de humor, ansiedade, acessos de choro, sentimentos de hostilidade em relação ao mundo, entre outros. Quanto aos problemas psiquiátricos, os sintomas podem ser desde manias, paranoias, até surtos psicóticos e alucinações. De acordo com Whitaker (2017, p. 237), “[...] os medicamentos apequenam de muitas maneiras a vida da criança, e podem transformá-la num adulto com uma capacidade fisiológica reduzida de sentir prazer”.

Considerando a breve contextualização desse campo de problemas – a saber, a produção de diagnósticos de TDAH e a medicalização da vida no âmbito escolar – desenvolvemos uma pesquisa que se propôs a analisar os efeitos de subjetivação do diagnóstico de TDAH, a partir de uma ênfase nas trajetórias escolares de três jovens universitários matriculados em uma universidade localizada na Grande Florianópolis (SC). A pesquisa teve como objetivo geral analisar os efeitos que o diagnóstico de TDAH produziu na construção das subjetividades de jovens universitários. Os objetivos específicos foram: analisar as narrativas sobre as trajetórias de escolarização dos sujeitos diagnosticados com TDAH, antes e após o ingresso na universidade; analisar como o diagnóstico de TDAH foi sendo construído e incorporado às narrativas de si ao longo da vida do sujeito; e analisar como o sujeito foi se autorreferenciando ao longo da vida frente ao diagnóstico de TDAH.

## MÉTODO

### PARTICIPANTES

Os participantes da pesquisa foram três jovens universitários (duas mulheres cisgêneras e um homem cisgênero), na faixa etária de 20 a 23 anos, matriculados em cursos de graduação de uma universidade privada da região da Grande Florianópolis (SC). Quando a pesquisa foi realizada, os jovens entrevistados participavam, na universidade, de um programa de acessibilidade destinado a inclusão de estudantes com deficiência matriculados na instituição. Para que haja uma melhor visualização da caracterização dos entrevistados, apresentamos, na Tabela 1, os seguintes dados de cada participante: nome; idade em que receberam os diagnósticos; medicações indicadas para tratamento do TDAH; trajetória escolar e fase atual do curso de graduação. Destacamos que, objetivando garantir o sigilo, os nomes usados nesse artigo são fictícios.

**Tabela 1**  
**Caracterização dos participantes da pesquisa**

Nome	Idade atual	Idade do diagnóstico de TDAH	Medicação indicada para tratamento de TDAH	Trajетória escolar até a universidade	Fase atual do curso de graduação
------	-------------	------------------------------	--	---------------------------------------	----------------------------------

Marina	20 anos	10 anos	Ritalina (metilfenidato) Stilnox (hemitartarato de zolpidem) [para insônia]	Escola privada (método tradicional de ensino)	2 <sup>a</sup> e 4 <sup>a</sup> fase
Joana	21 anos	19 anos	Concerta (metilfenidato) Serenata (cloridrato de sertralina) [para ansiedade]	Escola privada (método tradicional de ensino)	7 <sup>a</sup> e 8 <sup>a</sup> fase
Felipe	23 anos	20 anos	Ritalina (metilfenidato) Serenata (cloridrato de sertralina) [para ansiedade]	Escola privada (método tradicional de ensino)	10 <sup>a</sup> fase

## PROCEDIMENTOS DE ESCUTA DAS NARRATIVAS

Para contatar os participantes, inicialmente estabelecemos uma aproximação com o responsável pelo programa de acessibilidade da universidade, a fim de explicar os objetivos da pesquisa e solicitar uma mediação entre os/as estudantes e o/a pesquisador/a. Através desse contato, nos foi fornecido e-mails de oito pessoas com diagnóstico de TDAH que estavam inscritas no programa. Após o contato por e-mail com esses estudantes, apenas três demonstraram interesse em participar do estudo. Considerando que se tratava de uma pesquisa qualitativa, avaliamos viável a condução da investigação com esse número de participantes. Entrevistas foram agendadas com os participantes em horários que eles tinham disponibilidade e em locais na própria universidade que garantissem os princípios éticos da pesquisa.

Por se tratar de uma pesquisa que envolvia seres humanos, foram previstos possíveis riscos. Assim, antes de iniciar a entrevista, foi apresentado aos participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após a apresentação e leitura do termo, todos os participantes leram, concordaram e assinaram o mesmo. Ressaltamos que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética de Pesquisa vinculado a uma universidade da Grande Florianópolis.

O instrumento utilizado para a escuta das narrativas foi uma entrevista semiestruturada, realizada individualmente com cada participante. Consideramos

as ponderações de Pinheiro (2013), que compreende a entrevista como uma prática discursiva de ação e interação entre o locutor e o sujeito. Nessa perspectiva, é importante que as entrevistas aconteçam de forma dialética e dialógica, de modo a favorecer a circulação dos sentidos e a fluidez dos repertórios linguísticos.

## PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DAS NARRATIVAS

Após a realização das entrevistas, o material foi transcrito e organizado para análise. A análise das entrevistas foi feita tendo como referência teórico-metodológica a *análise de práticas discursivas e de produção de sentidos*, tal como proposta por Spink e Medrado (2013). Assim, as narrativas escutadas nas entrevistas foram analisadas de modo a enfatizar as produções de sentidos e as práticas discursivas que se apresentaram na interanimação dialógica entre entrevistados e entrevistadora. Segundo Spink e Medrado (2013), é por meio de práticas discursivas (como as narrações, conversas e argumentações) que é possível se posicionar nas relações cotidianas e produzir sentidos. De acordo com a/o autor/a, para analisarmos as práticas discursivas, faz-se necessário compreender as produções de sentidos em jogo. Os sentidos não são meras atividades intraindividuais e intrapsíquicas, mas sim fenômenos sociolinguísticos que sustentam as práticas sociais (Spink & Medrado, 2013, p. 23). Nessa perspectiva, os sentidos se constroem na situação dialógica da entrevista, ou seja, não estão dados de antemão, tampouco estão prontos à espera de serem desvelados. Trata-se de uma construção social, um empreendimento coletivo, no qual as pessoas, por meio de suas histórias e culturas, lidam com situações e fenômenos a sua volta.

