

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

BEATRIZ MOREIRA BEZERRA VIEIRA

Medicando meninos e meninas: uma leitura histórico-cultural das relações de gênero no
TDAH na infância

Maringá
2019

BEATRIZ MOREIRA BEZERRA VIEIRA

Medicando meninos e meninas: uma leitura histórico-cultural das relações de gênero no
TDAH na infância

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Desenvolvimento Humano e Processos Educativos

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Silvana Calvo Tuleski

Maringá

2019

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

Vieira, Beatriz Moreira Bezerra

V658m MEDICANDO MENINOS E MENINAS: uma leitura histórico-cultural das relações de gênero no TDAH na infância / Beatriz Moreira Bezerra Vieira. -- Maringá, 2019.

204 f., : il. color, figs.

Orientadora: Prof.a. Dr.a. Silvana Calvo Tuleski.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Programa de Pós-graduação em Psicologia, 2019.

1. Medicalização - Educação. 2. Educação - Transtorno de Deficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH). 3. Gênero. 4. Psicologia Histórico-Cultural. I. Tuleski, Silvana Calvo, orient. II. Universidade Estadual de Maringá. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

CDD 22. ED.155.41

Jane Lessa Monção CRB 1173/97

BEATRIZ MOREIRA BEZERRA VIEIRA

Medicando meninos e meninas: uma leitura histórico-cultural das relações de gênero no
TDAH na infância

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Silvana Calvo Tuleski
PPI/Universidade Estadual de Maringá (Orientadora/Presidente)

Prof.^a Dr.^a Adriana de Fátima Franco
PPI/Universidade Estadual de Maringá

Prof.^a Dr.^a Terezinha Martins dos Santos Souza
DCS/Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Aprovada em: 05 de abril de 2019.

Local da defesa: Sala 06 do Bloco 118, campus da Universidade Estadual de Maringá.

*Para Alice.
Que ela possa ser plenamente o que quiser.*

AGRADECIMENTOS

Escrever é um processo solitário e ao mesmo tempo impossível de se fazer sozinha. Por isso, esses agradecimentos são pelas várias mãos, mentes e colos que me acolheram direta e indiretamente ao longo do caminho até aqui.

Eu agradeço e dedico este trabalho à minha mãe, Nalva, que me cuida e me inspira em todos os detalhes.

Ao pai, Valmir, por sempre apoiar e bancar minhas escolhas.

À Ana Luiza, minha irmã maravilhosa, a pessoa que mais confia em mim, e à Alice, minha sobrinha, que me inquieta e me motiva a almejar um mundo melhor.

À Silvana, orientadora desde os primeiros anos de graduação, exemplo de dedicação, afeto e alegria de viver. Eu me sinto honrada por ter sido guiada por alguém que, mesmo quando o mundo se mostrou o mais embrutecido, nunca se enfraqueceu na luta pelo que é genuinamente humano.

Às professoras da banca, Adriana, também tão presente desde quando eu nem sabia quem era Vigotski, por confiar no meu trabalho, e Teca, que acreditou no que eu tinha para contribuir e me ensinou a analisar as coisas de forma completamente nova.

Ao João Mateus, pelo afeto ao longo desses anos, por me fazer desligar nos momentos necessários. Obrigada por ter feito parte da minha vida, me revirado e mostrado o amor em todas as suas contradições.

À Daiane, pelo companheirismo inabalável.

Aos amigos e amigas das turmas de Especialização em Teoria Histórico-Cultural e Mestrado: Thomas, Luana e Matheus (“yo soy especialista”), Lalá, Erika, Vanessa, Leo e Bruno, pelos bares, risadas e trocas, tanto de angústias e fofocas, como de estudos e fichamentos. E estendo os agradecimentos aos colegas de turma. Sucesso para nós!

Às amigas e amigos da Psicologia UEM 2011. Naiara, Luzia, Paulo, Bruno, Aline, Elaine e Marcos, que me fazem voltar ao 1º ano de graduação quando juntos, mesmo com cada um seguindo seu caminho.

À Ingrid, uma surpresa que o estágio do 5º ano me deu, sempre disposta a me lembrar do meu potencial. Obrigada por não desistir de mim!

Ao Luiz Gustavo (Cuiabá) e ao Cleber, cuja amizade eu não consigo sintetizar em poucas palavras, mas conseguiria em alguns *memes* e algumas bebidas duvidosas.

Às amigas de Ilha Solteira, Nara, Marcela e, em especial, à Lays, pelos incontáveis áudios, que eu tanto reclamo, mas adoro.

Ao Hino, pelos momentos de desabafo nas festinhas da Alice.

À Debora e à Norbely, companheiras dos dias de Universidade Sem Fronteiras junto da Dai, pelas palavras de afeto, pelas discussões e dias compartilhados no Propae.

Às professoras e professores da graduação e pós-graduação, em destaque, Sonia, Marilda, Marlene, Cida, Daniela, Murilo, Nilza, Zaira e Maria. Agradeço pelos incontáveis aprendizados que me trouxeram até aqui. Agradeço especialmente ao Álvaro e à Rosana pelas contribuições na banca de Especialização, que se desdobraram em partes deste trabalho.

Aos colegas do Projeto Medicalização pelas discussões que tanto me ajudaram a enriquecer esse estudo e ao Roger, pela força com os cruzamentos dos dados quantitativos. Agradeço também aos meninos dos Estudos Clássicos, Rafa e Tiago, por agregarem leveza aos momentos finais, mesmo em meio às dificuldades de ler Leontiev.

Às dedicadas professoras de Mandaguaçu, Sarandi e Paiçandu, do curso Formação De Professores e Processos Criativos Para Inclusão Escolar, que enfrentam os desafios da educação pública e que me desafiaram a me repensar enquanto profissional e ser humano.

À Wal, por segurar todas as pontas possíveis na Secretaria do PPI e ainda torcer por nós, discentes, e aos demais profissionais que fazem o Programa de Pós-Graduação em Psicologia acontecer todos os dias.

À CAPES, pelo apoio financeiro, que proporcionou as condições necessárias para que eu me dedicasse integralmente à pesquisa.

A todos os livros que li, filmes que vi e discos que ouvi quando precisei dar um tempo.

“– O mundo é isso – revelou – Um montão de gente, um mar de fogueirinhas.

Cada pessoa brilha com luz própria entre todas as outras. Não existem duas fogueiras iguais. Existem fogueiras grandes e fogueiras pequenas e fogueiras de todas as cores. Existe gente de fogo sereno, que nem percebe o vento, e gente de fogo louco, que enche o ar de chispas. Alguns fogos, fogos bobos, não alumiam nem queimam; mas outros incendiam a vida com tamanha vontade que é impossível olhar para eles sem pestanejar, e quem chegar perto pega fogo.” (Eduardo Galeano, O mundo, O livro dos abraços, 2002, Porto Alegre: L&PM).

“Você entende, Lenu, o que acontece com as pessoas: a gente tem coisa demais por dentro, e isso nos incha, nos arrebenta.” (Elena Ferrante, História de quem foge e de quem fica, 2016, São Paulo: Biblioteca Azul).

Medicando meninos e meninas: uma leitura histórico-cultural das relações de gênero no TDAH na infância

RESUMO

Esta dissertação apresenta contribuições para a discussão crítica da medicalização na infância, focalizando as relações de gênero como determinação social da medicalização de meninos e meninas diagnosticadas com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Fundamenta-se na Psicologia Histórico-Cultural, nas contribuições da teoria da determinação social da saúde-doença e nos estudos de gênero orientados pelo materialismo histórico dialético. O **objetivo** foi investigar os nexos entre o TDAH na infância, as relações de gênero e as práticas medicalizantes que tomaram força a partir da segunda metade do século XX. Discute-se como as relações de gênero, tomado como particularidade do processo saúde-doença, implicam na vida singular de meninos e meninas, trazendo impactos nos atuais índices de diagnósticos e medicalização. **Metodologicamente**, o estudo combinou pesquisa bibliográfica e de campo, e partiu do resgate do desenvolvimento do TDAH como transtorno de comportamento comum no sexo masculino. Analisou-se qualitativamente dados referentes ao diagnóstico do TDAH na rede pública de educação infantil (EI) e primeiro ciclo do ensino fundamental (EF) em cinco municípios do estado do Paraná. Os **resultados** foram: 1- Os manuais diagnósticos explicitam a propensão do sexo masculino ao TDAH, porém, não trazem explicações sobre a prevalência, baseando-se em dados descritivos e de perspectiva organicista. 2- Poucas pesquisas sobre gênero na Psicologia publicadas entre 2008 e 2017 abordam o tema e as que o fazem adotam postura descritiva semelhante aos manuais. 3- Os dados coletados em campo confirmaram a maior prevalência do TDAH no sexo masculino com proporções de 4:1 e 3:1 no EI e EF, respectivamente. Fármacos foram amplamente administrados em meninos e meninas diagnosticadas, superando 90% em ambos os sexos. Houve, portanto, relação estreita entre a prática diagnóstica e o uso de medicamentos, destaque para Risperidona e Ritalina. 4- O nexo biopsíquico, a relação dialética entre o meio e o corpo biológico na formação da personalidade da criança, auxiliou na compreensão radical do TDAH na infância, uma vez que parte das relações sociais próprias desta fase de acumulação capitalista que se apoia, dentre suas particularidades, nas relações de gênero. Estas se expressam como determinação essencial, dentre outros aspectos, na educação conforme o sexo do indivíduo, instituindo comportamentos e qualidades desejáveis a cada um, de modo a garantir que ocupem seus postos no processo de produção (homens) e reprodução (mulheres) da vida. Sendo que o diagnóstico do TDAH inclui características comportamentais que a depender do sexo da criança são interpretadas como mais ou menos patológicas, conclui-se que tal processo se apoia também nas relações desiguais de gênero socialmente constituídas e necessárias à perpetuação da sociedade capitalista patriarcal, que não só refletem na avaliação da conduta como culminam em práticas patologizantes e medicalizantes, cada vez mais danosas. Evidencia-se a gênese social da formação das funções psíquicas superiores, produto do desenvolvimento histórico do psiquismo, não havendo diferença biológica na capacidade de desenvolver a atenção voluntária e o autocontrole do comportamento, seja qual for o sexo. São possibilidades de todos os seres humanos, de se apropriarem dos instrumentos e signos historicamente desenvolvidos, mas que, neste modelo de sociedade, estão disponíveis de forma desigual às diferentes classes, raças e gêneros.

Palavras-chave: Gênero. TDAH. Medicalização. Desenvolvimento humano. Psicologia Histórico-Cultural.

Medicating boys and girls: a historical culture reading of gender relations in childhood ADHD

ABSTRACT

This essay presents contributions for the critic discussion of childhood medicalization, focusing on gender relations as social determination of medicalization of boys and girls diagnosed with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). It's based on the Historical Culture Psychology, the Social Determination of Health Theory and gender studies grounded on historical and dialectical materialism. The **objective** was to investigate the links between childhood ADHD, gender relations and medical practices which took hold from the second half of the 20th century. It's discussed how gender relations, taken as a particularity of the health-illness process, imply in the singular lives of boys and girls, causing impact on the current amount of diagnosis and medicalization. As **methodology**, the study combined bibliographic and field research, and started with the historical analysis of ADHD as behavior disorder most common in males. The data of ADHD diagnosis obtained in five cities in the state of Paraná, focusing the public schools of early childhood education and elementary school, was qualitative analyzed. The **results** were: 1- The diagnostic manuals reveal the tendency of males to ADHD, however, do not explain why, and are based on descriptive data and biological perspective. 2- Few researches about gender in Psychology published between 2008 and 2017 focused the subject, and were grounded on the same descriptive outlook. 3- The field data confirmed the prevalence of ADHD in males, which rates were 4:1 and 3:1, in the early childhood education and elementary school, respectively. Drugs were widely used on diagnosed boys and girls, in more than 90% in both groups. Therefore, it was shown close relation between the diagnostic and use of drugs, particularly Risperidone and Ritalin. 4- The dialectic link between social environment and biological body in the development of child personality helped in the radical comprehension of childhood ADHD, once it is founded on social relations grounded on late capitalist accumulation, also supported by certain gender relations. These relations are an essential determination which expressed, among others aspects, on education based on the individual sex, establishing behaviors and qualities wanted for each one, in order to ensure that they occupy their places in the production (men) and reproduction (women) process. Being that the ADHD diagnosis includes behavior characteristics, depending on the sex are interpreted as more or less pathological, the study concludes that this process is also supported by social construct unequal gender relations, which are necessary for the perpetuation of capitalist and patriarchal society, reflecting on behavior evaluations and pathologizing and medicalizing practices, increasingly harmful. It's exposed the social origin of the high mental functions, result of the historical development of human psyche, there being no biological difference in the potential of developing voluntary attention and behavior self-control, whatever the person's sex. These are possibilities of all human beings, to appropriate the historic developed mental and technical instruments which are, in this society, unequally available to the social classes, races and genders.

Keywords: Gender. ADHD. Medicalization. Human development. Historical Culture Psychology.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Relação dos estudos que apontam a prevalência do TDAH por sexo.....	50
Quadro 2 - Principais temáticas das pesquisas trabalhadas nos artigos	56
Quadro 3 - Artigos que apresentam as Teorias/Estudos de gênero como referencial teórico ..	64
Quadro 4 - Diagnósticos de TDAH na educação infantil.....	84
Quadro 5 - Diagnósticos de Déficit de Atenção na educação infantil.....	84
Quadro 6 - Diagnósticos de TDAH no ensino fundamental.....	86
Quadro 7 - Diagnósticos de Déficit de Atenção no ensino fundamental.....	88
Quadro 8 - Prevalências do Transtorno de Déficit de Atenção com e sem Hiperatividade por sexo.....	89
Quadro 9 - Quantidade de crianças com diagnóstico de TDAH que fizeram uso de medicação controlada na educação infantil	92
Quadro 10 - Medicamentos mais prescritos para tratamento do TDAH na educação infantil.	93
Quadro 11 - Quantidade de crianças com diagnóstico de TDAH que fizeram uso de medicação controlada no ensino fundamental.....	94
Quadro 12 - Medicamentos mais prescritos para tratamento do TDAH no ensino fundamental	95

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Categoria gênero	53
Gráfico 2 - Concepção de gênero	54
Gráfico 3 - Classificação das pesquisas.....	61
Gráfico 4 - Classificação de artigos por abordagem teórica anunciada ou identificada.....	63
Gráfico 5 - Aumento dos diagnósticos de TDAH em meninos e meninas do EI para o EF	89

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABDA – Associação Brasileira de Déficit de Atenção

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal em Nível Superior

CBCL – *Child Behavior Checklist*

CHADD – *Children and Adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder*

CID – Classificação Internacional De Doenças

CMEI – Centro Municipal de Educação Infantil

CNE/CEB – Resolução do Conselho Nacional de Educação /Câmara de Educação Básica

DCM – Disfunção Cerebral Mínima

DSM – Manual De Diagnóstico e Estatístico Dos Transtornos Mentais

EUA – Estados Unidos da América

FDA – *Food and Drug Administration*

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

JAMA – *Journal of the American Medical Association*

LGBTQ – *Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Two-Spirit, and Queer or Questioning*

MEC – Ministério da Educação

MTA – *Multimodal Treatment of ADHD Study*

NIH – *National Institute of Health*

NIMH – *National Institute of Mental Health*

OMS – Organização Mundial da Saúde

QI – Quociente de Inteligência

SNAP-IV – *Swanson, Nolan and Pelham Questionnaire*

TC – Transtorno Compulsivo

TDAH – Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade

TDO – Transtorno Desafiador Opositor

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	15
CAPÍTULO I – A PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE TDAH E GÊNERO: DOS MANUAIS DIAGNÓSTICOS ÀS PESQUISAS EM PSICOLOGIA.....	24
1.1 A ascensão do TDAH como transtorno de comportamento	24
1.2. Sexo, gênero e TDAH: o que dizem os manuais diagnósticos?	42
1.3. Cenário das pesquisas sobre gênero na Psicologia entre 2008 e 2017	52
1.3.1 <i>Da concepção de gênero</i>	53
1.3.2 <i>Das temáticas das pesquisas</i>	56
1.3.3 <i>Das modalidades de pesquisa</i>	60
1.3.4 <i>Do referencial teórico</i>	62
CAPÍTULO II – A MEDICALIZAÇÃO DE MENINOS E MENINAS EM CINCO MUNICÍPIOS PARANAENSES: DO DIAGNÓSTICO DE TDAH À PRESCRIÇÃO DE DROGAS PSIQUIÁTRICAS.....	75
2.1 A expressão do TDAH em meninos e meninas nos municípios de Maringá, Ponta Grossa, Cascavel, Campo Mourão e Mandaguari.....	82
2.1.1 <i>Diagnósticos de TDAH na educação infantil</i>	82
2.1.2 <i>Diagnósticos de TDAH no ensino fundamental</i>	85
2.2 Quem é mais medicado? Os medicamentos mais prescritos para meninas e meninos diagnosticados com TDAH.....	91
2.2.1 <i>Educação infantil</i>	92
2.2.2 <i>Ensino fundamental</i>	94
2.3. Tratando o TDAH com drogas psiquiátricas: como elas agem no cérebro?	96
2.4 A teoria da determinação social do processo saúde-doença	108
CAPÍTULO III – O TDAH NA INFÂNCIA A PARTIR DAS RELAÇÕES HISTÓRICO- CULTURAIS DE GÊNERO	120
3.1 A constituição social do gênero segundo o materialismo histórico dialético	121
3.2 Desenvolvimento psíquico de meninas e meninos na perspectiva histórico-cultural...	138
3.3 A biologia é o destino? Relações de gênero no TDAH a partir do nexos biopsíquico ..	158
3.3.1 <i>Desenvolvimento da atenção voluntária</i>	162
3.3.2 <i>As dimensões singular-particular-universal na determinação social do TDAH</i> ...	166
IV – CONSIDERAÇÕES FINAIS	176
REFERÊNCIAS	182
APÊNDICE	194
ANEXOS	201

INTRODUÇÃO

Neste trabalho, buscamos apresentar contribuições para a discussão crítica a respeito do fenômeno da medicalização, tendo como foco as relações de gênero como determinação social do processo corrente de farmacoterapia de meninas e meninos diagnosticados com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Fundamentamos nossa análise nos aportes da Psicologia Histórico-Cultural, nos estudos feministas e de gênero embasados no materialismo histórico dialético e nas contribuições da teoria da determinação social da saúde.

O caminho até o problema de pesquisa teve início nos últimos anos de minha graduação em Psicologia, a qual foi marcada pelo interesse no estudo da teoria de Vigotski, já nos anos iniciais do curso, e minha aproximação do feminismo e das questões de gênero orientadas pela vertente marxista. Integrando o projeto “Retrato da Medicalização da Infância no Estado do Paraná” a partir de 2013, junto às discussões realizadas ao longo das reuniões, que conjugava profissionais de diversas áreas, passei a focalizar minhas inquietações na relação entre a organização social fundada no modo de produção capitalista e a educação diferenciada para meninos e meninas: será que a forma como a medicalização se configura na infância é determinada, dentre outras particularidades, pelo sexo da criança? Ou o modo como socialmente se educa a criança a partir de seu sexo interfere na avaliação, e possível patologização, de seu comportamento? A partir daí, cheguei à pergunta inicial: o que a literatura especializada diz sobre as relações de gênero e os transtornos do comportamento? O que encontrei foram muitas afirmações sobre a pré-disposição de um sexo ou outro a algum transtorno, mas poucas evidências científicas. Em 2017, inserindo-me profissionalmente como psicóloga em um projeto de extensão para formação de professores na área da Educação Especial, junto às experiências partilhadas com as professoras integrantes dos cursos e oficinas, que trabalhavam principalmente em salas de recurso multifuncional, o TDAH logo se mostrou a queixa, o diagnóstico, um dos rótulos mais disseminados e que orientava as práticas desenvolvidas nesse espaço. As discussões a respeito do TDAH e o processo de ensino-aprendizagem, muitas vezes culminavam na defesa, por parte de algumas professoras, de que era preciso medicar para resolver os problemas escolares, em tese, gerados pelo transtorno.

Diante dessas inquietações, realizamos a partir deste estudo uma análise sobre os nexos entre a expressão do TDAH na infância, transtorno que se apresenta de forma distinta

em meninos e meninas, as relações de gênero historicamente estruturadas e as práticas medicalizantes na atualidade. Para esse caminho, partimos do já conhecido fenômeno da crescente patologização dos problemas escolares enfrentados pelas crianças e a ênfase nos transtornos de comportamento e de aprendizagem como justificativa para o fracasso escolar. Segundo Tuleski & Eidt (2007), a medicalização da vida diz respeito à prática de transferir problemas e dificuldades que são do âmbito social para a esfera da responsabilização individual. No caso das queixas escolares, o indivíduo, seja por um componente genético ou transtorno que apresenta, é o único responsável pelo seu sucesso ou fracasso (Souza, 2015).

Na perspectiva da medicalização, do diagnóstico deriva a tentativa de explicar um problema de aprendizagem a partir de uma desordem orgânica, resultando num rótulo na criança como “portadora de distúrbios e dificuldades de aprendizagem” (Tuleski & Eidt, 2007, p. 532). Sobre o tema, a literatura especializada comumente aceita o distúrbio de aprendizagem como um grupo heterogêneo de desordens que se manifestam como dificuldades na audição, na fala, escrita, raciocínio matemático, etc., sendo estes caracterizados como problemas de ordem intrínseca ao indivíduo (Hammill et al, 1987).

Compreendemos que a prática diagnóstica fundamentada na lógica da culpabilização do indivíduo extrapola a mera classificação do distúrbio e do tratamento ou intervenção a ser proposta. Mais do que classificar, os diagnósticos trazem consequências para o processo de ensino-aprendizagem e para a formação geral do sujeito. Ao abordar o problema com foco individualizante, a transmissão e apropriação de conhecimentos culturalmente elaborados, a organização do ensino e as condições materiais para tal, que são desdobramentos de processos sociais, muitas vezes são ignoradas. Tal concepção se ancora numa visão organicista e naturalizada de indivíduo, a qual considera suas capacidades de aprender e se desenvolver como espontâneas e derivadas de um desabrochar, que pode tanto correr como curso normal quanto se apresentar como processo patológico. A criança, por sua vez, é definida como capaz ou incapaz (Tuleski & Eidt, 2007).

Contraopondo-se a essa visão, baseamo-nos nas contribuições da Psicologia Histórico-Cultural como teoria que estuda a origem social dos processos individuais, assumindo desde o início que o desenvolvimento humano se ancora em processos complexos que superam as leis biológicas, sendo o psiquismo humano o resultado do trabalho como categoria fundante do ser social. Esse processo de superação da condição biológica é determinado pela produção da vida material, pelo intercâmbio entre os seres humanos¹, cerne da transformação da realidade

¹ É comum na literatura encontrarmos o termo particular “homem” para se referir ao universal “ser humano”. Neste trabalho usamos “ser humano” para nos referirmos ao gênero humano, sem distinção de sexo, e “homem”,

e da transformação da própria consciência (Marx & Engels, 2009). Como aponta Vigotski (1999a), o salto qualitativo do desenvolvimento humano em comparação ao psiquismo animal depende da internalização das atividades socialmente enraizadas e historicamente desenvolvidas. Enfatizando o caráter ativo dos sujeitos ao longo do desenvolvimento da humanidade, afirma que estes constroem e são construídos pela realidade objetiva; isto é, ao mesmo tempo em que a transformam, são transformados por ela.

Do entendimento que não nascemos humanos, mas somos dotados do potencial de nos humanizarmos (Leontiev, 2004), levamos em conta que os caracteres, as capacidades, as habilidades, em síntese, todos os traços de comportamento, não são simplesmente transmitidos de forma hereditária, mas sim desenvolvidos durante toda a vida, por meio da atividade, da produção dos meios de satisfação das necessidades, e da apropriação da cultura criada pelas gerações precedentes. Leontiev (2004) esclarece que todos os indivíduos têm a possibilidade de desenvolverem essas aptidões produzidas ao longo das gerações, desde que reunidas às condições necessárias a sua apropriação. Portanto, quando nos referimos ao psiquismo humano, falamos de uma dimensão cultural do desenvolvimento, inexistente em outros animais. Sobre esse processo, Vigotski (2000) explica que:

A cultura origina formas especiais de conduta, modifica a atividade das funções psíquicas, edifica novos níveis no sistema de comportamento humano em desenvolvimento. [...] No processo de desenvolvimento histórico, o homem social modifica os modos e procedimentos de sua conduta, transforma suas inclinações naturais e funções, elabora e cria novas formas de comportamento especificamente culturais (Vigotski, 2000, p. 34, tradução nossa).

O estudo do desenvolvimento humano depende da compreensão de que este se refere a um processo que ocorre numa totalidade, levando em conta seus condicionantes históricos e sociais, suas particularidades (Oliveira, 2005). No processo de organização da produção e reprodução da vida humana, a formação dos indivíduos, suas práticas, conceitos e ideias estarão atravessados por determinações, como a classe social que se ocupa, a raça e o gênero². E, quando nos debruçamos sobre o fenômeno da medicalização de crianças, da mesma forma é imperativo ter em vista estes aspectos histórico-culturais, ou seja, que as práticas

“mulher”, “menino” e “menina” para destacarmos a particularidade e o peso das relações de gênero. No caso das citações diretas que empregam “homem” como universal, mantivemos conforme a autoria.

² Não confundir com uma simples soma de determinações, como classe + raça + gênero = indivíduo singular. Nesta pesquisa, tomamos o gênero como referencial de análise, de forma transversal, o que não significa que ocupa a centralidade no sistema de exploração-opressão. Classe, gênero e raça formam uma unidade, ainda que não idênticas e que não têm o mesmo papel. O eixo central da exploração é a classe, em torno do qual se erguem as opressões de gênero, raça e etnia.

medicalizantes se inserem na vida singular dos indivíduos, não da mesma forma em todas as classes, tampouco de forma indiscriminada a despeito do sexo da criança. Nesse sentido, buscamos nos aprofundar nas relações de gênero envolvidas na determinação social do TDAH como transtorno relativo ao comportamento hiperativo e desatento.

De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) e de estudos da área da Medicina e Psiquiatria, o TDAH se caracteriza como transtorno mais recorrente no sexo masculino. No entanto, das explicações abordadas nos manuais que apoiam os processos diagnósticos, calcadas em concepções organicistas acerca da etiologia do transtorno, as possíveis razões para tal diagnóstico e prevalência não avançam para além das justificativas biológicas, como a hereditariedade, a exposição ao chumbo, até problemas na gravidez e sofrimento fetal (Benczik, 2010), sendo a carga genética o fator de maior importância para explicar a ocorrência do transtorno.

Na atualidade, as investigações cobrem um amplo e interessante campo que vai desde os aspectos bioquímicos até neurológicos e neuropsicológicos. Assim, o transtorno [TDAH] parece ser o resultado de uma interação complexa de um número de variáveis etiologicamente diferentes, tendo a *carga genética um peso importante: quanto maior esta, menos fatores ambientais serão necessários para desencadeamento do TDAH* (Benczik, 2010, p. 34, grifos nossos).

O uso de medicamentos para o tratamento do TDAH tem crescido de maneira exponencial no Brasil especialmente a partir do início do século XXI (Colaço, 2016). Segundo Tuleski & Eidt (2007), entre os anos de 2002 e 2006 a venda de Ritalina³ triplicou no Brasil, passando de 356.925 caixas para 1.042.480 caixas do medicamento. Diante desse aumento, o Ministério da Saúde divulgou em 2015 um documento de recomendação de práticas não medicalizantes que alerta para o excessivo consumo de metilfenidato por crianças e adolescentes, acompanhado da expansão dos diagnósticos de TDAH. Segundo o documento, o Brasil se tornou o segundo mercado mundial no consumo do metilfenidato, com cerca de 2 milhões de caixas vendidas em 2010. O aumento do consumo nos últimos dez anos chegou aos 775% no país (Brasil, 2015). Além disso, observamos um crescimento na prescrição de outras drogas que não estimulantes para o mesmo transtorno, como o antipsicótico Risperidona e antidepressivos (Lucena, 2016).

Ou seja, não só o diagnóstico tem sido cada vez mais difundido, sendo frequentes as queixas oriundas dos espaços escolares, mas a medicalização tem sido uma das soluções mais

³ Nome comercial de um dos medicamentos a base do metilfenidato e prescrito no tratamento do TDAH.

empreendidas e defendidas por médicos e especialistas. A prevalência indicada é repetidamente explorada pelos autores como derivada da maior probabilidade de meninos e homens apresentarem comportamento agressivo e antissocial (Barkley, 2008), conseqüentemente serem mais encaminhados para tratamento, numa proporção que varia de 4:1 a 9:1 (Benczik, 2010).

Em outra direção, partindo das elaborações de autoras feministas que se utilizam do materialismo histórico dialético, concebemos a sexualidade e a identidade de gênero como construção humana (Souza, 2006). Assim, no processo de formação de psiquismo estão imbricadas as relações de gênero, presentes na vida social, que correspondem às concepções, conceitos e práticas sobre o que é masculino e feminino, em termos de comportamentos, emoções, aparência, gostos, etc. O sistema sexo-gênero não se restringe, portanto, às diferenças anatômicas ou biológicas, tampouco ao que o senso comum compreende como comportamentos naturalmente designados a homens ou mulheres. O conceito de masculino e feminino, de “coisas de menino” e “coisas de menina”, bem como a organização dessas relações em âmbito público ou privado deriva de formas de como essas relações são estruturadas e transmitidas na esfera social desde muito cedo na infância e que buscam justificar a desigualdade na forma como os sexos são tratados. Não são expressões de um mecanismo intrínseco à biologia do indivíduo ou de um processo maturacional do comportamento.

Nessa direção, quando nos valem das contribuições de autoras feministas orientadas pelo materialismo histórico dialético, concentramo-nos no entendimento de que a construção de gênero é um processo cultural, que expressa o nexo entre o biológico e o social. Isto é, que além dos caracteres biológicos dados em cada sexo, a saber, as diferenças anatômicas, fazem parte desse processo os diferentes juízos sociais de valor implicados nessas diferenças, que demarcam e moldam a organização social e relacional entre masculino e feminino (Toffanelli, 2016).

Levando em conta a unidade entre as esferas biológica e social, isto é, que as características tipicamente humanas – físicas, psíquicas, sociais – são resultado do desenvolvimento do sujeito na relação com seu meio e com as outras pessoas, entendemos que as desigualdades de gênero, socialmente engendradas, e presentes na vida singular da criança desde antes de seu nascimento, são produtos de uma determinada lógica, que se assenta na hierarquização de caracteres. No caso das desigualdades de gênero, a diferença entre homens e mulheres é traduzida como hierarquia, na qual os homens, e tudo que é masculinizado, ocupam o polo superior, e as mulheres e as características entendidas como

femininas, o polo inferiorizado. Essa divisão se beneficia das ideias relativas à natureza inata do gênero, de que as pessoas nascem homem ou mulher, e não que se tornam tal. Por exemplo, desde que adentram o mundo ao nascer, quando são reservadas roupas e cores diferentes às crianças, quando se diferencia tipos de jogos e brincadeiras direcionadas às meninas e aos meninos, quando os elogios destinados a meninas e meninos acentuam qualidades opostas (delicadeza x força), etc. Em suma, a atribuição de gênero, ou educação de gênero, implica na imputação de lugares distintos a homens e mulheres, e na naturalização da ocupação desses espaços de forma desigual (Izquierdo, 2013).

Essas considerações apontam para a possibilidade de investigações a respeito da articulação entre as relações de gênero e a determinação social dos transtornos do comportamento. Pois a maior incidência de TDAH em meninos, apontada pela literatura, não pode ser suficientemente explicada pelo viés biológico ou individual, mas é passível de ser analisada de forma mais aprofundada e radical a partir dos aspectos sociais de como ocorrem os processos de socialização e educação das crianças a partir do sexo, cujo resultado é a internalização dos papéis de gênero, as formas de se comportar, agir, sentir, etc. E como estes papéis não são processos eternos ou imutáveis, mas derivados de processos socialmente determinados, resultado da atividade dos indivíduos reais frente à realidade histórica de um modo de produção tal que para se eternizar necessita construir várias artimanhas para dividir os seres sociais, em gêneros e raças (Souza, 2006). Por ser histórica, esta realidade e os processos dela derivados são passíveis de transformações numa direção verdadeiramente igualitária.

Destes aspectos gerais a respeito do TDAH e das relações entre a expressão deste transtorno a partir do sexo da criança, as questões primordiais que nortearam o início da pesquisa foram: como a educação de gênero que é diferente para meninos e meninas pode estar relacionada com a maior incidência do diagnóstico de um transtorno de comportamento? Como a construção desigual de identidades de gênero e o processo de socialização determinam os comportamentos esperados para meninas e meninos e, conseqüentemente, em como essas crianças vêm sendo diagnosticadas e tratadas? Pois, uma vez que podemos compreender o fenômeno da medicalização em suas determinações sociais e, no caso desta pesquisa, em destaque as relações de gênero como determinantes deste processo, igualmente podemos repensar nossas análises, intervenções e formação enquanto profissionais preocupados com a expansão de práticas medicalizantes ao longo do início do século XXI, que já atingem os primeiros anos de escolarização da criança. Em síntese, compreender as

expressões desiguais demarcadas a partir do sexo e conseguir vislumbrar possibilidades de superação.

Nesse sentido, buscamos não somente o distanciamento das tentativas hegemonicamente aceitas e difundidas de analisar o TDAH como resultado da interação indivíduo-meio, como relação determinada pelo aspecto biológico em destaque, mas ainda, compreender como o fenômeno da medicalização se estrutura como processo social em uma totalidade que é produto da dinâmica entre múltiplas determinações: a produção da vida, as classes sociais e as relações de gênero e raça. Além disso, apontamos a importância de, utilizando-se dos dados levantados ao longo do projeto “Retrato da medicalização da infância no estado do Paraná”⁴ em diferentes escolas da rede municipal de ensino (educação infantil e séries iniciais do ensino fundamental), aprofundar as discussões sobre a medicalização da infância com o objetivo de expor analiticamente como esse fenômeno se apresenta neste início do século XXI.

Em termos estruturais, esta pesquisa está composta em três capítulos. No primeiro, buscamos expor algumas considerações sobre o desenvolvimento do processo diagnóstico do TDAH, desde a descoberta dos sintomas e a conformação dos critérios diagnósticos até a busca pela causa orgânica, processo este que culminou na consolidação das intervenções medicamentosas para seu tratamento. Assim, nosso enfoque é a literatura especializada sobre o TDAH, principalmente oriunda da área da psiquiatria, de modo a avaliar o que se apresenta nos manuais diagnósticos em relação à prevalência do transtorno, em meninos e meninas e como buscam explicar a maior incidência no sexo masculino. Neste mesmo capítulo, abordamos brevemente o cenário dos últimos 10 anos das pesquisas em Psicologia focadas nas questões de gênero, de modo a situar o lugar dessa ciência na conformação do saber teórico sobre a categoria central ao nosso estudo. Dessa forma, mapeamos como a Psicologia enquanto área de investigação tem se posicionado em relação ao conceito de gênero, bem como avaliamos se abordam as relações de gênero presentes nos transtornos de comportamento, no caso do nosso recorte, especificamente o TDAH.

⁴ Iniciado em 2012, submetido à Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual de Maringá, o projeto visa investigar qualitativamente, a partir de dados quantitativos, a medicalização de crianças que integram os Centros de Educação Infantil (CMEI) e o primeiro ciclo do ensino fundamental (1º ao 5º ano). Diante do crescimento de crianças encaminhadas pelas escolas desde tenra idade para diversos tipos de atendimento especializado, como neurologia, psiquiatria e psicopedagogia, observa-se que isso ocorre em virtude de queixas de transtornos de aprendizagem e muitas vezes com a recomendação de medicação controlada. Envolvendo as universidades estaduais paranaenses UEM, UEL, UEPG e UNESPAR e as Secretarias de Educação dos municípios participantes da pesquisa, do projeto já foram concluídas quatro pesquisas em nível de mestrado (Colaço, 2016; Lucena, 2016; Niero, 2017; Tabuti, 2018).

No segundo capítulo, exploramos os dados coletados em cinco municípios do estado do Paraná, focalizando nossa discussão nas informações referentes ao número de crianças com o diagnóstico de TDAH que tomaram medicação controlada, e quais são os medicamentos mais receitados para esse transtorno, nos períodos da educação infantil e anos iniciais do ensino fundamental. Dos dados quantitativos em relação ao diagnóstico, discutimos a respeito das consequências deste fenômeno, nos termos de efeitos em curto, médio e longo prazo da administração de fármacos para tratamento. Por fim, situamos a prática da medicalização dentro do contexto social calcado no modo de produção capitalista, apresentando contribuições do campo da saúde coletiva de orientação marxista para a discussão da formação social do processo saúde-doença e da relação entre indivíduo e sociedade para se pensar na configuração do TDAH como diagnóstico amplamente difundido na infância.

Por fim, no terceiro capítulo explicitamos o nexos entre as bases biológicas e sociais na constituição das relações de gênero. Abordamos o processo social de construção das diferenças entre os sexos e como a organização patriarcal capitalista se vale da hierarquização dessas diferenças para perpetuar-se. Discutimos como esse processo, considerado natural e imutável não só pelo senso comum, mas também por diversos ramos da ciência, possui bases históricas e impacta a formação do psiquismo de meninas e meninos, homens e mulheres. Além disso, como se consolida e reproduz uma lógica dicotômica que traz implicações em suas formas de se comportar, agir, sentir, em suma, nos modos reais de viver, podendo levar a patologização dos mesmos, como no caso do rótulo do TDAH. Após a explanação das bases biológicas e sociais das relações de gênero, a partir do materialismo histórico dialético, abarcamos o desenvolvimento da criança segundo a Psicologia Histórico-Cultural, de modo a esclarecer como as relações de gênero se constituem como particularidade desse processo, estruturado a partir da constatação das diferenças sexuais, trazendo consequências para o comportamento de meninas e meninos. Por fim, analisamos a relação entre a educação de gênero e os diagnósticos de TDAH tal como encontramos nos dados quantitativos, para além da visão biologizante exposta nos manuais diagnósticos a respeito da propensão do sexo masculino para o transtorno em foco.

Com essa pesquisa, nosso esforço se concentrou na análise de como as relações de gênero, discussão que tomou força principalmente a partir dos anos 1990 no Brasil com a chamada Terceira Onda Feminista, constituem-se como uma importante particularidade da vida singular dos indivíduos. Pois, nascemos, crescemos e morremos numa sociedade generificada, isto é, demarcada pelas desigualdades de sexo e gênero. Esse processo, por sua

vez, envolve a idealização da criança, sendo do sexo masculino ou feminino, de como deve se comportar, pensar, sentir e se expressar com sujeito. Numa sociedade que patologiza e medica, o componente sexo assumirá importância, como no caso da amplitude dos diagnósticos de TDAH no sexo masculino em relação ao sexo feminino.

Demonstrando que a naturalização do componente sexo para a determinação deste transtorno, cujas explicações ainda são obscuras, mesmo que fortemente difundidas por especialistas, esclarecemos que se trata de um rótulo socialmente produzido que, direta ou indiretamente, reproduz a lógica dicotômica imposta para meninos e meninas, estas formadas para serem delicadas e comportadas, aqueles, agitados e hiperativos. Estas desigualdades não só se refletem na avaliação da conduta da criança como, inclusive, podem culminar, e isso é evidenciado pelos índices quantitativos, em práticas patologizantes e medicalizantes, cada vez de forma mais brutal e com consequências danosas para o psiquismo. Pois, como bem aponta Izquierdo (1994), a transformação das relações sociais entre homens e mulheres só é possível se antes concluirmos que as desigualdades entre ambos não derivam de um determinismo biológico. Nesse sentido, debruçarmos nas bases biológicas e sociais das relações de gênero se constituiu em um empenho de empregar esta categoria de forma responsável, radical e comprometida com a verdadeira destruição desse sistema que elege caracteres distintos desejáveis aos indivíduos, como justificativa para perpetuar exploração, desigualdade, opressão e violência.

CAPÍTULO I – A PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE TDAH E GÊNERO: DOS MANUAIS DIAGNÓSTICOS ÀS PESQUISAS EM PSICOLOGIA

Desde o início do século XXI, temos observado que TDAH passou a ser amplamente discutido não só no âmbito da Psicologia, como também nas áreas da Medicina, Psiquiatria, Pediatria, Pedagogia dentre outras. Muito dos debates se concentra a respeito das supostas origens orgânicas do transtorno, que tem como característica principal o funcionamento diferenciado das funções da atenção e controle do comportamento (Barkley, 2008; Benczik, 2010; Facion, 2013; Mattos & Rhode, 2010; Pastura, Mattos & Araújo, 2005, 2007). Em contraste, há concepções que analisam o TDAH mais como uma “doença fabricada” e menos como quadro oriundo de uma disfunção biológica (Moysés & Collares, 1992, 2011; Bonadio & Mori, 2013; Tuleski & Eidt, 2007; Whitaker, 2017), contestando primordialmente a hegemonia das explicações de caráter exclusivamente organicista.

Neste item, objetivamos abordar o desenvolvimento do processo diagnóstico deste transtorno tão atual que, veremos ao longo de seus mais de 100 anos de descoberta e evolução das investigações sobre suas causas, sofreu poucas alterações em relação aos métodos de identificação, culminando num processo de consolidação das intervenções medicamentosas para seu tratamento. Assim, concentramo-nos na literatura especializada sobre o TDAH, principalmente oriunda da área da Psiquiatria, que expõe pesquisas sobre este quadro, de modo a avaliar o que se apresenta nos manuais diagnósticos em relação à prevalência do transtorno, em meninos e meninas, e quais as possíveis explicações para sua maior incidência no sexo masculino.

Num segundo momento, trazemos um panorama geral das pesquisas em Psicologia dos últimos 10 anos, que anunciam como ponto de discussão as relações de gênero. Dessa forma, pretendemos mapear como essa ciência tem se posicionado em relação a tal categoria, a respeito de sua gênese social e biológica, bem como avaliar se as possíveis articulações entre gênero e transtornos de comportamento, no caso do nosso recorte, especificamente o TDAH, apresentam-se como uma problemática de investigação.

1.1 A ascensão do TDAH como transtorno de comportamento

Ao retomar a história do TDAH enquanto um transtorno passível de intervenção medicamentosa, Bonadio e Mori (2013) comentam que os traços que hoje compõem o

transtorno, isto é, as manifestações de desatenção e hiperatividade, começaram a ser estudados com mais afinco por médicos a partir do século XX. Assim, trata-se de uma área de investigação relativamente recente, que podemos considerar como um produto de uma determinada forma de sociabilidade referente ao período de reestruturação produtiva, calcada na busca por maior produtividade, na rapidez e constantes avanços tecnológicos (Harvey, 2012).

A ascensão do TDAH como transtorno do comportamento que mais atinge crianças em idade escolar se relaciona com a hegemonia das explicações biologicistas que caracterizam o fenômeno da medicalização. Assim, buscou-se traçar uma relação entre comportamentos indesejáveis manifestos pela criança e patologia mental na infância (Cohen, 2016).

Recuperando a história do transtorno, Benczik (2010) aponta que as primeiras manifestações de tratamento para a inquietação e impaciência em crianças remontam à Grécia antiga, com um médico chamado Galen que administrava ópio, uma mistura de alcaloides que tem ação analgésica, narcótica e hipnótica, para aquelas que apresentavam esses sintomas. Contudo, o marco inicial consensual sobre a descrição do TDAH data de 1902. Nessa época, o pediatra inglês George Still investigava crianças com doenças como meningite, tumores cerebrais e epilepsia que apresentavam comportamento agressivo e desafiador⁵. Outro pediatra inglês, Alfred Tredgold, é também considerado pioneiro nos estudos clínicos de crianças com características semelhantes ao que conhecemos hoje como integrantes do TDAH (Bonadio & Mori, 2013).

O século XX foi marcado pelo interesse em entender a neuropsicologia desse possível novo transtorno, com estudos que procuravam investigar crianças com inteligência preservada (sem tipos de deficiência intelectual), mas que apresentavam dificuldades em reter informações e aprender conteúdos. Os comportamentos predominantes observados nessas crianças eram a falta de constância na atenção, a hiperatividade e a impulsividade, sintetizados como “comportamento agitado e sem parada” (Kaefer apud Bonadio & Mori, 2013).

⁵ As pesquisas de Still, em 1902, com 43 crianças com problemas de atenção focavam em sua dificuldade de controle moral. As crianças eram descritas como impetuosas, agressivas, desafiadoras, e demonstravam malevolência, desonestidade, crueldade, pouca inibição do comportamento e sensibilidade a punições (Bonadio & Mori, 2013; Cohen, 2012). Para o pediatra, eram crianças com “defeito na conduta moral”, possivelmente decorrente de doença cerebral. Barkley (2008) aponta que essas primeiras pesquisas assinalavam a possibilidade de melhora na conduta da criança por meio uso de medicamentos e alterações no ambiente. O início da utilização de medicamentos para controle da atenção será discutido adiante.

Segundo Bonadio e Mori (2013), Holman também realizou estudos sobre a origem do comportamento desatento e hiperativo, entre 1917 e 1918. Após epidemia de encefalite⁶, observou que crianças acometidas pela doença, depois de recuperadas, começaram a apresentar comportamentos inquietos, hiperativos e desatentos, bem como prejuízos na regulação de atividades, cognição e memória. Assim, cogitou-se a hipótese de prejuízo cerebral causado por essa doença (Benczik, 2010).

Com o avanço dessas pesquisas, iniciou-se o estabelecimento da relação entre doença cerebral e patologia comportamental, com os estudos sobre a desatenção e hiperatividade se concentrando nas possíveis causas de uma lesão cerebral que alterava as capacidades atencionais da criança. Conforme Bonadio e Mori (2013), as hipóteses envolviam: encefalite, sarampo, epilepsia, traumatismos cranianos e traumas natais, associados a comprometimentos na conduta e capacidades cognitivas, como a impulsividade e a desatenção, sintomas hoje considerados típicos do quadro clínico do TDAH.

A respeito do diagnóstico, os estudos do neuropediatra Dupré são também considerados referência. Entre 1920 e 1950, passa-se a empregar termos como “motivação orgânica” e “síndrome da inquietação” para descrever comportamentos como inquietação, hiperatividade, impulsividade e dificuldades de aprendizagem. A hipótese de que defeitos patológicos no prosencéfalo causariam essas inquietações foi traçada a partir de experimentos com primatas, por Blau, em 1936 e Levi, em 1938 (Bonadio & Mori, 2013).

Como é possível notar, os dados sobre as pesquisas iniciais se mostram ainda nebulosos, com diversos autores demonstrando pontos de vista controversos a respeito da origem, métodos de investigação e diagnóstico. Esse aspecto se mostra relevante quando nos voltamos para como os distúrbios de aprendizagem se consolidaram ao longo dos anos como uma explicação sobre o fracasso escolar, fundamentalmente calcada na crença de anormalidade do organismo, ainda que não plenamente verificada.

Como apontam Moysés e Collares (1992), o próprio termo “distúrbio de aprendizagem”, que engloba hoje dentre outros diversos transtornos o TDAH, já traz em seu bojo o sentido de uma doença que acomete o indivíduo, no caso, o aluno, em nível individual e orgânico. Nessa lógica, “para um problema individual, só podem surgir soluções individuais” (Moysés & Collares, 1992, p. 31). E é justamente dentro desse contexto de

⁶ Segundo Vigotski (2018), a encefalite epidêmica é um distúrbio que afeta comumente o córtex cerebral, cujas manifestações são diferentes na infância e na vida adulta. No primeiro caso, costuma acarretar hiperatividade motora, hiperdinamicidade e motilidade extrema, afetando o desenvolvimento dos movimentos voluntários da criança. Já na idade adulta, observa-se o quadro oposto: os movimentos muito simples são afetados, pois são significativamente transferidos aos centros inferiores, ao passo que os movimentos voluntários (como subir uma escada) não são refreados.

explicações sobre as causas orgânicas de questões que na realidade são sociais, que podemos situar a ascensão do TDAH como um transtorno assentado em poucas evidências empíricas comprovadas, mas que é divulgado como uma doença que tem na biologia do indivíduo sua única explicação.

A ideia formulada sobre a hiperatividade como marcador de lesão cerebral (Whitaker, 2017) ajudou a fortalecer o que hoje se entende e se divulga amplamente como o quadro clínico do TDAH, ainda que as pesquisas chegassem a resultados que não confirmavam as hipóteses iniciais. Novamente, recorremos a Moysés e Collares (1992), que explicam a história da produção científica sobre distúrbios da aprendizagem a partir da primeira hipótese da **lesão cerebral mínima** como causa dos distúrbios de comportamento e de aprendizagem. As autoras afirmam que essa teoria, lançada pelo neurologista Strauss em 1918, não derivou de comprovação científica e sim de um raciocínio clínico tradicional. Suas pesquisas partiram de observações de pessoas com doenças neurológicas, como infecções e traumas, que apresentavam sequelas em relação ao comportamento normal. Depois, este dado foi estendido para crianças que apresentavam dificuldades em áreas da aprendizagem. Essas crianças apresentariam, portanto, uma lesão “mínima” no cérebro, suficiente para alterar seu comportamento, mas tão pequena que não provocava outras manifestações mais sérias (Moysés & Collares, 1992). Dessa forma, “sem muita comprovação e consistência científica as pesquisas organicistas foram ganhando espaço e, aos poucos, compondo o quadro de critérios diagnósticos que ganharia força a partir da década de 1950” (Bonadio & Mori, 2013, p. 29).

O avanço das explicações organicistas sobre problemas de aprendizagem ao longo do século XX deve ser entendido em um contexto histórico que conjuga diversos aspectos propícios. Soma-se à já mencionada epidemia de encefalite nos EUA nas primeiras décadas, a tendência político-social desse país em excluir ou eliminar os comportamentos diferentes ou que fugiam da norma. Moysés e Collares (1992) consideram que “as formas como foram tratados os comportamentos ‘desviantes’, ao longo da história do homem é um eixo central para se apreender porque a medicalização e a patologização são tão facilmente aceitas e disseminadas, uma vez que respondem os anseios da própria sociedade” (p. 35). Destacamos que entendemos as concepções organicistas não como resposta aos anseios da sociedade como um todo hegemônico, mas de uma parcela desta, respondendo a determinados interesses de classe. Como apontam Marx e Engels (2009), as ideias dominantes, produzidas em determinado tempo histórico, são as ideias das classes dominantes, daquelas classes que possuem os meios materiais para fazê-lo.

[...] Na medida, portanto, em que dominam como classe e determinam todo o conteúdo de uma época histórica, é evidente que o fazem em toda a sua extensão e, portanto, entre outras coisas, dominam também como pensadores como produtores de ideias, regulam a produção e distribuição de ideias do seu tempo; que, portanto, as suas ideias são as ideias dominantes da época (Marx & Engels, 2009, p. 67).

Assim, devemos considerar o papel da ciência moderna como legitimadora dos critérios de normalidade e anormalidade, da produção dessas ideias da classe dominante, ideologicamente disseminadas como unívocas, ou perdemos de vista a conjuntura mais ampla em que explicações para o TDAH são produzidas, divulgadas e consideradas inquestionáveis, tanto no meio científico como no senso comum⁷.

As décadas de 1940 e 1950 marcaram o desenvolvimento das pesquisas sobre o diagnóstico e tratamento da desatenção e hiperatividade devido ao contexto histórico afetado pelo fim da Segunda Guerra Mundial (1939-1945) e a criação da primeira edição do Manual de Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM), em 1952. Os autores consultados (Bonadio & Mori, 2013; Benczik, 2010; Barkley, 2008) concordam que o contexto pós-guerra favoreceu o avanço de pesquisas na área, por conta do grande número de pessoas lesionadas, vítimas que apresentavam sequelas decorrentes de ferimentos e traumas cerebrais. As investigações apontavam para a afirmação de que prejuízos de qualquer parte do cérebro poderiam ocasionar comportamentos de desatenção, impaciência e inquietação, e serviram de base para a hipótese de que crianças que apresentavam esses traços sofriam de alguma disfunção ou perda cerebral. Ou seja, partia-se de uma correspondência direta entre o que soldados e vítimas da guerra apresentavam, após traumas e lesões, e as crianças com dificuldades no controle da conduta superior.

Interessante notar que essa época correspondia ao início das pesquisas sobre a administração de drogas psiquiátricas para o tratamento da desatenção, sendo que as recomendações se concentravam primordialmente em alterações no contexto educacional da criança com suposta lesão cerebral, como a constituição de espaço de aprendizagem sem distrações fáceis, organização do ambiente com poucos estímulos visuais e indicações para roupas e acessórios discretos para os professores que lidavam com essas crianças. Logo, as mudanças no currículo e no ambiente passaram a ser associadas à utilização cada vez mais intensificada de fármacos (Bonadio & Mori, 2013; Whitaker, 2017).

⁷ Fazendo uma pesquisa rápida em buscador na *internet* com o título “meu filho tem TDAH?”, o leitor facilmente se depara com fontes que propagam “testes rápidos” para identificação deste transtorno em crianças (“TDAH: saiba como identificar se seu filho sofre com essa doença”, “TDAH: será que seu filho sofre desse distúrbio?”) e com “dicas” para auxiliar os pais a como lidar com a doença dentro de casa (“TDAH: como descobrir o transtorno e lidar com o seu filho”).

Os estimulantes foram introduzidos como tratamento para desatenção em 1937, por Charles Bradley que administrou a Benzedrina⁸ a crianças hiperativas que se queixavam de cefaleia. Embora não curasse a dor, o médico notou que após tomar o medicamento as crianças ficavam mais quietas e se concentravam melhor e completavam as tarefas escolares com menos interrupções (Cohen, 2016). Mesmo que os resultados se mostrassem sistematicamente inconsistentes e temporários, a teoria de Bradley foi sendo disseminada, e pouco foi criticada à época por seus métodos antiéticos e consequências questionáveis⁹ (Moysés & Collares, 1992). Haja vista que já fora desenvolvido medicamento utilizado para sintomas de desatenção e hiperatividade, o desejo de se curar uma doença que ainda não havia sido comprovada se realizava (Moysés & Collares, 2011).

Em 1956, o metilfenidato foi introduzido no mercado pela Ciba-Geigy¹⁰ para tratamento da narcolepsia, divulgada como uma alternativa segura à anfetamina. Porém, observa Whitaker (2017) que o número de diagnósticos de **disfunção cerebral mínima** em crianças ainda era pequeno, e a prescrição da Ritalina como tratamento farmacológico para crianças irrequietas ainda era restrita na década de 1960. O diagnóstico do transtorno era envolto por imprecisão científica, com cada pesquisador utilizando seus critérios subjetivos para identificação. Conforme Lefèvre e Miguel (apud Bonadio & Mori, 2013, p. 30-31).

Os quadros clínicos são realmente mal definidos, pois muitas manifestações apresentavam-se com intensidade diversa nos vários pacientes, assumindo a gradação de um espectro que, no extremo da maior gravidade, se confundem com graves quadros encefalopáticos e/ou psiconeuróticos, enquanto que em outro extremo são mal distinguíveis das vagas fronteiras da normalidade.

Ao passo que a associação entre lesão cerebral e alterações comportamentais era sistematicamente solapada pela falta de evidências, com inúmeros instrumentos empregados chegando à mesma conclusão de inexistência de lesão, os estudos passaram a focar na conceituação, diagnóstico e tratamento da até então denominada Lesão Cerebral Mínima (LCM). Na década de 1960 o foco se volta à revisão conceitual do transtorno pela ótica mais funcional, isto é, enfatizando os comprometimentos nas funções, como a centralidade do excesso de movimentos como sintoma (Barkley, 2008).

⁸ Nome comercial da anfetamina (DL -amphetamine), que passou a ser comercializada a partir de 1933 na forma de inaladores.

⁹ As autoras denunciam que Bradley se utilizou de crianças institucionalizadas, sem menção de consentimento ou alerta às famílias para os riscos de exposição a anfetaminas. Em suma, muito do que se deve ao psiquiatra norte-americano por suas pesquisas iniciais na área dos distúrbios de comportamento se assenta na realização de experimentos com substâncias potencialmente nocivas, e cujos efeitos eram presumidamente mais intensos em crianças do que em adultos (Moysés & Collares, 1992).

¹⁰ Atualmente, o grupo farmacêutico Novartis, derivado da incorporação à Sandoz, ocorrida em 1996.

Um simpósio realizado na cidade de Oxford, na Inglaterra, em 1962, objetivou a definição de um único termo para o quadro, com vistas de padronizar o diagnóstico. Novamente, recorremos a Moysés e Collares (2011), que afirmam que no simpósio se chegou à conclusão unânime de que mesmo com todos os recursos mais recentes disponíveis, como o estudo anatomopatológico (acompanhamento e estudo do cérebro pós-morte), não foi possível encontrar lesão cerebral mínima ligada aos sintomas do quadro clínico. Definiram-se pontos fundamentais quanto à conceituação, que estaria associada a várias etiologias, como a paralisia cerebral, a imaturidade do Sistema Nervoso Central, fatores genéticos e a prevalência no sexo masculino. Assim, podemos considerar que, segundo consta na literatura consultada, o simpósio definiu a pré-disposição dos homens ao transtorno como uma das possíveis causas dele, porém, sem apresentar explicações para a propensão deste grupo ao transtorno.

Diante da ausência de lesão comprovada, passou-se a considerar a existência de uma disfunção e o quadro passou a ser denominado Disfunção Cerebral Mínima (DCM). Esta era marcada clinicamente por hiperatividade, agressividade, distúrbios de linguagem e aprendizagem, déficit de atenção, instabilidade de humor, baixa tolerância à frustração (Moysés & Collares, 1992), ou seja, uma ampla gama de comportamentos cujo limiar de normalidade/anormalidade era arbitrariamente estabelecido pelo profissional que avaliava. Além disso, as autoras afirmam que não havia número mínimo de sintomas para se demarcar o quadro clínico, qualquer combinação poderia levar ao diagnóstico. Uma vez que se assumia a não necessidade entre a alteração comportamental e a correspondência anatômica (por isso uma disfunção, e não mais lesão), partia-se do pressuposto de que não era obrigatória qualquer alteração objetiva, mas apenas um desvio do que era considerado nível normal da atividade, da atenção ou do comportamento esperado.

Ou seja, partia-se de uma definição arbitrária de onde começa um quadro patológico de desatenção, sendo descartadas as dificuldades manifestas pela criança no processo de ensino-aprendizagem, que podem sinalizar a necessidade de maior direcionamento no desenvolvimento dessas capacidades e de problemas de ordem emocional, pedagógica, social, etc. Ao assumir a tarefa de traçar a linha que separava o normal do patológico, ao longo dos últimos 60 anos a ciência médica passou a concretizar de formas cada vez mais contundentes a redução de problemas de ordem social a características individuais, processo que caracteriza a medicalização da vida. Uma vez que as circunstâncias sociais operariam influências mínimas, decorre-se que o indivíduo é o maior (se não o único) responsável por seu destino, sucesso e fracasso (Moysés & Collares, 1992).

O DSM-II, publicado em 1968, passa a denominar o transtorno de Reação Hiperkinética e a Classificação Internacional de Doenças (CID-9) de Síndrome Hiperkinética. O quadro que se esboçara com a ênfase na síndrome comportamental passa a remeter a crianças com inteligência média ou superior, mas que apresentavam dificuldades na aprendizagem e/ou distúrbios no comportamento. Nesse sentido, o diagnóstico englobava sintomas como dificuldade de prestar atenção, prejuízos na coordenação motora, fala, escrita, leitura e aritmética e a hiperatividade, abrangendo quadros específicos como dislexia, disgrafia, discalculia e distúrbios da fala, ainda não esclarecidos (Bonadio & Mori, 2013). Desse modo, destacamos que essa época demarcou o alargamento das fronteiras diagnósticas, uma vez que qualquer criança que apresentasse dificuldades na aprendizagem, nas áreas da leitura, escrita, fala, coordenação, etc., poderia ter nesses aspectos manifestações da existência e comprovação da presumida disfunção.

A publicação do DSM-III, em 1980, identifica pela primeira vez o **transtorno de déficit de atenção** como uma doença (Whitaker, 2017). Assim, a nomenclatura adotada é a de Distúrbio do Déficit de Atenção, evidenciando a centralidade dos sintomas de desatenção e hiperatividade para o diagnóstico (Colaço, 2016). Segundo Moysés e Collares (1992), a justificativa era que o defeito básico se encontrava na esfera atencional, e dele decorriam todas as outras manifestações clínicas, por isso a necessidade de reformulação dos conceitos da DCM. A revisão do mesmo manual (DSM-III-R), em 1987, altera o nome para Distúrbio de Hiperatividade com Déficit de Atenção, ou seja, com ênfase na hiperatividade. Porém, pouco se altera sobre as características do transtorno em relação à DCM, ao passo que os critérios de diagnósticos tornaram-se ainda mais vagos, tais como “parecer não ouvir”, “agir sem pensar”, apresentar “dificuldades na aprendizagem” (Moysés & Collares, 2011).

O DSM-III e sua posterior edição revisada traz em seu bojo o cerne da relação entre o contexto escolar e diagnóstico de TDAH. Conforme o rol de sintomas evidencia-se que se estes se conformam em duas frentes: dificuldades de aprendizagem, como a inabilidade de se engajar nas tarefas e em prestar atenção, e dificuldades em termos de comportamento, como em conflitos com os pares com professores (Cohen, 2016). Segundo o autor, problemas enfrentados pela criança em contexto escolar, como no desempenho acadêmico são interpretados pela razão médica como sintomas de desatenção, e no campo comportamental e interpessoal, como o componente hiperativo.

Whitaker (2017) considera que o DSM-III assumiu a função de afrouxar as fronteiras diagnósticas do transtorno, uma vez que se pauta em traços de comportamento observáveis em relação à aprendizagem da criança, e que estão presentes ao longo de seu

desenvolvimento. Como exemplo, temos como sintoma de desatenção a dificuldade da criança em organizar e terminar tarefas e dificuldades em prestar atenção em sala de aula, contexto em que se espera que ela sustente essa função por mais tempo. Além disso, sintomas de hiperatividade envolvem estar “sempre elétrico” e correr ou escalar “excessivamente” (Colaço, 2016).

Ou seja, estamos diante de critérios subjetivos, pautados na aparência, revestidos com a roupagem de cientificidade, uma vez que não é explicitado nesse manual o que é **demais**, **excessivo** ou **muito frequente** quanto ao comportamento normal da criança. Desconsidera-se, portanto, o contexto no qual o comportamento se manifesta e sua característica, o grau de dificuldade e de compreensão da criança em relação à tarefa dada, bem como as particularidades como as questões de classe social, que demarcam diferenças nas condições educacionais, as relações de gênero e de raça. Na perspectiva que converge tais determinações, o que é normal ou excessivo para uma criança pode não ser para outra de outra classe, raça ou gênero, sofrendo a transversalidade dessas determinações, inexistente nos manuais que elencam os critérios diagnósticos do TDAH.

A CID-10, de 1993, mantém a nomenclatura antiga (Transtorno Hiperativo), e em 1994, o DSM-IV passa a nominá-lo como **Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade**, utilizando agora os sintomas da desatenção e hiperatividade de forma equivalente para o diagnóstico. A revisão do DSM-IV, de 2000, cuja principal finalidade era de “corrigir alguns erros” identificados na versão anterior, não traz mudança na definição do transtorno. Segundo Lange et al. (2010), embora o DSM-IV adote critérios quase idênticos aos da CID-10, em relação à identificação dos sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade, existem diferenças significativas entre as duas classificações, com a CID-10 dando maior ênfase na observação dos sintomas em mais de uma situação (escola, família, clínica, etc.). O esforço em se estabelecer uma classificação internacional acerca dos sintomas apontava para a concretização de um consenso da comunidade médica em relação ao quadro clínico do TDAH (Lange et al., 2010).

Como podemos perceber até o momento, o TDAH é demarcado por uma sucessão de mudanças terminológicas ao longo dos anos, em contraste com as modificações pouco significativas em relação aos critérios diagnósticos. Historicamente, buscou-se definir os traços característicos do transtorno, e não a sua determinação real enquanto processo socialmente determinado.

Há 113 anos se sucedem hipóteses de doenças neurológicas que comprometeriam exclusivamente a aprendizagem e/ou o comportamento; hipóteses jamais comprovadas e sempre criticadas dentro da própria Medicina. Nessa trajetória, sempre que o questionamento atingiu o que poderíamos chamar de nível crítico, ocorreu a transmutação da hipótese vigente em uma nova, diferente e absolutamente igual. Mudanças apenas cosméticas, sem nunca atingir o essencial (Moysés & Collares, 2011, p. 135).

Ou seja, as autoras atestam para as mudanças em relação ao transtorno que ocorreram historicamente somente na sua aparência, mas que trazem em seu bojo critérios cada vez mais vagos e carregados de preconceitos e ideologia. Afinal de contas, observamos com o resgate histórico que o diagnóstico impreciso, aliado aos fracassos em se precisar sua origem biológica e ao afrouxamento das fronteiras entre normal e patológico, não por acaso foi acompanhado do aumento alarmante no número de indivíduos diagnosticados com TDAH e consequentemente submetidos a tratamentos via fármacos ao longo das décadas, prática esta inclusive debatida no interior da Medicina.

Outro aspecto referente à década de 1990 diz respeito à consolidação da aliança entre a indústria farmacêutica e a divulgação do TDAH pela comunidade médica. Como exemplo, nos EUA, “a Ciba-Geigy [empresa fabricante do Metilfenidato] ajudou a financiar a criação do *Children and Adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder* (CHADD), um ‘grupo de apoio de pacientes’ que começou imediatamente a promover a conscientização popular em relação a essa ‘doença’” (Whitaker, 2017, p. 228).

Amarante e Torre (2010) complementam que a existência de grupos de pacientes – muitas vezes criados com financiamento da indústria farmacêutica – assume um papel muito mais complexo do que a defesa de direitos de pacientes e luta por benefícios. Segundo os autores, na realidade, esses grupos funcionam também como imãs para atrair outras pessoas, tornando-se verdadeiros ativistas em favor da doença. Assim, “[...] podemos pensar na constituição de movimentos sociais de pacientes, que contribuem para legitimar a doença, o tratamento, a ação benéfica da indústria” (Amarante & Torre, 2010, p. 158). Ademais, destacamos como esse fenômeno penetrou também o espaço escolar, visto que grande parte das queixas de comportamento que levam ao diagnóstico e à defesa de administração de fármacos advém da escola. Dessa forma, a escola se tornou importante aliada para a criação deste “novo mercado”, muitas vezes endossando o discurso de que é necessário medicar para sanar o problema de aprendizagem.

Nesse sentido, uma investigação mais detida a respeito da relação entre a indústria farmacêutica e o saber médico sobre o TDAH consideraria no mínimo questionável o fato de

que muitas pesquisas e palestras na área serem patrocinadas por esse ramo do mercado¹¹. Além disso, conjuga-se a esse contexto o papel da indústria farmacêutica no financiamento e patrocínio de pesquisas sobre doenças e desenvolvimento de medicamentos, que correntemente vêm acompanhadas de problemas de ordem ética (Whitaker, 2017), por exemplo, na divulgação científica das informações, desde fraudes em fórmulas e bulas, informações falsas, superfaturamento de investimentos em pesquisas, subornos e propinas (Amarante & Torre, 2010). A indústria farmacêutica se configura como um lucrativo ramo de produção, possuindo interesses econômicos e ideológicos específicos, cujo financiamento e divulgação de pesquisas que buscam comprovar os efeitos benéficos de medicamentos, responde às exigências da acumulação capitalista (Almeida & Gomes, 2014). Essa lógica, imanente ao capital, coloca a medicina e a indústria farmacêutica a serviço das exigências econômicas capitalistas, o que faz emergir tais expressões sociopolíticas.

Além desse contexto produtivo que buscava novos ramos de produção e lucro, a ciência médica, ao reestabelecer a centralidade dos fatores neurológicos e genéticos, em detrimento de fatores sociais ou ambientais, auxiliou na construção do consenso em relação ao TDAH ao longo dos anos 1990. Com efeito, as controvérsias não tardaram a surgir, principalmente em relação ao já citado financiamento das indústrias farmacêuticas para estudos sobre o transtorno e o questionamento sobre a existência de uma origem biológica.

Ao passo que se desenvolveu a padronização dos critérios diagnósticos do TDAH, pouco se alterou a respeito da compreensão (ou desconhecimento) de sua etiologia. Muito do que se sabe hoje sobre o transtorno se concentra na gama de comportamentos indesejáveis expressos pela criança, e mais frequentes em meninos do que em meninas, e que acarretam prejuízos principalmente na aprendizagem escolar (Barkley, 2008). Conforme Bonadio e Mori (2013), a definição consensual sobre o TDAH se apoia em sua descrição como uma condição neurológica que compromete a aprendizagem e desempenho escolar.

É notória a divulgação do TDAH como um transtorno de origem orgânica, uma doença cerebral, embora sua etiologia ainda seja essencialmente desconhecida. Pesquisadores vêm tentando comprovar sua origem biológica, mas sem sucesso e mesmo o Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos (NIH) já admitiu que o conhecimento sobre as causas do TDAH até o momento é predominantemente especulativo (Whitaker, 2017). A necessidade de confirmar a causa do transtorno desde as primeiras pesquisas elencadas fora um espectro e

¹¹ O CHADD divulga em sua página na *internet* que concessões de empresas farmacêuticas somam US\$700.000, 27% de seu capital. É sabido que membros da Associação Brasileira de Déficit de Atenção (ABDA) realizam palestras e consultorias financiadas por laboratórios farmacêuticos, como a Janssen-Cilag e a Novartis, que envolvem o recebimento de incentivos, viagens e hospedagens para congressos.

a busca por comprovação compreende hipóteses anatômicas, funcionais e genéticas. No entanto, muitos estudos que se propunham a confirmar a existência da origem orgânica do TDAH não respondiam ao rigor metodológico ético a ser seguido em qualquer área de pesquisa, como na Medicina, que se usa de experimentos e estudos epidemiológicos (Moysés & Collares, 2011).

O DSM-V, de 2013, classifica os comportamentos manifestos pela criança diagnosticada com TDAH a partir de três categorias: os tipos predominantemente desatento, predominantemente hiperativo/impulsivo e misto (*American Psychological Association [APA], 2014*). Em relação ao DSM-IV, a quinta edição do manual apresentou poucas alterações quanto ao quadro do TDAH, permanecendo o conjunto de 18 sintomas, sendo nove de desatenção, seis de hiperatividade e três de impulsividade. O SNAP-IV¹², como é conhecido um dos questionários de avaliação de sintomas do TDAH, compreende esses sintomas e pode ser facilmente encontrado em busca na internet, sendo recomendado pela ABDA, para ser impresso e respondido por pais e professores. Os sintomas são organizados em dois grupos: problemas comportamentais, como hiperatividade e impulsividade, e sintomas de déficit de atenção.

[...] O ponto de corte para estabelecimento do diagnóstico permaneceu a ser seis para crianças e nos adultos baixou de seis para cinco. Outra mudança importante diz respeito ao critério que estabelecia o aparecimento de sintomas antes dos sete anos; na versão atual, o limite de idade foi modificado para 12 anos. Além disso, o manual apresenta a possibilidade de classificar o TDAH em Leve, Moderado e Grave, conforme o grau de comprometimento causado pelos sintomas da vida da pessoa (Bonadio & Mori, 2013, p. 33).

A partir do DSM-V (APA, 2014), o transtorno é passível de três níveis de classificação (leve, moderado e grave) o que torna muito difícil que um indivíduo não se encaixe num quadro relativamente comum do TDAH, uma vez que o próprio manual assume que nenhum exame laboratorial ou neurológico foi estabelecido como instrumento de avaliação clínica para o transtorno (Colaço, 2016). Nesse sentido, uma vez que não existe comprovação neurofisiológica passível de ser levada em conta para o diagnóstico, basta que o indivíduo aparente ter esses sintomas, com a possibilidade de apresentá-los de forma leve, moderada ou grave. Esse aspecto corrobora com Whitaker (2017), que denuncia como a partir da década de 1980 a psiquiatria toma uma posição de afrouxar as fronteiras do conceito de hiperatividade como transtorno, isto é, ofuscando o limite entre o normal e o patológico.

¹² O *Swanson, Nolan and Pelham Questionnaire* foi desenvolvido pela APA a partir dos critérios diagnósticos contidos no DSM-V, sendo utilizado em diversos países, incluindo o Brasil, como etapa do diagnóstico de TDAH.

Além disso, destacamos como movimento recorrente na história da elaboração teórica do TDAH como transtorno do comportamento que, ao passo que avançavam as pesquisas, ele pouco se alterou enquanto quadro clínico descritivo. No entanto, o aporte conceitual empregado na descrição do distúrbio neurológico sofreu inúmeras mudanças terminológicas. Desse aspecto, concordamos com o exposto por Moysés e Collares (1992) ao descreverem tais mudanças como “perfumaria”, uma vez que se inserem num movimento de um ramo da ciência que busca consolidar a narrativa da origem biológica do TDAH.

Vigotski (1999b) destaca que o desenvolvimento da linguagem científica se desenvolve, torna-se sofisticada, ao passo que a própria ciência se desenvolve. Por isso, trata-se de um processo que tem relação na história do desenvolvimento da ciência e da terminologia científica. Para o autor, a linguagem utilizada pela ciência, bem como seu estilo, expressa a ideia que essa ciência representa e o caráter de seu trabalho. Tratar um problema no âmbito da aprendizagem como lesão, disfunção distúrbio ou transtorno, mesmo que sejam termos que remetem a processos de origens distintas, concentram o foco no indivíduo, como portador de um mau funcionamento que interfere na sua capacidade cognitiva normal.

Como exemplo do que Vigotski (1999b) expõe, ao analisar a evolução das edições do DSM Cohen (2016) comenta que os problemas relativos ao contexto escolar passaram a figurar nas descrições de doenças mentais principalmente a partir do DSM-III de 1980, o termo “escola” sendo associado com diversos transtornos, bem como “dificuldades de aprendizagem” e “comportamento indisciplinado”, especialmente no caso de meninos, que, sabemos, estão relacionados à descrição do TDAH.

Os manuais diagnósticos descrevem o quadro **desatento** quando a criança apresenta seis ou mais das seguintes manifestações persistentes por no mínimo seis meses e em grau inconstante com o seu nível de desenvolvimento: não presta atenção a detalhes e comete erros nas tarefas por descuido; tem dificuldade para manter a atenção em brincadeiras/tarefas; parece não escutar quando lhe falam diretamente; costuma não seguir instruções e não termina tarefas escolares ou atividades domésticas; tem dificuldade para organizar suas atividades; evita/recusa começar atividades que exijam esforço mental; perde objetos com facilidade; distrai-se facilmente por estímulos externos; frequentemente se esquece de tarefas diárias (Facion, 2013). Identificam o quadro **hiperativo/impulsivo** quando os seguintes sintomas relativos à hiperatividade persistem por mais de seis meses: agita mãos ou pés ou não para sentada; sai do lugar em contexto que se espera que permaneça sentada; corre demais, em situações inadequadas; tem dificuldade para se envolver silenciosamente em atividades e brincadeiras; está sempre em movimento; frequentemente fala em excesso. Quanto à

impulsividade, observa-se que a criança costuma dar respostas precipitadas (antes de se completar a pergunta); tem dificuldade para aguardar a vez em atividades em grupo; intromete-se ou interrompe atividades de outros (Facion, 2013).

Verifica-se pelo exposto até o momento que qualquer criança mais ou menos desviante do que se espera de seu comportamento, irrequieta, desafiadora, que pode precisar de outros recursos para focar a atenção ou terminar suas atividades, torna-se um indivíduo que possivelmente sofre de um distúrbio psiquiátrico, forte candidato a depender de fármacos úteis para se corrigir os sintomas do TDAH. Veja, não dizemos com isso que não existem dificuldades no campo atencional ou da aprendizagem, estas trazem sofrimentos reais à criança em processo de escolarização. O que destacamos a respeito do raciocínio médico é que, como bem sintetizam Moysés & Collares (2011), “sob o cientificista algoritmo de *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*” (p. 146, grifos das autoras). Uma criança que é descrita em sua forma ideal, desprovida de qualquer determinação de contexto social, classe, raça e gênero, conteúdos da sua singularidade enquanto indivíduo.

Muitos autores defendem a existência do TDAH como um fenômeno independente da cultura, sendo um transtorno que atinge diversos países (Barkey, 2008; Pastura, Mattos e Araújo, 2007). De fato, trata-se de um transtorno característico que tomou força ao longo do século XX nas sociedades ocidentais (Cohen, 2016). Podemos considerar a desatenção como um fenômeno bastante comum se tratando do desenvolvimento da criança, mas a forma como socialmente se lida com o problema determina, dentre outros aspectos, a vulgarização do diagnóstico de TDAH. Lucena (2016) destaca que, ao passo que os EUA hegemonicamente consideram o TDAH como um distúrbio de causa biológica, na França, por exemplo, o tratamento desse transtorno se apoia na concepção de que sua origem é psicossocial. As implicações dessas duas compreensões se concentram no tratamento: no caso dos EUA, país que ocupa a primeira posição do consumo de Ritalina do mundo, práticas medicamentosas são encorajadas e, ao passo que a França se concentra em tratamentos psicossociais, psicoterapia, educação parental e formação de professores, o uso de medicamentos para tratamento nesse país é desestimulado. Segundo Valee (2010), os conceitos de normal e anormal, culturalmente construídos, impactam no número de diagnósticos e de prescrição de medicamentos.

Dessa breve descrição dos sintomas que o diagnóstico de TDAH compreende, reafirmamos como se apoia predominantemente em critérios subjetivos, cuja etiologia ainda não foi comprovada. Isto é, como é baseada na aparência do fenômeno. “Parecer” não escutar,

“frequentemente” apresentar algum comportamento, “facilmente” se distrair, tornam-se critérios que podem levar à banalização de diagnósticos do transtorno. Manifestações comportamentais consideradas comuns na faixa etária que compreende a entrada da criança na escola passam agora a indicar a existência de uma patologia. Além disso, se exclui a compreensão de que os comportamentos tipicamente humanos se desenvolvem ao longo da vida, não sendo resultantes unicamente da maturação dos processos orgânicos, conforme afirma Vigotski (2018) em seus estudos sobre a Pedologia.

É mister destacar que o aumento dos diagnósticos de TDAH se configura como produto de uma determinada lógica social, calcada no modo de produção capitalista, no qual o desenvolvimento das forças produtivas depende das relações de produção, que impõe exigências aos trabalhadores e trabalhadoras que impacta, dentre outras dimensões, a forma como são educados os filhos e filhas, futura força de trabalho, tanto na família quanto nas instituições escolares, muitas vezes precarizadas. Nessas condições, as crianças precisam ser “contidas”, precisam responder às exigências sociais de gênero¹³, o que entra em contradição com as condições presentes. As contradições entre as demandas da lógica do capital e as consequências dessas exigências para o futuro de cada indivíduo e da espécie como um todo, engendra um conjunto de manifestações específicas, tais como as crianças, já em tenra infância, sendo descritas como desviantes, desadaptadas, portadoras de transtornos de comportamento.

A literatura consultada a respeito da avaliação e diagnóstico do TDAH (Barkley, 2008; Benczik, 2010; Facion, 2013) apresenta como critérios adicionais que os sintomas comprometem o desempenho do indivíduo em dois ou mais ambientes (escola, família, trabalho, etc.) e prejudicam significativamente a função social, acadêmica ou profissional de forma clinicamente evidente. Além disso, considera-se a inquietação motora, períodos reduzidos de foco de atenção e discrepância entre o nível de desenvolvimento cognitivo e do autocontrole, que podem se manifestar na forma de imaturidade infantil. Novamente, notamos que englobam critérios subjetivos, pois os autores não explicam o que seria essa imaturidade infantil, que pode incluir aspectos distintos, desde orgânicos até psicológicos, por exemplo. Ademais, partem de uma perspectiva maturacionista centrada no aspecto biológico em relação ao desenvolvimento, ao supor que as capacidades atencionais e de controle do comportamento da criança amadurecem. Espera-se, portanto, que em determinada etapa, a criança seja capaz de focar atenção por mais tempo e de controlar o próprio comportamento de forma autônoma.

¹³ Exploramos a educação de gênero e suas consequências para o desenvolvimento da criança no capítulo III.

Os manuais que apoiam os processos de avaliação e diagnóstico do TDAH apresentam informações que corroboram os critérios para classificação do transtorno segundo o DSM-V (APA, 2014), apresentando critérios semelhantes quanto à sua identificação. No entanto, os dados atuais sobre a etiologia do TDAH explicitam uma fragilidade da literatura especializada, sendo exploradas muitas possibilidades para a causa (ou causas combinadas) do transtorno, porém sem comprovação (Barkley, 2008; Benczik, 2010; Facion, 2013). Ao tratarmos da possível causa (ou causas combinadas) do TDAH, deparamo-nos uma infinidade de hipóteses e certezas mínimas. Como exemplo, diversos autores discutem o papel da hereditariedade, das substâncias ingeridas durante a gravidez (Shiozawa, 2017), da possível localização da área cerebral responsável pelos processos de atenção e controle do comportamento, etc.

Segundo Moysés e Collares (2011), a *American Psychiatric Press Textbook of Psychiatry*, mesmo sustentando a ideia de doença neurológica, reconhece que, uma vez que os critérios diagnósticos não são claros, é difícil conceituar de forma unitária o TDAH e sua etiologia, permanecendo incerta a origem biológica do transtorno. Whitaker (2017) considera que uma vez que sua etiologia permaneça desconhecida, juntamente à falta de evidências de uma neuroanatomia anormal no quadro clínico, o uso da Ritalina e de outros medicamentos para tratar o transtorno funciona “perturbando” os sistemas de transmissão neuronal, ao invés de corrigi-los¹⁴.

A Declaração Internacional de Consenso sobre o TDAH, patrocinada pelo NIH e publicada em 2002, foi assinada por 86 pesquisadores e é direcionada aos profissionais classificados como “não especializados” no transtorno e que sumariamente questionam a sua existência. Podemos considerar essa declaração internacional como um empenho de consolidar o consenso entre os pesquisadores que se apoiam na origem orgânica do TDAH, enquanto ofensiva aos questionamentos em relação à sua comprovação, ao aumento dos diagnósticos (cada vez mais precoces) e à eficácia do tratamento utilizando fármacos. Além disso, assumem a inexistência de evidências científicas que sustentam as manifestações comportamentais como marcadores da doença. Como exemplo, temos o uso da neuroimagem para detecção do TDAH como um recurso que é ao mesmo tempo defendido e evitado por especialistas. Como se afirma na página *online* do laboratório Novartis:

¹⁴ A respeito do mecanismo de ação dos fármacos mais utilizados para o tratamento do TDAH, bem como seus efeitos colaterais a curto e longo prazo, trataremos mais detalhadamente no capítulo II.