Para a análise das entrevistas, observamos, nas narrativas dos participantes, dois marcos temporais: o *tempo vivido* e o *tempo curto*. Segundo Spink e Medrado (2013), o tempo vivido é a própria história do sujeito, suas experiências e percepções no decorrer de sua vida, as memórias do tempo traduzida em afetos. Trata-se do nosso ponto de referência afetivo, no qual enraizamos nossas narrativas pessoais e identitárias. Quanto ao tempo curto, segundo Spink e Medrado (2013), é o tempo do acontecimento, refere-se a interações sociais *face a face*: “[...] é o momento concreto da vida social vista como atividade de caráter interativo” (Spink & Medrado, 2013, p. 33). Salientamos que esses tempos acontecem de forma concomitante e são atravessados constantemente pelo tempo *longo*, que, segundo Spink e Medrado (2013), está ligado a conteúdos culturais definidos ao longo da história.

A perspectiva teórico-metodológica das práticas discursivas nos possibilita um diálogo amplo com teorias que tomam o *discurso* como objeto de análise. A ênfase na dimensão discursiva da linguagem nos direciona a um campo de problematização que considera que somos posicionados, na condição de sujeitos, em variadas posições no interior das relações sociais. Para fundamentar nossas análises, buscamos dialogar, sobretudo, com alguns conceitos psicanalíticos e foucaultianos. Tendo em vista esse arcabouço teórico-metodológico, essa

pesquisa também se localiza no campo da psicologia discursiva e da psicologia crítica (Lara Junior & Jardim, 2014; Parker, 2014; Pavón-Cuellar, 2014).

Levando em consideração esse referencial teórico-metodológico, analisamos os sentidos atribuídos ao diagnóstico de TDAH nas trajetórias escolares de sujeitos que foram diagnosticados com esse transtorno, bem como os efeitos de subjetivação desse diagnóstico para os sujeitos entrevistados.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### A CONSTRUÇÃO DO DIAGNÓSTICO DO TDAH

Ao analisarmos os sentidos atribuídos pelos participantes ao diagnóstico de TDAH, observamos uma narrativa comum em relação à compreensão acerca dos comportamentos ditos “*anormais*”. Todos os entrevistados relataram que, desde a primeira infância, sentiam-se, de algum modo, inadaptados em seus meios sociais. Apesar dessa percepção, os três casos foram diagnosticados de formas diferentes e em distintos tempos da vida. Marina, por exemplo, foi a única que recebeu o diagnóstico na infância, quando tinha apenas dez anos. Consideramos, não obstante, que, por mais que dois dos entrevistados não tenham sido formalmente diagnosticados na infância, todos eles já estavam, desde muito cedo, expostos a um circuito de vigilância normalizadora sobre seus corpos, seus comportamentos e seus desempenhos escolares, como se observará no decorrer da análise.

Salientamos que as exigências das disciplinas do corpo e as altas demandas e informações despejadas sobre as crianças podem levá-las a alterações comportamentais, dentre as quais podemos citar a hiperatividade, que opera como um sintoma que tenta responder a esses excessos. Percebemos, no relato de Marina, que o comportamento hiperativo é atribuído como sendo a maior dificuldade experienciada em sua trajetória escolar. Ela relata que sempre foi uma criança agitada e tinha muita dificuldade de concentração: “[...] *eu me mexia muito na aula, não conseguia ficar sentada, tinha que ficar trocando de perna o tempo todo [...] não prestava a atenção em nada direito*” (Marina). O sentimento de inadequação, decorrente do fato de ser considerada “agitada” e com “dificuldade de concentração”, produziu, em Marina, um sentido de “tranquilidade” ao ser interpelada pelo diagnóstico de TDAH: “*Foi tranquilo, porque como todo mundo já estava acostumado comigo meio agitada e com essa oscilação de concentração, foi mais tranquilo [...]*” (Marina).

A partir de uma leitura psicanalítica, Mano (2009) enfatiza que as formas pelas quais os significantes se apresentam (no caso de Marina citado acima, o significante “tranquilo” nos parece exemplar), podem dar suporte a uma fantasia que emerge como modo de tamponar ou responder ao desejo do Outro. Segundo Laplanche (2001, p. 114), o desejo tem como um dos seus fundamentos a demanda de reconhecimento de outrem. Nesse sentido, o desejo é sempre desejo do Outro. Consideramos que esse sentimento de tranquilidade, expresso por Marina ao receber o diagnóstico, parece responder, também, a um “desejo de normalidade”.



Tal desejo se mantém, na medida em que o diagnóstico passa a dar sustentação e encadeamento a uma cadeia de significantes (“sou TDAH”, “tenho TDAH”, etc.) e satisfazer fantasias de ajustamento e normalidade. Tais fantasias são sempre demandadas por um outro, mas se apresentam enredadas no discurso do próprio sujeito. Para Miller (1984, p. 24), “[...] a fantasia entra em cena no momento que é pressentido o desejo do outro”.