Tanto as imagens cerebrais de ressonância magnética e determinados marcadores biológicos são capazes de diferenciar características cerebrais de pessoas com e sem o **transtorno de déficit de atenção e hiperatividade**, mas o uso dessas ferramentas ainda é restrito ao ambiente das pesquisas clínicas. Apesar disso, os estudos estão evoluindo de forma promissora, e é possível que no futuro as imagens de ressonância e a presença de determinados biomarcadores possam não apenas determinar o **diagnóstico do TDAH**, como direcionar o melhor tipo de tratamento para cada paciente (Novartis, s/n, grifos do autor).

Assim, frente à impossibilidade de precisar os aspectos da neuroimagem que auxiliem na identificação do transtorno e às divergências da literatura sobre o TDAH, bem como as falhas do tratamento medicamentoso, presume-se que o transtorno possui vários padrões, tanto em relação ao comportamento manifesto, como aos exames de neuroimagem e à resposta aos medicamentos. A esse respeito, a própria Declaração Internacional de Consenso sobre o TDAH adverte sobre os riscos associados ao tratamento prolongado com psicoestimulantes, bem como a crescente prática do uso abusivo desses medicamentos (NIH, 2002). No entanto, não são esses dados que são divulgados por parcela representativa dos profissionais, pelas associações de apoio e pela indústria farmacêutica.

Não há como exagerar a questão de que, como uma questão científica, a noção de que o TDAH não existe está simplesmente errada. Todas as associações médicas e agências de saúde governamentais importantes reconhecem o TDAH como um transtorno genuíno, pois *as evidências científicas que o indicam são avassaladoras* (Barkley, 2008, p. 65, grifos nossos).

Em âmbito brasileiro, a ABDA publica em 2010 uma carta redigida por Paulo Mattos e Luiz Augusto Rhode, presidente e vice-presidente da associação, respectivamente, e assinada por mais 30 profissionais de diversas instituições. No documento intitulado “TDAH é uma doença inventada?” buscam apresentar as provas da existência do TDAH como doença “com forte participação genética” e cujos sintomas atravessam quase dois séculos de existência. Nessa direção, apontam o fato de o TDAH ser um transtorno amplamente investigado na medicina como uma prova de sua evidência científica.

Vale também lembrar que os achados mais recentes e contundentes são oriundos de centros de pesquisa como o National Institute of Mental Health dos EUA impossibilitados de qualquer contato com a indústria farmacêutica. O fato de não termos uma alteração cerebral que seja “marca registrada” do TDAH não invalida nem a sua base neurobiológica, muito menos a sua existência (Mattos & Rhode, 2010, s/n).

No entanto, ignorar o papel que a indústria farmacêutica desempenhou e ainda desempenha, na consolidação do TDAH como transtorno de origem biológica significa encobrir importante parcela da história de sua identificação, caracterização e diagnóstico. A

aliança entre este ramo da indústria e a comunidade médica envolve o financiamento e apoio a entidades e organizações voltadas à divulgação do transtorno e do tratamento, concentrando-se principalmente nos efeitos benéficos de medicamentos (Moysés & Collares, 2011).

Ao se debruçar sobre a história da psiquiatria no que denomina epidemia dos transtornos mentais nos EUA nos últimos 50 anos, Whitaker (2017) afirma que a hipótese da disfunção cerebral mínima como causa da hiperatividade da criança, que por muito tempo foi considerada verdadeira, nunca foi confirmada. Benczik (2010) comenta que essa suposição derivou de pesquisas com indivíduos lesionados e com traumas cerebrais. Estes traumas comprometeram a região frontal orbital do cérebro, que seria responsável pela inibição e autocontrole do comportamento e pela capacidade de focar atenção e planejar ações. Whitaker (2017) complementa que a teoria da disfunção na atividade do sistema dopaminérgico, que seria insuficientemente ativo no cérebro do indivíduo com TDAH, levou ao desenvolvimento de fármacos, como o metilfenidato, comercialmente mais conhecido pelo nome Ritalina, de forma a suprir a suposta falta de dopamina no cérebro, como trataremos no capítulo seguinte.

Por fim, mencionamos dado bastante difundido na última década a respeito da declaração de Leon Eisenberg (1922-2009), proeminente psiquiatra infantil norte-americano, que se dedicou aos primeiros estudos sobre o TDAH, na década de 1950 e 1960. Em 2009, o médico afirmara em entrevista a uma revista alemã que o TDAH é um exemplo de uma doença inventada. Esta afirmação ainda causa muita controvérsia, até mesmo em relação a sua veracidade¹⁵. O que foi verificado a partir de fontes de checagem de notícias é que o pesquisador se refere à ênfase dada às influências genéticas para o diagnóstico do transtorno, considerando-as exageradas. Portanto, ele não afirma que o TDAH não exista, mas que seu diagnóstico se apoia numa evidência que **superestima a pré-disposição genética**. Assim, advertia sobre a necessidade de mais atenção em relação aos determinantes psicossociais que podem levar a problemas de comportamento, em lugar de pressupor um diagnóstico e uma receita precoce de medicamento para tratamento (Mikkelson, 2018).

Tendo estes aspectos iniciais sobre o TDAH delineados, pudemos evidenciar suas controvérsias e os pontos problemáticos de um transtorno cuja história é marcada por diversas lacunas no que tange à comprovação de sua origem biológica. Voltamo-nos novamente à literatura especializada, agora buscando informações e discussões a respeito da relação entre o sexo e a prevalência deste transtorno. Na mesma direção, foi constatado que, mesmo sendo

¹⁵ Encontramos muitas notícias sobre a declaração do chamado “pai do TDAH”, no entanto, sem as fontes explicitadas. A checagem da declaração realizada por Mikkelson (2018) apresenta a entrevista original em alemão, publicada na revista *Der Spiegel*, em 2012.

destacada por especialistas, a prevalência do transtorno em meninos e meninas é um fenômeno também bastante incerto, carecendo de dados consistentes a respeito de como se chegou à proporção e de suas possíveis causas.

1.2. Sexo, gênero e TDAH: o que dizem os manuais diagnósticos?

Em termos de prevalência geral do TDAH na população, em manual para diagnóstico e tratamento organizado por Barkley e Anastopoulos (2008), estimava-se que de 3% a 9% da população mundial é afetada pelo transtorno. Já o DSM-V (APA, 2014) aponta que o TDAH compromete 5% das crianças e 2,5% dos adultos¹⁶. A maior frequência do transtorno no sexo masculino também é mencionada neste mesmo manual (Colaço, 2016).

A respeito da prevalência nos sexos, Barkley (2008) apresenta diversos estudos que descrevem a razão do transtorno em meninos e meninas, variando entre 2:1 e 10:1, sendo a média de 6:1 mais frequente em amostras clínicas. Em estudos epidemiológicos, foram encontradas proporções de 2,5:1 a 5,1:1, com média aproximada de 3,4:1 em crianças sem indicações clínicas. A taxa de ocorrência do transtorno no sexo feminino é mais alto quando deriva de amostras clínicas, em contraste com amostras da comunidade ou de estudos epidemiológicos, o que segundo o autor pode ser fruto do viés de encaminhamento. Isto é, quando as amostras provinham de crianças encaminhadas para tratamento clínico, a proporção entre meninas e meninos poderia variar de 5:1 a 9:1, ao passo que quando se buscava amostras de crianças não encaminhadas essa proporção diminuía para 2,5:1 (Barkley, 2008). A respeito dos encaminhamentos, o autor defende que:

Os homens têm maior probabilidade do que as mulheres de apresentar comportamento agressivo e antissocial, e esse comportamento é o que mais pode levar uma criança a ser encaminhada a tratamento em centro psiquiátrico. Assim, mais indivíduos portadores de TDAH do sexo masculino serão encaminhados a esses centros (Barkley, 2008, p. 120).

Dessa afirmação, denota-se uma naturalização das diferenças de comportamento entre homens e mulheres. Isto é, não se está partindo de uma investigação de como se desenvolvem nesses dois grupos tendências de comportamentos mais ou menos agressivos. Os dados

¹⁶ Colaço (2016) problematiza a relação entre a proporção do transtorno em crianças e adultos, ao passo que no segundo grupo a porcentagem diminui. Se estivermos nos referindo a um transtorno de origem orgânica, seria possível que parte da população afetada se curasse do transtorno naturalmente ao longo de seu desenvolvimento?

apresentados são restritos a descrever o que se observa na aparência: homens são mais agressivos do que mulheres. Conforme Izquierdo (1992), os conceitos de masculino ou feminino são construções ideológicas sobre os corpos humanos, além de serem produto da natureza, são produto de certa cultura. Ou seja, a autora nos alerta que os conceitos “homem”, “mulher”, “masculino” e “feminino”, por exemplo, extrapolam as diferenças anatômicas evidentes, mas também atribuem qualidades, traços de comportamento, papéis sociais específicos. Ser mais ou menos agressivo não deriva então do âmbito da biologia, mas da forma como se organiza a sociedade, em termos de expectativas, distribuição de poder, proibições em função do sexo e espaços sociais. Trata-se de desigualdades construídas socialmente e reiteradas a tal ponto de que se torna corriqueiro conceber o feminino como ligado à passividade, à fragilidade, ao instinto materno e o masculino relativo à força, à inteligência e a uma tendência natural para dominar¹⁷.

Consideramos preocupante considerar um fenômeno a partir de um único ponto de vista ou fator gerador, em uma visão unicausal. Em contraste, as diferentes expressões do TDAH nos sexos masculino e feminino não se explicam tomando com base somente numa causa, mas sim em suas múltiplas determinações. Em consonância aos preceitos metodológicos do materialismo histórico dialético, concordamos com Netto (2011) quando afirma que para se entender um fenômeno em sua gênese histórica e social, é necessário antes examiná-lo em detalhes, em suas condições de existência, antes de deduzir leis eternas que correspondam à hipótese que se almeja comprovar. Neste caso, a análise do TDAH necessita adentrar nas determinações político-ideológicas que ancoram seu diagnóstico, o processo que avalia um comportamento como normal ou desviante com base no sexo da criança. Se um comportamento é anormal para o menino, é porque se espera que ele se comporte de outra forma, educa-se um sexo ou outro para determinados comportamentos necessários à produção e reprodução da vida nos moldes de acumulação capitalista.

Moysés e Collares (2011) apontam que já no início dos anos 1960 surgem as primeiras tentativas de se explicar o TDAH pelo viés genético. As autoras comentam que da maior prevalência entre os meninos (3:1, sendo mais frequente em filhos de pais com o diagnóstico) e o fato de assumir formas mais graves em meninas, deduziu-se que o transtorno poderia ser derivado de herança genética, do padrão recessivo ligado ao cromossomo X. A interpretação

¹⁷Consideramos esse posicionamento especialmente danoso quando nos voltamos ao fenômeno da violência de gênero. Num país aonde três mulheres são vítimas de feminicídio a cada dia e uma mulher é vítima de estupro a cada 9 minutos (Fórum Brasileiro de Segurança Pública [FBPS], 2018), ainda é comum a relativização do crime cometido pelo homem (“foi um descontrole, crime passionai”) e a culpabilização da mulher pelo crime (“mas o que ela estava fazendo sozinha? Que roupa estava vestindo?”). Juízos de valor que ao mesmo tempo em que naturalizam a agressividade do homem, responsabilizam a mulher pela violência.

proposta na época era de que o TDAH se explicaria pelo genótipo: nos meninos (genótipo XY) se apresentaria de forma mais leve, e nas meninas (genótipo XX), assumiria a forma mais grave, pela dupla expressão do cromossomo X. Uma elaboração que expressa um reducionismo biológico, uma vez que se ignora, dentre outros aspectos, o contexto desigual de educação familiar e cultural para meninos e meninas, no que se julga como um comportamento desviante da norma.

Mesmo entre os pesquisadores que defendem a causa genética para o transtorno não há concordância, mas as explicações simplificadas, calcadas na aparência, em relação à maior incidência do TDAH em meninos, ainda perduram nesse início do século XXI. Da maior probabilidade dos homens em apresentar comportamento agressivo e antissocial, Barkley (2008) conclui que os meninos têm de três a sete vezes mais probabilidade de apresentar TDAH do que as meninas, e cinco a nove vezes mais chances de serem encaminhados para atendimento. Segundo o autor, esse dado indicaria que pode haver algum “mecanismo biológico” ligado ao sexo envolvido na expressão do transtorno.

Ao investigar a tendência a comportamentos agressivos por parte dos meninos, um estudo realizado por Brown e colaboradores (apud Barkley, 2008) com amostras clínicas, observou que as meninas apresentavam maior retraimento social e sintomas internalizantes (ansiedade e depressão) do que os meninos e tendiam a apresentar menos problemas de comportamento e de conduta, como a agressividade. Novamente, afirmações como estas levam ao questionamento sobre o processo de produção desses comportamentos diferenciados para meninos e meninas. Na sociedade regida pelo modo de produção capitalista é desejável que homens e mulheres tenham capacidades diferenciadas, não por tendência natural, ou por um componente genético, mas como produto de processos educativos que são internalizados de maneiras desiguais em machos e fêmeas.

Analisando as pesquisas descritas por Barkley (2008), foram mencionados estudos que, numa outra direção, não encontraram diferenças significativas nos níveis de impulsividade, desempenho escolar, funcionamento social e controle motor de meninos e meninas diagnosticadas com TDAH (Gaub & Carlson apud Barkley, 2008), embora as meninas apresentassem maior comprometimento da inteligência, menos hiperatividade e menos probabilidade de manifestar sintomas externalizantes. Ou seja, com os resultados descritos, evidencia-se que a educação diferenciada para meninos e meninas traz consequências em termos de níveis de inteligência e traços de comportamento.

Frente à disparidade de resultados das pesquisas mencionadas, um fator importante diz respeito à natureza da amostra. Como afirmam os pesquisadores, as amostras clínicas

masculinas tendem a serem superiores, uma vez que se concorda que este grupo é mais encaminhado para tratamento em relação a sujeitos do sexo feminino. Nesse sentido, Barkley (2008) reitera que muitos dos estudos citados utilizaram poucas amostras femininas, portanto, o resultado pode tender para maior prevalência do TDAH em meninos por conta dessa disparidade. Como mencionado, Barkley (2008) atribui ao sexo masculino maior probabilidade de encaminhamento para serviços de saúde devido a comportamentos agressivos e antissociais. A respeito disso percebemos que a educação de gênero traz consequências desiguais em termos de saúde-doença, envolvendo não só as queixas de comportamento, mas também a utilização de serviços de saúde.

Em estudo com amostras maiores de meninas com diagnóstico de TDAH (130 sujeitos entre 6 e 17 anos) comparadas com meninas não diagnosticadas (120 sujeitos), Biederman (apud Barkley, 2008) observou que as meninas com TDAH apresentavam taxas mais elevadas de transtorno depressivo maior (17%), transtornos de ansiedade (32%) e transtorno bipolar I (10%). Não foram observadas grandes disparidades nos níveis de inteligência entre as amostras de meninas com TDAH e o grupo controle.

Em estudo subsequente, os mesmos pesquisadores utilizam 140 meninos e 140 meninas diagnosticados com TDAH, comparados entre si e comparados com 120 meninos e 122 meninas não diagnosticados. Observaram que as meninas apresentaram maior probabilidade de ter TDAH de tipo predominantemente desatento, e menos probabilidade de apresentar dificuldades de aprendizagem e problemas na escola e tempo livre. Tal aspecto alude para o fato de que a educação de gênero se faz também dentro da família, pois, é socialmente estimulado que as meninas sejam educadas para as tarefas domésticas, como os cuidados com o lar, desde muito cedo. Com a exigência de cumprimento dessas tarefas relativas à reprodução da vida, é plausível afirmar que elas terão menos tempo livre em relação aos meninos¹⁸. Ademais, as meninas teriam menos risco de desenvolver Transtorno Depressivo maior, Transtorno Desafiador Opositor (TDO) e Transtorno Compulsivo (TC), do que os meninos. Nesse estudo, as meninas apresentaram menores escores de QI do que os meninos, mas ainda assim na média. Já os meninos apresentaram maior probabilidade de ter transtornos de uso de substâncias¹⁹. Não foram observadas diferenças nos efeitos na administração de psicoestimulantes para tratamento nos dois grupos (Barkley, 2008).

¹⁸ Discutiremos alguns aspectos da divisão sexual do trabalho no capítulo III.

¹⁹ Segundo Whitaker (2017), os efeitos do uso de medicamentos para tratamento do TDAH, como os estimulantes, envolvem maiores riscos de desenvolver dependência química. Ora, se os meninos são mais diagnosticados, e o modelo hegemônico de tratamento se pauta na administração de fármacos, é evidente que estarão mais suscetíveis a desenvolver uso abusivo de substâncias. Segundo Moysés e Collares (2011),

Neste mesmo estudo, os autores encontraram diferenças, que consideram pequenas, no que tange a forma das mães tratarem meninos e meninas com TDAH: os meninos recebem mais elogios e direcionamento de suas mães. Essa informação traz à discussão as formas diferenciadas, e que não avaliamos como pequenas distinções, de como se educam meninas e meninos, desde o ambiente familiar, que buscamos explicitar ao longo da pesquisa. Problematicamos que em nossa cultura, marcada pelos valores patriarcais e práticas machistas transmitidas desde que a criança começa a se desenvolver, dissemina-se a ideia de que meninas “amadurecem” mais rápido que os meninos. Ou seja, com as responsabilidades e afazeres domésticos ensinados sistematicamente para as meninas e pouco direcionados aos meninos, estas são vistas como mais obedientes e responsáveis, portanto, mais maduras. Já os meninos, precisariam de mais investimento na educação, por serem naturalmente mais impulsivos e irresponsáveis. Destacamos que é necessário considerar as desigualdades educacionais transmitidas e apropriadas de acordo com o sexo da criança e que reverberam ao longo de sua formação e no seu comportamento.

Ainda a respeito das diferenças na expressão do TDAH em meninos e meninas, um estudo longitudinal de Hinshaw et al. (2012) acompanhou por 10 anos 140 meninas diagnosticadas com TDAH na infância (6 a 12 anos) e buscou explorar a relação entre comportamentos externalizantes e internalizantes, como já descrito em dados acima. Ao final da pesquisa, com os sujeitos adentrando ou já na idade adulta, concluiu-se que as meninas diagnosticadas apresentavam níveis mais elevados de tentativas de suicídio e automutilação em comparação com o grupo não diagnosticado (88 meninas), no começo da vida adulta (17 a 24 anos). Além disso, índices de tentativas de suicídio e automutilação se mostraram superiores em meninas diagnosticadas com o tipo misto do que as de tipo desatento. Desses resultados, os pesquisadores alertam para as manifestações particularmente severas do TDAH em meninas e mulheres e relacionam os traços levantados com problemas de impulsividade (Hinshaw et al., 2012).

Por fim, um estudo MTA (*Multimodal Treatment of ADHD Study*) de larga escala realizado por Abikoff et al. (apud Barkley, 2008) analisou o comportamento de meninos e meninas com TDAH comparados a grupos controle. Foi observado que as meninas com TDAH quebravam menos regras, tinham menos interferência social, menos atividade motora bruta e menos comportamentos externalizantes do que os meninos com TDAH. Tais dados

“confrontados com esses dados, os autores que defendem a existência dessa entidade e necessidade de tratamento pretendem que a tendência à drogadição e o comportamento delinquente seriam sinais de TDAH” (p. 184), e não consequência do uso corrente de medicamentos.

corroboram nosso questionamento anterior a respeito de formas desiguais de educação para meninos e meninas, aludindo ao fato de que os meninos são mais educados para a externalidade e as meninas para ocuparem os postos de reprodução da vida.

A ênfase nos comportamentos manifestos, a partir do DSM-III dando foco para a dificuldade de atenção, principalmente, se insere no contexto de conformação do TDAH como entidade médica enquanto uma tentativa de “resolver” a disparidade de gênero nesse transtorno. Segundo Cohen (2016), a diferença nos índices de diagnósticos de TDAH se tornou uma problemática, a partir da década de 1990, com diversos veículos de informação reproduzindo a ideia de que os meninos estavam suscetíveis a uma “protodoença”, simplesmente por serem do sexo masculino. Uma vez que os meninos são educados na direção de serem rotulados como mais barulhentos, perturbadores e agressivos em sala de aula, ao passo que as meninas são descritas por professores como mais passivas e introspectivas, “[...] a discrepância de gênero no TDAH tem mais a ver com comportamento manifesto do que com a real existência dessa condição” (Rafalovich apud Cohen, 2016, p. 145, tradução nossa).

Em síntese, os estudos apontam não só a maior probabilidade de incidência do TDAH em meninos em relação às meninas, mas também diferenças qualitativas quanto à forma como o transtorno se expressa nos gêneros: as meninas seriam mais propensas ao tipo predominantemente desatento e a apresentar menos comportamentos externalizantes, ou seja, quebrarem menos regras e “darem menos trabalho” aos adultos, por isso seriam menos encaminhadas para tratamento. Os dados levantados, ainda que descritos como dados de curiosidade, dizem muito a respeito dos processos educativos diferenciados para meninos e meninas e suas consequências na expressão de comportamentos considerados patológicos. Existiria realmente um fator biológico para tal diferença na prevalência? Barkley (2008) afirma que a ocorrência do TDAH varia conforme diversos fatores (idade, gênero, geografia, fonte de informações), mas deriva-os como **dados de influência** ou complementares para a observação do transtorno. Conforme a posição do autor em relação à gênese do transtorno, já explicitada anteriormente, o fator mais determinante seria a pré-disposição genética.

Benczik (2010) aponta que a prevalência do TDAH nos gêneros foi verificada em pesquisas com populações que evidenciaram a preponderância do sexo masculino sobre o feminino, em proporção que varia de 4:1 a 9:1. A autora afirma que “a preponderância do sexo masculino sobre o feminino com transtorno hiperativo é relatada em vários estudos de populações, independentemente dos critérios de diagnósticos ou métodos de levantamento” (Benczik, 2010, p. 24).

Apesar de considerar que este dado é amplamente observado, a autora afirma a inexistência de uma explicação clara para a possível vulnerabilidade do sexo masculino para o TDAH. Pois, do ponto de vista do sexo, não haveria diferenças na ocorrência do transtorno, as diferenças biológicas entre homens e mulheres seriam apenas anatômicas. Benczik (2010) traz a hipótese de que em amostras clínicas os meninos são mais encaminhados para tratamento, o que corrobora com Barkley (2008), pois desenvolveriam mais problemas de conduta e incomodariam mais os adultos. Ou seja, do que a autora aponta, podemos analisar do ponto de vista das relações de gênero como o diferencial de como se avaliam os comportamentos de meninos e meninas, o que impacta nos encaminhamentos aos serviços de saúde e consequentes índices diagnósticos.

Mattos (2005) também aborda a diferença nos índices de TDAH entre meninos e meninas pelo mesmo viés de Benczik (2010). Ao passo que o tipo hiperativo é mais comum no sexo masculino, “os meninos tendem a ‘criar mais confusão’ e incomodar mais em sala de aula, sendo, então, encaminhados para avaliação médica a pedido dos professores” (Mattos, 2005, p. 27). Assim, novamente se evidencia o raciocínio naturalizante: meninos são naturalmente mais impulsivos, portanto, incomodam mais, sendo mais propensos a encaminhamentos a serviços de saúde e a receber o diagnóstico do transtorno. Ao passo que, nas meninas, em tese, o tipo desatento é mais frequente, elas “perturbam” menos e, assim, são menos encaminhadas para avaliação e menos propensas ao diagnóstico (Mattos, 2005). Facion (2013) traz considerações a respeito da maior frequência do TDAH em meninos, porém, de forma semelhante limita esse dado como resultante tanto de problemas de classificação ou mesmo de pesquisas particulares. A razão descrita é também de 4:1 a 9:1.

Sobre essa diferença na expressão do TDAH em meninas, Cohen (2016) comenta que focalizar a desatenção a partir do DSM-III se configurou como uma forma de a APA tentar dar conta do viés de gênero da descrição do TDAH. O autor comenta que o presidente responsável pela elaboração do DSM-IV, Allen Frances, admitira que a nova definição do TDAH trouxe algumas mudanças terminológicas, no sentido de ser mais aplicável também a traços de personalidade relacionados ao feminino, levando em conta que as meninas são mais propensas a serem desatentas e menos propensas que os meninos a serem hiperativas (Frances apud Cohen, 2018). Ou seja, o foco estaria novamente numa naturalização de comportamentos que, na realidade, são da ordem de papéis de gênero, produtos da educação conforme o sexo do indivíduo, cuja consequência foi a expansão da classificação do transtorno a novos grupos.

As pesquisas até agora mencionadas trazem dados referentes a outros países, predominantemente dos EUA. No contexto brasileiro, destacam-se as pesquisas publicadas por Pastura, Mattos e Araújo (2007) apontando que a maioria dos dados encontrados no país corrobora a maior prevalência de TDAH em meninos em relação às meninas, com razões variando entre 3:1 em amostras populacionais e 10:1 em amostras clínicas. A partir de uma pesquisa num colégio de aplicação pedagógica da Universidade Federal do Rio de Janeiro sobre as comorbidades do TDAH, os autores chegam à conclusão que no Brasil essa proporção se confirma, sendo observada a razão de 6:1 a 7:1. Em outro trabalho (Pastura, Mattos & Araújo, 2005) os mesmos autores também consideram a preponderância do transtorno no sexo masculino referente à literatura especializada, demarcando divergências sobre os possíveis fatores geradores dessa disparidade, seja de amostragem ou existência comprovada de diferenças na expressão do transtorno em meninos e meninas. Ou seja, os próprios autores concordam que embora observável este fenômeno poderia tanto derivar da amostra (superior em meninos) como da origem biológica.

A maioria dos estudos publicados até o momento mostra uma proporção de TDAH maior entre crianças do sexo masculino do que entre aquelas do sexo feminino, com razões variando entre 3:1 em amostras populacionais e 10:1 em amostras clínicas. *No Brasil, não se evidenciou diferença de prevalência de TDAH entre os sexos em amostras de escolares.* Assim sendo, a razão observada no presente estudo (7,6:1) é concordante com a literatura mundial, apesar de não ser com os trabalhos publicados no Brasil, onde a proporção entre os sexos é igual. (Pastura, Mattos & Araújo, 2007, p. 1082, grifos nossos).

Da passagem, ao mesmo tempo em que atestam que não houve diferença significativa na prevalência do TDAH nas amostras escolares de pesquisas nacionais, os autores consideram que os achados no Brasil são concordantes com a literatura mundial, que atesta a preponderância do transtorno em meninos. Dessa forma, verifica-se a incoerência quanto aos resultados obtidos no estudo de Pastura et al. (2007), os resultados de outras pesquisas brasileiras como as de Rhode et al. (apud Pastura et al. 2007) e os dados divulgados em estudos internacionais, por exemplo, já citados anteriormente por Barkley (2008).

Os estudos de Rohde et al. (apud Pastura et al. 2007) e Vasconcelos et al. (2003) se utilizaram do SNAP-IV, a ser preenchido pelos pais dos escolares participantes das pesquisas e, posterior avaliação psiquiátrica e neurológica juntamente a questionário psicossocial. O estudo de Vasconcelos et al. (2003) aponta que, das 69 crianças diagnosticadas na avaliação (45 meninos e 24 meninas), a proporção do TDAH foi de 1,9:1. Ou seja, não foi observada discrepância significativa entre os dois grupos.

Pelos estudos e manuais diagnósticos consultados, podemos organizar as proporções levantadas de TDAH em meninos e meninas conforme o quadro que segue.

Quadro 1 - Relação dos estudos que apontam a prevalência do TDAH por sexo

Autor(a)	Prevalência nos sexos masculino e feminino	Características do estudo
Barkley (2008)	6:1 (amostras clínicas) 3,4:1 (estudos epidemiológicos)	- Ocorrência do transtorno no sexo feminino é mais alto quando deriva de amostras clínicas, em relação a amostras de estudos epidemiológicos; - Maior probabilidade do sexo masculino em apresentar comportamento agressivo e antissocial.
Benczik (2010)	4:1 a 9:1 (amostras populacionais)	- Descrição de resultados de outras pesquisas; - Meninos são mais encaminhados para tratamento por incomodarem mais do que meninas.
Facion (2013)	4:1 a 9:1 (amostras populacionais)	- Descrição de dados de outras pesquisas.
Pastura et al. (2007)	6:1 a 7:1 (amostras escolares)	- Pesquisa sobre comorbidades do TDAH; - Preponderância no sexo masculino pode derivar da natureza da amostra.
Vasconcelos et al. (2003)	1,9:1 (amostras escolares)	- Aplicação de SNAP-IV, avaliação psiquiátrica e neurológica em amostras escolares.

Fonte: elaborado pela autora com dados extraídos dos estudos (2018).

Do conjunto de pesquisas a respeito das diferentes proporções de incidência de TDAH em meninos e meninas, tanto internacionais como nacionais, evidenciou-se a dificuldade de se precisar as informações, com estudos concentrando-se em amostras clínicas, ou populacionais/epidemiológicas e com número menor de meninas participantes das pesquisas. Disso decorre que a variação da prevalência do TDAH pode ser fruto de múltiplos fatores

como a população estudada, a metodologia e instrumentos empregados para avaliação e diagnóstico, e as fontes de informações.

Além disso, soma-se a subjetividade das respostas de pais e professores às diferentes versões do DSM e outros instrumentos (Barkley, 2008), acarretando na fragilidade dos resultados. Este fenômeno evidencia outro ponto problemático dos dados referentes ao transtorno: além da debilidade das explicações organicistas para a origem do quadro do TDAH, deparamo-nos com o perigo de um diagnóstico pautado em fontes de informações imprecisas e/ou simplistas, que só se concentram na aparência. As evidências científicas avassaladoras (Barkley, 2008) simplesmente não se sustentam após um exame mais detido da literatura. As oscilações nos resultados das pesquisas podem derivar dos problemas de classificação, bem como de definições de problemas escolares estudados (Facion, 2013).

Mesmo com a explicitação desses pontos problemáticos, o diagnóstico de TDAH traz consequências concretas a meninos e meninas, muitas vezes descritas nos próprios estudos como manifestações características do transtorno. Tendência para o abuso de substâncias, índices elevados de tentativas de suicídio e automutilação, para citar algumas. No entanto, em nenhum momento se consideram as desigualdades culturais na educação de meninos e meninas, condicionadas desde os primeiros anos de vida e que impactam na forma como o desenvolvimento do controle do comportamento e da atenção se expressa. A hipótese que levantamos a partir disso é: se observamos uma discrepância nos índices diagnósticos de TDAH em meninos e meninas, como as relações de gênero impactam esse fenômeno?

As considerações expostas a respeito da prevalência do TDAH por gênero levam a questionamentos tais como: existiria um mecanismo biológico ligado ao sexo para que definisse suas distintas manifestações? Quais as possíveis explicações, que não se apoiam no fundamento biologizante, para a maior incidência do TDAH do tipo hiperativo em meninos e do tipo desatento em meninas? As bases culturais podem explicar diferentes expressões desse transtorno? Em síntese, como poderíamos compreender estes dados sem uma abordagem reducionista unicausal?

Em meio a este contexto de especulações a respeito das relações entre o gênero e o TDAH, buscamos investigar se esta questão se apresenta à Psicologia. A seguir, expomos um breve panorama das pesquisas sobre gênero realizadas no âmbito da Psicologia entre os anos 2008 e 2017, de modo a nos ajudar a constatar como essa ciência tem se posicionado em relação à categoria gênero, utilizando-a para a discussão de temas relativos, bem como avaliarmos se abordam as relações de gênero presentes nos transtornos de comportamento, especificamente o TDAH.

1.3. Cenário das pesquisas sobre gênero na Psicologia entre 2008 e 2017

Visto que as discussões referentes às relações de gênero presentes no diagnóstico do TDAH se mostraram escassas nos manuais, limitadas pela descrição de resultados das pesquisas e pouco aprofundamento das explicações, esse levantamento se fez necessário, objetivando verificar a relevância do tema dos transtornos de comportamento e gênero na Psicologia. Nessa etapa, propomo-nos averiguar quais concepções acerca do gênero demarcaram as pesquisas nessa área no período de 2008 a 2017. Assim, pautamos a análise dos artigos levantados nas seguintes questões norteadoras: 1) Qual a concepção de gênero apresentada nos artigos? 2) Quais os eixos temáticos abordados nos artigos? 3) Quais tipos de pesquisa embasam as investigações? e 4) Quais são as bases teóricas predominantes nos artigos?

Metodologicamente, o levantamento bibliográfico foi realizado em 29 de outubro de 2017, no Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal em Nível Superior (CAPES), em razão desse indexador de revistas ser frequentemente utilizado para pesquisas científicas. Haja vista que o objetivo do levantamento foi analisar a produção contemporânea na área da Psicologia que abarcava a discussão de gênero, o recorte temporal elegido para a realização do levantamento contemplou os artigos publicados entre 2008 e 2017. A primeira pesquisa no campo “busca avançada” reuniu os artigos publicados em revistas de Psicologia que continham no assunto os descritores “‘Psicologia’ and ‘Gênero’”, de acordo com o período e o tipo de material “artigos” em língua portuguesa.

Essa primeira etapa resultou em 127 artigos. Devido ao grande número de artigos e o tempo hábil pra realização da análise, optamos por selecionar a “revisão por pares”²⁰ e refinar os resultados pelos termos “Psicologia” e “Gênero”. Nessa segunda etapa do levantamento, o resultado obtido foi de 35 artigos, destes, três eram publicações em língua espanhola, portanto, não correspondiam ao critério de seleção e foram retirados da análise. Um artigo apareceu duas vezes, sendo contabilizado apenas uma vez. Diante dos critérios de exclusão, chegamos ao total de 31 artigos para análise final. Durante a leitura dos artigos, foi constatado que quatro deles não contemplavam a discussão de gênero no corpo do texto, mesmo contendo “gênero” como palavra-chave e assim, foram excluídos nessa etapa da pesquisa²¹.

²⁰ A revisão por pares (*peer review*) é descrita como a avaliação de resultados de pesquisas em relação à competência, significância e originalidade do trabalho publicado. É conduzida por especialistas e pesquisadores da mesma área de publicação (por isso, pares) (Nassi-Caló, 2015). Recuperado do blog da Scielo: <https://blog.scielo.org/blog/2015/04/17/avaliacao-por-pares-ruim-com-ela-pior-sem-ela/#.WusKM4gvzIU>

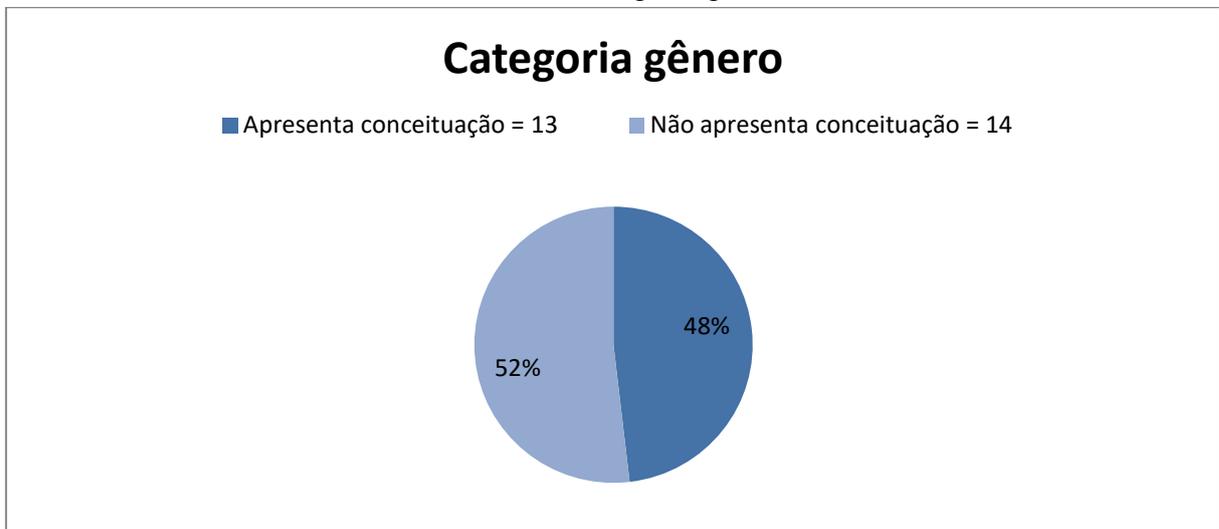
²¹ Artigos 4, 6, 24 e 27.

Os resultados referentes aos 27 artigos que correspondiam aos critérios estão discriminados a partir dos eixos de análise definidos previamente. Os trabalhos foram lidos na íntegra, pois segundo as questões norteadoras da investigação, era suposto que os resumos não apresentariam as informações suficientes.

1.3.1 Da concepção de gênero

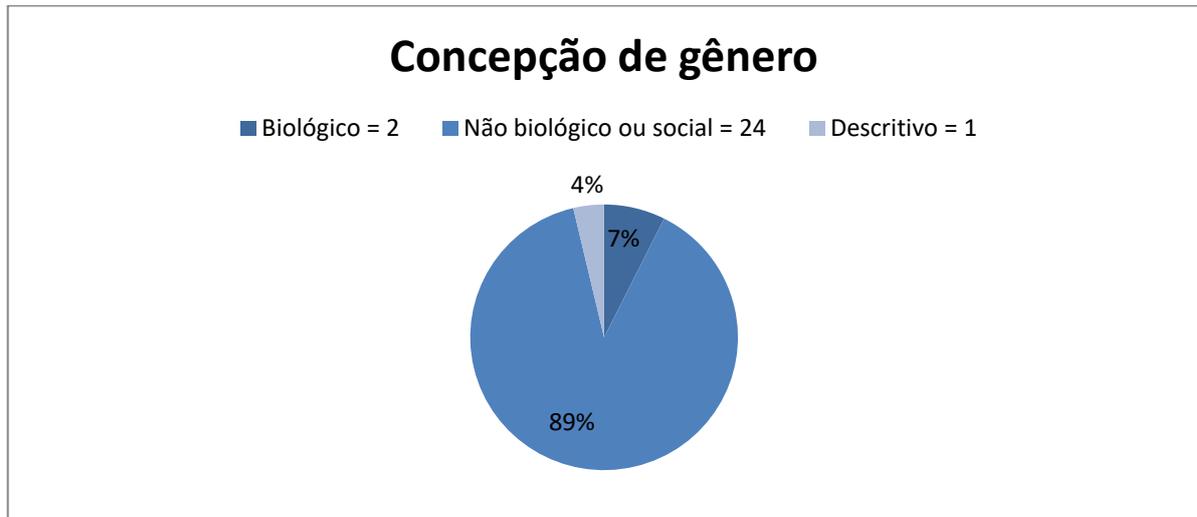
O ponto de partida para a leitura dos artigos foi a identificação da concepção de gênero apresentada pelos autores e autoras das pesquisas. Logo, notamos que grande parte dos artigos não apresentavam explicitamente uma conceituação, definição ou mesmo menção do que se entendia por gênero. Portanto, a primeira parte da análise objetivou diferenciar aqueles artigos que apresentavam conceituação desta categoria central e os que não a apresentavam. Num segundo momento, buscamos identificar a concepção norteadora sobre gênero, explícita ou implícita nos artigos. Os resultados foram organizados conforme os gráficos a seguir:

Gráfico 1 - Categoria gênero



Fonte: elaborado pela autora com base nos artigos levantados (2018).

Gráfico 2 - Concepção de gênero



Fonte: elaborado pela autora com base nos artigos levantados (2018).

Como se observa no gráfico 1, a concepção de gênero não é apresentada em 52% dos artigos. Isso de antemão se mostrou um dado preocupante, pois, uma vez que se compreende que a discussão de qualquer fenômeno humano parte de uma determinada base epistemológica, de uma visão de mundo, de ser humano, de desenvolvimento, etc., espera-se que quando é proposta a discussão de gênero, principalmente em pesquisas na área da Psicologia, fique claro para o leitor ou leitora o que se está entendendo por esta dimensão. Desse modo, não era interessante encerrar o enfoque dessa categoria apenas destacando quais artigos a conceituam. Ao longo da leitura dos artigos buscamos identificar qual a concepção de gênero apresentada mais ou menos explicitamente nos estudos, como demonstra o gráfico 2. Com isso, foi possível organizar os dados em duas categorias principais: **gênero como fenômeno biológico** e **gênero como fenômeno não biológico ou social**. Nessa última categoria, destacamos a concepção de gênero compreendida como construção social.

Como esperado, após leitura mais detida dos artigos, constatamos a predominância de concepções que versavam pelo entendimento da categoria gênero como um fenômeno socialmente construído, ao passo que dois artigos localizam o gênero como diretamente decorrente das diferenças biológicas entre homens e mulheres. Entendemos que esse quadro expressa a preocupação de pesquisadores e pesquisadoras na Psicologia em se voltar a temas relativos ao gênero e diversidade, buscando se distanciar de concepções que historicamente marcaram tais discussões por um viés biologizante.

Por outro lado, o artigo de Menezes et. al (2010), pautando-se na Psicologia Evolucionista, propõe que **as diferenças de papéis de gênero são resultado da evolução** e

do **dimorfismo sexual**²² fruto do desenvolvimento cerebral-fetal, a partir da influência hormonal. Nesse sentido, a cultura somente diminuiria, exageraria ou inverteria essas diferenças – uma vez que “masculinidade-feminilidade” é uma dimensão cultural fundamental. As considerações propostas pelas autoras localizam o gênero como fenômeno biológico, passível de influência da cultura.

O artigo de Carvalho, Cavalcanti, Almeida e Bastos (2008) busca refletir sobre as práticas e discursos que relacionam a atividade de cuidado como tarefa feminina, a partir de estudo comparativo de dois pontos de vista, a perspectiva psicobiológica e histórico-cultural²³. Localizamos este estudo na categoria gênero como fenômeno biológico, pois recorre a explicações que evidenciam o caráter inato de determinados tipos de temperamentos, presentes na espécie humana e nos gêneros, em todas as populações (possuindo prevalência variada). Estes são mais ou menos direcionados a certas práticas humanas, como o cuidado. A pressão cultural exercida sobre os indivíduos “ajustaria” o seu temperamento com maior ou menor eficiência para um ou outro papel (Carvalho, Cavalcanti, Almeida & Bastos, 2008). Dessa forma, o cuidado como prática mais desempenhada pelo sexo feminino seria **biologicamente determinada**, e a **cultura seria um fator de influencia**.

O estudo de Emerich, Rocha, Silvares & Gonçalves (2012) foi classificado como **descritivo**, uma vez que a discussão proposta se concentra na exposição de resultados de uma pesquisa acerca do efeito do gênero sobre as escalas do Inventário de Comportamentos de Crianças e Adolescentes (CBCL) para um grupo de crianças brasileiras e comparação dos resultados com dados multiculturais obtidos com o mesmo instrumento. Sobre as possíveis causas para as diferenças na prevalência desses problemas de comportamento, as autoras se referem a pesquisas que apontam a influência tanto de processos ambientais quanto biológicos para o desenvolvimento de psicopatologias nos sexos masculino e feminino. O primeiro grupo remete à imposição de estereótipos masculinos e femininos pela sociedade, podendo afetar as taxas de prevalência. Segundo as autoras, as pressões sociais podem ser responsáveis por comportamentos considerados tipicamente masculinos, como ter raiva e caçoar dos outros. Na perspectiva biológica, as diferenças na prevalência poderiam derivar de diferenças hormonais e do desenvolvimento, como no caso do desenvolvimento cerebral diferenciado em meninos e meninas (Emerich, Rocha, Silvares & Gonçalves 2012). No entanto, compreendemos que o artigo se restringe a descrever resultados sobre os dois enfoques para analisar os diferentes

²² Refere-se às características físicas que demarcam diferenças entre machos e fêmeas de uma espécie.

²³ O artigo não se refere à Teoria Histórico-Cultural, formulada por L. S. Vigotski. Mais adiante, no mesmo artigo, esta perspectiva histórico-cultural é referida como “enfoque culturalista”.

índices de problemas de comportamento em crianças, mas sem um posicionamento teórico definido, isto é, sem estabelecer com qual concepção se está concordando ou discordando.

Importante pontuar que na categoria gênero como fenômeno não biológico ou social observamos que nem todos os artigos partiam da mesma base epistemológica. Desse modo, consideramos que as concepções de gênero identificadas explícita ou implicitamente nos artigos não correspondem a uma única fundamentação teórica. Observamos, por exemplo, que parte dos artigos mencionava as diferenças e desigualdades de gênero **enfatizando o caráter discursivo** como base para sua constituição (Freire, Sabarense & Branco, 2009; Fanini, Santos & Gnoato, 2017; Galindo & Mello, 2010; Dinis, 2012; Azerêdo, 2010; Curado & Menegon, 2009; Nascimento, 2010; Macedo, Roso & Lara, 2015; Silva & Ximenes, 2017; Nunes & Werba, 2015; Saldanha, 2013; Martins et al., 2014; Cardoso & Werba, 2013).

Outros destacavam considerações a respeito dos processos históricos e a **base nas relações materiais** envolvidos na constituição dessas desigualdades (Luz, Gonçalves & Silva, 2014; Coutinho et al., 2013; Ozella & Aguiar, 2008; Barbosa, Dimenstein & Leite, 2014; Souza & Sousa, 2015). Sobre as abordagens teóricas identificadas nos artigos que embasam a discussão de gênero, discutiremos em item que se encontra adiante.

1.3.2 Das temáticas das pesquisas

Nesse ponto da análise, a leitura dos artigos forneceu dados interessantes a respeito dos temas explorados pelo viés das relações de gênero em que versam as pesquisas contemporâneas em Psicologia. Foi possível organizar os resultados a partir de seis categorias, considerando suas respectivas características de inclusão. Os aspectos qualitativos organizados a partir das sínteses dos artigos se encontram no item ANEXO.

Quadro 2 - Principais temáticas das pesquisas trabalhadas nos artigos

Categoria	Temáticas das pesquisas	Total de artigos
Violência	Violência contra a mulher; homofobia; prostituição; atendimento psicossocial a mulheres vítimas de violência.	7
Saúde e cuidado	Práticas de cuidado; uso de drogas por mulheres;	7

	HIV/AIDS em mulheres; saúde e prevenção do homem.	
Infância e adolescência	Aplicação de testes e discussão a partir de questionários e inventários nessas faixas etárias.	4
Experiências formativas sobre gênero	Práticas que relacionam experiências formativas sobre gênero em meio acadêmico e social.	4
Concepções/estudos/elaboraões teóricas sobre gênero	Discussão teórica de categorias; mapeamento de grupos de pesquisas sobre gênero.	3
Relações de trabalho	Relação entre mulheres e trabalho.	2
		Total: 27

Fonte: elaborado pela autora com base nos dados extraídos das pesquisas (2018).

Conforme análise dos artigos e sínteses das discussões propostas, o tema violência contra a mulher se mostrou dominante nas pesquisas incluídas na categoria **violência**, tendo como aspectos norteadores a concepção desse fenômeno como derivado de um processo histórico de constituição de práticas opressoras contra a mulher (artigos 7, 20, 25 e 26) e grupos entendidos como minorias, como a população LGBTTTQ (artigos 16 e 21). Nesse sentido, apontam para a necessidade de desnaturalização e enfrentamento da violência a partir de processos de conscientização, de implantação de políticas públicas e de efetivação de atendimento e acolhimento às vítimas.

Na categoria **saúde e cuidado**, encontramos um quadro mais diversificado quando dos temas explorados. Em relação ao cuidado, destacaram-se as pesquisas que discutem essa prática do ponto de vista que reconhece o papel social da mulher ligado a uma “natureza feminina” relativa ao cuidado do outro (artigos 12 e 17). Disso, concluímos que estas pesquisas estão menos preocupadas a apresentarem a base social da construção dos papéis de gênero, demonstrando como estes ainda são naturalizados como práticas e comportamentos tradicionalmente atribuídos à mulher. Em outra direção, ressaltamos os esforços de pesquisas em se discutir o uso de drogas (artigos 19 e 22), o HIV/AIDS (artigo 18) e a saúde de homens e mulheres (artigo 28 e 29, respectivamente), propondo debates sobre a naturalização das condutas de homens e mulheres, bem como a contextualização histórica e social desses comportamentos.

Das pesquisas que se debruçam na temática da **infância**, observamos a presença de artigos que apresentam as relações de gênero por um viés no qual sobressaem aspectos biológicos (artigos 5 e 10) e, por sua vez, que explicam os comportamentos (considerados

normais ou patológicos) de meninos e meninas a partir desses fatores. Apenas um artigo apresenta a base histórica e social da constituição das diferenças de gênero – focalizando a **adolescência**, produzidas historicamente a partir de necessidades concretas e como estas impactam sobremaneira a formação da subjetividade (artigo 8). Destacamos, ainda, que nos poucos artigos encontrados sobre o tema da infância/adolescência, predominou uma perspectiva primordialmente biológica de desenvolvimento. Isso contrasta com a maioria dos artigos que enfocam o período adulto, nos quais prevalecem discussões menos voltadas à concepção biologizante.

Nos artigos que se referem a **propostas/experiências formativas sobre gênero** encontramos a predominância da discussão relativa às temáticas de gênero e diversidade em espaços formativos, como na educação básica, no ensino superior e em espaços de militância (artigos 23, 30 e 31). O único artigo desta categoria que deriva de pesquisa teórica (artigo 9) traz considerações sobre experimentos estéticos aliados ao ativismo de gênero.

Os artigos que se propõem a apresentar **elaborações conceituais** sobre gênero se mostraram diversificados quanto aos temas, discutindo concepções sobre homossexualidade (artigo 11), apresentando uma postura metodológica no estudo sobre gênero (artigo 13) e diferentes grupos de pesquisa sobre gênero da terceira geração (artigo 14). Porém, têm como ponto em comum o destaque para a importância da discussão sobre gênero e diversidade no campo da Psicologia.

Por fim, os artigos que apresentam discussões sobre gênero e **relações de trabalho** se concentram no ponto de vista da mulher, discutindo a naturalização do trabalho doméstico (artigo 2) e do trabalho social (artigo 15) como atribuições tradicionalmente femininas, como derivada de um processo histórico.

Dos artigos analisados enquanto temáticas predominantes de pesquisa, observamos uma pluralidade de campos de investigação sobre gênero, enfatizando principalmente temas relativos à violência contra a mulher (25,9%) e à saúde/cuidado da mulher (25,9%), correspondendo a 51,8% do total de artigos. Em seguida, localizamos os artigos que tratam da infância/adolescência (14,8%) e as experiências formativas sobre gênero (14,8%), as quais representam 29,6% do total. Por fim, os artigos que se concentram em concepções/elaborações conceituais sobre gênero somam 11,1% dos artigos, e aquelas que abordam relações de trabalho e gênero, 7,4% do total das pesquisas.

No que tange ao recorte desta pesquisa, apenas um estudo (artigo 10) destacou a relação entre gênero e transtornos de comportamento na infância (Emerich et al., 2012), apresentando este tema a partir de uma perspectiva que se relaciona à naturalização das

desigualdades de gênero, como fenômeno demarcado pelos fatores biológicos e influenciado pela cultura. Nessa direção, o sexo da criança é descrito como um fator influenciador do aparecimento de problemas de comportamento na infância e desenvolvimento de psicopatologias.

As causas para as diferenças na prevalência de problemas de comportamento são apresentadas pelas autoras como possíveis de serem tanto de ordem da influência da cultura como de processos biológicos. O primeiro grupo se refere à imposição de estereótipos masculinos e femininos pela sociedade, podendo afetar as taxas de prevalência. As pressões sociais podem ser responsáveis por comportamentos que hoje são considerados tipicamente masculinos (Emerich et al., 2012).

Pela perspectiva biológica, os processos de desenvolvimento e diferenças hormonais são apontados como possíveis causas para o desenvolvimento cerebral diferenciado entre os sexos. Por exemplo, a teoria do cérebro hipermasculinizado e hiperfeminilizado, citada pelas autoras, parte da premissa de que existiriam características inatas que definem o comportamento do indivíduo. O primeiro estaria ligado a características como inibição emocional e problemas internalizantes, ao passo que o outro seria responsável pela desinibição emocional e comportamentos externalizantes (Emerich et al., 2012).

No primeiro haveria um atraso na maturação neural o que levaria a desinibição observada nas crianças do sexo masculino, isso se daria pela *alta circulação do hormônio testosterona*. Esse atraso na maturação traria os comportamentos típicos em meninos, como *problemas de comportamento, motores, sociais e emocionais*, podendo apresentar *psicopatologias como o autismo ou problemas de conduta*. Já no cérebro hiperfeminino as crianças com essa formação cerebral teriam as seguintes características: *organizadas e boas com as relações sociais, dessa forma esses indivíduos não teriam riscos de apresentar alguma psicopatologia*, isso se esses sujeitos não estivessem expostos a ambientes disfuncionais, caso contrário, poderiam apresentar patologias ligadas a *ansiedade, depressão e transtornos alimentares*. (Emerich et al., 2012, p. 381, grifos nossos).

Ou seja, a partir do estudo citado pelas pesquisadoras, o desenvolvimento cerebral e hormonal definiriam as condutas de meninos e meninas, sendo possível inclusive prever quais traços de comportamento estariam presentes em um ou outro. Nesse sentido, o aparecimento de patologias externalizantes, descritas como predominantes em meninos, como no caso do TDAH, é explicado pela anatomia, pela taxa hormonal relativamente superior de testosterona. Decorre disso que o menino seria mais agitado, mais desatento, mais agressivo justamente por ser um menino, pela alta taxa de testosterona. Podemos considerar como uma reedição de uma perspectiva que reduz o comportamento a determinado fator biológico, como eram as explicações que ligavam a maior incidência do TDAH ao cromossomo X, por exemplo. No

caso em questão, a explicação para a diferença entre comportamentos externalizantes e internalizantes seria de ordem hormonal. A partir da pesquisa realizada no Brasil com 1.475 crianças de 6 a 11 anos, as autoras expõem que foram constatadas diferenças em quatro das oito escalas de síndrome, sendo o gênero uma variável participante desse resultado, sendo as escalas: Problemas de Sociabilidade, Problemas de Atenção, Violação de Regras e Comportamento Agressivo. As escalas de Externalização, Problemas Emocionais/Comportamentais, Déficit de Atenção e Hiperatividade, também apresentaram oscilações.

Para todas estas escalas, as crianças do sexo masculino obtiveram escores mais elevados, ou seja, os pais de meninos relataram a ocorrência de dificuldades comportamentais em maior intensidade ou frequência do que pais de meninas. Não foram observadas diferenças em função do sexo em relação aos problemas internalizantes, como Ansiedade/Depressão, Retraimento/Depressão e Queixas Somáticas, além dos Problemas com o Pensamento, e, conseqüentemente, na Escala de Internalização. (Emerich et al., 2012, p. 383).

Da pesquisa citada se confirmaria a hipótese inicial de que o sexo influencia a ocorrência de problemas de comportamento. Ou seja, o que o artigo indica deriva da hipótese de que os problemas de comportamento e as expressões de psicopatologias em meninos e meninas são produto predominantemente do desenvolvimento biológico. Nesse sentido, aproxima-se das interpretações descritas nos manuais diagnósticos abordados, em termos de permanecer no que é aparentemente percebido em relação ao transtorno de comportamento, isto é, a maior prevalência em meninos, para explicar sua origem num fator biológico, seja ele genético, hormonal ou anatômico. Este, por consequência, é a explicação predominante e a cultura apenas influenciaria estes processos. Ao longo desta pesquisa procuraremos problematizar tais explicações monocausais, pautadas especificamente no determinismo biológico, e como tal postura influencia na conformação do TDAH como transtorno do comportamento e a conseqüente medicalização como modelo hegemônico de intervenção e tratamento.

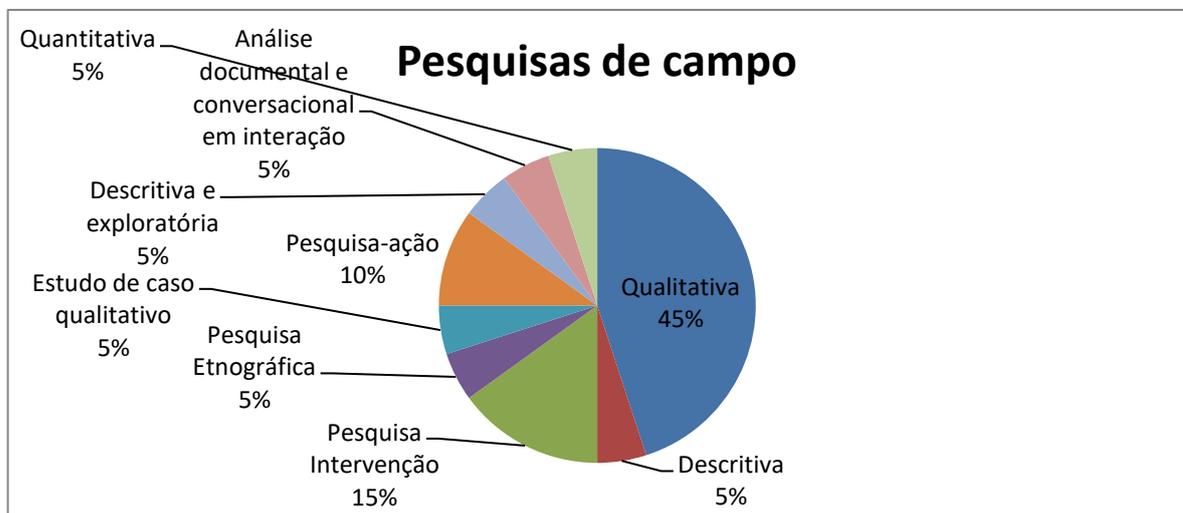
1.3.3 Das modalidades de pesquisa

Nessa altura da análise dos artigos, tornou-se também um dado relevante o tipo de pesquisa no qual os artigos se apoiavam, a fim de visualizarmos o teor predominante das pesquisas sobre gênero em Psicologia. Partimos da categorização entre os artigos que

anunciam o tipo de pesquisa e os que não anunciam essa informação. Do total, 17 (dezesete) deles anunciavam o tipo de pesquisa e/ou seu caráter, e 10 (dez) omitiam esse dado.

Observamos a predominância de estudos de campo (20 artigos), em relação aos estudos teóricos (7 artigos). Do gráfico, fica evidente a pluralidade de posturas metodológicas correspondentes à pesquisa qualitativa na Psicologia (90%), em contraponto à pesquisa quantitativa (5%) e descritiva (5%). Conforme a descrição dos procedimentos metodológicos adotados pelos pesquisadores, foi possível classificar os estudos de campo conforme o gráfico a seguir:

Gráfico 3 - Classificação das pesquisas



Fonte: elaborado pela autora com base nos artigos levantados (2018).

Günther (2006) considera como característica fundamental da pesquisa qualitativa a busca pela compreensão do fenômeno a partir do estudo das relações complexas, ao invés de explicações por meio de isolamento de variáveis. O autor define a pesquisa qualitativa como um ato social de construção do conhecimento.

A postura do pesquisador na pesquisa qualitativa se difere pela aceitação explícita da influência de crenças e valores sobre a teoria, tópicos de pesquisa, método e interpretação de resultados. Na quantitativa, esses dados são considerados fontes de influência, que devem ser controladas ou até mesmo negadas (Günther, 2006). Assim, o tipo de pesquisa qualitativa, predominante nos artigos encontrados, caracteriza-se pela busca de se responder uma pergunta qualitativa por meio de métodos qualitativos. Estes incluem entrevistas, estudos de caso, observação análise de documentos, pesquisa-ação, pesquisa etnográfica, experimentos, dentre outras técnicas identificadas nas pesquisas mencionadas.

O que se evidencia da postura qualitativa em pesquisa é uma consideração do indivíduo como sujeito dependente de determinado contexto social. Narita (2006) aponta que mesmo quando a pesquisa se concentra em entrevistas, ou a análise circunscreve um determinado grupo social, isso não significa abstrair o indivíduo de sua história social ou tomá-lo como polo independente deste.

A história de vida tem como base a condição do grupo social; assim, as biografias individuais devem ser entendidas a partir da posição que o indivíduo ocupa no espaço social. Daí a importância de o pesquisador conhecer as diversas posições sociais para perceber o complexo campo das relações sociais, a partir de diferentes lugares e olhares. Porque, dependendo da posição que o indivíduo ocupa, é possível captar a realidade de determinada maneira; e vivenciar e pensar situações impensáveis para pessoas que ocupam outras posições sociais (Narita, 2006, p. 26, grifos da autora).

Nesse sentido, torna-se imprescindível para a apreensão da totalidade do fenômeno dados de análise macrossocial (históricos, econômicos, sociológicos, geográficos, etc.), além dos discursos coletados durante a pesquisa. O papel do sujeito que pesquisa também é imprescindível. Como aponta Netto (2011), no caso das ciências sociais, a relação entre sujeito e objeto deve ser entendida como uma relação na qual o sujeito está implicado no objeto, ou seja, o sujeito não é externo a ele. Assim, não se parte de uma pretensa neutralidade do sujeito na investigação. Esta não neutralidade não significa por consequência falta de objetividade no processo de conhecimento, mas a premissa do papel ativo do pesquisador, no que tange ao uso das técnicas necessárias, à mobilização, revisão e crítica dos conhecimentos obtidos no processo de pesquisa.

1.3.4 Do referencial teórico

A respeito dos referenciais teóricos predominantes nos artigos encontrados, deparamo-nos com uma produção científica notoriamente marcada pela multiplicidade de abordagens. Previamente, a leitura dos artigos evidenciou que 18 (dezoito) deles anunciavam no mínimo uma abordagem teórica como referência do estudo²⁴, ao passo que 9 (nove) deles omitiam ou não identificavam esse dado²⁵. Além disso, 4 (quatro) artigos explicitavam mais de um referencial teórico²⁶. Buscamos identificar a abordagem teórica dos artigos por meio da leitura

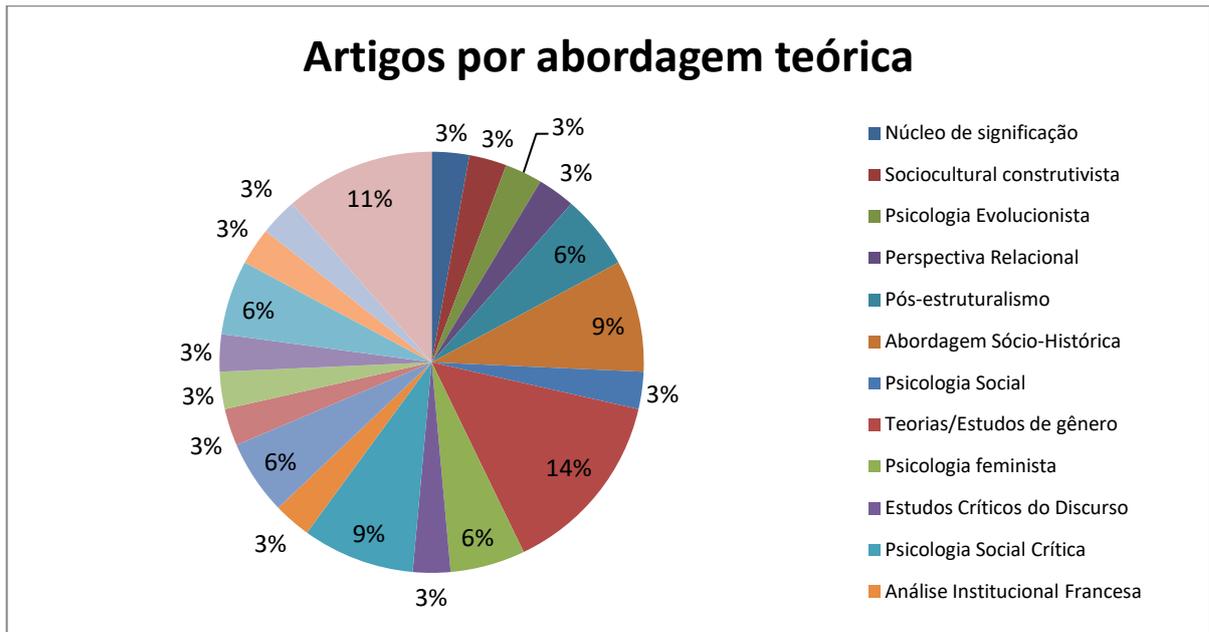
²⁴ Artigos 2, 3, 5, 7, 8, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 23, 25, 26, 28, 29, 30 e 31.

²⁵ Artigos 1, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 17 e 22.

²⁶ Artigos 15, 19, 29 e 30.

do texto integral e, quando necessário, pela consulta às referências utilizadas nos artigos e/ou currículos das autoras e autores em que estão apresentadas suas principais publicações. Por esse caminho pudemos examinar de forma mais apurada a pluralidade de abordagens teóricas que permeia os estudos sobre gênero no âmbito da Psicologia.

Gráfico 4 - Classificação de artigos por abordagem teórica anunciada ou identificada



Fonte: elaborado pela autora com base nos artigos levantados (2018).

As pesquisas em Psicologia levantadas, ao se concentrarem nas temáticas relativas ao gênero, apresentam um campo múltiplo de referenciais teóricos, no qual se destacaram relativamente as **Teorias/Estudos de Gênero**²⁷ (5 artigos), os estudos oriundos do **campo pós-moderno**²⁸ (4 artigos), a **abordagem Sócio-Histórica**²⁹ (3 artigos) e a **Psicologia Social Crítica**³⁰ (3 artigos).

A respeito dos cinco artigos que traziam como referencial teórico as **Teorias/Estudos de gênero** é interessante notar que apenas um deles (Nascimento, 2010) apresentava qual perspectiva orientava os estudos de gênero mencionados (no caso, o Pós-estruturalismo). Foi predominante nos outros artigos a omissão do referencial. É digno de nota que, numa perspectiva que considere o saber científico e a elaboração de ideias como oriundas das condições materiais específicas de produção, portanto, não descolados do contexto social da

²⁷ Artigos 15,16, 19, 23 e 28.

²⁸ Os artigos 9, 11, 13 e 14 apresentavam como referencial autores localizados no campo pós-moderno, como o construcionismo social, estudos pós-coloniais e de gênero, estudos *queer*, etc.

²⁹ Artigos 8, 25 e 31.

³⁰ Artigos 19, 29 e 30.

produção do conhecimento, partimos do pressuposto de que os Estudos de Gênero não dizem respeito somente a uma só abordagem específica. Ao contrário, podem ter como base estudos marxistas, pós-estruturalistas, psicanalíticos, fenomenológicos, dentre muitos outros. Em virtude disso, entendemos a afirmação da base teórica e filosófica não como mero detalhe, mas como ponto central, pois dela deriva o fundamento das concepções de mundo, de ser humano e sociedade e, por consequência, do conceito de gênero.

Nesse sentido, a questão sobre quais estudos de gênero a pesquisa consultada se assentava foi insuficientemente respondida na leitura da maioria dos artigos. Numa análise mais detida, recorrendo às referências bibliográficas e, quando necessário, aos currículos dos autores e autoras, notamos a predominância de referências oriundas do campo pós-moderno dos estudos de gênero, conforme quadro abaixo:

Quadro 3 - Artigos que apresentam as Teorias/Estudos de gênero como referencial teórico

Artigos	Abordagem que orienta o conceito de gênero
Gênero e os sentidos do trabalho social (Curado & Benegon, 2009) – artigo 15	<ul style="list-style-type: none"> - Construcionismo social. - Gênero como uma forma de dar sentido às relações sociais, por meio da linguagem e do cotidiano. - Referência sobre categoria gênero: Joan Scott.
Homofobia e homofobia interiorizada: produções subjetivas de controle heteronormativo? (Nascimento, 2010) – artigo 16	<ul style="list-style-type: none"> - Pós-estruturalismo. - Gênero como uma das produções de subjetivação normatizadora, que define papéis sociais, desejos e corpos femininos/masculinos. - Referências sobre categoria gênero: Judith Butler, Guacira Lopes Louro, Jeffrey Weeks.
Mulheres, saúde e uso de crack: a reprodução do novo racismo na/pela mídia televisiva (Macedo & Roso, 2015) – artigo 19	<ul style="list-style-type: none"> - Estudos oriundos do campo pós-moderno. - Gênero como produto de produções discursivas que naturalizam as diferenças ente homens e mulheres, ordenando as relações de poder entre os dois polos. - Referência sobre categoria gênero: Adriana Piscitelli.
O ensino de gênero na universidade: diretrizes ou militância? (Nunes & Werba, 2015) – artigo 23	<ul style="list-style-type: none"> - Estudos oriundos do campo pós-moderno. - Gênero como representação social de homens e mulheres na sociedade, constituída nas/pelas relações de poder. - Referência sobre categoria gênero: Guacira Lopes Louro.
Relações de Gênero e a Atuação de Psicólogos na Oncologia: Subsídios	<ul style="list-style-type: none"> - Estudos oriundos do campo pós-moderno. - Gênero como elemento que constitui as relações sociais

para a Saúde Masculina (Martins, Gazzinelli, Schall & Modena, 2014). – artigo 28	baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos, como forma primária de significar as relações de poder. - Referências sobre categoria gênero: Judith Butler, Joan Scott.
--	--

Fonte: elaborado pela autora com base nos dados extraídos das pesquisas (2018).

Como se observa no quadro, os artigos que apresentam as Teorias/Estudos de gênero como referencial teórico são notoriamente marcados pelos estudos pós-modernos no campo da discussão de gênero, principalmente Butler (2016) e Louro (2004). A partir dessa concepção, Louro (2004) localiza os estudos de gênero, feministas, gays, lésbicos e *queer* como oriundos da conexão entre militância e teorização, entre construção de novas formas de conhecimento e política. A postura adotada enfatiza a relação entre os discursos e práticas do sujeito, marcados pelo caráter provisório e instável das identidades sexuais e de gênero. Dessa forma, os estudos de gênero quando orientados por uma perspectiva proveniente do campo pós-moderno partem de um caráter que considera o conhecimento como um processo incompleto, provisório, admitindo a existência de inúmeras “verdades” sobre o sexo e as identidades de gênero. A autora afirma:

Tento escapar do raciocínio que obriga a decidir se algo (ou alguém) é isto ou aquilo para pensar que algo (ou alguém) pode ser, ao mesmo tempo, isso e aquilo. Procuo desmanchar dicotomias, desconstruir binarismos, incluindo aqui as oposições supostamente sólidas, entre masculino/feminino, heterossexual/homossexual (Louro, 2004, p. 02).

Outro aspecto que nos auxilia a aproximar os estudos de gênero nessa perspectiva diz respeito ao tratamento dado as temáticas até então pouco exploradas. Louro (2004) destaca as vivências privadas/domésticas, as formas de viver o masculino e feminino, a família, as relações amorosas, a maternidade e a paternidade, o prazer, a pornografia, etc. como novos campos de teorização. A pluralidade nas metodologias e a mobilização de estratégias de conhecimento também são enfatizadas. Ao lidar especificamente com o gênero, essa postura teórico-metodológica volta-se particularmente para o questionamento e desconstrução da continuidade entre sexo e gênero, isto é, da lógica que supõe as características correspondentes ao sexo como naturais, a expressão do corpo e do desejo como decorrente deste. Segundo essa perspectiva, a autora explica que:

O caráter imutável, a-histórico e binário do sexo vai impor limites à concepção de gênero e de sexualidade. Natureza é, de algum modo, equacionada como heterossexualidade, então, o

desejo “natural” só pode ser voltado para o sexo/gênero oposto. A heterossexualidade se constitui, assim, na forma compulsória de sexualidade (Louro, 2004, p. 04).

Na concepção de Butler (2016), localizamos a ênfase nas práticas discursivas quando da construção do gênero, como inicialmente apontado no item sobre as concepções de gênero expostas nos artigos. Para essa autora, é no discurso que aparecem as representações, por exemplo, sobre o que é ser mulher, homem, gay, lésbica, etc., e que vão, paulatinamente cristalizando as práticas consideradas inteligíveis, possíveis de serem conhecidas, naturalizadas e legitimadas. De tão cristalizadas, essas categorias (sujeito, mulher, homem, heterossexual, homossexual, etc.) produzem efeitos, também naturalizados, entendidos como estáveis e universais. Assim, há a proeminência na produção e repetição dos discursos e seus efeitos no sujeito para conceber as expressões, desigualdades e consolidação dos gêneros.

Reconhecemos que dessa postura teórico-metodológica que questiona a universalidade e estabilidade das dicotomias sexuais e de gênero foram concretizados avanços em relação às perspectivas que consideram o desenvolvimento humano a partir de um aspecto biologizante e a expressão do gênero como continuidade do dimorfismo sexual, bem como as fronteiras supostamente estanques entre normal e patológico. No entanto, apontamos como limite a ser superado a postura adotada em relação a não explicitação da base material das diferenças de gênero, que não deve ser entendida como independente da organização social, de uma determinada forma de acumulação assentada na propriedade privada e na exploração da humanidade por uma parte dela e dos homens sobre as mulheres. É importante ter em vista que as relações entre homens e mulheres sempre constituíram o substrato da sociabilidade humana; desde os primórdios dos agrupamentos da espécie, a economia política sexual e reprodutiva esteve na origem da produção e reprodução da vida coletiva (Engels, 2009). Como aponta Izquierdo (1992), as relações de gênero tal como se estruturam em diferentes períodos históricos serviram para responder a tarefas da produção/reprodução da vida humana, por exemplo, o problema da total dependência dos filhotes ao nascer. Nessa dinâmica, conjugam-se determinações históricas, econômicas, políticas, ideológicas e culturais que sustentam as disposições desiguais da produção de vida entre o sexo, em última análise, da condição econômica, ideológica e histórica da relação entre homens e mulheres na sociedade.

O fato de os artigos destacados não anunciarem a matriz teórico-filosófica na qual se apoiam as Teorias/Estudos de Gênero mencionadas, evidencia determinada posição metodológica das pesquisas analisadas. De forma semelhante àquelas que não apresentam ou

omitem a concepção de gênero que orienta a investigação de uma parcela considerável dos artigos, partindo do pressuposto que o leitor ou leitora já saberia o que é gênero e/ou partilha da concepção de gênero do(a) autor(a) ou autores(as). Ao não especificarem ou mesmo omitirem a abordagem na qual uma dada teoria ou estudo de gênero se assenta, pode-se pressupor erroneamente que aquela é a única forma de estudar esta categoria. Deduz-se uma determinada visão de sujeito e de mundo, um determinado discurso sobre o sexo e o gênero.

Devemos observar essa questão com a devida cautela, de modo a não inferir um pressuposto consenso entre os estudos, como se a manifestação particular do fenômeno fosse entendido como seu todo. Nessa direção, na análise empregada buscamos, em nossos limites, atentar-nos para esse processo mais amplo de produção do conhecimento sobre o gênero, considerando que a postura adotada pelo pesquisador, em relação à sua base epistemológica, implica uma determinada práxis (Sanfelice, 2008).

O mesmo se aplica aos artigos que apresentam a própria **categoria gênero como um referencial teórico** (Cardoso & Werba, 2013) e os **estudos feministas** (Roso, Angonese & Santos, 2013). Nesses casos, questionamos se ao considerar o gênero como referencial implicava em assumi-lo como uma categoria constante, que unifica o entendimento de todas as abordagens teóricas sob o mesmo prisma. Além disso, quando se tratava de apontar os estudos feministas como fundamento, não era explicitado sobre qual ou quais correntes do feminismo se referiam.

Da mesma forma que não se pode assumir o gênero como categoria universal dentre as várias abordagens, tampouco consideramos a existência de uma concepção unitária também nesse campo. Existem diversas vertentes no feminismo, que possuem bases filosóficas muitas vezes diametralmente opostas. Por exemplo, há o feminismo liberal, que marca o movimento sufragista nos EUA no século XIX, o feminismo radical, o de base existencialista de Simone de Beauvoir, o de base marxista... Todas essas teorias possuem suas próprias particularidades teórico-filosóficas bem como agendas específicas de reivindicações no plano social, pois, respondem a determinados interesses correspondentes aos extratos sociais diversos.

Ou seja, buscamos salientar com esta etapa do levantamento que a pluralidade de referenciais teóricos sobre gênero nem sempre foi acompanhada com a demarcação da matriz teórico-filosófica na qual estes estudos se embasam. Dessa forma, é comum nos depararmos no campo das pesquisas sobre gênero com certo movimento de agregação de várias posições teóricas dentro da classificação geral de Teorias/Estudos de Gênero, como se estudar gênero significasse necessariamente adotar um posicionamento na pesquisa que não necessita ser explicitado no estudo. Compreendemos que essa postura acarreta mais confusão do que

esclarecimento no âmbito dos estudos de gênero, pois denota que ao não se conceituar esta categoria, ela pode ser entendida como qualquer coisa, dependendo do desejo de quem lê. Nessa direção, consideramos que avançar nas pesquisas sobre gênero, independente do recorte e temática, seja a violência, a saúde, o trabalho, etc., significa ao mesmo tempo o compromisso de explicitar os fundamentos que norteiam a discussão empreendida.

A respeito dos artigos cuja matriz teórico-metodológica foi identificada como **estudos oriundos do campo pós-moderno**, destacamos que não é nosso objetivo realizar exame exaustivo sobre as bases destes artigos. Restringimo-nos a identificar os pontos que agregavam os artigos dentro desse campo de conhecimento. Concordamos com Tonet (2006) e Castro (2018) quando identificam a heterogeneidade de correntes do pensamento dito pós-moderno, ao passo que existe o consenso de abandono de categorias que remetem à razão do pensamento moderno, como a totalidade e a essência³¹.

Tendo isso em vista, Harvey (2012) afirma que a matriz do pensamento característico pós-moderno não se constituiu num vazio social, econômico e político, mas tem como base um contexto histórico-cultural de reestruturação do regime de acumulação capitalista, principalmente a partir da década de 1970. O autor caracteriza tal movimento pela perda da fé dos projetos do iluminismo, de emancipação humana por meio da razão e crítica às metanarrativas do mundo moderno. Nessa direção, há a denúncia à razão abstrata, a aversão de projetos que buscavam a emancipação humana universal pelas forças da tecnologia, da ciência e da racionalidade.

Peters (2000) aponta que a ciência e as teorias que surgem com a alcunha do pós-modernismo se constituem como um campo de forças plurais. Cada espécie de teoria seja qual for sua vertente constitui sua própria identidade, por meio de diferentes modos de integração, transformação, combinação, distorção e apropriação. O esforço pós-moderno de se distanciar das metanarrativas da modernidade encontra sua realização no perspectivismo, no diagnóstico e crítica ao binarismo, na substituição da ontologia pelas narrativas genealógicas, na conexão poder-saber, na desarticulação do eu, no apagamento da fronteira entre filosofia e literatura e no discurso autodestruidor. Esses aspectos são fortemente encontrados nas elaborações sobre gênero de Louro (2004) e Butler (2016), teóricas sobre gênero mencionadas anteriormente.

Aqui problematizamos os limites dessas perspectivas no enfrentamento das concepções unicausais, como no caso das explicações primordialmente biológicas sobre os

³¹ Segundo Netto (2011), na perspectiva marxiana de investigação teórica só é possível conhecermos a essência do objeto ao tomarmos ele a partir de um exame racional, abarcando seus fundamentos, condicionantes e limites, e não somente a descrição de suas formas fenomênicas. Ou seja, parte-se do pressuposto que é possível conhecer a realidade, ao explorá-la para além do que se apresenta na aparência.

transtornos de comportamento. Isto é, partindo de uma perspectiva que preconiza o relativismo e demarca o pressuposto de inexistência de uma verdade única, questionamos o alcance das concepções ditas pós-modernas no enfrentamento e superação do reducionismo biológico que ainda marca fortemente essas discussões e que culmina, dentre outros fenômenos, nos processos de patologização e medicalização da infância. Sobre o fundamento metafísico, que pode ser estendido para o ponto de vista unicausal, Sanfelice (2008) o caracteriza como:

[...] Um pensar por antíteses e sem meio termo: sim, sim; não, não. Uma coisa existe ou não existe e não pode ser ela e outra ao mesmo tempo. Excluem-se o positivo e o negativo e a causa e o efeito opõem-se de modo rígido. Mas esse é o método de pensar do senso comum que pode até mesmo ser necessário dependendo dos objetos de que trata ou do estágio do conhecimento que se tem deles. Mas, para além disso, *é um pensamento que se torna unilateral, limitado, abstrato*. Preocupado com a existência dos seres, não vê suas origens e suas mortes. Obcecado pelas árvores não consegue ver o bosque (Sanfelice, 2008, p. 80, grifos nossos).

Nessa direção, demarcamos a diferença entre a adoção do materialismo histórico-dialético enquanto método de investigação e os estudos orientados pela perspectiva pós-moderna, no sentido de buscar o real em suas múltiplas determinações, para além da manifestação das aparências. Segundo o mesmo autor, é necessário, no processo investigativo, caminhar da manifestação fenomênica para a essência da coisa em si, sendo este o pressuposto dialético epistemológico (Sanfelice, 2008). Sendo assim, ao assumir que não se pode alcançar a verdade, como as correntes do pensamento pós-moderno, o papel do sujeito se restringe a captar o que se apresenta na aparência, e nesse sentido não superam a visão unicausal biologizante, que também se limita à aparência.

A marcação dos estudos ditos pós-modernos se assentam na ênfase dos jogos de linguagem, no relativismo do texto e na negação da existência de uma única voz como autêntica e legítima. Portanto, tem no pluralismo e ataque às presunções universalizantes uma posição que reverbera de forma contundente nos estudos de gênero, incluindo os estudos gays e lésbicos, a teoria *queer* e os estudos pós-coloniais. O relativismo, nesse sentido, diferencia-se da concepção dialética, que considera o conhecimento como produto de um tempo histórico, portanto, enquanto verdade histórica, pertencente a uma totalidade³².

³² Não dizemos com isso que minorias sociais (como as mulheres e as pessoas LGBTQI) deveriam permanecer fora dos espaços de fala e discussão. O que ressaltamos é que qualquer grupo social fala de uma posição e de uma vivência que transversaliza gênero, raça e classe. Trata-se de experiências singularmente vivenciadas cuja origem radica na organização social que divide, generifica e racializa os indivíduos, organiza-os em hierarquias.

Em contrapartida, o pensamento pós-moderno parte da premissa que o conhecimento da realidade é impossível, uma vez que esta é calcada na transitoriedade e não na permanência. Esse aspecto se relaciona à ênfase dada aos jogos de linguagem, pois é somente por meio da linguagem que se pode conhecer a realidade do sujeito, a sua verdade.