Joana e Felipe receberam o diagnóstico, respectivamente, aos 19 e 20 anos, quando já estavam na universidade. Ambos apresentaram ideias semelhantes em relação ao diagnóstico, associando-o a um sentido de “incapacidade” e de “comparação autodepreciativa a um outro semelhante”. Ambos têm irmãos com idades próximas, o que acarretou comparações em relação aos seus desempenhos escolares e comportamentais nos ambientes familiar e escolar. Ao serem questionados sobre como se sentiram ao receber o diagnóstico de TDAH, falaram:

É que é muito difícil, [...] não é nem questão de receber, é questão de comparar sabe? Se comparar muito com as outras pessoas. “Ah, eles conseguem e tu não”. [...] “Tu precisas de uma medicação pra conseguir” [...]. (Joana)

Ah, eu vi que tinha dificuldade pra isso e tal. Eu pensei “é por isso que não consigo” [...] é difícil às vezes ouvir a verdade, mas vejo os outros se dando bem e tal. E eu ali... (Felipe)

Em razão de o diagnóstico de TDAH estar diretamente ligado a sentimentos de incapacidade e de fracasso (conforme observamos nas narrativas de Joana e Felipe), muitos sujeitos diagnosticados apresentam experiências de sofrimentos, uma vez que acreditam que irão conviver com algo determinante e definitivo em suas vidas. No entanto, em muitos casos, esse mesmo diagnóstico pode trazer uma sensação de alívio (conforme relatado por Marina), pois ele nomeia um sofrimento.

A noção de sofrimento em psicanálise, segundo Dunker (2015), estrutura-se como uma narrativa que se situa entre o discurso e a fala. Nesse sentido, os saberes do sujeito, enunciados no momento da fala e/ou de outras expressões do inconsciente, passa a constituir um “tecido linguístico do sofrimento” (Dunker, 2015, p. 219). Além disso, segundo o autor, o sofrimento traz em si uma demanda de reconhecimento que se orienta para uma política de identificação. Desse modo, para termos um sofrimento legitimado e reconhecido é importante que ele tenha um nome que o reconheça e que insira o sujeito em uma relação de identificação. O que nos ficou evidente nas narrativas escutadas é que as formas de nomeação e reconhecimento do sofrimento disponíveis no campo simbólico, na maioria das vezes, restringem-se ao repertório discursivo médico-psiquiátrico. Ou seja, o sofrimento só pôde ser enunciado na medida em que ele encontra ressonâncias no regime discursivo da psicopatologia. Salientamos que o enlaçamento do sujeito a essa modalidade discursiva passa a se consolidar precisamente a partir do momento em que se anuncia uma conclusão diagnóstica proferida por profissionais da saúde e da educação. Nesse sentido, o diagnóstico, como a materialidade enunciativa decorrente de um conjunto de normas médico-



psiquiátricas, adquire um caráter performativo, pois passa a produzir e constituir o sujeito por ele interpelado.

Nas narrativas escutadas, observamos que as conclusões diagnósticas seguiram os mesmos critérios avaliativos em todos os casos. Destacamos as semelhanças nos procedimentos de avaliação, a despeito das diferenças de especialidades dos profissionais designados para a realização do diagnóstico. Cada um dos entrevistados foi diagnosticado por um profissional específico: neurologista, psiquiatra e psicopedagoga. Em todos os casos, foram aplicados os critérios de teste e *checklists* indicados no DSM-V, bem como relatos de comportamentos dos pacientes. Conforme as falas de Joana e Marina, foi possível perceber que esses diagnósticos foram realizados em apenas uma consulta:

[...] daí a gente foi para o neuro[logista], o neuro[logista] fez uns testes comigo daí deu... eu tenho TDAH e hiperatividade [...]. Ele deu uma folhinha assim e acho que eram umas 20 opções pra assinar: "sim, não e talvez". Vamos supor, umas perguntas dizendo assim: se tiver tantas coisas ligadas, no que tu presta atenção, você responde: sim, não, talvez [...] e pelo meu comportamento do dia a dia também [...]. (Joana)

Daí eu sei que fui no psiquiatra e fiz os testes de déficit de atenção de hiperatividade tudo... daí o psiquiatra me diagnosticou. (Marina)

De acordo com os relatos, percebe-se que não houve dúvidas ou questionamentos em relação aos diagnósticos ou às formas pelas quais eles foram realizados. Os critérios adotados para diagnosticar transtornos mentais são baseados em categorias pouco precisas e muito generalizantes. De acordo com Dunker (2014), nas últimas décadas os patamares de confiabilidade diagnóstica foram sendo reduzidos, e isso reflete uma política "ampliacionista" que insere pessoas de forma indiscriminada no campo da doença mental. Para o autor, é muito provável que esse movimento ampliacionista tenha favorecido as supostas epidemias, como as de TDAH, de autismo e de depressão. Outro ponto fundamental a se destacar nesses relatos é o quanto os diagnósticos são feitos de maneiras tecnicistas e pouco atentos à escuta dos sujeitos. Basta o preenchimento de "critérios técnicos" pouco precisos para que o sujeito seja enquadrado em uma psicopatologia. Atualiza-se, assim, uma prática alienante, comum na psiquiatria biológica, que, de modo problemático, produz "clínicas dessubjetivadas" e "nosografias sem sujeitos" (Lacet & Rosa, 2017; Quinet, 2009).

Outro fator que consideramos relevante em relação aos diagnósticos realizados é que houve, nos três casos, indicações medicamentosas para o tratamento do TDAH. Nos relatos escutados, identificamos o uso do metilfenidato – mais conhecido pelos seus nomes comerciais Ritalina e Concerta, associado a outros fármacos, como ansiolíticos e hipnóticos, a fim de controlar a ansiedade e regular o sono. Em todos os casos, a terapia farmacológica foi a primeira opção de tratamento. Conforme aponta Luengo (2010), os medicamentos são a escolha

terapêutica inicial no tratamento de TDAH, sobretudo na infância. Segundo a autora, a maioria dos médicos prescreve a medicação como principal forma de tratamento e desconsidera que esta deveria vir combinada com terapias de diversas especialidades. O que ocorre, na maioria dos casos, é que o tratamento se restringe exclusivamente à medicação.

Os remédios, segundo Luengo (2010), dão conta de normalizar os sujeitos nas questões escolares e profissionais, pois aumentam o foco e a produtividade. Vivemos em uma lógica societária que clama por sujeitos ultraprodutivos e que sejam capazes de se adaptarem a contextos altamente competitivos (Bauman, 2001). Nessa perspectiva, entende-se que, pelo fato de os sujeitos acreditarem que estão “dando conta” de atender a essas demandas diárias, as questões psíquicas e emocionais – anestesiadas nesses processos – acabam sendo desconsideradas. Dos três casos, apenas Marina fez acompanhamento psicoterápico durante três anos (dos 10 aos 13). Até o momento das entrevistas, constatou-se que nenhum dos participantes estava em acompanhamento psicoterapêutico ou se beneficiando de outros tipos de intervenção no campo da saúde mental.

### TRAJETÓRIA ESCOLAR: O TEMPO PRÉ-DIAGNÓSTICO

As trajetórias escolares dos três participantes se apresentaram de forma muito semelhante. Nesse marco temporal, o do pré-diagnóstico, percebemos que as características relatadas estavam ligadas a três eixos de sentidos: “*ter comportamentos problemáticos*”, “*não prestar atenção*” e “*não aprender*”. Tais sentidos foram expressos em relatos como os abaixo:

[...] quem tem esse diagnóstico tem um comportamento diferente dos outros alunos e isso é fato! Tem um comportamento diferente! Tem dificuldade de aprender mesmo. (Marina)

A questão de estudar... eu ficava 5 minutos não consegui. Eu não consigo fazer, tipo, não adianta! [...] “ah, eles conseguem e tu não” [...] “ah, ela é burra”. (Joana)

Em perspectivas educacionais mais normalizadoras e prescritivas, esses fenômenos (“não conseguir aprender”, “não conseguir estudar” etc.) são classificados, a partir das alianças dos dispositivos médicos e pedagógicos, como desviantes e patológicos. Tais classificações podem ser explicadas historicamente. Segundo Patto (1999), os primeiros especialistas que se preocuparam com as dificuldades de aprendizagem escolar foram os médicos, especialmente os psiquiatras. Classificações como “anormais” surgiram para designar e nomear as crianças que não acompanhavam seus colegas no processo de aprendizagem e de escolarização. Ainda de acordo com a autora, as chamadas “crianças-problema” eram encaminhadas para os profissionais especialistas em corrigir os “anormais” e, aos poucos, a psiquiatria foi se instituindo como defensora da ordem social no interior das práticas educativas. Para Caponi (2009), a partir do momento em que se associa o conceito de saúde ao de normalidade, entendida como frequência

estatística, qualquer ponto fora da curva normal ficará inevitavelmente associado à patologia. A autora ressalta que não deveriam ser as mediações normativas ou os desvios padrão que estabelecem o estado de doença, mas sim o sofrimento do sujeito diante desse processo normativo.

Dessa forma, podemos entender que certas correntes pedagógicas, mais tradicionais e disciplinares, muitas vezes não consideram os sofrimentos e as singularidades, pressupondo que todos precisam estar em um mesmo padrão de ritmos e comportamentos. Aqueles que se encontram fora desse padrão são vistos como “burros”, “incapazes”, “rebeldes” etc. Uma alternativa usada por essas instituições escolares, como forma de lidar com diferenças e incômodos, são as punições. Para Caponi (2009), as punições apresentam-se como reforçadoras de estigmas comportamentais. Podemos perceber tal fato nas falas de Marina: “[...] me colocavam de castigo, eram mais rígidos. Davam advertência, ocorrência por achar que a gente estava desafiando”.

Quando os educadores/as se colocam na posição de saber absoluto e de controladores de comportamentos, acabam por eliminar qualquer possibilidade de troca, respeito e confiança, conforme se observa no relato de Marina:

“Presta atenção no que você tá fazendo, tá fazendo errado!”; “Faz assim que é mais fácil” ... lh, a gente escuta muita coisa. A gente vai chegar no mesmo resultado, só que às vezes a pessoa não entende e quer que a gente faça do jeito delas.

Segundo Freire (1987), é preciso pensar em uma educação que lute para a libertação dos sujeitos de sua condição de oprimido, atribuindo-lhes maior autonomia intelectual e assegurando-lhes sua condição humana. Segundo o autor, a educação deve ser baseada em uma “pedagogia do diálogo”, a partir da qual se pode estabelecer uma relação de troca recíproca entre educador-educando. Posturas contrárias a essas perspectivas críticas e emancipatórias tendem a enquadrar as diferenças em métricas comportamentais. Como efeito desses esquadrinhamentos, o sujeito passa a ser único responsável pelo “seu” fracasso escolar. Nessa perspectiva, a partir desse momento, segundo Luengo (2010, p. 60), “[...] o fracasso deixa de ser escolar e passa a ser do escolar, aquele que apresenta comportamento considerado desviante em relação ao padrão preestabelecido pela sociedade”. Esse fenômeno pode ser percebido no caso de Joana:

[...] é muito ruim se sentir assim, porque tu acha que o professor vai chegar e vai achar que tu é incapaz, tu é burra, vai te comparar com os outros. Daí vem um pouco da comparação em casa. É muito ruim, é um sentimento de fracasso [...].