No entanto, tal como o é para qualquer corrente de pensamento, a postura pós-moderna traz consequência em relação ao papel do sujeito e sua ação no mundo, sua personalidade e comportamento. Harvey (2012) considera que a adoção da personalidade esquizofrênica³³ própria do pós-modernismo, limita a ação do sujeito. Se a vida se constitui em uma série de presentes não relacionados, há a ênfase no agora, na imagem, na aparência, no espetáculo. A consciência se forja sobre o imediatismo dos eventos, no sensacionalismo do espetáculo. Nas palavras do autor:

Mas se, como insistem os pós-modernistas, não podemos aspirar nenhuma representação unificada do mundo, nem retratá-lo com uma totalidade cheia de conexões e diferenciações, em vez de fragmentações em perpétua mudança, como poderíamos aspirar e agir coerentemente diante do mundo? A resposta pós-modernista simples é de que, como a representação e a ação coerentes são repressivas e ilusórias (e, portanto, fadadas a ser autodissolventes e autoderrotantes), sequer deveríamos tentar nos engajar em algum projeto global (Harvey, 2012, p. 55).

Assim, não podemos desconectar a ascensão e consolidação de posturas pós-modernas, que decididamente demarcam os estudos de gênero, de seu aspecto mais amplo, em relação à integração de uma determinada concepção de mundo e um contexto de produção. Isso traz consequências no que tange ao papel do sujeito frente à realidade, e de uma produção cultural relacionada a um contexto de reestruturação produtiva, de busca por novas fontes de acumulação, tendo na produção de novos desejos e necessidades marcados pela aparência, cada vez mais perenes e rapidamente substituíveis, a possibilidade de impulso e manutenção do consumo e lucratividade (Harvey, 2012).

Tendo esses aspectos centrais delineados, consideramos que os artigos que se propõe a investigar sobre o gênero, na sua multiplicidade de temáticas e na pluralidade de referenciais teóricos oriundos do campo pós-moderno de conhecimento, distinguem-se, primordialmente, pela ênfase nos jogos de linguagem como constituintes de um sujeito fragmentado e temporário. Junto a isso, observamos o esforço da desconstrução da continuidade entre sexo e

³³ Esquizofrênico no sentido de ruptura na cadeia significativa, um agregado de significantes não relacionados entre si. “Enquanto os modernistas pressupõem uma relação rígida e identificável entre o que era dito (o significado ou ‘mensagem’) e o modo como estava sendo dito (o significante ou ‘meio’), o pensamento pós-estruturalista os vê ‘separando-se e reunindo-se continuamente em novas combinações’” (Harvey, 2012, p. 53).

gênero que historicamente marcam as discussões sobre o tema e que ainda hoje reverberam nas formas de educação e construção de significados sociais hierarquizados. Porém, é necessário destacar nossa preocupação em relação ao caráter propositivo frente à realidade, que não deve se limitar à ação individual, a uma *performance*, como se o sujeito se constituísse fora de um contexto histórico e social marcado pela luta de classes. A questão que se coloca é em que medida desconstruir o sujeito como polo da razão impede a elaboração de uma teoria da ação humana, para a efetivação de mudanças políticas e sociais (Peters, 2000).

Ao partir da inexistência de uma essência para além do que se apresenta imediatamente, nas práticas discursivas, perde-se a dimensão dos condicionantes sociais que configuram a realidade que se apresenta fragmentada, parcial. Em relação ao que buscamos discutir nessa dissertação, como explicar a expansão do fenômeno da medicalização da infância sem levar em conta o nexos entre o contexto histórico e social da produção do TDAH como entidade diagnóstica, o papel da indústria farmacêutica e os processos desiguais de socialização das crianças, de acordo com o gênero? Para nós, são determinações que não podem ser compreendidas de maneira isolada. O exame apurado desses condicionantes permite não só uma apreensão mais apurada desta totalidade, bem como a compreensão dos limites e possibilidades de transformação da ordem (ou desordem) estabelecida (Sanfelice, 2008).

Outro dado que se mostrou interessante à nossa leitura foi a busca por referências a autores da Psicologia Histórico-Cultural³⁴. Em dois artigos analisados (Dinis, 2012; Silva & Ximenes, 2017), deparamo-nos com menções aos estudos de Vigotski. Uma vez que esta pesquisa se pauta pelos pressupostos do materialismo histórico dialético e, portanto, da psicologia marxista elaborada por este autor e seus colaboradores, no contexto revolucionário que marca a antiga URSS na primeira metade do século XX, voltamo-nos de forma breve ao caráter adotado por estes artigos quando se valem de suas contribuições no campo da Psicologia.

Nestes artigos, o autor aparece junto a outras referências que transitam tanto pelo construtivismo, como pelo campo pós-moderno das elaborações sobre gênero, como Judith Butler, Jeffrey Weeks e Guacira Lopes Louro, bem como autores do pós-estruturalismo, cujo expoente principal é Michel Foucault. Com esse dado, queremos deixar clara a necessidade de contextualização da obra de Vigotski e de seu projeto de construção do sujeito socialista, quando da sua utilização enquanto referência teórica. A análise de um determinado ponto de

³⁴ Numa etapa preliminar da pesquisa, propusemo-nos a levantar na mesma base de dados artigos com os descritores “Psicologia Histórico-Cultural” e “Gênero”, porém, não obtivemos resultados.

vista teórico e metodológico deve vir acompanhada da compreensão de suas raízes epistemológicas (Netto, 2011), no caso da Psicologia Histórico-Cultural, de seu fundamento no materialismo histórico dialético.

Nesse sentido, buscamos evidenciar que a produção científica na área da Psicologia no tocante à temática de gênero, nem sempre apresenta a conjugação entre a base epistemológica, os aportes teóricos e metodológicos e a explanação dos conceitos nos quais se debruça. Porém, não acreditamos que isso se trata de simples má-fé de pesquisadores e pesquisadoras, mas compreendemos que em parte esse aspecto pode ser consequência do desenvolvimento dentro das ciências sociais, de certo pragmatismo quanto aos pressupostos metodológicos, explicado pela utilidade de determinado conceito para a discussão (ainda que amputado de suas raízes epistemológicas). Levamos em conta ainda a crescente intensificação do produtivismo acadêmico, que exige publicações em tão pouco tempo, o que indiscutivelmente traz consequências para a produção de artigos científicos³⁵.

Deste breve panorama das pesquisas sobre gênero na Psicologia, destacamos algumas conclusões, fundamentais para a continuidade de nosso estudo. Em primeiro lugar, como inicialmente esperado, poucos artigos versaram a respeito das relações de gênero e a ocorrência de transtornos do comportamento, como o TDAH. Os que o fizeram estão contidos na categoria **gênero como fenômeno biológico** e são oriundos de abordagens em Psicologia que enfatizam os fatores biológicos como causa dominante do desenvolvimento do indivíduo. Ademais, como observado em nossa análise, as pesquisas sobre gênero levantadas entre 2008 e 2017 se debruçam pouco na infância, e mais em estudos que focalizam sujeitos adultos, trazendo à tona a centralidade de temáticas que relacionam violência, saúde, sexualidade e gênero. Isso se mostra relevante uma vez que remete às possibilidades teóricas e práticas de esta ciência contribuir para o enfrentamento da naturalização dos mais diversos fenômenos, como no caso da medicalização da infância.

Em segundo lugar, as pesquisas em Psicologia voltadas para as questões de gênero apresentaram predominantemente temas como a violência contra a mulher e a saúde da mulher. Isto evidencia a atualidade da discussão de gênero no que tange às formas de sociabilidade ainda pela lógica do patriarcado, que se expressa nas opressões específicas, como o machismo e o sexismo, cujas consequências negativas são fortemente vivenciadas

³⁵ Tuleski, Alves e Franco (2017) esclarecem que o produtivismo qualifica uma determinada prática pautada na **quantidade**, seja de produtos, mercadorias ou, no caso da academia, as publicações de trabalhos e artigos, muitas vezes em detrimento da qualidade dos mesmos. O produtivismo acadêmico, portanto, resume-se na produção acadêmica assentada na lógica do mercado, na produção de produtos em série, passíveis de quantificação.

pelas mulheres. Além disso, consideramos como positiva a preocupação da Psicologia em se posicionar em relação ao gênero num viés que o considera de forma predominante como construção social sobre o sexo, e não como mero produto das diferenças anatômicas e biológicas. No entanto, as pesquisas encontradas nesta amostra que fazem esta discussão não tratam da infância e de seu desenvolvimento, concentrando-se em expor resultados de aplicação de questionários e inventários, e apoiam-se primordialmente em concepções biologizantes de desenvolvimento.

Sobre as abordagens teóricas que embasam os artigos sobre gênero levantados dentre os anos de 2008 e 2017, comprovamos a notória pluralidade, que acena para a riqueza de possibilidades de se debruçar sobre a temática de gênero e que, por outro lado, nem sempre foi acompanhada de rigor metodológico, a respeito da demarcação desse referencial, do tipo de pesquisa e do próprio conceito de gênero no qual a investigação se pautava. Nesse sentido, esse dado se tornou de extrema relevância para a efetivação desta pesquisa, que busca se distanciar de uma postura que parte de um pressuposto e consensual conceito de gênero. Ainda, se compromete a apresentar as bases filosóficas do materialismo histórico dialético, sua visão de mundo e indivíduo, compreendendo o gênero como fenômeno humano calcado na materialidade das relações de produção que constituem as diferenças e desigualdades entre homens e mulheres ao longo do processo histórico. Traremos esses fundamentos com mais profundidade no capítulo III.

Quando buscamos tais considerações sobre a prevalência diferenciada de TDAH em meninos e meninas, ao resgatarmos os manuais que embasam o processo diagnóstico, concluímos que estes não trouxeram dados aprofundados de análise, restringindo este tópico a um conjunto de pesquisas descritivas sobre a prevalência do transtorno e algumas hipóteses a respeito da propensão de meninos a esse transtorno. Nas pesquisas atuais, limitando-se à amostra de 27 artigos aqui analisada, as pesquisas que abordam este tema adotaram postura semelhante de observar as diferenças na ocorrência de transtornos de comportamento.

Finalizada a análise do panorama sobre como os manuais diagnósticos se debruçam nas relações entre o gênero e o TDAH e nas pesquisas sobre gênero na Psicologia, de forma geral, a questão que se coloca a nossa frente assume outro teor: a proporção de diagnósticos de TDAH em meninos e meninas será observada nos dados empíricos de forma semelhante ao descrito nos referenciais sobre o diagnóstico? Partindo da hipótese que os meninos são mais diagnosticados com esse transtorno em relação às meninas, como esse fenômeno pode ser explicado, pautando-se numa perspectiva histórico-cultural do desenvolvimento do indivíduo e da constituição de seu gênero como categoria fundamental para compreender seu

comportamento? Em suma, seria possível elaborar uma compreensão que supere as visões unicasais sobre este fenômeno?

CAPÍTULO II – A MEDICALIZAÇÃO DE MENINOS E MENINAS EM CINCO MUNICÍPIOS PARANAENSES: DO DIAGNÓSTICO DE TDAH À PRESCRIÇÃO DE DROGAS PSIQUIÁTRICAS

Nesta seção, nosso objetivo é apresentar os dados coletados em cinco municípios do estado do Paraná, focalizando nossa discussão nas informações referentes ao número de crianças com diagnóstico de TDAH, aquelas que tomaram medicação controlada e quais são os medicamentos mais receitados para esse transtorno. Antes de iniciarmos a exposição dos dados estatísticos sobre a medicalização de meninos e meninas, é preciso elucidar alguns aspectos basais em relação a este fenômeno, e como ele se interliga à biologização da vida, que penetra em diversas esferas sociais, não atingindo somente a infância.

Como pudemos constatar com a história da elaboração do TDAH como entidade diagnóstica, concordamos com Guarido (2015) quando afirma que o discurso científico pautado numa perspectiva biologizante busca explicar as bases neurofisiológicas da constituição humana, de modo a elucidar, por exemplo, as tendências comportamentais e variações da personalidade. A mesma autora aponta que tais explicações não se restringem ao campo científico, mas adentram o nosso cotidiano na forma de enunciados científicos, como a divulgação de novas descobertas e técnicas científicas.

Assim, a crítica que buscamos explicitar em relação à medicalização não se dirige à medicina, à psiquiatria ou outra especialidade de forma geral e unívoca, mas àquelas explicações já apontadas no capítulo I, que não consideram as múltiplas determinações do sujeito enquanto ser social. Isto é, aquelas explicações que reduzem um psiquismo em formação, simplificando suas manifestações em desequilíbrios químicos ou psicopatologias de ordem genética. Mais que isso, preocupamo-nos com as implicações da constante biologização da condição humana, do reducionismo de sua gênese social a mera coadjuvante dos processos formativos (Guarido, 2015). A respeito desse fenômeno, temos que:

O reducionismo biológico pretende que a situação e o destino de indivíduos e grupos possam ser explicados por – e reduzidos a – características individuais. As circunstâncias sociais teriam influência mínima, isentando-se de responsabilidades o sistema sociopolítico e cada um de seus integrantes. Dessa concepção decorre que o indivíduo é o maior responsável por seu destino, por sua condição de vida (Moysés & Collares, 1992, p. 39).

Da difusão do saber médico no tecido social, como são as explicações para as dificuldades de aprendizagem como problema de ordem biológica (Moysés & Collares, 2011), principalmente a partir da década de 1950, a medicalização passa a dizer respeito às práticas

cuja característica principal é a redução dos problemas sociopolíticos a fenômenos individuais, cujo caminho é a patologização dos comportamentos (Guarido, 2015) e a administração de fármacos com vistas a normalizar a suposta manifestação patológica. Segundo Guarido (2015), o termo “medicalização” toma força a partir da década de 1970, principalmente ao ser utilizado para se referir às vicissitudes dos processos de aprendizagem e às práticas higienistas presentes no cotidiano escolar³⁶.

Nesse sentido, a biologização da vida, isto é, a redução dos fenômenos humanos ao seu funcionamento bioquímico, não pode ser entendida senão vinculada ao fenômeno da medicalização, tão corrente nesse início do século XXI, que já se faz presente inclusive na infância. O determinismo biológico, ao se tornar hegemônico, sustenta pesquisas voltadas para a identificação e objetivação de sintomas e o desenvolvimento e uso de medicamentos psicotrópicos (Guarido, 2015). Como aponta Whitaker (2017), calcada nessa perspectiva, a administração de fármacos se torna, por sua vez, o eixo fundamental, o paradigma de assistência à saúde mental de crianças, adolescentes e adultos.

O autor revela que a crença na comprovação científica da origem orgânica dos transtornos mentais e de que seu tratamento com psicotrópicos era tão eficaz e necessário quanto à insulina para tratar o diabetes, ajudou a estruturar conceitualmente o terreno para a venda de diversas drogas psiquiátricas. Esse fenômeno se intensifica a partir da década de 1990, quando o NIMH divulga que 20% da população sofreria de transtornos mentais e, portanto, poderia necessitar de medicação. Na mesma década, o DSM-IV cataloga 297 transtornos mentais, e os novos e ampliados diagnósticos³⁷ convidaram mais e mais pessoas aos consultórios psiquiátricos e às farmácias (Whitaker, 2017).

Nesse contexto, crianças e adolescentes também são incluídas nessa lógica de mercado como potenciais consumidores de psicotrópicos. Aumentam os diagnósticos de transtornos em crianças cada vez menores, como o TDAH (Lucena, 2016), que transformam a criança que apresenta dificuldades ao longo do processo de aprendizagem em uma criança candidata a depender de medicamentos para o resto da vida, por conta de uma condição biológica.

³⁶ O higienismo foi um movimento desenvolvido a partir de meados do século XIX no campo da saúde mental e se relaciona com o ideal de organização e progresso da nação, por via do controle sanitário e realização de programas de Higiene Mental em espaços privados, profissionais e filiando-se, principalmente, ao âmbito educacional. A higiene mental seria responsável por promover o ajustamento das funções psíquicas do indivíduo ao meio social, contendo os desequilíbrios e desajustamentos que causariam as doenças mentais. Por isso, a educação se constituiu como campo privilegiado para a profilaxia mental e a contenção de possíveis desvios que acarretariam problemas futuros à sociedade (Figueira, 2014).

³⁷ Segundo Cohen (2016) o DSM-V apresenta um total de 374 transtornos mentais, sendo que 47 podem ser associados à infância e adolescência, ao passo que na primeira versão do DSM, esse número era de apenas oito possíveis doenças.

Souza (2015) aponta que os avanços e fortalecimento dos ramos da genética, da neurologia e neuropsicologia trouxeram em seu bojo a reedição e revalidação das perspectivas biologizantes para explicar os fenômenos escolares, como as queixas relacionadas ao fracasso escolar. As explicações organicistas, nesse sentido, centram-se nos distúrbios e transtornos de aprendizagem, e não nas dificuldades oriundas da organização dos processos de ensino e aprendizagem. Descobertas como o mapeamento cerebral, a neuroimagem e as reações neuroquímicas se transformam nos principais subsídios para explicar o não aprender, a desatenção, a hiperatividade, a falta de controle do comportamento, etc. Nosso esforço aqui não se concentra no desmerecimento ou mesmo na negação das importantes descobertas e avanços obtidos nessas áreas, mas na consideração das mesmas como a única explicação científica válida quando tratamos de fenômenos humanos³⁸. Conforme a autora:

Os avanços das explicações organicistas para a compreensão do não aprender de crianças e adolescentes retomam os velhos verbetes tão requisitados por setores da psicologia, educação e medicina, a saber, dislexia, disortografia, disgrafia, dislalia, transtorno de déficit de atenção, com hiperatividade, sem hiperatividade e hiperatividade (Souza, 2015, p. 71).

Nesse contexto de ampliação e difusão das explicações unilaterais sobre os problemas de aprendizagem, como os determinismos biológicos, genéticos e hereditários, o fracasso ou o sucesso da criança é entendido como determinado por questões individuais, desconectado dos condicionantes institucionais e políticos envolvidos nos processos de ensino e aprendizagem. Em outras palavras, concepções oriundas do determinismo biológico fundamentam políticas e práticas nos mais diversos âmbitos sociais, como a educação e a saúde, que buscam explicar as desigualdades por meio de um fator procedente da estrutura biológica individual, sem considerar o papel fundamental da dimensão particular, como as relações de gênero, de classe social e a raça. As desigualdades, portanto, são atribuídas ao próprio ser humano, cuja herança genética, por exemplo, determina suas capacidades individuais (Karam & Ramos, 2012).

No caso específico da infância, podemos considerar que o aumento das explicações organicistas para os problemas de aprendizagem, e a conseqüente medicalização, relaciona-se a uma concepção de desenvolvimento que considera as manifestações externas do comportamento da criança como a essência do processo qualitativo de desenvolvimento de suas capacidades psíquicas. Sobre o diagnóstico de desenvolvimento, Vigotski (2012)

³⁸ Frisamos que a concepção biologizante não é a única vigente no campo da saúde, ainda que seja hegemônica. Adiante, trazemos contribuições do campo da saúde coletiva de orientação marxista, que abrange conhecimentos e práticas para além da medicina, tendo como foco a determinação histórica da produção dos processos de saúde-doença.

considera problemática a postura focada no sintoma quando do processo diagnóstico. Concordamos com o autor quando afirma que o diagnóstico pautado na descrição da manifestação externa dos comportamentos da criança fornece uma visão parcial do desenvolvimento, uma vez que se concentra somente no que já está completo em termos de conquistas da criança.

Se ao fixar seu nível [de desenvolvimento] nos limitamos a constatar a presença de uns ou outros sintomas, de fato, determinamos somente uma parte do quadro geral do desenvolvimento, isto é, as funções, propriedades e processos já maduros. [...] São sintomas que demonstram melhor o que transcorreu no desenvolvimento passado, mas não como ele é no momento presente, nem qual será sua orientação futura (Vigotski, 2012, p. 266, tradução nossa).

Transpondo o exposto pelo autor para os transtornos de aprendizagem, como no caso do TDAH, o diagnóstico calcado no rol de sintomas descritos pelos manuais de psiquiatria e instrumentos derivados deste limita-se em fornecer uma “etiqueta científica” para o que já está posto na aparência. Ao se ater à identificação e medição dos sintomas do desenvolvimento, restringe-se a uma constatação puramente empírica do que já é conhecido da criança, do que ela apresenta em seu comportamento (Vigotski, 2012). Quando relacionamos esse processo à educação de gênero, que forma determinadas qualidades desejáveis a meninos e meninas, sendo os primeiros estimulados para a exterioridade, é evidente que, durante um processo diagnóstico, estes poderão estar mais suscetíveis ao rótulo de transtornos ligados à hiperatividade e falta de controle do comportamento.

No caso da criança que manifesta dificuldades de focar a atenção, geralmente em momentos de realizar atividades escolares, o diagnóstico fornecido a partir dos critérios descritivos, isto é, dos sintomas observáveis, aponta para o óbvio: existe um déficit de atenção. O mesmo se estende para uma série de transtornos de aprendizagem, considerados como disfunções de cunho neurológico. Não se busca, porém, a gênese dos processos que tonaram aquele desenvolvimento desviante. Sobre o diagnóstico pautado na aparência, Vigotski (2012) explicita:

Um diagnóstico tão estéril no sentido explicativo, prático e preditivo pode comparar-se com os diagnósticos que faziam os médicos quando imperava a medicina sintomática. Se o enfermo se queixava de tosse, o médico diagnosticava: a enfermidade é a tosse; se se queixava de dores de cabeça, o médico anotava: a enfermidade é dor de cabeça. Um diagnóstico semelhante é, de fato, vago, porque não traz nada de novo ao que já sabe o paciente, se limita a devolver-lhe suas próprias queixas com etiqueta científica. Um diagnóstico vazio não explica nada dos fenômenos observados, nada prediz a respeito do curso seguinte nem proporciona nenhum

conselho prático ao paciente. Um diagnóstico autêntico deve explicar e prognosticar e dar uma recomendação prática fundamentada cientificamente (Vigotski, 2012, p. 272, tradução nossa).

Colaço (2016) salienta que as práticas que envolvem a patologização dos processos de desenvolvimento humano não são exclusivas do contexto escolar, apontando a necessidade de se entender o funcionamento da sociedade como um todo. Devemos, portanto, examinar o aumento dos diagnósticos de transtornos mentais, num contexto mais amplo que toma força após a década de 1950, demarcado pelo embate social e político entre movimentos progressistas e conservadores da ordem social vigente. Na conjuntura que marca as contestações e protestos contra a Guerra Fria (1947-1991) e a Guerra do Vietnã (1955-1975) e o surgimento dos movimentos feministas e de direitos civis, expandem-se esforços conservadores, como se configuram as tentativas de comprovar, por exemplo, que os diferentes QI entre brancos e negros são determinados geneticamente, e que os diferentes papéis sociais entre os gêneros são derivados das diferenças biológicas cerebrais (Moysés & Collares, 1992), que foram amplamente divulgados e difundidos no cotidiano por meio de enunciados científicos.

Karam e Ramos (2012) advertem que os enunciados científicos, os *slogan*³⁹ da ciência, buscam na relação entre biologia e sociedade a explicação do processo de desenvolvimento humano. Compreendendo-os como divulgação das produções humanas não neutras, mas sim determinados por fatores de classe, contexto histórico e finalidade, esses enunciados não podem responder todas as questões relacionadas à vida. Junto aos avanços científicos da área, como a neuroimagem, que são inegáveis, existe também o discurso reducionista, de que as condições e o futuro da vida humana ficam decididos pela biologia, pela genética e pela neurociência, relegando a um plano inferior os saberes psicológicos, sociológicos, econômicos e histórico-sociais (Karam & Ramos, 2012).

Conforme Amarante e Torre (2010) apontam, é preciso analisar os processos de saúde-doença com base em seus determinantes políticos, éticos, morais, ideológicos, “que submetem tais conceitos e as práticas do campo da saúde a muitos interesses e questões que escapam ao que se pretendia restringir no âmbito exclusivo das ciências e da Medicina” (p. 156). Por isso, não há como desvincular a ascensão de uma doença e a sua maciça divulgação como condição

³⁹ A disseminação de slogans científicos alude à relação entre ideologia e ciência que, por meio de divulgação de ideias parciais que superam a realidade, provocam a contradição entre o que é anunciado e o que é existente. Na tentativa de explicar a contradição entre igualdade e desigualdade, a ciência configura determinados saberes sociais como fatos incontestáveis e observáveis pela biologia, como no caso das diferenças genéticas, enquanto garantia das capacidades que, numa sociedade naturalmente hierárquica, são convertidas em diferenças de *status*, de possibilidades de sucesso (Karam & Ramos, 2012).

orgânica, como no caso do TDAH, do contexto mais amplo de produção e seus determinantes sociais. Segundo Donnangelo (1976), podemos ainda situar esse fenômeno à extensão da prática médica nos mais diversos âmbitos sociais, no sentido tanto de ampliação quantitativa de serviços, quanto da expansão dos conceitos de normatividade estabelecidos pela medicina, que penetram em representações e concepções sobre saúde e sobre as condições gerais de vida.

Nesta lógica, devemos localizar a ascensão das explicações organicistas que, por sua vez, penetram na escola, num contexto de consolidação da biologização da vida e de aceitação de explicações oriundas do reducionismo biológico. Soma-se a esse quadro a aliança de especialistas e da indústria farmacêutica, aspecto chave para a ampliação dos diagnósticos de transtornos e expansão da medicalização. Amarante e Torre (2010) consideram ainda que uma determinada forma de produção do conhecimento, calcada na lógica biomédica, contribui para a fabricação da realidade de doenças, diagnósticos, tratamentos, práticas institucionais, culturais e políticas⁴⁰.

O movimento oposto a esta lógica também deve estar atento à participação da indústria farmacêutica na determinação social dos transtornos mentais, como um ramo lucrativo da produção específico do contexto de reestruturação produtiva (Almeida & Gomes, 2014). Portanto, analisar a especificidade da relação entre a prática médica, a expansão da produção de serviços e generalização do consumo, por exemplo, dos medicamentos para tratamentos de transtornos já na infância, implica a recusa de uma pretensa concepção de neutralidade científica e prática (Donnangelo, 1976). Implica, igualmente, no reconhecimento que estas práticas estão inseridas num contexto social que transversaliza as determinações de classe, de raça e de gênero.

Frente aos aspectos delineados, fica evidente que não se trata de um enfrentamento simples. O fenômeno da medicalização implica numa complexa dinâmica (Donnangelo, 1976) entre aspectos econômicos, políticos, das relações de poder entre as classes, as determinações sociais, a produção e o consumo. Cada vez mais se torna urgente não somente a denúncia às práticas de patologização e medicalização da vida e da infância, mas também o esclarecimento das dimensões desse fenômeno, isto é, em quais pontos ele penetra no cotidiano dos espaços escolares, em termos de encaminhamentos precoces para avaliação por

⁴⁰ Aspecto que atesta a indissociabilidade entre medicina, determinantes econômicos, histórico-culturais e sociais e a medicalização é o fenômeno da judicialização de medicamentos, que surge no Brasil em fins do século XX. Trata-se da utilização de mecanismos institucionais e judiciais para se obter acesso a determinados fármacos em serviços de saúde. Ao investigar a prescrição e dispensação de medicamentos para o TDAH no Paraná, Virtuoso (2016) observou que nesse estado o metilfenidato para tratamento foi solicitado via ação cívica pública em 75,7% dos 76 municípios que moviam demandas judiciais para esse fim.

especialistas e consequentes diagnósticos de transtornos mentais. Além disso, é necessário destacar as consequências físicas e psicológicas em curto, médio e longo prazo da administração de psicotrópicos em crianças, e como tal prática interfere em seu desenvolvimento futuro. Assim, podemos trazer à tona os perigos do uso incontido dessas substâncias e, enquanto profissionais, seja da Psicologia, da Medicina, Psiquiatria, Pedagogia, etc., contestar sua real necessidade como solução de problemas de aprendizagem.

A discussão exposta a seguir toma como referência dados coletados ao longo do Projeto de Pesquisa institucional “Retrato da Medicalização da Infância no Estado do Paraná”. O projeto tem como objetivo principal a investigação da medicalização nas redes de ensino infantil e fundamental deste estado, tendo como aporte teórico a Psicologia Histórico-Cultural. Além disso, o projeto envolve o estudo de fontes clássicas e contemporâneas; a instrumentalização de pesquisadores e pesquisadoras participantes da pesquisa; a coleta, análise estatística e discussão dos dados; a devolução dos resultados das pesquisas aos núcleos e secretarias de educação dos municípios e a divulgação dos resultados da pesquisa em meio científico (Lucena, 2016).

O instrumento utilizado para a coleta dos dados nos municípios foi um questionário preenchido pelos pais ou responsáveis pela criança matriculada na respectiva etapa de escolarização. Nesse questionário, eram requisitadas dentre outras informações dados do uso de medicamentos controlados e do diagnóstico dado à criança (Lucena, 2016). Em relação à aplicação, Colaço (2016) esclarece que esta poderia ser feito tanto manualmente (preenchimento em papel) quanto *online*. O preenchimento manual se dava quando era entregue o questionário impresso ao responsável da criança, para posterior devolução no momento da matrícula. Em seguida, as informações preenchidas eram registradas pelos pesquisadores participantes no banco de dados do projeto. Quando o questionário era respondido *online*, era disponibilizado um *link* para acesso da plataforma na qual o responsável ou secretário(a) da escola realizava cadastro e envio das respostas no banco de dados (Colaço, 2016).

Para nossa análise, visto que correspondeu ao recorte de gênero, foram considerados válidos aqueles questionários nos quais o campo “sexo” foi assinalado por quem preenchia o questionário⁴¹. Os questionários cuja informação estava incompleta ou não preenchida foram excluídos da análise final dos dados. Os dados estatísticos que abordaremos nas subseções

⁴¹ Para tratamento estatístico, cruzamento e apresentação dos dados quantitativos, foi utilizado o software *QlikView*®. A partir desse instrumento, é possível analisar diversos recortes para considerar e sistematizar as informações coletadas (etapa e/ou ciclo de escolarização, município, gênero, medicamentos, diagnósticos, especialidade médica do profissional que realizou o diagnóstico, etc.).

seguintes derivam de levantamento realizado por censo e são referentes aos números de diagnósticos de TDAH em meninos e meninas, na educação infantil e no ensino fundamental, tomando como recorte espacial os municípios de Maringá, Ponta Grossa, Cascavel, Campo Mourão e Mandaguari⁴². Ademais, trazemos os dados a respeito dos medicamentos mais receitados quando desse diagnóstico nos mesmos municípios e também discriminados pelo sexo da criança.

2.1 A expressão do TDAH em meninos e meninas nos municípios de Maringá, Ponta Grossa, Cascavel, Campo Mourão e Mandaguari

Nesta seção, apresentamos os dados referentes aos diagnósticos de TDAH discriminados por sexo, na educação infantil e no ensino fundamental. Assinalamos que, conforme fora preenchido pelos pais ou responsáveis, distinguimos os diagnósticos em Transtorno de Déficit de Atenção com e sem Hiperatividade, respectivamente, “TDAH” e “Déficit de Atenção”. Visto que, retomando a literatura especializada, é apontada a maior incidência de Déficit de Atenção em meninas, optamos por discriminar o Déficit de Atenção com e sem Hiperatividade, de modo a verificar se essa diferença também se expressava nesse grupo.

A princípio, foram relacionados os diagnósticos de Hiperatividade, porém, nos cinco municípios, os dados apresentados tiveram baixa expressão, com Maringá registrando um caso na educação infantil e quatro no ensino fundamental, todos ocorrendo em meninos, e Campo Mourão registrando uma menina do ensino fundamental com este diagnóstico.

2.1.1 Diagnósticos de TDAH na educação infantil

Segundo o Ministério da Educação (MEC), a educação infantil compreende a primeira etapa da educação básica, tendo como foco o cuidado e educação de crianças desde os primeiros meses de vida até os 5 anos. Como consta na Resolução CNE/CEB Nº 5/2009 art. 5º, § 2º, a matrícula da criança na educação infantil é obrigatória, quando esta completa 4 ou 5 anos até o dia 31 de março do ano em que se efetiva a matrícula (MEC, 2013).

⁴² Os municípios foram selecionados por terem as amostras com menos disparidade nos totais entre meninos e meninas. Ainda que não apresentem os mesmos valores de forma absoluta, uma vez que se trata de amostras aleatórias, pelo teste chi-quadrado de Pearson, a diferença nos totais das amostras não interfere na segurança dos índices observados.

O município de Maringá tem população estimada de aproximadamente 406.000 habitantes (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2017). Atualmente conta com 63 Centros Municipais de Educação Infantil (CMEI) e 51 escolas municipais. Em 2013, época da coleta de dados pelo projeto, dos 10.057 alunos matriculados na rede municipal de educação infantil, foram considerados válidos 5.943 questionários, coletados em 46 CMEI. Essa amostra corresponde a 59,09% da população em questão. Destaca-se que deste total 52% (n=3.089) eram referentes a meninos e 48% (n=2.854) a meninas.

A população estimada no município de Ponta Grossa é de aproximadamente 344.000 habitantes. A coleta dos dados em 56 CMEI nesse município ocorreu no final de 2015, sendo o total de alunos matriculados na época 10.232. Foram considerados válidos 3.807 questionários, o que corresponde a 37% da amostra. Desse montante de questionários válidos, 49,5% (n=1.886) correspondeu às amostras femininas e 50,4% (n=1.921) às masculinas.

O município de Cascavel conta com população estimada de 319.000 habitantes segundo o IBGE (2017). Das 9.073 crianças matriculadas nos 51 CMEI do município em 2015, época da coleta, 4.506 questionários foram considerados válidos (49,6%), 51,24% (n=2.309) correspondente a meninos e 48,75% (n=2.197) a meninas.

Já Campo Mourão possui população estimada de 94.153 de habitantes (IBGE, 2017). Sua rede municipal de educação infantil abrangia 18 CMEI à época da coleta de dados, no final de 2013. Do total de 3.226 crianças matriculadas nessa etapa, obtivemos 2.551 questionários válidos, correspondentes a 79,07% da amostra. Um CMEI com 113 crianças matriculadas foi excluído da amostragem, por problemas de coleta (Lucena, 2016). Deste total, 50,8% (n=1.296) dos questionários eram referentes a meninos e 49,19% (n=1.255) a meninas matriculadas nessa etapa.

A coleta no município de Mandaguari, cuja população estimada é de aproximadamente 34.000 habitantes, ocorreu no fim de 2013, no ato da matrícula para 2014. O total de alunos matriculados nesse ano na rede municipal foi de 1.311, e 988 questionários foram considerados válidos. Assim, a amostragem correspondeu a 75,37% da população de crianças matriculadas na educação infantil no município. Deste valor, 51,41% (n=508) se refere ao total de meninos e 48,58% (n=480) a meninas.

Considerando os totais de questionários válidos, sublinhamos que o viés desse levantamento se diferencia das pesquisas abordadas pelos manuais diagnósticos consultados, pois apresentam coeficientes de amostras masculinas e femininas semelhantes em sua significância. Retomamos do que consta nesses mesmos manuais, uma das fragilidades apontadas para o estudo da prevalência do TDAH por sexo deriva da predominância de

amostras masculinas e números muito inferiores das femininas. Por sua vez, os totais de amostras masculinas e femininas utilizadas neste estudo não divergiram por mais de 3%.

Os quadros a seguir relacionam os diagnósticos de Déficit de Atenção com e sem Hiperatividade, nos cinco municípios analisados.

Quadro 4 - Diagnósticos de TDAH na educação infantil

	Maringá	Ponta Grossa	Cascavel	Campo Mourão	Mandaguari	Total
EI	22	12	12	12	1	59
Meninos	19	9	10	10	1	49
Meninas	3	3	2	2	0	10

Fonte: Banco de Dados do Projeto Medicalização da Infância no Estado do Paraná (2018).

Como é possível observar no quadro acima, os meninos representam grupo predominante em relação ao total de diagnósticos de TDAH na educação infantil, numa proporção média de 5:1. Isso significa que em média, para cada cinco meninos diagnosticados com TDAH, uma menina apresentou o mesmo diagnóstico, o que corrobora nossa hipótese da transversalidade do gênero no diagnóstico do transtorno. O município de Maringá se destaca por apresentar a proporção absoluta de 6:1, a maior diferença de prevalência entre meninos e meninas. A prevalência do transtorno se expressa na razão de 5:1 em Campo Mourão e Cascavel, e 3:1 em Ponta Grossa. Por outro lado, Mandaguari, o menor dos municípios, não contabilizou meninas diagnosticadas com TDAH nessa etapa. Abaixo, seguem os dados referentes ao diagnóstico de Déficit de Atenção nos mesmos municípios.

Quadro 5 - Diagnósticos de Déficit de Atenção na educação infantil

	Maringá	Ponta Grossa	Cascavel	Campo Mourão	Mandaguari	Total
EI	2	1	7	1	1	12
Meninos	1	1	5	1	0	8
Meninas	1	0	2	0	1	4

Fonte: Banco de Dados do Projeto Medicalização da Infância no Estado do Paraná (2018).

Os diagnósticos de Déficit de Atenção são visivelmente menos expressivos do que para o TDAH, numa razão de 2:1. Em relação ao exposto nos manuais abordados no capítulo I, podemos dizer que a proporção de meninas com o diagnóstico de Déficit de Atenção é superior ao diagnóstico de TDAH, quando comparado com os meninos. No entanto, em números absolutos, este grupo ainda foi preponderantemente mais diagnosticado.

Ao agruparmos ambos os diagnósticos, obtivemos um montante de 57 meninos diagnosticados e 14 meninas. Desse resultado bruto, a prevalência de meninos e meninas diagnosticados se expressa na razão média de 4:1. Isto é, para cada quatro meninos diagnosticados com TDAH na educação infantil, uma menina apresentou o mesmo diagnóstico.

A seguir, voltamo-nos a etapa seguinte de escolarização, de modo a comparar a prevalência de diagnósticos de TDAH na educação infantil e nos anos iniciais do ensino fundamental.

2.1.2 Diagnósticos de TDAH no ensino fundamental

Em 2006, fica instituído pela Lei nº 11.274 o ensino fundamental de 9 anos, com a inclusão obrigatória de crianças de 6 anos, completos ou a completar até o início do ano letivo, nessa etapa de escolarização. Nesse sentido, o ensino fundamental vai compreender os anos iniciais (de 6 a 10 anos), ou do 1º ao 5º ano, e os anos finais (de 11 a 14 anos), do 6º ao 9º ano (MEC, 2007).

Na época da coleta, havia 48 escolas municipais de ensino fundamental no município de Maringá, com 19.035 alunos matriculados. A coleta foi realizada em 45 escolas e o total de questionários válidos foi de 12.415, correspondendo a 65,22% da amostragem. Desse total, 52,45% (n=6.512) correspondeu a meninos e 47,54% (n=5.903) a meninas.

Em Ponta Grossa, à época da coleta de dados o município contava com 84 escolas de ensino fundamental, com 21.402 alunos matriculados e 9.742 questionários foram considerados válidos, o que representa 45,5% do total de alunos matriculados nessa etapa. Desse total, 51,2% (n=4.977) correspondeu a meninas e 48,9% (n=4.765) a meninos.

No município de Cascavel, das 18.648 crianças matriculadas nessa etapa, a coleta obteve 7.609 questionários válidos, ou 40,80% da amostra. Desta, 50,68%, (n=3.857) se refere a meninas e 49,31% (n=3.752) a meninos. Dos municípios analisados, Ponta Grossa e Cascavel foram municípios em que as amostras femininas foram superiores às masculinas.

No município de Campo Mourão, o total de alunos matriculados no ensino fundamental em 2014, em 22 escolas, foi de 6.300 alunos. O montante de questionários válidos obtido foi 4.105, o que corresponde a 65,15% da amostra. Do total de questionários válidos, 51,86% (n=2.129) correspondeu à amostra de meninos e 48,13% (n=1976), de meninas.

Os dados referentes ao ensino fundamental no município de Mandaguari foram coletados em 2014, em seis escolas, totalizando 1.863 crianças matriculadas. Destes, 1.260 questionários foram considerados válidos, o que correspondeu a 64,94% da amostra. Desse total, 48,4% (n=610) se refere a meninas e 51,5% (n=650) a meninos.

Novamente, destaca-se a significância dos resultados obtidos de ambas as amostras, considerando que possuem totais similares em relação ao número de questionários válidos utilizados na pesquisa. O quadro a seguir apresenta os totais de diagnósticos de TDAH por sexo no ensino fundamental nos municípios.

Quadro 6 - Diagnósticos de TDAH no ensino fundamental

	Maringá	Ponta Grossa	Cascavel	Campo Mourão	Mandaguari	Total
EF	451	190	142	180	28	991
Meninos	355	156	117	142	18	788
Meninas	96	34	25	38	10	203

Fonte: Banco de Dados do Projeto Medicalização da Infância no Estado do Paraná (2018).

De antemão, evidencia-se o expressivo aumento do número absoluto de diagnósticos de TDAH em todos os municípios e nos totais de meninos e meninas. Trata-se de um aumento previsto, uma vez que as matrículas no ensino fundamental foram superiores se comparadas ao ensino infantil. No entanto, observamos que esse aumento não é proporcional a taxa de crescimento das matrículas.

Como exemplo, temos que em Maringá esse aumento foi de 10.057 para 19.035 alunos. Isso corresponde a um acréscimo de 47,16% (n=8.978) no número das matrículas, isto é, o número de matrículas de uma etapa a seguinte não chega a dobrar. No entanto, a taxa de crescimento de diagnósticos de TDAH não só dobra como, para os meninos, aumenta em 18 vezes (n=355) do número de diagnósticos registrados na educação infantil. Em relação às

meninas, o total de diagnósticos dispara 32 vezes (n=96) da quantidade de diagnósticos nessa mesma etapa.