Para Luengo (2010), os psicotrópicos, nesses casos, entram com objetivo de simplificar as coisas, resolvendo os problemas apresentados de forma rápida e milagrosa. Dessa forma, a “doença do não aprender” passa a ser medicada e os problemas comportamentais e cognitivos são “resolvidos” de forma abrupta. Com a finalidade de se obter controle, desconsideram-se quaisquer outras

possibilidades terapêuticas. Assim, consegue-se aumentar a concentração, e, por consequência, o desempenho esperado é alcançado.

### TRAJETÓRIA ESCOLAR: O TEMPO PÓS-DIAGNÓSTICO

Na segunda temporalidade narrativa que analisamos, a do “pós-diagnóstico”, ao serem questionados quanto ao seu desempenho após terem sido medicados, os participantes responderam:

[...] melhorou muito meu desempenho. É muita diferença. Tipo, antes eu tirava 3,5, hoje, eu tiro 9, 9,5 [...]. Hoje eu sento, faço a prova toda, muito concentrada, e vou super bem. (Joana)

[...] bem melhor, muda muito. [...] as minhas notas melhoraram muito. (Marina)

Nossa! É impressionante, fica focado nas aulas e vai muito bem. (Felipe)

Podemos perceber, nas falas acima, que os medicamentos foram utilizados com o objetivo de melhorar seus desempenhos escolares, quantificados a partir de notas de provas. Para Foucault (2008), técnicas escolares normalizadoras, a exemplo das provas – as quais os estudantes precisam realizar para que recebam uma nota (média) – funcionam como dispositivos de vigilância e disciplinamento, que têm por objetivo classificar, qualificar e punir.

Nesse contexto, nota-se que as reprovações escolares são recorrentes entre estudantes diagnosticados com TDAH. Nas narrativas, percebemos que as reprovações aconteceram de forma significativa.

[...] pelo problema de concentração a gente tem mais probabilidade de reprovar [...] eu já reprovei duas vezes e uma vez fiquei em dependência. (Marina)

[...] eu já reprovei em várias matérias antes de tomar Ritalina. (Joana)

Podemos compreender a reprovação como uma técnica disciplinar que indica o quanto as instituições constituem seus próprios mecanismos de julgamento e de produção de sujeitos inadaptados. Diante disso, algumas práticas pedagógicas, aliançadas a dispositivos de normalização das diferenças, buscam “sugerir” a esses estudantes que não dão conta de estarem nas médias a procurarem profissionais que possam “orientar” e readequar o que pode estar “inadequado” ou o que é considerado “impertinente” à escola. Conforme já bem enfatizaram autoras como Patto (1999) e Smolka (2000), pouco se questiona sobre o papel da escola, dos currículos, dos processos pedagógicos, das relações dos sujeitos com o conhecimento e dos modos pelos quais se apropriam das práticas sociais. Ao contrário, o “problema do aluno” ou o “aluno problema” seria sempre a tragédia de uma disfunção individual.

Como efeito desses dispositivos de normalização, os psicofármacos entram nesse contexto, segundo Christofari, Freitas e Baptista (2019), para “regular” o que está “desregulado”. Os sujeitos diagnosticados e medicados passam, então, a se apropriarem e a se identificarem com as patologias, conforme expressam as entrevistadas:

[...] eu tenho TDAH, né, sou bem distraída. (Joana)

Eu tenho TDAH, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, eu faço prova em uma salinha separada. (Marina)

Segundo Caponi (2009), quando nos apropriamos e nos identificamos com os diagnósticos psiquiátricos, movimentos importantes podem acontecer em nossas subjetividades. Alguns desses efeitos são analisados no tópico seguinte.

### O EFEITO “ZUMBI” NOS PROCESSOS DE SUBJETIVAÇÃO

Os psicofármacos utilizados para o TDAH, como o metilfenidato, são drogas que têm o efeito de produzir alterações comportamentais, intelectuais e afetivas. Da família das anfetaminas, possuem ação psicoestimulante. Esses medicamentos, que agem em cada organismo de formas diferentes, têm por objetivo principal aumentar a concentração e o foco. Porém, segundo Caponi (2019), ainda que estes fármacos permitam disciplinar e aumentar a atenção e concentração, eles também acabam inibindo a capacidade criativa, lúdica e questionadora dos sujeitos. Para Giusti (2016, p. 213), “o discurso médico infiltrado nas escolas [...] influencia não só as práticas pedagógicas, mas toda a maneira de lidar com a vida”.

Pudemos observar nas narrativas escutadas alguns dos efeitos dos psicofármacos, dentre os quais destacamos o “efeito zumbi”, tal como relatado por Marina:

A Ritalina tem um efeito que a gente considera zumbo. Porque quem toma Ritalina fica mais calmo, e para a sociedade fica normal. Só que para a gente que é agitado ela acalma e dá concentração, só que a nossa cabeça tá a mil. Mas, aparentemente, tá tudo tranquilo [...] É um efeito mais calmo, comparado ao que a gente era, e daí fica parecendo um zumbi.

Segundo Dunker (2017, p. 198), os zumbis “[...] parecem seres que perderam a alma e cujo sofrimento surge em meio a mutismos seletivos, fenômenos psicossomáticos e alexetímias (dificuldade de perceber sentimentos e nomeá-los)”. Eis um dos efeitos da medicação: atuar como agente da normalização e fazer com que os sujeitos sigam o fluxo de ritmos impostos, agindo como “zumbis” em busca de ajustamento às normas.