Em relação aos totais nos cinco municípios, a quantidade de meninos diagnosticados com TDAH cresceu 15 vezes no ensino fundamental (n=788), em comparação à educação infantil. No caso das meninas, a taxa de crescimento foi de 20 vezes (n=203) em comparação à etapa anterior de escolarização. Desses números, deparamo-nos com um dado não explicitado nos manuais ou pesquisas anteriormente citadas: a taxa de aumento dos diagnósticos de TDAH na passagem da educação infantil para o ensino fundamental foi superior quando das amostras de meninas, em relação aos meninos, ainda que em números absolutos sejam inferiores.

Ou seja, conforme os dados, as meninas passaram a ser diagnosticadas numa taxa de crescimento superior aos meninos, quando avançam para a etapa de escolarização seguinte. Por que isso acontece? O que ocorre de especial na passagem entre a educação infantil e o ensino fundamental ao ponto de o TDAH passar a ser um diagnóstico bem mais expressivo do que na etapa anterior? Podemos refletir levando em conta a transversalidade de gênero nos diagnósticos: as exigências da construção do gênero se alteram na passagem de um período a outro. Por exemplo, nos anos iniciais da vida humana, os processos formativos a partir do sexo da criança recaem sobre a vestimenta e a aparência (colocar brincos em bebês meninas, por exemplo), enfatizando menos o comportamento. A partir dos anos iniciais de escolarização, as exigências tornam-se mais claramente demarcadas, como no caso das brincadeiras destinadas a meninos e meninas, à postura esperada por cada grupo...

Em relação à prevalência do diagnóstico nas amostras femininas e masculinas, observamos que esta se expressa numa razão de 3,7:1, mostrando-se inferior à etapa da educação infantil (5:1). Maringá apresentou razão de 3,6:1, abaixo da prevalência anterior (6:1). Campo Mourão também expressou diminuição na proporção, agora de 3,7:1, juntamente de Cascavel (4,7:1). Em contrapartida, Ponta Grossa apresentou relativo aumento em sua proporção de diagnósticos, com razão de 4,5:1. Mandaguari, que não havia registrado o diagnóstico em meninas, passou a apresentar proporção de 1,8:1, expressando a diferença mais baixa na prevalência de diagnósticos em meninos e meninas dentre os municípios.

Desses números, podemos observar que a diminuição absoluta na diferença das proporções de diagnósticos de TDAH em meninos e meninas em Maringá, Campo Mourão e Cascavel influenciou de maneira determinante a nova razão de 3,7:1, em comparação aos relativos crescimentos dos outros municípios. Junto a isso, essa expressão pode também estar relacionada com a taxa superior de aumento dos números de diagnósticos do transtorno em

meninas, contribuindo para que a razão seja menor do que na educação infantil. Observemos que essa relação também se expressa quando os diagnósticos são de Déficit de Atenção. Os dados a seguir mostram que os diagnósticos de Déficit de Atenção se expressaram no ensino fundamental numa razão média de 2:1, em relação aos meninos e meninas, mantendo-se a mesma encontrada na educação infantil.

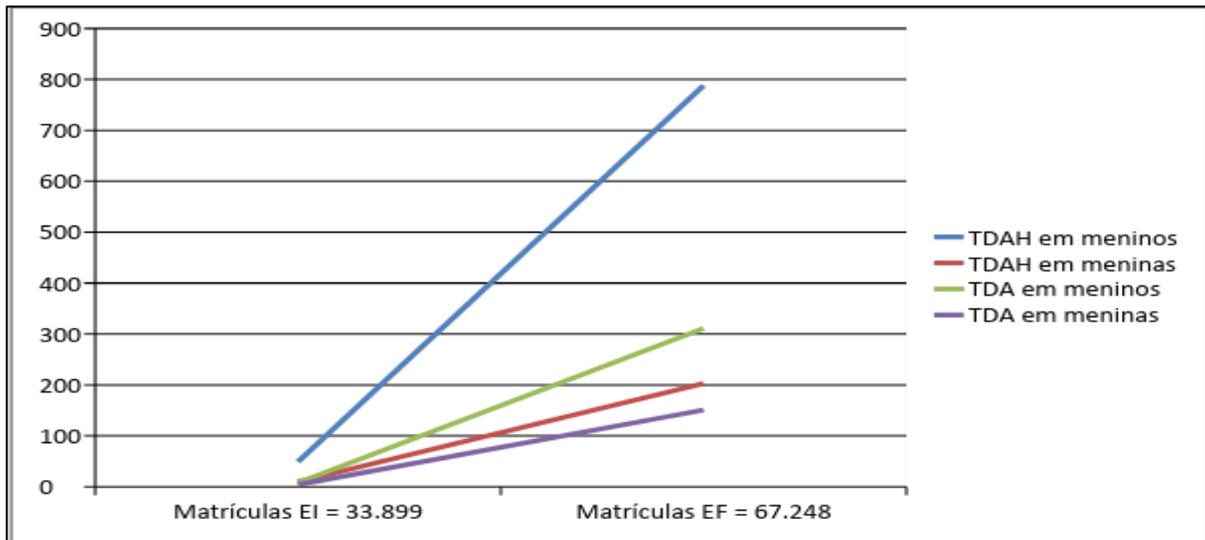
Quadro 7 - Diagnósticos de Déficit de Atenção no ensino fundamental

	Maringá	Ponta Grossa	Cascavel	Campo Mourão	Mandaguari	Total
EF	251	91	61	47	12	462
Meninos	179	62	35	27	8	311
Meninas	72	29	26	20	4	151

Fonte: Banco de Dados do Projeto Medicalização da Infância no Estado do Paraná (2018).

Destacamos, novamente, como os números em ambos os grupos dispararam no ensino fundamental. O aumento de diagnósticos tanto para meninos quanto meninas foi 38 vezes maior que o montante de diagnósticos na etapa anterior (n=311 e n=151, respectivamente). Sublinhamos ainda que em Campo Mourão e Ponta Grossa, municípios que não haviam registrado o diagnóstico de Déficit de Atenção em meninas na educação infantil, passaram a apresentar esse dado (n=20 e n=29, respectivamente). O gráfico a seguir apresenta a diferença entre o número de matrículas na educação infantil nos cinco municípios e o aumento do total de diagnósticos de TDAH.

Gráfico 5 - Aumento dos diagnósticos de TDAH em meninos e meninas do EI para o EF



Fonte: Banco de Dados do Projeto Medicalização da Infância no Estado do Paraná (2018)

Somando as quantidades dos dois diagnósticos, temos 1.099 meninos e 354 meninas diagnosticadas no ensino fundamental. Assim, os diagnósticos de Déficit de Atenção com e sem Hiperatividade, quando englobados, expressam-se numa razão média de 3:1. A seguir, apresentamos um quadro com as proporções de diagnósticos de Déficit de Atenção com e sem Hiperatividade, relativas de cada etapa escolar analisada.

Quadro 8 - Prevalências do Transtorno de Déficit de Atenção com e sem Hiperatividade por sexo

Transtorno de Déficit de Atenção	Prevalência entre amostras masculinas e femininas	
	EI	EF
Com hiperatividade	5:1	3,7:1
Sem hiperatividade	2:1	2:1
Geral	4:1	3:1

Fonte: Elaborado pela autora com base em informações do Banco de Dados do Projeto Medicalização da Infância no Estado do Paraná (2018).

Do exposto até o momento, podemos elaborar algumas conclusões gerais a respeito do panorama do TDAH em meninos e meninas, a partir dos dados coletados e analisados. Evidenciamos que, tal como descrito nos manuais diagnósticos, a prevalência do transtorno

no sexo masculino é superior quando comparada ao sexo feminino. No entanto, observamos que a proporção entre os grupos tende a diminuir conforme a passagem da educação infantil para o ensino fundamental.

Recordemos que as hipóteses levantadas a respeito da prevalência do TDAH envolvem a existência de fatores biológicos ligados ao sexo e hereditariedade que ocasionam a relativa propensão dos meninos ao transtorno. Contrapondo-se a isso, Vigotski (2012) alerta para a relação da hereditariedade no desenvolvimento dos comportamentos complexos, que não deve ser entendida como leis fixas, mas sim em relação às influências que submete ao processo de desenvolvimento da criança. Esclarece que o desenvolvimento não pode ser reduzido aos aspectos genéticos ou biológicos, tampouco à esfera social isoladamente, entendida como influências ambientais. A postura do autor permite aproximarmos a perspectiva histórico-cultural do desenvolvimento e o campo da saúde coletiva de orientação marxista, que abrange o conceito de determinação social do processo saúde-doença.

Vigotski (2018) comenta que quando se trata de características complexas do desenvolvimento, como são as funções psíquicas superiores (FPS), que não estão presentes no início do desenvolvimento, os aspectos hereditários são menos determinantes do que nas características elementares. Em contrapartida, as funções elementares são mais determinadas pela carga hereditária do que as superiores. “O desenvolvimento não realiza, modifica ou simplesmente combina inclinações hereditárias. Ela acrescenta algo novo a essas inclinações. Como se diz, ela mediará essa realização de inclinações hereditárias e, no seu processo, surgirá algo novo, que refratará uma outra influência hereditária” (Vigotski, 2018, p. 68).

Ou seja, quando falamos de comportamentos complexos, como a capacidade de focar a atenção e controlar o comportamento para realizar uma tarefa, não podemos conceber a hereditariedade da mesma forma como ela interfere nas características elementares. O autor considera que, ao passo que a criança se desenvolve, ou seja, novas formações e relações entre as funções se desenvolvem, o peso das influências hereditárias se altera, podendo se tornar mais forte ou mais fraco. Porém, mesmo quando se expressa de forma determinante, quando se trata do desenvolvimento de funções psíquicas superiores, não se pode separar por completo o que de ordem genética e o que é de ordem do meio, do contexto em que a criança se desenvolve (Vigotski, 2018), o que abrange as relações de gênero enquanto particularidade que destacamos nesse estudo.

Portanto, estaríamos incorrendo em erro ao considerar que existe um fator genético definitivo no cérebro da criança, menino ou menina, que atua de forma isolada na determinação da expressão do transtorno. Tampouco, que exista algo de ordem do processo de

socialização por si só que interfira na ocorrência de um dado comportamento. A hereditariedade e o meio estão relacionados à totalidade do desenvolvimento; porém, se isolarmos ambos os elementos, não encontraríamos propriedades do desenvolvimento como um todo (Vigotski, 2018). Considera-se, dessa forma, o que ocorre em termos de desenvolvimento, de novas formações, na passagem de uma idade a outra, no caso em questão, da educação infantil para o ensino fundamental, que tem contribuído para o aumento vertiginoso de diagnósticos de TDAH, tanto em meninas como em meninos. Assim, as relações de gênero evidenciam-se como aspecto fundamental a ser levado em conta, não somente como pura biologia, mas como construção social sobre o corpo biológico.

Assim, constatamos que o diagnóstico do TDAH se difunde tanto meninos quanto meninas, sendo o primeiro grupo prevalente quanto aos números de diagnósticos nas duas etapas escolares. Afeta, porém, não no sentido de transtorno biológico, mas de ambos os grupos estarem suscetíveis ao processo de patologização já em tenra infância.

O que buscamos explorar neste estudo são as relações de gênero como uma particularidade fundamental para se compreender a ocorrência do maior número de diagnósticos em meninos. Não como um fator isolado, mas como uma determinação que neste momento da vida ocupa posição predominante no diagnóstico do transtorno. Posto que as diferenças anatômicas entre homens e mulheres não respondem a diferenças no comportamento, no modo de ser e agir no mundo, tampouco nas capacidades intelectuais, quando estas diferenças se tornam marcantes, é a educação de gênero que prepara de forma diferente e desigual meninas e meninos para a vida social, para se comportarem de maneira diferenciada.

Diante desses índices, questionamos: o que ocorre na passagem da educação infantil para o ensino fundamental que poderia estar refletindo no aumento dos diagnósticos do TDAH em meninos e meninas nas proporções expressadas? É possível que as meninas sejam diagnosticadas mais tarde? E por quais critérios? No capítulo seguinte, ao tratar da periodização do desenvolvimento, pretendemos explorar essas questões, de modo a contribuir para as discussões suscitadas acerca dos índices da medicalização de meninos e meninas.

2.2 Quem é mais medicado? Os medicamentos mais prescritos para meninas e meninos diagnosticados com TDAH

Tendo demonstrado o crescimento do número de diagnósticos de TDAH na educação infantil e no ensino fundamental, total e discriminado pelo sexo, podemos focalizar os dados

referentes ao uso de medicação controlada para tratamento nestes grupos. Nesse ponto, analisamos se o aumento drástico da quantidade de diagnósticos de TDAH na passagem da educação infantil para o ensino fundamental vem acompanhado do incremento nos índices de administração de fármacos para fins de tratamento.

2.2.1 Educação infantil

No quadro que se segue estão discriminados os números de meninos e meninas que fizeram uso de medicação controlada quando da coleta de dados nos cinco municípios.

Quadro 9 - Quantidade de crianças com diagnóstico de TDAH que fizeram uso de medicação controlada na educação infantil

	Maringá	Ponta Grossa	Cascavel	Campo Mourão	Mandaguari	Total
Meninos	21	10	13	11	1	56
Meninas	4	3	3	2	1	13

Fonte: Banco de Dados do Projeto Medicalização da Infância no Estado do Paraná (2018).

Sendo que foram registrados 57 diagnósticos de TDAH em meninos, acrescido de 1 caso de Hiperatividade, temos 58 meninos diagnosticados, sendo que 56 destes fizeram uso de medicação controlada. Isso significa que 96,5% de meninos diagnosticados foram medicados. No caso das 14 meninas diagnosticadas, 13 delas (92,8%) fizeram uso de fármacos quando do momento da coleta de dados.

No quadro a seguir, discriminamos os cinco medicamentos mais prescritos nesse ciclo e suas respectivas classes, para ambos os sexos.

Quadro 10 - Medicamentos mais prescritos para tratamento do TDAH na educação infantil⁴³

Medicamento	Classe	Meninos	Meninas
Risperidona	Antipsicótico	31	9
Ritalina (Metilfenidato)	Estimulante	16	4
Neuleptil (Periciazina)	Antipsicótico	5	5
Depakote (Divalproato Sódico)	Anticonvulsivante	2	2
Cloridrato de Imipramina ⁴⁴	Antidepressivo	4	1
	Total	59	22

Fonte: Banco de Dados do Projeto Medicalização da Infância no Estado do Paraná (2018).

Tomando como base os diagnósticos de Transtorno de Déficit de Atenção com e sem Hiperatividade na educação infantil, temos que a Risperidona foi o medicamento mais prescrito, tanto para meninas como meninos. A prescrição deste antipsicótico correspondeu a mais de 52% das receitas para os meninos e 40% para as meninas. Em seguida, temos a Ritalina, estimulante a base de metilfenidato bastante popular no mercado, com o segundo maior total das prescrições. Os outros psicotrópicos mais receitados para o TDAH incluíram outro antipsicótico (Neuleptil), um anticonvulsivante (Depakote) e um antidepressivo (Cloridrato de Imipramina). As informações referentes aos efeitos destes medicamentos bem como as recomendações ou restrições de seus usos em crianças serão abordados em subitem adiante.

Com este rol de medicamentos, primeiramente, evidenciamos que crianças de até 5 anos estão sendo submetidas à ação de drogas psiquiátricas que agem no sistema nervoso central, visto a suposta queixa de desatenção. De antemão, causa estranheza que para meninos e meninas diagnosticadas com este transtorno nessa etapa escolar vem sendo prescrito um medicamento antipsicótico, cujos efeitos ainda não são esclarecidos, tampouco seu uso recomendado para pacientes com menos de 15 anos (Colaço, 2016). Por outro lado, a Ritalina,

⁴³ Os totais de medicamentos prescritos para meninos e meninas são divergentes dos totais de diagnósticos de TDAH, pois foram encontradas crianças que faziam uso de mais de um medicamento. Por isso, as quantidades de medicamentos prescritos são superiores. O mesmo vale para dados sobre medicamentos referentes ao ensino fundamental.

⁴⁴ Foram agrupados na mesma categoria os medicamentos registrados como Tofranil (nome comercial), Imipramina e Cloridrato de Imipramina.

medicamento que no Brasil se popularizou no início do século XX, ocupa somente a segunda posição, sendo prescrito para 27% dos meninos e 18% das meninas.

2.2.2 Ensino fundamental

O quadro abaixo apresenta os dados relativos ao uso de medicação controlada por crianças no ensino fundamental que foram diagnosticadas com TDAH. As informações estão discriminadas pelo sexo da criança e pelos municípios participantes da pesquisa.

Quadro 11 - Quantidade de crianças com diagnóstico de TDAH que fizeram uso de medicação controlada no ensino fundamental

	Maringá	Ponta Grossa	Cascavel	Campo Mourão	Mandaguari	Total
Meninos	532	209	146	164	26	1.077
Meninas	167	62	47	57	14	347

Fonte: Banco de Dados do Projeto Medicalização da Infância no Estado do Paraná (2018).

Visto que 1.099 meninos foram diagnosticados com TDAH e 4 meninas com Hiperatividade no ensino fundamental, do total de 1.103 que apresentaram diagnóstico, 1.077 utilizaram medicação controlada para tratamento do transtorno. Esse montante de meninos medicados corresponde a 97,6% dos diagnósticos. Das 354 meninas que apresentaram o mesmo diagnóstico, somado a um caso de Hiperatividade registrado, temos que 347 delas foram medicadas, ou seja, 97,7% das meninas diagnosticadas. Os dados corroboram com o exposto por Cohen (2016) a hegemonia da psiquiatria no tratamento de transtornos mentais. Ao analisar a expansão dos diagnósticos de TDAH nas sociedades ocidentais particularmente a partir da década de 1990, o autor aponta como essa expansão veio acompanhada do aumento do uso de fármacos, especialmente estimulantes, para tratamento, ou como Whitaker (2017) denomina de paradigma de assistência à saúde calcada na medicalização.

Em comparação com o que demonstram os dados da educação infantil, meninos e meninas apresentaram índices semelhantes de uso de medicamentos para tratamento. Foi observado igualmente um crescimento relativo nos índices de medicalização em ambos os grupos, o que pode revelar que o uso de drogas psiquiátricas nessa etapa de escolarização não só permanece como alternativa de tratamento, mas parece se consolidar. Isto é, a

administração de drogas psiquiátricas para crianças diagnosticadas com TDAH corresponde ao posto por Whitaker (2017) em relação ao paradigma de atendimento: o diagnóstico leva, conseqüentemente, de forma contundente, ao tratamento medicamentoso. O quadro que segue apresenta o rol dos medicamentos mais prescritos para o TDAH para meninos e meninas no ensino fundamental.

Quadro 12 - Medicamentos mais prescritos para tratamento do TDAH no ensino fundamental

Medicamento	Classe	Meninos	Meninas
Ritalina (Metilfenidato)	Estimulante	940	321
Risperidona	Antipsicótico	199	41
Neuleptil (Periciazina)	Antipsicótico	35	13
Cloridrato de Imipramina	Antidepressivo	49	12
Depakene (Valproato Sódico)	Anticonvulsivante	18	6
Depakote (Divalprato Sódico)	Anticonvulsivante	15	6
Cloridrato de Sertralina	Antidepressivo	12	1
Cloridrato de Fluoxetina	Antidepressivo	9	5
Concerta (Metilfenidato)	Estimulante	6	1
	Total	1.283	406

Fonte: Banco de Dados do Projeto Medicalização da Infância no Estado do Paraná (2018).

Se no caso da educação infantil observamos o predomínio da prescrição de Risperidona nos casos de TDAH, os dados referentes ao ensino fundamental demonstraram a superioridade da Ritalina como medicamento mais prescrito tanto para meninos (72,6%) quando meninas (79%). Seguiram-se, ainda, altos índices de prescrições do referido antipsicótico, acrescido de outro medicamento desta classe (Neuleptil), que juntos somaram 18,2% das prescrições para meninos e 13,3% das receitas para meninas. Chama à atenção a inclusão de três antidepressivos diferentes prescritos (Cloridrato de Imipramina, Cloridrato de

Sertralina e Cloridrato de Fluoxetina), e dois tipos de anticonvulsivantes (Depakene e Depakote) sendo que o estimulante Concerta foi o nono medicamento mais prescrito.

Deste quadro, observamos que, quando do diagnóstico de TDAH, tem sido administrada toda sorte de medicamentos já nas etapas iniciais de escolarização, cujos efeitos ainda não são totalmente esclarecidos (Whitaker, 2017). Ademais, deparamo-nos com fármacos que não necessariamente são prescritos originalmente para o TDAH, e sim para outros transtornos mentais, como a esquizofrenia e a depressão, mas que segundo consta nos índices da medicalização na infância, podem estar sendo administrados para esse fim. Medicamentos que resultam em efeitos específicos de curto, médio e longo prazo e que afetam o comportamento de meninos e meninas, já nos primeiros anos de vida. Na subseção que se segue, detemo-nos em alguns aspectos centrais da forma como as principais drogas psiquiátricas prescritas para o tratamento do TDAH atuam no cérebro e as consequências de seu uso em termos físicos, emocionais e psíquicos.

2.3. Tratando o TDAH com drogas psiquiátricas: como elas agem no cérebro?

A concepção materialista acerca da relação entre o cérebro humano e o desenvolvimento das funções mentais considera a unidade entre o substrato biológico e o psiquismo, isto é, a unidade entre o material e o psíquico (Vigotski, 2018; Luria, 1991). Nesse sentido, demarcamos que não é possível desconsiderar os processos complexos de transmissão de informações entre os neurônios, tampouco a ação dos neurotransmissores, os “mensageiros químicos” que atuam na fenda sináptica, para o sucesso da atividade cerebral. O que salientamos é que o desenvolvimento psíquico não pode ser reduzido a esses processos, uma vez que se trata de um complexo processo cuja gênese é social. Segundo Whitaker (2017), a teoria do desequilíbrio químico no desenvolvimento de transtornos mentais teve no mau funcionamento dos neurotransmissores – principalmente a serotonina⁴⁵ e a dopamina⁴⁶ – o centro das explicações para a esquizofrenia, a depressão, o TDAH e o transtorno bipolar.

⁴⁵ Via de transmissão mais primitiva em termos de evolução. Seus neurônios localizam-se no tronco encefálico e núcleo de rafe e enviam axônios para a medula espinhal, responsável pelo controle da atividade respiratória, cardíaca e gastrointestinal. Outros neurônios dessa via enviam axônios para diversas áreas do cérebro, envolvendo processos de memória, aprendizagem, sono, vigília, apetite, regulação do humor e do comportamento (Whitaker, 2017).

⁴⁶ A via dopaminérgica tem seus corpos celulares localizados no tronco encefálico. Divide-se em três grandes vias que projetam axônios para os gânglios basais, para a região límbica e para os lobos frontais. Essas três áreas são responsáveis, respectivamente, pelo início e controle do movimento, controle das emoções, monitoração e regulação da atividade, traço mais distintivo da atividade cerebral do ser humano (Whitaker, 2017).

Essa hipótese parte da afirmação de que a atividade desregulada dos neurotransmissores seria responsável por desenvolver sintomas típicos de transtornos mentais em pacientes. Por exemplo, as alucinações na esquizofrenia, as oscilações de humor na depressão, a hiperatividade no TDAH (Whitaker, 2017). Segundo o autor, o alcance dessa concepção acerca dos transtornos mentais influenciou sobremaneira na expansão do uso de drogas psiquiátricas, por crianças, jovens e adultos norte-americanos.

Informou-se aos pais que as crianças diagnosticadas com transtorno de déficit de atenção com hiperatividade sofriam de baixos níveis de dopamina, mas a única razão a lhes ser dada essa informação foi que a Ritalina estimulava os neurônios a liberarem uma quantidade extra de dopamina. Essa se tornou a fórmula narrativa enganosa em que as companhias farmacêuticas se apoiaram repetidas vezes: pesquisadores identificavam os mecanismos de ação de uma classe de drogas, viam como essas drogas reduziam ou elevavam os níveis de um neurotransmissor cerebral e, em pouco tempo, o público era informado de que as pessoas tratadas com esses medicamentos sofriam do problema oposto (Whitaker, 2017, p. 90-91).

A partir de investigações a respeito do aumento das prescrições de drogas psiquiátricas nos EUA, Whitaker (2017) evidencia que medicamentos receitados para os principais transtornos mentais atuam de forma semelhante entre si. Ao contrário de reequilibrar a atividade neurotransmissora, essas drogas agem na criação de perturbações nas funções, fazendo com que o cérebro empreenda uma atividade compensatória, de modo a anular os efeitos da droga. Segundo Hyman (apud Whitaker, 2017) essa atividade teria como base um mecanismo homeostático, de modo a permitir que as células mantenham seu equilíbrio quando na ocorrência de alterações do meio ambiente ou do meio interno.

Ao largo do uso regular do fármaco, o sistema compensatório começa a apresentar falhas, e a administração crônica da droga ocasiona mudanças substanciais e duradouras no funcionamento cerebral. O cérebro passa a funcionar de modo qualitativa e quantitativamente diferente do estado normal. Disso decorre a conclusão que, ao invés de corrigir o que está supostamente desequilibrado, as drogas psiquiátricas acarretam o desequilíbrio químico que o cérebro busca compensar, passando a exercer sua atividade de forma anormal (Whitaker, 2017).

Soma-se à ação das drogas psiquiátricas a expansão das fronteiras diagnósticas e a busca por novos mercados, fontes de acumulação e lucro (Almeida & Gomes, 2014). Como consequência, temos crianças já na educação infantil sendo medicadas com antipsicóticos para tratamento de sintomas de desatenção e hiperatividade. Segundo Whitaker (2017), o fenômeno de prescrever drogas psiquiátricas para crianças e adolescentes é relativamente recente, datando a partir da década de 1980, coincidindo em vários pontos com a ascensão do

TDAH como entidade diagnóstica, como abordamos no capítulo I. Além disso, relaciona-se a isso uma concepção de infância e adolescência como um processo natural, de maturação das capacidades já inatas.

Segundo Pasqualini (2016), a observação cotidiana da infância e do crescimento da criança ao longo da vida, se expressa na aparência como um processo natural, levando ao entendimento de que o desenvolvimento de seu psiquismo segue a forma de um “ciclo vital”. Contrapondo-se a isso, a compreensão histórico-cultural do desenvolvimento toma como pressuposto que o desenvolvimento infantil não se limita aos aspectos quantitativos, tampouco numa concepção de fases naturais, na qual se entende que em cada fase determinadas capacidades surgirão na criança de forma espontânea, como processos derivados da maturação orgânica.

Ao partir da consideração de que a criança, ao longo das idades, apenas realiza as tendências internas já dadas em sua biologia, não estamos de fato abarcando o desenvolvimento, pois se supõe que nada se transforma do embrião até o ser humano adulto. Pois, como explica Vigotski (2018) ao tratar do desenvolvimento, a qualidade primordial desse processo é o surgimento do novo. Ao assumir que ao longo das idades não surge nenhuma qualidade, particularidade ou formação nova, então, não se pode afirmar que seja um processo de desenvolvimento.

O psiquismo passa por sucessivas mudanças ao longo da vida, e nesse processo é possível identificar diferentes estados com características próprias. A questão que se coloca é que a existência dessas “fases” não é decorrência exclusiva ou direta da maturação do organismo: o critério cronológico ou etário não é determinação que explica as mudanças do psiquismo no curso de desenvolvimento em seus aspectos mais decisivos (Pasqualini, 2016, p. 67).

Ou seja, a abordagem historicizada do desenvolvimento humano, de que o psiquismo humano não se desenvolve *a priori*, mas se constitui como processo de sua história social, não desconsidera a existência de períodos de desenvolvimento. Como afirma Vigotski (2018), trata-se de um processo que ocorre no tempo, de forma complexa, sendo que as idades possuem suas especificidades e conteúdos característicos cuja gênese é a vida social. O desenvolvimento infantil não é mero crescimento quantitativo de certos aspectos, mas uma verdadeira reestruturação nas relações entre esses aspectos e funções de todo o organismo, e transformações qualitativas ao longo de cada etapa, que trazem mudanças na personalidade da criança.

Quando nos voltamos ao terreno da medicalização, observamos nos dados quantitativos analisados as consequências de uma abordagem de desenvolvimento que

desconsidera esses aspectos. A criança ou jovem que não se comporta conforme o que se espera para sua idade ou seu sexo, ou seja, como o que é considerado normal em termos de desenvolvimento, está suscetível a procedimentos para “corrigir” essa alteração mental ou comportamental, considerando a validade do tratamento via psicotrópicos. Ancorando-se em descobertas científicas no âmbito psiquiátrico, seria possível diagnosticar doenças mentais em crianças que antes passavam despercebidas, e os medicamentos as transformariam em indivíduos normais (Whitaker, 2017). No entanto, a análise detida acerca da ação dos medicamentos, bem como os efeitos documentados em curto, médio e longo prazo, revela um lado da prescrição de fármacos para tratamento de sintomas do TDAH que é mais nocivo do que benéfico.

Começamos pela Ritalina, cujo consumo aumentou de forma drástica no Brasil desde os anos 2000, alçando esse país como 2º maior consumidor do fármaco. Whitaker (2017) esclarece que em termos de ação, esta droga pode ser descrita como um inibidor de recaptção de dopamina: o medicamento bloqueia em até 70% a retirada (para o neurônio pré-sináptico) da dopamina da fenda sináptica. A cocaína age de forma semelhante, mas o metilfenidato demora mais tempo para deixar o cérebro, bloqueando a recaptção da dopamina por horas. Isto é, sendo que a dopamina passa muito mais tempo da fenda sináptica, o cérebro da criança reduz o ritmo de seu mecanismo dopaminérgico. Em resposta à ação do metilfenidato, o cérebro “entende” que há dopamina suficiente, por isso libera menos quantidades dessa substância na fenda. A densidade de receptores dopaminérgicos no neurônio pré-sináptico cai, e o mesmo ocorre com a quantidade de metabólitos de dopamina do líquido cefalorraquidiano. O metilfenidato também age nos neurônios serotoninérgicos e noradrenérgicos, causando mudanças compensatórias similares. Segundo o autor, a partir do uso da Ritalina, o cérebro da criança passa a operar de maneira qualitativa e quantitativamente anormal (Whitaker, 2017).

E quais são os resultados de estimulantes a base do metilfenidato no comportamento da criança? A partir de observações clínicas, Barkley (apud Whitaker, 2017) descreve que crianças sob efeito deste tipo de medicamento desenvolviam brincadeiras mais solitárias e menos iniciativa a interações sociais. Outros estudos mostraram semelhança com esse quadro global de passividade, submissão e retraimento social de crianças que tomavam esse remédio para TDAH, chegando a serem descritas como “zumbis”. Esse efeito é destacado por Moysés e Collares (2011), ao apontarem que crianças e adolescentes até mesmo suspendiam o uso do

medicamento por conta própria, pelo desconforto ocasionado pela taquicardia, sensação de estar “contido em si mesmo”, “amarrado”, sem poder expressar desejos e emoções⁴⁷.

Além disso, Whitaker (2017) descreve que, como efeito do fármaco, a criança que incomodava em sala de aula, conversando e se remexendo na carteira, passou a ficar quieta, sem se movimentar tanto ou procurar contanto social com pares. Segundo o autor, esse era o caráter da “melhora do ponto de vista social” e que passou a figurar como comprovação da eficácia desse e outros medicamentos para TDAH. Ou seja, o critério para avaliar a melhora da criança após a administração do metilfenidato envolvia a avaliação de quão menos a criança incomodava em sala de aula (Whitaker, 2017). Parecia, portanto, que estava menos em jogo o benefício do remédio para a criança, e mais o que o juízo de uma porção de requisitos em uma avaliação, o que o adulto julgava como menos oneroso e trabalhoso.

Necessário destacar que esse processo tem raízes mais complexas, não podendo ser reduzido à ação do professor ou adulto somente, como se esta fosse a explicação isolada para a expansão dos diagnósticos e consequente medicalização. Bonadio e Mori (2013) advertem para a relação entre os discursos médicos que penetram no cotidiano escolar, que conferem autoridade científica aos problemas de ensino-aprendizagem, e o papel do educador que, cada vez sob condições de trabalho e formação mais precarizadas, torna-se imobilizado frente às explicações de cunho organicista.

Quem conhece, ou melhor, deveria conhecer o processo ensino-aprendizagem é o professor; a ele é conferida a autoridade acadêmica e pedagógica para propor atividades que favoreçam o desenvolvimento da atenção de seus alunos, impedindo, muitas vezes, de encaminhá-los à área da saúde e, provavelmente, um diagnóstico. Sua formação deveria prepará-lo para ensinar os alunos, reconhecendo suas particularidades, potencialidades e subjetividades, compreendendo-as como sujeitos capazes de aprender, apesar de suas dificuldades (Bonadio & Mori, 2013, p. 185).

No entanto, deparamo-nos com o panorama oposto: para identificação de uma dificuldade, ou conjunto de dificuldades, é suposta uma disfunção neurológica, traduzida em um rol de sintomas, cujo destino, como mostra os dados abordados anteriormente, é a prescrição e administração de um estimulante. Espera-se, a partir daí, a melhora do desempenho escolar da criança, a resolução da queixa explicitada. Por outro lado, pesquisas

⁴⁷ Como requisito para ocupar um posto de trabalho monótono, repetitivo e exaustivo, não demonstrar emoções, conter os movimentos e a troca entre pares torna-se benéfico para a reprodução do modo de produção capitalista. A escola, quando se alia ao fenômeno da medicalização da vida, contribui de certa forma para a reprodução dessa futura força de trabalho. Trata-se de um processo necessário para a autorreprodução dessas condições de vida e produção, de forma a manter a conformidade da classe trabalhadora aos valores do capital. Como afirma Cohen (2016), a escola se torna no século XX um dos principais contextos de disciplinarização da futura força de trabalho. Sobre educação e reprodução da força de trabalho no capitalismo, ver em Maceno (2017).

que balancearam os efeitos benéficos e negativos dos estimulantes chegaram à conclusão que as crianças acreditavam serem “burras” ou “más” por precisarem tomar o medicamento para aprender, ou seja, passam a acreditar não nas suas capacidades de controlar seu comportamento, mas nas pílulas mágicas que as transformam em crianças boas (Whitaker, 2017).

Bonadio e Mori (2013) se utilizam da expressão “fetiche da pílula”, caracterizando-a como o poder sugestivo que a droga possui em relação a suas propriedades de cura. Em pesquisa realizada com pais e professoras de crianças diagnosticadas com TDAH, as autoras atentam para a valoração social dada ao medicamento, como se a mudança comportamental da criança medicada fosse imediata após sua ingestão, o que em termos de tempo de ação da droga é falso. Além disso, como a própria criança transfere para a droga o motivo do controle de seu comportamento e a crença na incapacidade de fazê-lo de forma autônoma, quando cessa o efeito do mesmo.

Além das consequências na autoavaliação da criança medicada, que se sentia deprimida, solitária e inadequada, as implicações no campo acadêmico também se mostraram onerosas para as crianças. Whitaker (2017) pontua que, se a Ritalina era um medicamento que ajudava a criança a se concentrar, o mínimo esperado era que ela obtivesse resultados melhores na escola a partir desse tratamento. Conforme dados de pesquisa conduzida na Universidade de Minnesota (EUA) em 1973, o que se observou foi o contrário: houve melhora em tarefas rotineiras e repetitivas, que exigiam atenção contínua, porém o raciocínio, a capacidade de resolver problemas, a aprendizagem de modo geral, não foi positivamente afetado pelo medicamento.

Outros efeitos descritos por Barkley (apud Whitaker, 2017) em pesquisa conduzida em 1978 era de que os estimulantes atuavam principalmente no manejo das crianças em sala de aula, e não especificamente na melhora do seu desempenho escolar. Mais uma vez, explicitam-se como os fármacos eram benéficos não para a criança que o consumia, mas para os adultos ao redor. Além disso, o excessivo retraimento e isolamento da criança poderia inclusive prejudicar a aprendizagem (Swanson apud Whitaker, 2017), bem como acarretar prejuízo no desenvolvimento de funções cognitivas complexas, como a resolução de problemas (Whalen apud Whitaker, 2017).

A edição de 1994 do Manual de Psiquiatria da APA também admitiu que os estimulantes não produziram melhoras duradouras na agressividade, nos transtornos de conduta, na aprendizagem, na redução da criminalidade, na adaptação do indivíduo a longo prazo (como na obtenção e desempenho no emprego e em relações conjugais). Segundo

Whitaker (2017), essa mesma afirmação foi corroborada pelo NIMH, em estudo MTA, em relação a não comprovação da eficácia do medicamento em longo prazo em nenhum âmbito do desenvolvimento infantil.

O autor comenta que, em estudos conduzidos pelo NIMH com crianças e adolescentes que fizeram uso de estimulantes, após 24 e 36 meses, observou-se que apresentaram piora nos sintomas típicos do TDAH, como na impulsividade, desatenção e hiperatividade, em comparação ao grupo controle não medicado. Ademais, os índices de delinquência dos jovens medicados eram superiores aos que não tomavam medicamentos. Ao passo que os manuais diagnósticos apontam que os jovens com TDAH são mais propensos ao “comportamento delinquente” (Barkley, 2008), problematizamos a possibilidade de este comportamento ser um dos efeitos do uso prolongado da medicação, e não um sintoma do transtorno. Além disso, foi observado no mesmo estudo que o uso de medicação estava associado à elevação da hiperatividade e impulsividade, bem como prejuízo funcional global (Whitaker, 2017).

A Ritalina possui uma longa lista de efeitos adversos. Os físicos envolvem tonteira, perda de apetite, insônia, dores de cabeça, tiques, dor abdominal, perda de peso, inibição do crescimento, hipertensão e morte cardíaca súbita. São observados efeitos emocionais como depressão, apatia, embotamento, oscilações de humor, ansiedade e sentimento de hostilidade. Por fim, os efeitos psiquiátricos abrangem sintomas obsessivos compulsivos, mania, paranoia, surtos psicóticos e alucinações⁴⁸ (Whitaker, 2017; Bonadio & Mori, 2013). Como exposto na bula do Concerta, estimulante também encontrado nas prescrições para tratamento de TDAH nos municípios, o aparecimento de sintomas psicóticos e maníacos foram relatados em pacientes que não apresentavam histórico desses quadros, já em doses usuais, devendo o uso ser descontinuado na ocorrência desses sintomas. Além disso, a bula apresenta o aparecimento e agravamento de comportamento agressivo, não como sintoma do TDAH, mas como derivado do tratamento a base do metilfenidato. Ou seja, o comportamento agressivo, descrito nos manuais diagnósticos como mais comuns em meninos com TDAH, tem sido observado após a administração do metilfenidato, como efeito colateral deste tratamento.

⁴⁸ Whitaker (2017) problematiza a relação entre o primeiro diagnóstico de TDAH, o uso de estimulantes, e posterior diagnóstico de transtorno bipolar em crianças. Em 2006 foi emitido pela *Food and Drug Administration* (FDA) relatório sobre riscos de desenvolvimento de sintomas psicóticos e maníacos a partir do uso do metilfenidato em crianças de até 10 anos diagnosticadas com TDAH. Uma vez que esses medicamentos elevam os níveis de dopamina na sinapse, produz-se um estado de excitação, de maior energia e hiperconcentração. A criança pode manifestar ansiedade, irritação, agressividade e problemas para dormir, sendo os sintomas mais extremos comportamentos obsessivo-compulsivos e hipomaníacos. Ao deixar o cérebro, a droga produz um efeito contrário, devido à acentuada queda dos níveis dopaminérgicos na fenda: a criança apresenta-se letárgica, apática, retraída e deprimida. E esses sintomas de mania e depressão, respectivamente, são os característicos do transtorno bipolar.

Segundo estudo de Lambert (apud Whitaker, 2017), os efeitos da Ritalina envolvem, em longo prazo, o desenvolvimento de consumo abusivo de cocaína e tabagismo. Ainda, outro estudo conduzido pelo NIMH em 2007 chegou ao resultado de que, ao final do terceiro ano de uso de medicamentos para fins de tratamento, estes foram marcador significativo de deterioração das capacidades cognitivas, além de as crianças apresentarem maior probabilidade de desenvolver comportamento delinquente e menor estatura.

Em síntese, os estimulantes alteram o comportamento da criança em curto prazo e isso é considerado em certa medida útil aos professores e aos pais. A criança apresenta melhora no desempenho de atividades repetitivas, torna-se mais retraída e quieta, o que auxilia o educador ou adulto que lida com ela em sala de aula e outros contextos formativos. Porém, como abordado pelas pesquisas anteriores, os medicamentos parecem trazer poucas melhoras significativas à vida escolar e afetiva da criança, podendo inclusive acarretar em danos para sua formação física, emocional e psíquica.

Além dos estimulantes, dos resultados obtidos com a pesquisa nos municípios, os antipsicóticos foram largamente prescritos para tratamento de sintomas do TDAH na educação infantil. Conforme Lucena (2016) a prescrição de antipsicóticos como a Risperidona nessa etapa é preocupante, primeiramente, pois a segurança de sua administração em sujeitos com idade inferior a 15 anos ainda não foi comprovada. Esse medicamento é originalmente prescrito para o tratamento de sintomas positivos da esquizofrenia (delírios, alucinações e fala desorganizada) e para o transtorno bipolar. Segundo consta na bula do medicamento, a Risperidona é utilizada para controle do comportamento (agressão verbal e física), desconfiança doentia, agitação e vagar sem situações de perda de funções mentais (demência). Além disso, é recomendado em casos de mania, cujos sintomas característicos são humor elevado, expansivo ou irritável, sono reduzido, bem como “*pensamento acelerado, redução da atenção e concentração ou diminuição da capacidade de julgamento, incluindo comportamentos inadequados ou agressivos*” (ANVISA, p. 01, grifos nossos). Por fim, pode ser usada no tratamento de traços relativos ao autismo, como sintomas de agressão e autoagressão, crises de raiva, angústia e oscilações de humor.