Salientamos que os processos de normalização dos corpos e das subjetividades podem acontecer de modo muito agressivo e visível, mas também de modo muito sutil e imperceptível. Por isso, os sujeitos vão se “enquadrando” e seguindo moldes

sem muitas vezes questionar ou problematizar o que se vivencia. Para Butler (2014, p. 1):

Normas podem ou não serem explícitas, e quando elas operam como o princípio normalizador da prática social, elas geralmente permanecem implícitas, difíceis de perceber e mais clara e dramaticamente discerníveis nos efeitos que produzem.

O uso frequente da medicação, gerado pelas demandas normalizadoras dispostas no campo social, pode gerar, em alguns casos, dependências químicas e/ou psicológicas. Na fala de Joana foi possível observar que em alguns momentos ela aparenta apresentar uma necessidade de medicação para que possa conseguir realizar demandas educacionais. Segundo relata: *“Eu tomo quando vou estudar, para me concentrar. Eu fico o dia inteiro estudando, mas se eu não tomar ele eu não consigo estudar e daí eu sei que vou mal na prova”*. Conforme aponta Luengo (2010), as medicações podem se tornar “bengalas” na vida do sujeito, que passam a acreditar que não são mais capazes de realizar algumas atividades sem o auxílio dos psicotrópicos.

Além dos efeitos supracitados, os psicotrópicos também apresentam diversos efeitos colaterais orgânicos. Tais efeitos podem eclodir de forma direta no âmbito escolar. Nas três entrevistas, quando questionados sobre os sintomas físicos que sentiam ou sentem, testemunhamos alguns relatos:

A ritalina deixa a gente com muito sono ou com muita dificuldade para dormir. Pode deixar com muita fome ou sem fome nenhuma, depende do dia e da dose que você toma. (Marina)

[...] fico muito suor, pensamento a mil e fico com muita insônia se tomo mais tarde que o normal. (Joana)

[...] eu ficava todo tenso, sem rir, igual um robô. Mas, eu conseguia ter foco. (Felipe)

Esses efeitos físicos apresentados podem interferir diretamente na qualidade de vida desses sujeitos, bem como nas suas relações sociais. Por produzirem reações que alteram o estado de vigília, por exemplo, os medicamentos podem deixar a pessoa cansada, de humor alterado e irritadiço. Percebemos que todos os sujeitos entrevistados se sentem ou se sentiram muito desconfortáveis com os efeitos colaterais dos remédios para TDAH.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As reflexões estabelecidas no decorrer desta pesquisa nos permitiram problematizar alguns dos efeitos que os diagnósticos de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade produzem vida dos sujeitos entrevistados. Também analisamos os modos pelos quais as nomeações e as interpelações diagnósticas constituem subjetividades e incidem sobre as trajetórias escolares. Ainda que as



experiências dos diagnósticos tenham sido narradas de formas singulares, muitos pontos em comum podem ser elencados nos relatos escutados.

Consideramos que os sentidos das experiências do diagnóstico de TDAH são construídos, sobretudo, a partir de referentes discursivos típicos das racionalidades médico-psiquiátricas, que operam como um significativo regime de saber-poder subjetivante. Assim, apontamos que os repertórios linguísticos e interpretativos, acionados pelos entrevistados para dar conta de suas experiências, passam pela incorporação e subjetivação de discursos médicos, psiquiátricos e farmacológicos. No ato da enunciação das próprias experiências, os sujeitos parecem se identificar com um conjunto de signos cuja gênese podemos localizar no campo da discursividade psiquiátrica.

Observamos, também, que a medicalização é um processo recorrente para adaptar os sujeitos em suas trajetórias escolares. Enfatizamos a importância de se observar essas trajetórias, pois é no âmbito da educação escolar que as diferenças nos modos de lidar com a aprendizagem e com o conhecimento passam a ser significadas como desajustamentos, desequilíbrios, incapacidades e, por fim, como um transtorno psiquiátrico. É também nos contextos escolares que se reificam e se instituem desigualdades e exclusões com base em métricas normativas (materializadas em notas de provas, testes e pedagogias massificadoras) que não são capazes de perceber nuances e sutilezas nos processos de escolarização e de aprendizagem. A medicalização, nesses contextos, surge como um desdobramento tido como inevitável para lidar com corpos que não se enquadram frente às expectativas normalizadoras e adaptacionistas das biopolíticas contemporâneas. Como um destino quase trágico decorrente da aliança dos dispositivos médicos, psiquiátricos, psicológicos e pedagógicos, a medicalização passa a coroar os processos de patologização e individualização das questões educacionais.

Frente aos fenômenos identificados nas narrativas escutadas em nosso estudo, consideramos relevante apontar alguns questionamentos que se fazem urgentes. Ao vivenciar uma experiência de diferença – como aprender em outros ritmos, concentrar-se de formas diversas, compor um corpo a partir de movimentos não esperados pelos dispositivos arquitetônicos disciplinares de uma sala de aula – como um sujeito poderia construir outros modos de narrar a si mesmo? Por que, aparentemente, os únicos repertórios linguísticos disponíveis para qualificar e narrar essas diferenças estão restritos à lógica médico-psiquiátrica? Será que podemos potencializar e inventar outros modos de dar passagem a esses corpos que não se restrinjam ao aparente destino fatídico da ingestão de moléculas de anfetaminas, hipnóticos e benzodiazepínicos?

Salientamos que as análises desenvolvidas nessa pesquisa não visam a uma generalização, uma vez que o número de pessoas que participaram desse estudo é pequeno. No entanto, enfatizamos que as análises qualitativas aqui apresentadas estão em consonância com interpretações da literatura estudada. Um ponto de limitação desse estudo diz respeito ao fato de que todos os participantes da



pesquisa construíram suas trajetórias escolares em instituições privadas de ensino, incluindo a universidade na qual estavam matriculados quando foram entrevistados. Essa não é uma informação desprezível, uma vez que o pertencimento a uma determinada classe social, que possibilita, entre outras coisas, a inserção na rede privada de ensino (especialmente na educação básica), pode ser um fator importante nas experiências dos sujeitos frente a um diagnóstico psiquiátrico, à interpelação de dispositivos de medicalização e às condições educacionais que podem acessar. Nesse sentido, enfatizamos que se trata, aqui, de um estudo localizado e limitado a uma camada social. Outras pesquisas, com pessoas pertencentes a outros estratos sociais, poderiam indicar conclusões e interpretações distintas.

Expectamos que as reflexões aqui apresentadas contribuam com o refinamento das problematizações acerca dos mecanismos de patologização da vida – não apenas nos casos de diagnósticos de TDAH – em todos os níveis de escolarização, do ensino fundamental ao nível superior. Ensejamos, também, que esses apontamentos possam contribuir para uma analítica crítica dos processos de medicalização da educação e seus efeitos nos modos de subjetivação.

## REFERÊNCIAS

- Abreu, M. H. R. M. (2007, outubro). *Cartografando a fabricação de subjetividades medicalizadas no espaço escolar*. Anais do XIV Encontro Nacional da Abrapso. Rio de Janeiro, RJ: Associação Brasileira de Psicologia Social.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (5.<sup>a</sup> ed.). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Barbosa, S. A. (2019). Mapeando as controvérsias que envolvem o processo de medicalização da infância. *Psicologia & Sociedade*, 31, e213211. doi:10.1590/1807-0310/2019v31213211
- Bauman, Z. (2001). *Modernidade líquida*. Rio de Janeiro, RJ: Zahar.
- Brzozowski, F. S., & Caponi, S. (2009). Transtorno de déficit de atenção com hiperatividade: Classificação e classificados. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 19(4), 1165-1187. doi:10.1590/S0103-73312009000400014
- Butler, J. (2014). Regulações de gênero. *Cadernos Pagu*, (42), 249-274. doi:10.1590/0104-8333201400420249
- Caponi, S. (2009). Biopolítica e medicalização dos anormais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 19(2), 529-549. doi:10.1590/S0103-73312009000200016
- Caponi, S. (2019). *Uma sala tranquila: Neurolépticos para uma biopolítica da indiferença*. São Paulo, SP: LiberArs.
- Carvalho, S. R., Rodrigues, C. O., Costa, F. D., & Andrade, H. S. (2015). Medicalização: Uma crítica (im)pertinente? Introdução. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 25(4), 1251-1269. doi:10.1590/S0103-73312015000400011
- Christofari, A. C., Freitas, C. R., & Baptista, C. R. (2015). Medicalização dos modos de ser e de aprender. *Educação & Realidade*, 40(4), 1079-1102. Epub August 25. doi:10.1590/2175-623642057.
- Collares, C. A. L., & Moysés, M. A. A. (2013). Controle e medicalização da infância. *Desidades: Revista Eletrônica de Divulgação Científica da Infância e Juventude*, 1. Disponível em <https://revistas.ufrj.br/index.php/desidades/article/view/2456>
- Conselho Federal de Psicologia. (2012). *Subsídios para a campanha Não à Medicalização da Vida, Medicalização da Educação*. Brasília, DF: CFP.
- Dunker, C. I. L. (2014). Subjetivações e gestão dos riscos na atualidade: Reflexões a partir do DSM-5. *Revista Epos*, 1, p. 181-190.
- Dunker, C. I. L. (2015). *Mal-estar, sofrimento e sintoma: Uma psicologia do Brasil entre muros*. São Paulo, SP: Boitempo.
- Dunker, C. I. L. (2017). *Reinvenção da intimidade: Políticas do sofrimento cotidiano*. São Paulo: Ubu.