Dessas indicações, Lucena (2016) problematiza a respeito da prescrição deste antipsicótico para redução de sintomas do TDAH, como a impulsividade e agressividade, também comuns nas psicoses. Trata-se de um medicamento utilizado para controle de comportamentos inadequados e agressivos, similarmente descritos pelos manuais como mais comuns em meninos.

De acordo com Whitaker (2017), a hipótese sobre o desequilíbrio da atividade química no cérebro da pessoa com esquizofrenia se apoiava na ideia de que haveria um excesso de dopamina, e isso ocasionaria os sintomas típicos, como os delírios e alucinações. Nesse sentido, o antipsicótico atua no cérebro bloqueando de 70% a 90% dos receptores de dopamina, o que leva a uma resposta dos neurônios pré-sinápticos de bombear mais dopamina na fenda. Por sua vez, os neurônios pós-sinápticos aumentam a densidade de seus receptores, para captar a maior quantidade de dopamina, e o cérebro passa a tentar “compensar” o efeito da droga, de modo a manter normal o nível da transmissão de informação pela via dopaminérgica. Esse sistema de compensação começa a falhar após três semanas de administração do antipsicótico, ocasionando padrões irregulares de liberação de dopamina pelos neurônios pré-sinápticos. Ao invés de normalizar a química do cérebro, essas drogas transformam a atividade cerebral a um nível que pode ser patológico (Whitaker, 2017).

Segundo Lucena (2016), o uso contínuo da Risperidona em crianças e jovens tem como consequência perturbações no desenvolvimento hormonal, como o aumento da produção de prolactina, podendo acarretar em atrasos no crescimento e maturação sexual. Em consonância, Whitaker (2017) comenta a partir de laudo publicado em 2008 pelo Colégio Europeu de Neuropsicofarmacologia, que os efeitos do uso de antipsicóticos por crianças e adolescentes envolvem perturbações de movimento, aumento dos níveis hormonais, sedação e aumento de peso. Complementa que, dessa pesquisa, as meninas poderiam ser mais afetadas do que os meninos por esses efeitos colaterais.

Foram registradas prescrições de outro tipo de antipsicótico, na educação infantil e no ensino fundamental. Segundo a bula do Neuleptil, nome comercial da periciazina, este medicamento é indicado para os mais diversos sintomas relacionados a “distúrbios do caráter e do comportamento”. Essa relação envolve traços como o “autismo, negativismo, desinteresse, indiferença, bradipsiquismo⁴⁹, apragmatismo⁵⁰, suscetibilidade, *impulsividade*, oposição, hostilidade, *irritabilidade*, *agressividade*, reações de frustração, *hiperemotividade*, egocentrismo, instabilidade psicomotora e afetiva e desajustamentos” (ANVISA, s/n). Dessa listagem de sintomas, reiteramos o exposto por Lucena (2016) acerca da utilização de fármacos para além do uso clássico, isto é, de drogas psiquiátricas serem prescritas para o tratamento de alguns sintomas específicos, como é o caso do TDAH. Assim, o fenômeno da prescrição de medicamentos indicados para outros transtornos mentais assume um caráter

⁴⁹ Comum em estados depressivos, esse quadro se caracteriza pela lentidão das funções mentais.

⁵⁰ Sintoma de quadros esquizofrênicos caracterizado pela incapacidade de reação e intenção de agir, relacionada à imobilidade e à inatividade do sujeito.

semelhante, em relação à contenção da agressividade, impulsividade, movimentos físicos excessivos, dentre outros sintomas descritos para o TDAH.

O mesmo foi observado quando da prescrição de antidepressivos. Segundo consta na bula de Cloridrato de Imipramina, prescrito tanto na educação infantil como no ensino fundamental, esse antidepressivo tricíclico é indicado para tratamento de depressão e distúrbios de humor. Outras condições psicológicas são descritas como passíveis de tratamento com este medicamento, como estados de pânico, dores crônicas e incontinência urinária de crianças acima de cinco anos de idade. Já o Cloridrato de Fluoxetina é indicado no tratamento da depressão associada ou não à ansiedade. Outras indicações envolvem bulimia nervosa, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno disfórico pré-menstrual, irritabilidade e disforia.

Em relação ao Cloridrato de Imipramina, consideramos alarmante o fato de já ser prescrito na etapa da educação infantil, ainda que menos proeminente, e no ensino fundamental ocupar a quarta colocação no rol de medicamentos mais prescritos em crianças diagnosticadas com TDAH. Segundo consta na bula deste fármaco:

Em crianças e adolescentes, não há evidências clínicas suficientes de segurança e eficácia de imipramina no tratamento de todas as formas de depressão, incluindo formas endógenas, orgânicas e psicogênicas, e depressão associada com distúrbio de personalidade ou com alcoolismo crônico, pânico, condições dolorosas crônicas e pavor noturno (terror noturno ou do sono). Portanto, *o uso de Imipra® em crianças e adolescentes (0 – 17 anos de idade) não é recomendado.* (ANVISA, p. 03, grifos nossos).

Ou seja, é expressiva a não recomendação deste medicamento para crianças e adolescentes, uma vez que a segurança de sua administração não foi comprovada nesses grupos. Do exposto nas respectivas bulas dos antidepressivos prescritos para crianças diagnosticadas com TDAH, podemos considerar que a recomendação dessa classe de fármacos assume caráter semelhante à prescrição de antipsicóticos, no sentido de atuarem na contenção de sintomas semelhantes nos dois quadros, no caso a ansiedade e irritabilidade.

Por fim, foi registrada nos municípios a prescrição de medicamentos da classe dos anticonvulsivantes, principalmente o Depakene e o Depakote, nomes comerciais do valproato sódico e do divalproato sódico, respectivamente. O primeiro é indicado para o tratamento de crises convulsivas e ausências simples e complexas⁵¹ em adultos e crianças acima de 10 anos.

⁵¹ Segundo bula do Depakene, a “ausência simples é definida como breve perda dos sentidos ou perda de consciência, acompanhada por determinadas descargas epiléticas generalizadas, sem outros sinais clínicos detectáveis”. Por sua vez, a “ausência complexa é a expressão utilizada quando outros sinais também estão presentes”.

O Depakote, por sua vez, além de auxiliar em situações de crises convulsivas complexas, é indicado para tratamento de episódios maníacos associados ao transtorno bipolar. Sendo que os sintomas típicos da mania relacionados na bula do medicamento são a hiperatividade motora, a redução da necessidade de dormir, a agressividade, dentre outros, sugere-se que a prescrição de anticonvulsivantes para o tratamento do TDAH acompanha a lógica de atuarem em sintomas específicos relacionados ao diagnóstico desse transtorno. Isto é, a prescrição de medicamentos como antidepressivos, antipsicóticos e anticonvulsivantes se concentra na contenção de sintomas de agressividade, hiperatividade motora, ansiedade e desatenção, principalmente.

Após a exposição dos dados relativos ao diagnóstico do TDAH em meninos e meninas na educação infantil e no ensino fundamental dos cinco municípios paranaenses analisados, e a discussão sobre os medicamentos prescritos para tratamento, podemos partir para algumas conclusões gerais que nos auxiliarão na continuidade de nosso estudo. Em primeiro lugar, observamos a consonância entre o que é posto nos manuais diagnósticos e demais pesquisas que trazem informações sobre a prevalência do TDAH nos gêneros, com os dados cotejados pelo “Projeto Retrato da Medicalização da Infância no Estado do Paraná”. De fato, o transtorno se mostrou preponderante no sexo masculino em relação ao feminino, numa proporção média de 4:1 na educação infantil e 3:1 no ensino fundamental. Sobre o aumento de diagnósticos do TDAH na passagem do ensino infantil para o ensino fundamental a taxa de crescimento foi sensivelmente maior em meninas, em comparação aos meninos, ainda que os últimos apresentem total absoluto superior.

Em consequência da amplitude de diagnósticos, os meninos foram mais medicados. Questionamos a partir disso a relação entre a descrição de comportamentos agressivos como mais comuns e naturais nos meninos (Barkley, 2008), o diagnóstico e prescrição de fármacos (tanto estimulantes como de outras classes⁵²) como meio de contenção desses traços. Existe uma evidente contradição entre o que a educação de gênero estimula enquanto qualidades exigidas aos meninos, educados para serem assertivos e ativos, e as condições imediatas de produção da vida. A escola, precarizada, possui poucos recursos para lidar com o aluno desviante, acabando por recorrer a soluções imediatistas, como a medicalização. Novamente, não se trata de um processo cuja responsabilidade está no professor, na escola ou no aluno, mas sim um verdadeiro mecanismo de produção da força de trabalho útil aos interesses do

⁵² Também pode ocorrer que a criança faça uso de mais de uma classe de medicamentos por ser diagnosticada com mais de um transtorno ou quando outra droga é administrada para anular algum efeito colateral da primeira. Para mais detalhes, ver em Tabuti (2018).

capital. Conforme demonstram os dados, bem como estudos elencados até então, a expansão do TDAH na infância se configura como um fenômeno que tem como determinações as necessidades do capitalismo em produzir e reproduzir a força de trabalho, disciplinada, dócil e em conformidade com as atuais condições de vida e trabalho (Cohen, 2016).

Ademais, concluir que os meninos foram mais medicados quando diagnosticados com o TDAH, não exclui o fato de que meninas diagnosticadas com o mesmo transtorno também são medicadas. Ambos os grupos apresentaram níveis de prescrição de psicotrópicos superiores a 97% dos diagnósticos. Ou seja, há uma relação estreita entre a prática diagnóstica e a administração de medicamentos para ambos os grupos.

A respeito dos medicamentos, demonstramos que o antipsicótico Risperidona é o mais receitado para meninos e meninas na educação infantil, correspondendo a mais da metade do total das receitas. No ensino fundamental, observamos uma inversão no ranking dos medicamentos mais prescritos, com a preponderância da prescrição da Ritalina, acompanhado da Risperidona, em segundo lugar. Ainda, destacamos que medicamentos de outras classes, como os antidepressivos e anticonvulsivantes também figuram como as principais prescrições em crianças diagnosticadas com TDAH.

Este panorama se mostrou inquietante, uma vez que nossa hipótese é a de que a utilização desses medicamentos é direcionada à contenção ou redução de sintomas que se enquadram no diagnóstico de TDAH, como a agressividade, a impulsividade e a ansiedade, os mesmos que são mais relacionados ao sexo masculino. Sublinhamos que o uso contínuo de medicamentos dessas classes não tem se mostrado eficaz, tanto na diminuição dos sintomas típicos do transtorno, como pela possibilidade de agravarem tais traços e acarretarem prejuízos físicos, emocionais e psiquiátricos para o usuário, inclusive elevando as taxas de pensamentos suicidas e tentativas de suicídio em adolescentes (Whitaker, 2017; Hinshaw, 2012).

Do exposto, surge a questão: como seria possível explicar a diferença de índices desse transtorno, dispensando uma perspectiva que considera os fatores biológicos como únicos determinantes no processo de desenvolvimento, sem naturalizar comportamentos desviantes como próprios de uma “natureza masculina”, nem patologizar esses comportamentos? Pois, conforme mostram os dados, seria um caminho fácil incorrer na conclusão de que o TDAH se trata de um transtorno biológico, cuja expressão preponderante nos meninos é geneticamente determinada, uma vez que este fato se demonstrou a nível fenomênico, nos dados estatísticos. Nesse ponto, cabe o questionamento proposto por Vigotski (2018) a respeito da relação entre os aspectos biológicos e a formação da personalidade:

Será que a realização ou não de nossas capacidades não depende das condições de nossa vida? Será que as condições de vida não mudam ou não modificam nossas particularidades? Será que, quando adultos, em alguma atividade, não combinamos nossas inclinações? Consequentemente, se o desenvolvimento se resumisse apenas àquilo, então, em geral, o desenvolvimento não se diferenciaria do não desenvolvimento nem de qualquer outro estado (Vigotski, 2018, p. 32).

Antes de partirmos para as considerações sobre o papel da educação de gênero na produção e reprodução de comportamentos desejáveis a futuros homens e mulheres, desigualmente distribuídas conforme interesses do capital, elencaremos algumas contribuições propostas pelos teóricos da Saúde Coletiva de orientação marxista, que se aproximam da vertente histórico-cultural da Psicologia, por compartilharem da base materialista histórica dialética. Desse fundamento, temos que a realização das novas capacidades de acordo com nossas condições de vida é atravessada pela inter-relação das determinações de classe, raça e gênero, construindo, por sua vez, o nosso comportamento (Souza, 2015).

Apresentamos, a seguir, aspectos dos estudos realizados por autores e autoras latino-americanas no campo da determinação social dos processos saúde-doença (Breilh, 1997, 2010; Donnangelo, 1976), da consideração do nexo biopsíquico (Laurell, 1982), como forma de contraponto às compreensões hegemônicas sobre as relações entre o âmbito social e biológico no desenvolvimento de doenças e práticas de saúde.

2.4 A teoria da determinação social do processo saúde-doença

Com a proposta de se compreender a formação social do processo saúde-doença e sendo o sofrimento psíquico e os transtornos mentais especificidades desse processo (Almeida, 2018) autores latino-americanos do campo da epidemiologia crítica, como Jaime Breilh, Asa Cristina Laurell e Maria Cecília Donnangelo se tornaram referências no campo da Saúde Coletiva de orientação marxista. Como ponto de partida, Almeida (2018) assinala que as concepções acerca dos processos saúde-doença são oriundas do modo como os seres humanos se organizam socialmente na produção da vida. Da compreensão de que ser humano se funda como ser social na sua intervenção direta na natureza, por meio do trabalho (Tonet, 2012), as manifestações de saúde-doença, com processos tipicamente humanos, que envolvem os conceitos, as formas e técnicas de lidar, de tratar, diagnosticar e curar, também devem ser entendidas por esse prisma.

A teoria da determinação social do processo saúde-doença tem no contexto da crise política e econômica a partir da década de 1960 o marco do desenvolvimento da Medicina

Social Latino-Americana⁵³, abrangendo o campo da Saúde Coletiva e conjugando outras disciplinas além da medicina. Almeida (2018) destaca que essa perspectiva considera o processo saúde-doença como historicamente determinado pelo processo coletivo de produção⁵⁴, ou seja, do ato de os indivíduos em sociedade produzirem sua existência (Marx & Engels, 2009). Tal vertente se opõe ao reducionismo hegemonicamente empregado na área médica, que considera a determinação dos fenômenos a partir da causalidade biológica e a assistência à saúde deslocada para o nível individual. Como exemplo dessa visão tradicional, temos as concepções biologizantes do TDAH exploradas anteriormente. Segundo Laurell (1982), a perspectiva clássica da medicina clínica, ao lidar com a doença em nível individual e biológico, ocupa-se dela de forma parcial, pois não abarca a articulação entre as esferas social e biológica do processo.

A epidemiologia crítica se constitui como um arcabouço teórico-prático que busca superar os modelos norte-americanos tradicionais da epidemiologia social, difundidos na América Latina principalmente na segunda metade do século XX. Um deles é a teoria do estresse, fundada no funcionalismo sociológico norte-americano, e que considera o desenvolvimento de doenças como fruto de fatores biológicos e ambientais, encarados como positivos ou estressores (Almeida-Filho, 2004). Esse modelo, centrado no indivíduo, enfoca as capacidades individuais de se lidar com esses fatores. Ou seja, não reconhecendo as desigualdades de classe, de gênero e de raça, configura-se como um modelo ideologizado de sociedade, que seria livre de desigualdade de condições. Ancora-se, portanto, numa perspectiva sobre saúde-doença enquanto interação entre indivíduo e ambiente, mesmo quando considera a relação entre esses aspectos e o desenvolvimento de doenças, assume-os como fatores, tal como aborda o conceito de “carência” (econômica, cultural, social, etc.). Porém, continua por omitir os determinantes da pobreza e da privação, isto é, as raízes das iniquidades sociais.

⁵³ Segundo Breilh (2010), a rediscussão do conceito de saúde-doença se fez no contexto da luta democrática na América Latina, marcado pela contradição entre as denúncias ao caráter exploratório e destrutivo da economia extrativa e agroindustrial e o contra-ataque de governos, empresas públicas e privadas reafirmando a lógica produtivista e não sustentável. Diante do avanço do modelo socioeconômico capitalista não equitativo, a epidemiologia é requisitada a repensar seu papel dentro dessa lógica social que impacta negativamente a saúde das pessoas e, mais do que isso, desumaniza e extrapola os níveis de desigualdade.

⁵⁴ O processo de produção inclui as relações entre os seres humanos para produzir sua própria existência, no trabalho, na procriação e na cooperação entre si. Marx e Engels (2009) esclarecem que “[. . .] um determinado modo de produção, ou fase industrial, está sempre ligado a um determinado modo de cooperação, ou fase social, e esse modo da cooperação é ele próprio uma ‘força produtiva’; e que a quantidade das forças produtivas acessíveis ao homem condiciona a situação da sociedade, e portanto a ‘história da humanidade’ tem de ser sempre estudada em conexão com a história da indústria e da troca” (p. 43).

Outro exemplo de destaque é a teoria da carência cultural, importada dos EUA e que teve grande repercussão nas décadas de 1960 e 1970 no Brasil. Esta concepção fora esmiuçada pelos estudos de Patto (1987), referência do movimento crítico da Psicologia Escolar. Frente ao esfacelamento do mito da igualdade de oportunidades da política liberal no âmbito da educação escolar, como o aumento nos índices de reprovação, evasão, desemprego e subemprego das classes mais baixas, emergem por parte de grupos oprimidos e das minorias sociais e raciais movimentos que contestam esse quadro. Como efeito das reivindicações políticas e sociais, insurge como uma das reações a crença de que as disfunções de origem social seriam derivadas da carência cultural que os grupos oprimidos apresentariam (Patto, 1987), de modo a manter o mito liberal da igualdade de oportunidades.

Schneider (1985) complementa que nessa lógica o fracasso escolar seria resultado de diferenças intelectuais entre classes altas e baixas, devido a experiências culturais e familiares diferenciadas. A existência de desigualdades no sistema social é tomada como inerente, bem como as classes sociais como entidades naturais, e não decorrentes de um modo de produção calcado na exploração (Patto, 1987). Ou seja, a pobreza, as desigualdades e iniquidades são entendidas como fatores de estresse, que ocasionariam as doenças, no entanto, sem a consideração de que, na estrutura do modo de produção calcado no trabalho assalariado, necessariamente se produzirá a desigualdade e seus desdobramentos (Tonet, 2012).

Distanciando-se dessa concepção de conhecimento sobre saúde-doença, a teoria da determinação social considera que é a vida concreta que introduz na consciência humana as categorias relativas à saúde-doença. Essas noções sobre tais processos, incluídos os transtornos mentais, estarão sempre associados a uma determinada categorização de normalidade em contraste com o comportamento diferenciado, anormal (Amarante & Torre, 2010). Ao tratar dos problemas de aprendizagem em particular, Schneider (1985) aponta que a noção clássica de desvio para se referir a uma patologia mental se funda na afirmação de que a conduta anormal é derivada de uma patologia inerente ao indivíduo ou é desviante por conta de um fator patológico do ambiente. Podemos incluir nessa visão as concepções acerca da origem hereditária do TDAH e a naturalização da propensão do sexo masculino ao transtorno, ou a concepção que entende que o ambiente exerceria influência na realização de inclinações comportamentais típicas de fatores genéticos masculinos ou femininos.

Ao propor a crítica ao paradigma dominante que considera a doença como fenômeno biológico individual, Laurell (1982) afirma que a determinação social da saúde-doença deve partir de uma revisão deste conceito, da forma que se compreende sua manifestação material na esfera biológica do indivíduo. A autora explicita que os modos de adoecer, de vivenciar os

fenômenos da saúde-doença expressam sua natureza social, uma vez que se trata de um processo que ocorre na coletividade humana, e não somente em um único grupo ou indivíduo.

O processo saúde-doença do grupo, portanto, é histórico, pois é socialmente determinado, o que significa que não bastam os fatores biológicos para entender sua gênese, é preciso esclarecer como se articula ao processo social. Em outras palavras “o próprio processo biológico é social” (Laurell, 1982, p. 12). Tendo isso posto, não se parte de uma medida eterna de normalidade biológica, neutra e universal, entendida independentemente do momento histórico, como se orientam as diversas edições da classificação de doenças, a exemplo do CID e DSM, apoiadas numa concepção de normalidade dada *a priori*.

Compreender a saúde-doença como processo biológico socialmente determinado significa refutar o determinismo biológico, que busca explicar o desenvolvimento do organismo como fundamentalmente marcado pela carga genética, pela ação neuroquímica ou outro aspecto biológico, o que contribui para a legitimação de uma suposta desigualdade naturalmente dada entre as capacidades individuais (Karam & Ramos, 2012).

Embora os genes influenciem o desenvolvimento, este não depende apenas da herança genética, sendo necessário considerar sua constante interação com o ambiente externo e, numa perspectiva educacional, os diferentes contextos de aprendizagens e oportunidades, que muito mais do que a carga genética, demarcarão as desigualdades⁵⁵. Tampouco os ambientes são imutáveis, os diversos contextos culturais podem possibilitar diferentes mudanças no desenvolvimento do ser humano, em termos de capacidades e potencialidades. Assim, “[...] a afirmação de que, se as diferenças estão nos genes, nenhuma mudança poderá acontecer, constitui-se como uma falácia do determinismo biológico” (Karam & Ramos, 2012, p. 38). Na mesma lógica, assumir que comportamentos são naturalmente dados a um sexo ou outro, constitui-se numa forma de pensar as desigualdades de gênero como características naturais, biológicas, e não socialmente construídas.

O conceito de nexos biopsíquico humano é fundamental para a compreensão da determinação social da saúde-doença. Elaborado por Laurell (1982), essa categoria se aproxima da compreensão de “processo psicofisiológico integral” de Vigotski (Almeida, 2018), remetendo ao elo primordial entre os processos psíquicos e a estrutura biológica. Assim, a convergência dos pontos de vista da saúde coletiva de orientação marxista e o aporte

⁵⁵ Breilh (1997) denuncia o ressurgimento de velhas teses científicas ancoradas no determinismo genético para explicar a desigualdade social. Segundo o autor, utilizar-se dessa explicação corrobora um posicionamento político contrário ao desenvolvimento de programas de proteção e promoção social a determinados grupos sociais. Pois, se a desigualdade já está inscrita no gene, não há motivo para dispêndio de recursos econômicos, técnicos e humanos. A ciência sempre tem um projeto, seja de transformação ou manutenção do *status quo*!

da psicologia histórico-cultural para a compreensão dos transtornos se dá pelo preceito em comum quando da formação do indivíduo como ser social ao longo do processo histórico.

Porém, é necessário distinguir a determinação social da saúde-doença do determinismo social. Breilh (2010) esclarece que, ao longo da história do desenvolvimento das práticas de saúde nas sociedades humanas, não se pode partir de processos que se desenvolveram num espaço puramente determinado pelos processos biológicos ou naturais. Mas isso não significa que a humanização dos processos biológicos humanos, físicos e ecológicos é regida diretamente por leis sociais. A esfera natural tem como necessária a esfera social para se desenvolver e se transformar e, por sua vez, interfere na configuração da história social. Na visão da epidemiologia crítica proposta pelo autor, parte-se da:

[...] Existência da vida social e da saúde como realidade objetiva, a irredutibilidade dos processos sociais - dentre os quais, uma das formas particulares são os processos epidemiológicos - às esferas mais simples da realidade (o biológico e o individual) e o caráter multidimensional e complexo da realidade. É neste contexto multifacetado que se desenvolvem, em inter-relação essencial e dialética, os processos do âmbito coletivo e individual, assim como os sociais e biológicos, não por vínculos causais lineares e mecânicos, mas sob a forma de movimentos hierarquizados que obedecem a diferentes determinações (Breilh, 1997, p. 33).

Nessa perspectiva, o conceito de **modo de vida** se torna central no entendimento do processo de humanização dos processos biológicos, físicos e ecológicos, da relação entre atividade humana e o processo saúde-doença. O uso deste conceito se ancora no exposto por Marx e Engels (2009) acerca da maneira de os seres humanos organizarem concretamente suas vidas e, ao produzirem essa existência, produzir-se enquanto seres sociais.

O modo como os homens produzem os seus meios de subsistência depende, em primeiro lugar, da natureza dos próprios meios de subsistência encontrados e a reproduzir. Esse modo de produção não deve ser considerado no seu mero aspecto de reprodução da existência física dos indivíduos. Trata-se já, isto sim, de uma forma determinada de atividade desses indivíduos, de uma forma determinada de exteriorizarem a sua vida, de um determinado *modo de vida* dos mesmos. Como exteriorizam a sua vida, assim os indivíduos o são (Marx & Engels, 2009, p. 24, grifos dos autores).

Dessa produção concreta da vida em coletividade, estrutura-se a sociedade, as relações de produção, abarcando a divisão do trabalho e o consumo. A estrutura social decorre, portanto, do constante processo de produção da vida pelos indivíduos, de como se relacionam com a natureza, com a própria produção e entre si nesse processo, em determinadas condições históricas e concretas (Marx & Engels, 2009). Ou seja, a sociedade se expressa enquanto a

unidade entre homem e natureza (Marx, 2010). Dessa relação deriva a produção das ideias, dos conceitos, das representações sobre a vida, a sociedade, a política e seus processos adjacentes, tais como os conceitos e práticas sobre a saúde-doença, sobre normalidade e anormalidade.

Levando em conta o nexos entre o indivíduo (biopsíquico) e o âmbito social, Breilh (2010) se utiliza da categoria **reprodução social** para a compreensão do processo produtivo em movimento. Segundo o autor, a análise das condições de vida deve partir do processo de **produção, distribuição e consumo**. Isto é, da forma como os seres humanos criam os produtos de acordo com as necessidades historicamente definidas e condições concretas, de como esses produtos são distribuídos aos indivíduos e de como estes consomem os produtos convertidos em objetos de desfrute. Como efeito dessas relações de produção e trabalho, são criadas formas de viver que constituem o desenvolvimento biopsíquico do indivíduo. “O corpo se desenvolve condicionado por funções sociais” (Almeida, 2018, p. 77). Visto que se trata de um processo contraditório, podem surgir **obstruções** e **perturbações** no modo de viver, que podem se expressar na forma do adoecimento, na manifestação patológica que está, portanto, relacionada ao modo de produção social da vida.

Em síntese, da forma como os seres humanos se organizam e produzem concretamente a vida, derivam os processos saúde-doença, bem como as relações entre o indivíduo, a produção, os valores culturais, as práticas de cuidado, etc., que serão perpassadas pelas relações de classe, raça e gênero, determinadas pelas condições reais de produção. Como exemplo dessa transversalidade, temos as campanhas de conscientização e prevenção de doenças que afetam mais homens ou mulheres.

As ideias sobre saúde-doença também estarão submetidas a processos ideológicos necessários à manutenção de determinada organização social. Desde os problemas que a ciência investiga, até os resultados que encontra são influenciados pelas predisposições de uma determinada classe (Karam e Ramos, 2012). Portanto, é preciso recorrer à relação entre os enunciados científicos, a produção do conhecimento sobre saúde-doença, e o contexto em que tais conceitos são difundidos e utilizados. Dessa forma, a expansão dos diagnósticos de TDAH a partir do século XX se relaciona com um contexto científico em que certos conceitos, saberes e práticas respondem a demandas do capitalismo, no sentido de patologizar qualquer desvio às normas sociais impostas como desejáveis e necessárias à futura força de trabalho (Cohen, 2016).

A consideração das particularidades na determinação social da saúde-doença perpassa pela compreensão de que no processo de reprodução social da vida ao longo do processo

histórico se desenvolvem as classes sociais, que possuem características e relações étnicas, raciais e de gênero distintas. Segundo Breilh (2010), estas são perpassadas pelos interesses e possibilidades de classe, estruturando característicos modos de vida coletivos e delimitam suas potencialidades econômicas, políticas e culturais. Portanto, para se pensar nas diferentes expressões da saúde-doença nos diferentes grupos é necessário apreender como os modos de vida são atravessados por esses interesses e conformam padrões que impactam tanto a esfera coletiva, da classe ou grupo o qual o indivíduo pertence, quanto no seu **estilo de vida**, a forma como se estruturam seus padrões individuais de consumo, seus valores pessoais, sua relação com a própria saúde, etc. O autor esclarece que:

No marco dos modos grupais de viver, e os estilos de vida individuais que se fazem possíveis a partir daqueles, forjam-se as formas de viver, elementos e tendências insalubres, assim como processos protetores. Em outras palavras, vai sendo gerado um movimento contraditório de processos destrutivos e protetores que, em última instância, condicionam os fenótipos e genótipos das pessoas, seja de processos favoráveis (fisiológicos, suportes e defesas físicas e psicológicas), seja de alterações e transtornos (fisiopatológicos, vulnerabilidades e debilidade psicológica) (Breilh, 2010, p. 104, tradução nossa).

Desse excerto, podemos esclarecer em que se embasa a inversão da lógica de que a biologia dá o destino do indivíduo. Na realidade, na forma como os indivíduos estruturam concretamente seus modos de vida, em determinadas condições concretas de existência, estruturam-se processos que poderão tanto contribuir para a proteção e a saúde, como trazer malefícios na forma de manifestações patológicas, físicas e psicológicas. Nesse sentido, a ocorrência de um transtorno num grupo específico, como o TDAH no sexo masculino, pode ser esclarecida levando em conta a dinâmica entre esses processos protetores e destrutivos.

A proposta da teoria da determinação social é a análise do processo saúde-doença, tomando como base o nexos biopsíquico como expressão concreta no corpo humano do processo social historicamente determinado (Almeida, 2018). A explicação sobre o adoecimento nas diferentes populações, seja aumento ou diminuição de doenças, relaciona-se mais às características das formações sociais em dado momento histórico, e menos à biologia e à ciência médica. É preciso retomar o processo histórico, e não o grupo em particular, em suas características supostamente "intrínsecas" ou naturais para explicar porque a doença acomete mais alguns grupos do que outros⁵⁶. E analisar como as determinações de gênero

⁵⁶ A distinção nos índices de TDAH nos EUA e na França, citada anteriormente, corrobora o fato de o processo saúde-doença ser determinado por particularidades da formação social desses países, impactando nos conceitos e práticas relacionadas à educação de crianças, conseqüentemente, se assume o sintoma derivado de patologia ou de processo de ensino-aprendizagem. Enquanto um se fundamenta no paradigma da prescrição de drogas psiquiátricas, no outro o tratamento se volta aos aspectos psicossociais do quadro clínico.

produzem características sociais para cada sexo, na tentativa de transformá-las em traços naturais, biológicos.

Nesse sentido, é necessário o entendimento do conceito de **perfil epidemiológico** ou patológico, empregados por Breilh (2010) e Laurell (1982), que diz respeito ao perfil típico de saúde-doença que se manifesta numa classe ou grupo social, constituído pelas contradições que operam na esfera natural e social (Almeida, 2018). A partir desse conceito, os autores abarcam o desenvolvimento de determinadas doenças implicado pelas condições concretas de produção e organização social, isto é, de como o modo de produção capitalista repercute objetiva e subjetivamente nos indivíduos, perpassados pelas determinações de classe, gênero e raça e condições particulares de vida (Almeida, 2018).

Do exposto, entendemos que a expressão do TDAH, tanto como transtorno que acomete determinado grupo de indivíduos, como os conceitos que perpassam seu diagnóstico e tratamento, calcados na medicalização, terá como uma das determinações fundamentais as relações de gênero que se sustentam no modo de produção capitalista. Não tomamos o sexo como um “fator” gerador de doença em si, no caso, da emergência do TDAH, mas articulado às relações de gênero específicas desta sociedade que constituem a formação do indivíduo pertencente a uma dada classe ou grupo. Assim, a relação dialética entre ser humano e ambiente não corresponde à concepção vigente de que no meio existem fatores horizontais de risco que contribuem para o desenvolvimento de doenças.

Breilh (2010) esclarece que o contexto de emergência da teoria da determinação social da saúde no campo da epidemiologia vai convergir com a elaboração da noção de “determinantes sociais da saúde” pela OMS e que, segundo o autor, é um dos obstáculos epistemológicos da epidemiologia contemporânea. A partir deste modelo mundialmente difundido pelos documentos da OMS, os nexos entre a estrutura social e a saúde são descritos como traços isolados, fatores determinantes, ainda arraigados ao causalismo tradicional, que opera no reducionismo científico de determinante social como “princípio causal” estrutural. Dessa concepção de saúde-doença deriva que esses processos são determinados por fatores, que podem tanto ser de ordem social como biológica, instâncias que igualmente podem interferir no aparecimento da doença (Almeida, 2018).

Conforme Almeida (2018), desde 1948 a OMS assume o conceito de saúde como processo biopsicossocial, ou seja, no qual as dimensões biológica, psíquica e social estão em relação de igualdade, que por sua vez determinam o bem-estar físico, mental e social. Segundo a autora, tal concepção parte de um conceito de saúde como um estado de pleno

bem-estar inatingível às pessoas, desconsiderando as desigualdades produzidas pelos antagonismos de classe, raça e gênero enraizados na estrutura social capitalista.

Conforme documento publicado em 2001 pela OMS com foco na saúde mental e nos determinantes sociais dos transtornos de comportamento consta que os fatores econômicos, sociais e demográficos (como a pobreza, a condição socioeconômica, o sexo, o ambiente familiar e a presença de doença física grave) estão implicados na determinação da doença (OMS, 2001). Trata-se, pois, de uma orientação sobre saúde-doença a partir do modelo multicausal⁵⁷, admitindo a horizontalidade dos fatores, que conjugados, fornecem maior ou menor risco de contrair uma patologia.

A pobreza, por exemplo, é abordada em suas condições associadas, como desemprego, baixo nível de instrução, privação e ausência de domicílio, que ofereceriam maior risco a distúrbios em famílias mais pobres, conforme pesquisas na América do Norte e América Latina (OMS, 2001). Assim, a pobreza se restringe ao aspecto socioeconômico individual, isto é, ao poder aquisitivo do indivíduo e do grupo, que contribui para a variação de acesso e consumo de diferentes serviços de atenção à saúde mental. Não se alude ao antagonismo de classe, tampouco às bases das inequidades sociais, mas se utiliza o poder socioeconômico para diferenciar os extratos sociais.

No que tange às diferenças de gênero o documento considera que estas são importantes no estudo da prevalência, causalidade e evolução dos transtornos mentais e comportamentais, tomando como base o sexo como fator diferenciador. Nesse sentido, assume que os fatores genéticos e biológicos desempenham papel importante, por exemplo, na prevalência maior de transtornos depressivos e de ansiedade⁵⁸. Por outro lado, também aponta que o papel desempenhado por fatores psicológicos e sociais é significativo no desenvolvimento de transtornos nos sexos, o que atesta para a horizontalidade no tratamento de fatores biológicos (taxa hormonal), hereditários, culturais e psicológicos. Junto a isso, “é possível que haja mais estressores tanto reais como percebidos entre as mulheres. O papel tradicional por elas desempenhado na sociedade expõe as mulheres a um estresse maior e assim também as torna menos capazes de mudar o seu ambiente gerador de estresse” (OMS,

⁵⁷ O modelo multicausal se opõe ao modelo unicausal de investigação de doenças, no sentido que entende a “a causalidade advinha de uma cadeia de eventos associados ao aparecimento de um transtorno e cuja genealogia estaria além da compreensão” (Almeida, 2018, p. 72), ao passo que o segundo parte de uma causa imediata para se compreender o desenvolvimento da enfermidade.

⁵⁸ O relatório explica que a prevalência de transtornos não apresenta grandes disparidades em homens e mulheres, mas considera que existem diferenças quanto à expressão de transtornos de ansiedade e depressão, mais comuns no sexo feminino, e transtornos por uso de substância e comportamento antissocial em homens (OMS, 2001).

2001, p. 42). Ou seja, a estrutura social desigual entre os gêneros é entendida como fator de estresse e a capacidade individual da mulher diante do estressor é fundamental para a geração e desenvolvimento do transtorno mental decorrente da violência.

O mesmo documento também aborda a violência doméstica e sexual como fator importante no desenvolvimento de transtornos mentais em mulheres. A violência doméstica é um fenômeno que ocorre em todas as regiões do mundo e afeta de forma contundente este grupo (OMS, 2001). Porém, não parece ser foco da questão as bases que sustentam uma sociedade que lida com a violência contra a mulher como fenômeno naturalizado, constante, que ocorre em todas as regiões e contextos. Dessa forma, o impacto da violência contra a mulher na determinação da saúde mental é entendida como mais um aspecto, dentre muitos outros, presentes no ambiente, junto à idade, a ocorrência de conflitos e desastres, doenças físicas graves e fatores familiares e ambientais. Nem uma palavra sobre a estrutura social que produz e reproduz tais formas de violência desde a infância.

Em documento publicado em 2011 a respeito dos determinantes sociais, a OMS revisa o conceito de determinantes sociais, ao assumir que estes possuem importâncias diferentes quando da determinação da saúde-doença. Nessa concepção, os determinantes que geram estratificação social são considerados mais importantes, incluindo nessa categoria a distribuição de renda, o preconceito com base em fatores como gênero, etnia ou deficiências; e estruturas políticas e governamentais que promovem e sustentam as iniquidades econômicas. Estes geram consequências para a estrutura de poder e acesso aos recursos e programas de atenção, contribuindo para a manutenção da estratificação social. As consequentes desigualdades em saúde, portanto, são implicadas pela conjugação desses fatores estruturais.

Esses mecanismos estruturais - que alteram o posicionamento social dos indivíduos - são a causa mais profunda das iniquidades em saúde. São essas diferenças - através do seu impacto sobre determinantes intermediários como as condições de vida, circunstâncias psicossociais, fatores comportamentais e/ou biológicos e o próprio sistema de saúde - que dão forma às condições de saúde dos indivíduos (OMS, 2011, p. 07).

Em síntese, evidencia-se na abordagem da saúde em geral e da saúde mental, em particular, exposta pelos documentos da OMS (2001; 2011), que a relação entre o âmbito social e a determinação de transtornos mentais e de comportamento se enraíza numa concepção multicausal. O ambiente estaria carregado de fatores que podem ser estressores, a depender da interação entre a predisposição genética, características pessoais e resiliência do indivíduo diante destes agentes.

Em contrapartida, Breilh (2010) assume que na determinação social da saúde-doença na sociedade de classes é necessária a noção de inequidade. Esta resulta de uma história de acumulação do poder em determinada classe social, que se apropria do poder de acumulação econômica, política e cultural, subordinando e excluindo as outras classes sociais. Da inequidade, derivam as desigualdades de gênero, de raça, etnia, região etc. O autor esclarece que a centralidade de uma determinação na formação de um perfil epidemiológico não significa a exclusão de outras determinações.

Ao especificar a categoria gênero para conhecer um dado perfil epidemiológico, por exemplo, consideramos os processos particulares implicados nas relações de gênero tal como se estruturam socialmente. No entanto, isso não significa ignorar a hierarquia da determinação, cuja base ontológica primordial da inequidade é a acumulação da riqueza nas mãos de poucos. Entender a determinação social da saúde implica a noção de subsunção, isto é, do processo de incluir dado fenômeno em processo mais amplo, uma totalidade, no caso, o sistema de acumulação, que abrange a produção, o trabalho, a reprodução e inevitavelmente o consumo.

O fato é que a conexão entre o biológico e o social, então, não se reduz a um vínculo externo, posto que existe um nexo interno, essencial, dado pelo movimento da subsunção. A moderna biologia estabelece a unidade dinâmica entre ambiente, fenótipo, genótipo, não como um processo de adaptação dos organismos ao ambiente, e sim como um câmbio permanente do padrão de transformações mútuas que se estabelece entre aqueles e o ambiente, mas nesse câmbio incide hierarquicamente a determinação social; isso é o que queremos dizer ao sustentar que o biológico se desenvolve sob a subsunção ao social (Breilh, 2010, p. 101, tradução nossa).

Em contraste ao modelo multicausal, a determinação social da saúde assume que a saúde-doença não pode ser compreendida em sua totalidade se não a partir das relações sociais de classe dentro do sistema de acumulação capitalista e como este movimento repercute nos modos de viver e de adoecer. Compreendemos com isso que a realidade não comporta a dicotomização das esferas social e biológica, ou que seja possível fracioná-la em fatores isolados, relações causais que determinam diretamente os processos saúde-doença (Almeida, 2018). Desse modo, o sexo da criança não se resume a um fator assumido numa relação causal, como se ele por si, ou conjugado a outros fatores de risco, levasse diretamente à expressão do TDAH. Pelo contrário, devemos partir das relações de gênero tal como se estruturam socialmente dentro da lógica de produção capitalista, como uma determinação essencial no processo de constituição dos traços tidos como sintomas do transtorno.

Nesse sentido, é errôneo desconsiderar a relação dialética posta entre o meio e os aspectos biológicos na formação da personalidade da criança. Pois se tudo já estivesse dado na biologia, só nos restaria expor os dados, descrever o que está limitado pela aparência fenomênica. Porém, necessitamos ir além, questionar o que está envolvido no processo de produção de comportamentos de meninos e meninas e que, posteriormente, são considerados mais ou menos patológicos. Por isso, torna-se necessário resgatarmos a história da constituição social do psiquismo, como as relações sociais demarcaram as relações de gênero e constituem o conteúdo das subjetividades de meninos e meninas, homens e mulheres, ao ponto de serem traçados limites entre as condutas socialmente esperadas.