- Ferreira, A. A. L., & Gutman, G. (2008). O funcionalismo em seus primórdios: A psicologia a serviço da adaptação. In Jacó-Vilela, A. M., Ferreira, A. A. L., & Portugal, F. T. (Eds.), *História da psicologia: Rumos e percursos* (p. 121-139). Rio de Janeiro: Nau.
- Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade. (2015). *Nota técnica: O consumo de psicofármacos no Brasil, dados do sistema nacional de gerenciamento de produtos controlados ANVISA (2007-2014)*. Recuperado de: [http://medicalizacao.org.br/wp-content/uploads/2015/06/NotaTecnicaForumnet\\_v2.pdf](http://medicalizacao.org.br/wp-content/uploads/2015/06/NotaTecnicaForumnet_v2.pdf)
- Foucault, M. (1979). *Microfísica do poder* (Machado, R., Trad.). Rio de Janeiro, RJ: Graal.
- Foucault, M. (2008). *Vigiar e punir: Nascimento da prisão* (Ramalhete, R., Trad.). 35. ed. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Frances, A. (2017). *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*. (H. M. Corrêa, Trans.). Rio de Janeiro, RJ: Versal.
- Freire, P. (1987). *Pedagogia do oprimido*. 17. ed. Rio de Janeiro, RJ: Paz e Terra.
- Giusti, K. G. (2016). Medicalização da vida: uma análise sobre a psiquiatrização do campo educacional como estratégia biopolítica. *Revista brasileira de sociologia*, 4(8), 191-216. doi:10.20336/rbs.170.
- International Narcotics Control Board. (2016). *Report of the international narcotics control board for 2015*. New York, NY: United Nations.
- Lacet, C., & Rosa, M. D. (2017). Diagnóstico de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e sua história no discurso social: Desdobramentos subjetivos e éticos. *Psicologia Revista*, 26(2), 231-253. doi:10.23925/2594-3871.2017v26i2p.231-253.
- Laplanche, J. (2001). *Vocabulário da psicanálise*. 4. ed. São Paulo, SP: Martins Fontes.
- Lara-júnior, N., & Jardim, L. (2014). Contribuições psicanalíticas para a compreensão das operações discursivas ideológicas. In A. F. Lima & N. Lara-Júnior (Eds.), *Metodologias de pesquisa em psicologia social crítica* (pp. 35-58). Porto Alegre, RS: Editora Sulina.
- Luengo, F. C. (2010). *A vigilância punitiva: A postura dos educadores no processo de patologização e medicalização da infância*. São Paulo, SP: Ed. Unesp; Cultura Acadêmica.
- Mano, M. S. (2009). *A criança hiperativa, a família, o discurso científico e a psicanálise* (Dissertação de Mestrado). Universidade Estadual Paulista, Assis, Brasil.
- Mattos, P. (2013). Entenda o TDAH nos critérios do DSM-5. *Associação Brasileira do Déficit de Atenção (ABDA)*. Disponível em: <https://tdah.org.br/entenda-o-tdah-nos-criterios-do-dsm-v/>.
- Miller, J. (1984). *Percurso de Lacan: Uma introdução*. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar.
- Parker, I. (2014). Análise do discurso: Dimensões críticas na psicologia. In A. F. Lima & N. Lara-Júnior (Eds.), *Metodologias de pesquisa em psicologia social crítica* (pp. 59-88). Porto Alegre, RS: Editora Sulina.
- Patto, M. H. S. (1999). *A produção do fracasso escolar: Histórias de submissão e rebeldia*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Pavón-Cuéllar, D. (2014). Do método lacaniano crítico-teórico às suas reconfigurações prático-políticas em discursos concretos: Questionamento da ideologia, compromisso do pesquisador e subversão do sujeito. In Lima, A. F. Lima & N. Lara-Júnior (Eds.), *Metodologias de pesquisa em psicologia social crítica* (pp. 193-232). Porto Alegre, RS: Editora Sulina.
- Pinheiro, O. G. (2013). Entrevista: uma prática discursiva. In M. J. Spink (Ed.), *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano* (pp. 156-187). Rio de Janeiro, RJ: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.
- Portocarrero, V. (2004). Instituição escolar e normalização em Foucault e Canguilhem. *Educação e Realidade* 29(1), 169-185.
- Quinet, A. (2009). *Psicose e laço social: Esquizofrenia, paranóia e melancolia*. Rio de Janeiro, RJ: Zahar.
- Smolka, A. L. B. (2000). O (im)próprio e o (im)pertinente na apropriação das práticas sociais. *Cadernos CEDES*, 20(50), 26-40. doi:10.1590/S0101-32622000000100003.
- Spink, M. J. P., & Medrado, B. (2013). Produção de sentido no cotidiano: Uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In M. J. Spink (Ed.), *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano* (pp. 22-41). Rio de Janeiro, RJ: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.
- Whitaker, R. (2016). Transformando crianças em pacientes psiquiátricos: Fazendo mais mal do que bem. In S. Caponi, M. F. Vásquez-Valencia, & M. Verdi (Eds.), *Vigiar e medicar: Estratégias de medicalização da infância* (pp. 13-28). São Paulo, SP: LiberArs.

- Whitaker, R. (2017). *Anatomia de uma epidemia: Pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental*. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz.
- Zola, I. K. (1972). Medicine as an institution of social control. *Sociologia Revista*, 20(4), 487-504.
- Zorzanelli, R. T., & Cruz, M. G. (2018). O conceito de medicalização em Michel Foucault na década de 1970. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 22(66), 721-731. doi:10.1590/1807-57622017.0194.

## DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSE

Não há conflitos de interesses.

## SOBRE O/A AUTOR/A

Heliane de Lima é Assistente Social pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Especialista em Violência Doméstica pela Universidade de São Paulo (USP), discente em Psicologia na Universidade do Sul de Santa Catarina (Unisul/Campus Florianópolis). Atualmente está em formação em Psicanálise pela Escola Brasileira de Psicanálise (EBP/SC).

E-mail: [helianedl@gmail.com](mailto:helianedl@gmail.com)

 <https://orcid.org/0000-0003-4148-3435>

Daniel Kerry dos Santos é Psicólogo (CRP 12/11122) pela Universidade Estadual Paulista (Unesp/Campus de Assis), Mestre e Doutor em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Durante o período de elaboração deste artigo, foi professor do curso de Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina (Unisul/Campus Florianópolis e Campus Pedra Branca) e coordenador do Núcleo de Estudos e Acolhimento às Questões Escolares (NEAQUE/Unisul). Atualmente atua como esquizoanalista em consultório particular em Florianópolis (SC) e como pesquisador independente nas áreas da Psicologia Social Crítica, Educação, Esquizoanálise, Estudos de gênero e sexualidade e Estudos da Subjetividade.

E-mail: [dakerry@gmail.com](mailto:dakerry@gmail.com)

 <https://orcid.org/0000-0002-5464-5010>