CAPÍTULO III – O TDAH NA INFÂNCIA A PARTIR DAS RELAÇÕES HISTÓRICO-CULTURAIS DE GÊNERO

Neste capítulo explicitamos a relação entre as bases materiais e sociais na constituição do gênero. Abordamos como se constroem socialmente as diferenças entre os gêneros feitas sobre os corpos biológicos que, na atual organização patriarcal capitalista, traduz-se como uma hierarquia na qual os homens ocupam polo superior e as mulheres o polo inferiorizado. Buscaremos abordar como esse processo, comumente considerado um fenômeno natural, é histórico e se constitui como conteúdo do psiquismo humano. Ainda, que se consolida nos corpos de meninas e meninos a reprodução dessa lógica dicotômica, trazendo implicações, por sua vez, em seus comportamentos, podendo levar à patologização dos mesmos. Recorremos ao materialismo histórico dialético para analisar como a constituição social do gênero se relaciona aos diagnósticos de TDAH na infância, principalmente, aos escritos clássicos de Marx e Engels (2009) e nos estudos da socióloga catalã Maria Jesús Izquierdo (1992; 1994; 2013) acerca das bases materiais e sociais do sistema sexo/gênero⁵⁹.

Iniciamos com a exposição da constituição das relações de gênero, abarcando as bases materiais e sociais das mesmas e a relação entre patriarcado e capitalismo no estabelecimento da hierarquia social entre homens e mulheres. Em seguida, voltamo-nos à ontogênese versando sobre como ocorre o desenvolvimento da criança perpassado pelas relações desiguais que se estruturam a partir da constatação das diferenças sexuais. Por fim, buscamos explorar a relação entre a educação de gênero e os diagnósticos de TDAH tal como encontramos nos dados quantitativos, para além da visão biologizante exposta nos manuais diagnósticos a respeito da propensão do sexo masculino para o transtorno.

Sublinhamos que a eleição dos autores e autoras mencionadas para tal discussão, bem como outros trabalhos que se utilizam desses referenciais, não exclui a contribuição de inúmeras teóricas, brasileiras e estrangeiras, que vêm analisando as relações de gênero desde meados do século XX. Por uma questão de escopo e de espaço temporal, não resgataremos cronologicamente esses estudos, mas reconhecemos que enriqueceram grandemente não só as lutas feministas por direitos das mulheres, como também as discussões sobre desigualdade de gênero, a situação da mulher na sociedade capitalista, a relação entre patriarcado, política, educação e violência de gênero.

⁵⁹ Embora Marx não analise propriamente a questão de gênero, já denunciava a utilização do trabalho de mulheres pelo capital, como forma de aumentar a extração da mais-valia (Souza, 2015). O autor afirma o trabalho assalariado de mulheres e crianças como meio fundamental para a aplicação capitalista da maquinaria, alocando todos os membros da família sob o comando do capital (Marx, 2014).

3.1 A constituição social do gênero segundo o materialismo histórico dialético

Abordamos anteriormente ao nos referirmos à determinação social da saúde-doença, que o pressuposto materialista posto na ideologia Alemã por Marx e Engels (2009) assume que esta sociedade – que se desdobra em concepções políticas, filosóficas e crenças específicas – é produto da forma como os seres humanos atuam na natureza por meio do trabalho. Essa afirmação é ponto de partida para adentrarmos as relações de gênero propriamente ditas, tal como se estruturam especificamente na forma societal capitalista. As determinações ontológicas fundamentais dos seres humanos se referem a eles fazerem parte da natureza, e de satisfazerem suas necessidades a partir do intercâmbio com ela. Além disso, não podem sobreviver/viver como espécie humana, se somente regulados pelo comportamento instintivo, ou seja, sem estar em constante mediação com a natureza (Antunes, 2009).

A gênese de qualquer estrutura societal e as consequentes relações sociais sobre os sexos, classes, raças e etnias está na necessidade real da espécie humana de produzir a própria vida. Portanto, para produzir história, os seres humanos precisam produzir seus bens de subsistência. Intervindo direta e intencionalmente na natureza para assim produzir instrumentos que intervêm na extração e produção dos meios de subsistência, modificam diretamente a realidade, ao passo que, indiretamente, esse processo altera radicalmente a si mesmos e as relações que travam entre si (Tonet, 2009).

O trabalho como fundamento da vida social, mediação entre ser humano e natureza, constitui-se num processo dinâmico no qual necessidades são satisfeitas, e daquelas inicialmente mais imediatas emergem novas necessidades, mais complexas, que demandam formas mais elaboradas de intervenção. “[...] Esta satisfação, por sua vez, só pode acontecer com a ajuda de uma cadeia de **mediações**, as quais transformam ininterruptamente tanto a natureza que circunda a sociedade, quanto os seres humanos que nela atuam, bem como suas relações recíprocas” (Souza, 2006, p. 121, grifos da autora).

A referida forma de reprodução da existência humana é denominada por Antunes (2009) de funções primárias de mediações com a natureza⁶⁰, que regulam a atividade

⁶⁰ Esse conjunto de mediações primárias **não** pressupõe o estabelecimento necessário de hierarquias estruturais, de relações de dominação e subordinação. Essa forma de relação baseada na separação entre quem produz e quem controla a produção se realiza na introdução de elementos fetichizadores e alienantes na produção. Trata-se do sistema de mediações de segunda ordem, próprias do sistema do capital, que subordina todas as funções reprodutivas sociais, desde as relações de gênero na família até a produção material e cultural, à expansão do capital (Antunes, 2009).

biológica reprodutiva em consonância com os recursos existentes (o desenvolvimento das forças produtivas). Além disso, regulam os processos de trabalho, desde a produção aos instrumentos necessários à satisfação. Por meio delas, os seres humanos estabelecem sistemas de trocas, organizam, coordenam e controlam atividades materiais e culturais.

Concordamos com Souza (2006), quando aponta a complexidade da atividade humana em comparação aos outros animais, pois ela exprime a capacidade de modificar a realidade, de transformar o mundo construído intencionalmente, ao mesmo tempo em que é capaz de destruí-lo para reconstruí-lo de outro modo. O processo de transmissão às gerações futuras da experiência humana acumulada na produção/reprodução de instrumentos, técnicas e representações simbólicas depende da linguagem para ocorrer. Experiência esta que é social, pois não está inscrita nos genes. Isso também diferencia o ser humano dos outros animais, pois nesse processo de transformação da natureza, de transmissão simbólica das conquistas da humanidade, produz-se a cultura e História humanas.

Tonet (2009) explica que no movimento real da história da humanidade, na produção da existência, emergem contradições, como a exploração, a divisão entre classes e a alienação. Desse processo, que atravessa desde a propriedade tribal comunal, até como conhecemos hoje, a propriedade privada, desenvolve-se a divisão do trabalho. Marx e Engels (2009) explicam que, num primeiro momento da história, tratava-se da divisão no ato sexual, isto é, na procriação. Segundo Engels (2009) essa divisão se instaura como a primeira opressão de classe e a primeira forma da divisão do trabalho.

Com a divisão do trabalho, na qual estão dadas todas essas contradições, e que por sua vez assenta na divisão natural do trabalho na família e na separação da sociedade em famílias individuais e opostas umas às outras, está ao mesmo tempo dada também a repartição, e precisamente a *repartição desigual*, tanto quantitativa como qualitativa, do trabalho e de seus produtos e, portanto, a propriedade, a qual tem o seu embrião, a sua primeira forma, na família, na qual a mulher e os filhos são os escravos do homem⁶¹ (Marx & Engels, 2009, p. 46-46, grifos nossos).

Engels (2009) evidencia que a vida social abarca, ao mesmo tempo, o processo de produção propriamente dita e a reprodução da vida humana. Isto é, para que seja possível o trabalho, a produção de instrumentos de intervenção na natureza para sanar carências

⁶¹ Marx e Engels (2009) se referem à família tal como a conhecemos na sociedade burguesa, estruturada conforme as relações de produção de sua época. Segundo Engels (2009), a família moderna se assegura pela escravidão e servidão de seus membros e contém em si, em miniatura, os antagonismos de classe que se desenvolvem posteriormente na sociedade e no Estado. Não se trata de uma forma eterna e universal de família, mas que se estrutura em consonância ao desenvolvimento das forças produtivas, que permitiu a acumulação de bens, alicerçando a instauração da propriedade privada, em detrimento da propriedade comunal, característica da família pré-monogâmica.

específicas, é necessária a reprodução desses indivíduos que produzem. No caso da espécie humana, isso demanda o ato sexual, a interação entre macho e fêmea. Esse processo, por sua vez, exige formas características de relações entre ambos, entre estes e os descendentes em cada momento histórico, em suma, verdadeiras relações de cooperação entre diferentes indivíduos (Marx & Engels, 2009). O modo de produção capitalista, tal como se estrutura, beneficia-se, dentre outros aspectos, da relação entre os sexos definida como **patriarcado**.

Segundo Souza (2015), o patriarcado pode ser conceituado como o poder que os homens exercem sobre as mulheres por meio dos papéis sexuais. Essa forma de relação entre os indivíduos desenvolve-se junto à emergência das classes sociais, precedendo assim, o modo de produção capitalista. O patriarcado, tal como qualquer tipo de relação humana, assume formas singulares em cada momento histórico, de acordo com as particularidades de cada modo de produção. Disso, a autora nos adianta que não se trata de uma relação eterna ou imutável entre os sexos. Da diversidade cultural, histórica, de classe e de raça, o patriarcado tira forças para se perpetuar e se expressar como indestrutível, como única configuração possível de relação entre os sexos, servindo de maneira decisiva para a consolidação do modo de produção capitalista (Souza, 2015). Conforme Antunes (2009), o capital se utiliza desigualmente da divisão sexual do trabalho, ao mesmo tempo em que se apresentam as relações de poder entre os sexos como naturais e inquestionáveis.

Retomemos brevemente a moderna divisão social do trabalho, imprescindível para a compreensão das desigualdades de gênero. Souza (2006) pontua que as sociedades pré-industriais não conheciam a separação entre local de trabalho e domicílio. Nesse modo de produção que perdurou até o início do século XIX, com a consolidação da indústria moderna, existia a divisão sexual do trabalho, isto é, atividades a serem realizadas pelas fêmeas e outras executadas pelos machos. Porém, o local de trabalho era compartilhado pelos sexos, com a produção ocorrendo no mesmo ambiente. Assim, homens e mulheres trabalhavam juntos, ainda que executassem tarefas distintas, na terra, nos comércios e nas indústrias domésticas.

De acordo com Souza (2015), nas sociedades pré-industriais a subsistência das famílias dependia diretamente da terra, de onde se extraía os subsídios da produção. Essa forma de produzir a vida determinava a configuração da família, que organizava sua vida em torno dela, desde como se realizava o casamento, até o número de filhos por casal. Com o incremento das indústrias domésticas, passou-se a depender menos da terra, e como o trabalho se realizava pelos membros da família, homens, mulheres e crianças, esta foi tendo mais autonomia em relação à comunidade. Com as alterações na produção, alteram-se também as formas de vida em sociedade, as relações patriarcais entre homens e mulheres e de ambos

com a terra. Desse modo, a nascente indústria capitalista engendra novas relações econômicas necessárias ao seu desenvolvimento, bem como novas formas de as pessoas se relacionarem nesse processo, com a paulatina destruição da família camponesa até a instauração da família nuclear⁶².

A separação entre o local de produção e a moradia das famílias foi crucial para a perpetuação da dicotomia entre atividades consideradas femininas e masculinas. Com o desenvolvimento da indústria moderna, o lar não comportava as grandes fábricas em ascensão, as quais demandavam máquinas e pessoal especializado para executar a produção. Tratava-se de uma **necessidade concreta** que alguém ficasse em casa, de modo a garantir a reprodução da vida (cuidado dos filhos, alimentação, limpeza, etc.) e que outro membro da família fosse responsável pelo desenvolvimento dessa produção nascente (Souza, 2015). Isso alude ao exposto por Antunes (2009) quando afirma que, desde o início da expansão do capitalismo, a força de trabalho masculina e feminina vem sendo absorvida de modo desigual pela produção. Nesse caso, a experiência acumulada na esfera do trabalho reprodutivo pela mulher foi decisiva para a definição de quem iria ficar em casa e quem iria para a fábrica.

Souza (2015) aponta que a indústria doméstica não era mais suficiente para atender aos fins do mercado, mas foi aproveitada ao assumir a faceta de trabalho executado exclusivamente por mulheres, em detrimento da manufatura. Era a garantia da execução das obrigações de gênero, ao passo que os homens saíam de casa para serem absorvidos pela indústria nascente.

Nesse contexto de transformação, o patriarcado exerceu papel crucial para a instauração do modo de produção capitalista. Uma vez que já estava internalizada tanto por homens como mulheres a dicotomia entre as tarefas consideradas femininas (cuidar do lar e dos filhos, limpar, cozinhar, lavar, etc.), e as tarefas consideradas masculinas, relacionadas com a produção propriamente dita, não foi necessário grande esforço para decidir quem iria trabalhar fora de casa e quem permaneceria no lar (Souza, 2015). O patriarcado aliado ao capitalismo embrionário serviu para a disseminação da ideia de que o trabalho doméstico, realizado pela mulher, era menos importante, concentrado em tarefas relacionadas à reprodução da vida, que não se convertia em salário. Por outro lado, o trabalho realizado fora

⁶² Em seus estudos sobre a história da família, Engels (2009) aponta que a família monogâmica se estrutura no limite entre a fase média e a superior da barbárie e se baseia na monogamia imposta para a mulher, no direito paterno e na herança por linhagem masculina. Seu fundamento é o domínio do homem e a produção de filhos legítimos, (herdeiros diretos). A organização da família monogâmica se dá pela escravidão doméstica da mulher e seu progresso foi possível graças à sucessiva retirada de liberdade sexual das mulheres, característica do casamento por grupos. Das condições que permitiram a acumulação da riqueza, surge a monogamia, base do casamento e da família burguesa, reduzida ao marido, esposa e filhos.

de casa, pelo homem, era o trabalho de fato produtivo, pois incrementava a produção de novos instrumentos necessários ao desenvolvimento da sociedade. Utilizava-se de atributos socialmente herdados pelas mulheres por conta da educação de gênero, que intensificam a desigualdade entre estas e os homens na produção da vida, para justificar uma ordem societal consoante à expansão do modo de produção capitalista.

Ainda segundo Souza (2006), ao separar essas esferas, o local de produção de valor, de mercadorias, de mais-valia, e o local de reprodução da vida, aonde não se criava valor nem se extraía mais-valia, passou-se a valorizar moralmente e de forma desigual o mundo da produção e da reprodução, ambas essenciais para a continuidade da existência humana. O trabalho circunscrito ao lar, historicamente executado pelas mulheres e não remunerado⁶³, se torna desvalorizado, passa a ser subsumido, considerado um apêndice da produção fundamental executada pelos homens nas fábricas. A autora complementa que ao excluir a mulher do sistema de assalariamento, reforça-se a opressão por meio da dependência econômica. Desse modo, a industrialização substituiu a dependência da família à terra, pela dependência econômica da mulher e dos filhos ao homem assalariado (Souza, 2006).

Com o aprofundamento da industrialização, de modo a aumentar a mais-valia absoluta, a lógica do capital aponta para a pauperização das condições de trabalho: os salários dos homens passam a não bastar para a recuperação da força de trabalho⁶⁴, fazendo com que logo seja necessário absorver a força de trabalho das mulheres para suprir suas necessidades de expansão. Esse processo trouxe ao mesmo tempo avanços para mulheres, como possibilidades de maior qualificação e independência econômica, e retirada de direitos. A entrada da mulher na produção social se fez possível em troca de poucos salários⁶⁵.

Historicamente, os argumentos que envolvem a desigualdade salarial entre homens e mulheres são pautados na relação direta entre diferenças sexuais e diferenças cognitivas entre ambos. Segundo Lewontin, Rose e Kamin (1987), a ciência sempre tentou explicar as desigualdades entre homens e mulheres com base no determinismo biológico, chegando a

⁶³ No capitalismo, a relação entre capital e trabalho é permeada por contradições. Uma delas é a valorização na forma do salário pelo trabalho executado por homens e mulheres, além da estereotipação de empregos exercidos por ambos. Até mesmo quando a mulher executa de forma remunerada as atividades relacionadas à reprodução, como no ofício de babá ou empregada doméstica, essa subvalorização se faz sentir na forma de salários inferiores e menos direitos trabalhistas. A proposta de emenda constitucional nº 66 ficou popularmente conhecida como “PEC das Domésticas”, já delimitando as mulheres como aquelas que tradicionalmente executam esse trabalho. Sendo aprovada somente em 2012 estabeleceu a igualdade entre os direitos trabalhistas dessa categoria profissional e dos demais trabalhadores urbanos e rurais.

⁶⁴ É necessário frisar que na lógica do capital, o salário pago pelo dia de trabalho deve ser o bastante para garantir a sobrevivência do trabalhador ou trabalhadora para que retorne à produção no dia seguinte. Se assim não acontece, logo não haverá trabalhadores para existir e vender sua força de trabalho.

⁶⁵ No século XIX, por exemplo, uma mulher que trabalhasse era mal vista, o direito do trabalho era concedido às mais pobres, às esposas cujos maridos não conseguiam sustentá-las (Souza, 2015).

absurdos como comparar o tamanho do cérebro da mulher ao cérebro de uma criança ou raça inferior para justificar desigualdades. Além disso, dissemina-se no senso comum tentativas de traçar um limite entre as diferenças psicológicas, hormonais e físicas entre homens e mulheres.

A absorção da força de trabalho das mulheres está condicionada às novas exigências do aumento da tecnologia do sistema capitalista, carente de força de trabalho especializada⁶⁶. Isso ocasionou a necessidade de investimento em educação, mas não de forma igualitária, demonstrando a diferenciação entre as formações requisitadas para mulheres e homens (Souza, 2006). O trabalho da mulher se mostra desejável em certas áreas, como o magistério, uma vez que permitia ao capital se apossar desse contingente sem investir em formação, pois se tratava de atribuições e aptidões já formadas nas mulheres, devido à sua socialização para o trabalho doméstico, maternidade e cuidado⁶⁷. Trata-se de um exemplo do aproveitamento da educação de gênero, pelo capital, quando lhe torna necessário, e barateamento da força de trabalho, o que garante o incremento da mais-valia absoluta.

Antunes (2009) aponta que a expansão do número de mulheres no ramo produtivo faz parte de um processo de emancipação parcial das mulheres frente à exploração do capital e opressão masculina, servindo, ao mesmo tempo, como intensificador da desigualdade. Em relação ao trabalho executado por homens e mulheres na produção fabril existe uma clara diferenciação na valorização de atividades executadas por ambos. Os trabalhos que costumam requerer conhecimento e técnicas específicas são geralmente destinados aos homens, ao passo que às mulheres se atribui atividades manuais rotineiras e mais repetitivas (Antunes, 2009).

Tal contradição é sentida ainda em 2018, quando no Brasil as mulheres já formam o maior contingente de pessoas com mais de 25 anos que possuem ensino superior completo (23,5%, contra 20,7% dos homens), mas são menos absorvidas pelo mercado de trabalho e pior remuneradas (recebem 75% do salário dos homens) (IBGE, 2018). Tal quadro se agrava quando analisamos a situação das mulheres negras – que recebem 43% do salário dos homens.

⁶⁶ Marx (2014) aponta que no início da indústria as mulheres e crianças foram absorvidas em postos de trabalho não qualificados e mais baratos (*cheap labour*). A partir do século XX, a força de trabalho das mulheres passou a ser aproveitada nos períodos entre guerras, seguida de sua expulsão, quando os homens retornavam a seus postos tradicionais. Outro fator que se relaciona à subvalorização na forma de salário é a própria consideração de “qualificação”, diferente para homens e mulheres. O trabalho executado pela mulher foi historicamente construído como não-qualificado, conseqüentemente, menos valorizado e comparativamente mal remunerado, como mostram diversos indicadores nacionais e mundiais (IBGE, 2018).

⁶⁷ Segundo dados do IBGE (2018), que reuniram resultados de três pesquisas de levantamento nacional, o tempo de dedicação aos afazeres domésticos pelas mulheres é em média de 18,1 horas, ao passo que para os homens esse tempo cai para 10,5 horas semanais.

A dicotomia entre homens e mulheres na produção se expressa também na relação entre trabalho produtivo e improdutivo. Tal como se estrutura no modo de produção capitalista, trabalho produtivo é aquela que cumpre o objetivo de gerar mais-valia, isto é, extrair valor a mais do que nele foi colocado (Souza, 2006). Nesse sentido, trabalho doméstico, uma vez que não gera esse excedente, é trabalho improdutivo, no qual se desprendem diversos preconceitos em relação às tarefas efetuadas no lar. Assim o é não porque desejamos corroborar com essa dicotomia, mas porque é como se apresenta na realidade a relação entre trabalho produtivo e improdutivo. Dessa forma, os preconceitos relacionados ao trabalho doméstico, nessa sociedade, majoritariamente realizado pelas mulheres, fazem-se determinados por essa estrutura social capitalista assentada no trabalho que valoriza o capital, a produção de mercadorias, que geram mais-valia⁶⁸ (Souza, 2006).

É comum que as tarefas como lavar, limpar, cozinhar, etc. sejam estimuladas em meninas desde os brinquedos destinados a estas atividades, e sejam desencorajadas quando se trata de meninos. Segundo Lewontin, Rose e Kamin (1987), a sociedade capitalista e patriarcal estabelece como base da organização societal que o trabalho reprodutivo seja designado quase exclusivamente à mulher, o que envolve não só a tarefa biológica de gestar a futura força de trabalho, mas também o preparo da comida, do conforto doméstico, do cuidado com os enfermos. Sobre o mito da inclinação feminina para trabalhos domésticos, Krúpkaia (2017) denunciava já no início do século XX: “Todas essas conversas sobre a mulher ser ‘naturalmente predestinada’ à execução dos afazeres domésticos são bobagens semelhantes ao discurso que, na época, os donos de escravos faziam sobre estes serem ‘naturalmente predestinados’ à condição de escravos” (p. 89). O que ocorre é que desde a família e a escola, meninos e meninas são submetidos a uma construção social sexuada, sendo diferentemente qualificados quanto às suas aptidões desejáveis para ingressar no mercado de trabalho, de modo que o capitalismo apropria-se dessa desigualdade em favor de sua perpetuação (Antunes, 2009).

Estamos nos referindo a um processo ideológico, no sentido empregado por Chauí (2012), em que um conjunto de ideias, sustentados por processos materiais, que oculta e falseia a realidade é transmitida por diversos mecanismos – políticos, jurídicos, institucionais,

⁶⁸ Antunes (2009) considera que a articulação entre gênero e classe se faz sentir de forma decisiva pela mulher trabalhadora, que conjuga trabalho fora e dentro de casa: seu trabalho não só é duplamente executado, como duplamente explorado pelo capital. “[...] Desde logo por exercer, no *espaço público*, seu trabalho *produtivo* no âmbito fabril. Mas, no universo da *vida privada*, ela consome horas decisivas no *trabalho doméstico*, com o que possibilita (ao mesmo capital) a sua *reprodução*, nessa esfera do *trabalho não diretamente mercantil*, em que se criam as *condições indispensáveis para a reprodução* da força de trabalho de seus maridos, filhos/as e de si própria” (p. 108, grifos do autor).

senso comum, etc. – para assegurar a exploração e a desigualdade. No caso, um conjunto de ideias historicamente formuladas sobre as dimensões feminina e masculina, de modo a perpetuar a hierarquia entre os sexos e manter o *status quo*. Nessa direção, deduz-se o real, a forma como homens e mulheres se relacionam na produção e reprodução da vida, pela (falsa) ideia de superioridade do homem e inferioridade da mulher como fenômenos naturais.

Do exposto até o momento, fica claro que não poderíamos tratar de relações de gênero sem adentrar a esfera da produção e da reprodução⁶⁹. Para a perspectiva materialista de história as relações travadas entre homens e mulheres se referem às posições ocupadas pelos sexos na produção da vida. Ao passo que se trata de um processo em que as esferas biológica e social estão imbricadas, não podemos desconsiderar as relações de produção, tampouco não levar em conta as diferenças sexuais que, numa sociedade capitalista patriarcal, são utilizadas para legitimar desigualdades entre homens e mulheres.

Para que possamos compreender o papel do sistema sexo/gênero na formação das expressões demarcadas pelas relações de gênero no comportamento da criança, Izquierdo (2013) afirma ser necessário o distanciamento dos determinismos, tanto biológico quanto cultural que rondam a análise das relações entre homens e mulheres. Apoiada no materialismo histórico dialético para analisar a situação das mulheres na sociedade capitalista patriarcal, a autora considera errônea a posição de que os fatores inatos (hormonais e genéticos) influem de forma intrínseca e inflexível no ser humano. Afirma que o ser humano abarca a relação entre o biológico e o social, sendo que, no indivíduo macho ou fêmea, tanto características físicas, níveis hormonais, formação neuronal, quanto traços psicológicos e comportamentais, são resultantes de sua relação com o meio (Izquierdo, 2013).

Nessa direção, a autora não nega que haja diferenças entre os seres humanos machos e fêmeas, mas que não podemos partir do pressuposto que isso é definido exclusivamente pelos fatores já dados organicamente. Em oposição, assume a unidade entre as esferas biológica e social, caráter enfatizado tanto pela Psicologia Histórico-Cultural como pela epidemiologia crítica de orientação marxista. Recordando Vigotski (2018), o desenvolvimento orgânico não se restringe ao crescimento da estrutura física, dos órgãos ou das glândulas, mas envolve

⁶⁹ Da mesma forma, exploração de classe e opressão de gênero estão vinculadas. A gênese da exploração de classe está nos interesses econômicos históricos, por sua vez, vinculada a diversas formas de opressão, seja de gênero, de classe, de raça e etnia, etc. Nessa direção, teóricas e teóricos marxistas têm se esforçado desde a década de 1960 para reconhecer as opressões específicas, sem diluí-las na exploração de classe. O termo opressão, se isoladamente considerado, não remete a raiz das desigualdades e de processos desumanizadores: a exploração da força de trabalho. “A análise da opressão é essencial, não como desvio do conhecimento da exploração, mas como uma mediação central na construção desta exploração” (Souza, 2006, p. 153).

transformações em todo o sistema biopsíquico e, principalmente, nas relações e subordinações entre as partes.

O caminho para se enfrentar as desigualdades entre homens e mulheres, seja na violência e opressão que recai sobre as mulheres, nas formas diferenciadas de se educar meninos e meninas ou na valorização desigual do trabalho da mulher e do homem em seus desdobramentos, não aponta para a negação de que homens e mulheres são diferentes em suas constituições biológicas. Indivíduos são, em sua relação singular com o meio, diferentes entre si. O que importa na luta contra a ordem patriarcal é que essa diversidade do ser humano é socialmente traduzida como uma relação hierárquica entre os sexos. Os construtos “homem” e “mulher” não são simples objetos de dominação ou discriminação, mas o produto de uma determinada lógica, de condições naturais e sociais específicas nas quais se desenvolvem os organismos vivos, no qual um grupo ocupa polo inferior e o outro o superior na hierarquia (Izquierdo, 2013). Portanto, tomamos as relações de gênero não como ideias em si, mas como relações sociais reais determinadas pelo modo como os indivíduos organizam a produção da vida, culminando na divisão do trabalho, nas instituições sociais e políticas, nos sistemas de ideias que escondem a gênese dessas relações e operam no campo da ideologia (Chauí, 2012).

Para não cair no extremo oposto, o determinismo cultural, Izquierdo (2013) nos recorda de que a materialidade é inegável na compreensão do ser humano. Ou seja, que os indivíduos dependem de uma constituição corpórea específica, que determina as possibilidades de se reproduzirem, produzirem e se educarem: em suma, que determina seus modos de vida (Marx & Engels, 2009). “A expressão imediata da nossa corporeidade é a prática do viver” (Izquierdo, 2013, p. 03), e nesse processo as pessoas ocupam diferentes posições sociais conforme o nível de desenvolvimento das forças produtivas e das relações sociais desenvolvidas a partir disso. Segundo Marx e Engels (2009), “[...] cada uma das fases da divisão do trabalho determina também as relações dos indivíduos entre si no que diz respeito ao material, ao instrumento e ao produto do trabalho” (p. 26). Ao mesmo tempo, as distintas posições frente uma mesma atividade vão resultar em diferentes experiências e vivências individuais.

O corpo humano já nasce numa determinada cultura mediada pela linguagem, ocupando dada posição social e seu desenvolvimento é perpassado por particularidades que determinam sua experiência, suas possibilidades de ser, pois o meio em que nasce e vive influenciará no desenvolvimento de formas superiores de comportamento e funções psíquicas (Vigotski, 2018). Na mesma direção, Izquierdo (2013) esclarece que a experiência social do indivíduo depende do lugar e do momento em que nasceu e das vivências pelas quais passa.

“[...] As significações que se fazem do corpo se materializam no mesmo” (Izquierdo, 2013, p. 04). Ou seja, a distinção entre as esferas do sexo como base física e o gênero como base psicossocial do indivíduo não se sustenta, visto que o corpo é uma unidade entre o biológico e o social, que já nasce num contexto significado, imerso em uma experiência social (os modos de vida) que se materializa nele.

Desse modo, não há separação entre as dimensões física e psíquica, ou natural e social, tal como afirma Vigotski (2012). Quando a criança nasce, uma das primeiras determinações de seu reconhecimento como sujeito pelo outro, é a definição do seu sexo, o que a coloca numa relação social sexuada. Por isso, Izquierdo (2013) se opõe à afirmação de que o sexo se contrapõe ao gênero. Pelo contrário, o sexo se define como “significação física do gênero”, não precedendo este, mas sendo seu resultado. “O sexo é significativo por causa do gênero e se vê afetado por ele” (Izquierdo, 2013, p. 05).

Não tratamos, portanto, de desenvolvimento puramente orgânico do corpo, pois este é resultado da relação do organismo com o meio social. Tampouco o meio é neutro ou idêntico para todos os corpos humanos, mas está organizado em função das relações de poder, em relação ao sexo, à classe, à raça e etnia, à hierarquia social, em cada momento histórico. Assumimos as categorias “homem” e “mulher” segundo Izquierdo (2013), como duas categorias sexuais, que possuem diferenças entre si, e que abarcam a relação entre âmbitos da vida humana que não são orgânicos, mas sociais e psíquicos. Essas categorias têm como fundamento o reconhecimento das diferenças físicas. Deixando claro que o próprio saber que se faz sobre essas diferenças, desde sua percepção e reconhecimento até conceitos derivados, não se faz *a priori*, descolado da história, mas se constrói em condições históricas específicas de desenvolvimento da ciência e da sociedade. A produção de conhecimento sobre o corpo não é neutra ou eterna, mas depende da expressão histórica dessas capacidades⁷⁰. Conforme Marx e Engels (2009):

A produção de ideias, das representações, da consciência que está em princípio diretamente entrelaçada com a atividade material dos homens, linguagem da vida real. O representar, o pensar, o intercâmbio espiritual dos homens aparece aqui ainda como direta exsudação [*direkter aufluß*] do seu comportamento material. O mesmo se aplica à produção espiritual como ela se apresenta na linguagem da política, das leis, da moral, da religião, da metafísica, etc., de um povo. (Marx & Engels, 2009, p. 31).

⁷⁰ Por exemplo, os conhecimentos relacionados às doenças, que dependem diretamente do desenvolvimento das forças produtivas de cada época. Também, o reconhecimento de práticas sexuais e identidades de gênero que se erguem da contestação à continuidade entre sexo e gênero e a patologização histórica, como no caso da homossexualidade, que até 1990 era considerada pela OMS como doença mental.

No contexto da ordem burguesa, constrói-se ideologicamente a desigualdade entre os corpos sexuados, por consequência, entre os homens e as mulheres. Nessa forma de sociedade as relações sociais se revestem como fruto de acordos e contratos entre sujeitos livres, como se todos nós fôssemos, em tese, iguais. Conforme Chauí (2012), o papel da ideologia é impedir que a opressão e a exploração sejam percebidas em sua concretude, configurando-se como verdadeiro instrumento de dominação, por meio da ocultação da gênese da desigualdade, seja ela de gênero, de classe, de raça ou etnia, etc. Nessa lógica, se existe desigualdade, isso deriva do esforço (ou falta de), de atributos individuais. “As diferenças sexuais se levantam no ritmo em que se constrói uma nova ordem de relações sociais, cuja base de legitimação é a liberdade e a igualdade” (Izquierdo, 2013, p. 06). O próprio entendimento de indivíduo livre pressupõe uma determinada forma societal e certas relações de poder que o sustentam.

A democracia como ideologia atribui as desigualdades entre os indivíduos como consequência de deficiências físicas e morais, e não como produto da organização social. Mistificando a realidade, a desigualdade se torna resultado de deficiências intrínsecas ao sujeito, uma vez que admitir o contrário debilitaria a ordem democrática. Como aponta Izquierdo (2013, p. 06), “a inferioridade dos desiguais, ou em todo o caso o seu déficit moral, há de ter sua origem em características naturais”. Nesse contexto, as características biológicas ou fisiológicas que diferem homens e mulheres são tratadas como justificativa da desigualdade e de seus papéis sociais⁷¹. Trata-se, portanto, de um processo de naturalização da exclusão, podendo envolver também, a depender da época, a criminalização e a patologização do indivíduo. Ao passo que “[...] se busca explicar o que é o ser humano em termos de individualidade orgânica anterior à sociedade” (Izquierdo, 2013, p. 07), se o indivíduo já “nasceu assim”, cabe então ser corrigido ou enfrentar as consequências de sua constituição orgânica anormal, ajustar-se à ordem.

Segundo Lewontin, Rose e Kamin (1987) a utilização de argumentos resgatados do determinismo biológico se estruturam na descrição das diferenças entre homens e mulheres, considerando-as como provas inquestionáveis dos papéis sociais “naturais” a ser ocupados por cada indivíduo. Esses argumentos sugerem que os papéis tal como são distribuídos têm origem nos papéis biológicos ocupados pelos sexos na reprodução, o que se converteria em vantagem para ambos. Como conclusão, as desigualdades entre machos e fêmeas não só

⁷¹ Como considerar que mulheres são menos aptas a exercerem determinadas carreiras ou disciplinas por serem “muito emocionais”, ou defender que devem ganhar menos, por engravidarem e atrapalharem o ritmo da produção. Izquierdo (2013) alude à consonância entre a ideia de inferioridade mental e física da mulher e da criação da figura da “dona-de-casa”, disseminada principalmente a partir do início do século XX.

seriam inevitáveis, mas desejáveis em termos de evolução da espécie (Lewontin, Rose & Kamin, 1987).

Para os deterministas biológicos, as divisões de gênero na sociedade se plasmam efetivamente nas diferenças biológicas ou sexuais. A divisão do trabalho não só está determinada pela biologia, como, por ser funcional, contrariamo-la por nossa conta em risco. A sociedade necessita tanto de homens dominantes e produtivos como mulheres dependentes que procriem filhos e os alimentem (Lewontin, Rose & Kamin, 1987, p. 184-185, tradução nossa).

Em contraste a essa perspectiva, Izquierdo (2013) refuta tanto a determinação puramente genética dos comportamentos sociais como a ideia de o indivíduo ser reflexo direto do contexto familiar/social. Assim, nenhum fator que intervém nas características individuais pode ser tomado *a priori*. A autora complementa que no processo de desenvolvimento do indivíduo, marcado pelas mediações sociais, “não se produz um mero processo de adaptação ao meio, mas o próprio meio também está submetido a modificações. [...] Tanto o organismo como o meio são sistemas abertos” (Izquierdo, 2013, p. 09). O meio não está nessa relação como mero conjunto de atributos que, por si só, definirão o desenvolvimento do indivíduo, mas é verdadeira fonte de desenvolvimento, no qual a criança estabelece as relações sociais que tornam possível que ela desenvolva funções tipicamente humanas (Vigotski, 2018).

Do exposto, como concebemos então a constituição do gênero em relação ao corpo humano sexuado? Em primeiro lugar, temos que nossa constituição física marca os limites da organização da nossa vida. As características físicas próprias do ser humano não causam, portanto, a ordem social, mas dão a condição de possibilidade ou impossibilidade à espécie (Izquierdo, 2013). Assim, ser uma espécie sexuada permite aos seres humanos se organizarem numa determinada ordem societal, por exemplo, patriarcal e sexista. O patriarcado se estabelece como uma forma histórica de organização social, que teve seus avanços e contradições, e se sustenta por interesses específicos. É apenas uma das estruturas possíveis da biologia humana, mas não sua única alternativa (Lewontin, Rose & Kamin, 1987). Ou seja, a nossa constituição corpórea em dois sexos e a reprodução sexuada viabiliza ideologicamente a sustentação de um sistema desigual entre homens e mulheres, mas também admite outras formas de organização.

No caso dos seres humanos, mesmo que não sejamos unicamente produtos da natureza, senão que também somos na mesma medida produto de uma certa cultura, homem e mulher são palavras que vão muito além do sexo e servem para atribuir características que extrapolam o âmbito da biologia (Izquierdo, 1992, s/n).

Por conta dessa condição da espécie, qualquer forma de organização societal vai partir dos limites corpóreos e de necessidades concretas: a procriação e o cuidado dos descendentes. Recordemos o pressuposto de Marx e Engels (2009) para a vida em sociedade: organizar a forma concreta de existência, ou seja, a organização da reprodução e do cuidado das novas gerações, como condição material para a continuidade da espécie humana. “Dado conta da nossa extrema dependência nos primeiros anos de vida, essa é uma condição de possibilidade/impossibilidade, um limite físico” (Izquierdo, 2013, p. 10, tradução nossa).

Nessa direção, a autora afirma os construtos “homem” e “mulher” como a resposta que temos dado socialmente ao problema da procriação sexuada e à total dependência dos descendentes nos primeiros anos de vida. O que ocorre em nossa sociedade patriarcal capitalista é que a solução dessa tarefa se sustenta pela subordinação daqueles indivíduos que cuidam dos filhos: as fêmeas; e aqueles socialmente responsáveis por produzir e transformar a realidade, por administrar as relações sociais, políticas e econômicas: os machos. Em outras palavras, a ordem social que embasa nossas relações cotidianas se fundamenta na subordinação de quem cuida dos dependentes, física e psiquicamente, tipificando-as como “femininas”, às que produzem e transformam o meio e administram as relações sociais, políticas e econômicas, categorizando-as como “masculinas” (Izquierdo, 1992).

Desse caráter hierárquico decorre que, no sistema sexo/gênero as relações travadas entre homens e mulheres são de desigualdade e não de complementaridade (Izquierdo, 1994). Como já posto, na divisão sexual do trabalho, mulheres e homens têm diferentes valores em relação às atividades que desenvolvem. E nesse processo, a ideologia burguesa dissemina a ideia de que cada um está desempenhando sua obrigação natural, trabalhando em cooperação, e não em relação de oposição, ainda que seja um trabalho realizado coletivamente por toda a sociedade. “A complementaridade só é uma aparência que contribui para legitimar a desigualdade ao confundi-la com a diferença. Ao fazê-lo, dota de estabilidade uma ordem sexista e patriarcal” (Izquierdo, 2013, p. 10, tradução nossa). Quando falamos de educação de gênero, portanto, não podemos ignorar que se trata de um contexto formativo que é sexista, que regula a relação entre os indivíduos a partir das diferenças anatômicas referentes ao sexo e traça a partir daí as aptidões e capacidades desejáveis em cada indivíduo, para que assumam seu papel supostamente natural na produção.

Nessa lógica, reduz-se o indivíduo a um conjunto de características físicas, limitando a diversidade individual aos caracteres primários que apresenta. Ainda, esse processo mascara as diferenças de cada pessoa, diferenças essas que estão permeadas pelas relações sociais desiguais (Izquierdo, 2013). Ao invés de todos sermos dotados de milhares de características,

somos encaixados em um conjunto de qualidades atribuídas àqueles que são “homens” (agressividade, força, inteligência, etc.) e àquelas que são “mulheres” (delicadeza, fraqueza, ternura, etc.). Isola-se, portanto, o indivíduo do contexto em que vive e se forma como sujeito, onde se desenvolvem seus desejos, aspirações e aptidões.

Em relação à categoria gênero propriamente dita, a autora explica que possui origem relativamente recente, se comparada à categorização de características físicas das pessoas⁷². Conceitualmente, sexo e gênero diferem em alguns aspectos. O **sexo** diz respeito aos atributos anatômicos e fisiológicos individuais, ou seja, ao corpo, categorizando duas possibilidades: macho e fêmea. O **gênero**, por sua vez, se refere aos aspectos psíquicos e sociais, cujas possibilidades são masculino e feminino, sendo que na sociedade patriarcal ambos ocupam posições desiguais na produção da existência (Izquierdo, 1992).

A distinção entre sexo e gênero tem como objetivo diferenciar conceitualmente as características sexuais, limitações e capacidades que as mesmas implicam, e as características sociais, psíquicas, históricas das pessoas, para aquelas sociedades ou aqueles momentos da história da sociedade dada, em que os padrões de identidade, os modelos, as posições, e os estereótipos do que se é/deve ser uma pessoa, respondem a uma bimodalidade em função do sexo ao qual se pertence (Izquierdo, 1994, p. 36-37, tradução nossa).

A análise do sistema sexo/gênero fundamentada no materialismo histórico dialético não exclui ou desconsidera as características sexuais dos indivíduos. Compreende, pelo contrário, que os padrões de normalidade para um ou outro são construídos a partir dessas características, que moldam as formas de ser dos indivíduos, categorizando-os dentro de determinados conceitos e práticas, limitando o que cada um pode ser/praticar. A visão dicotômica calcada nos caracteres sexuais reforça a ideia de que o indivíduo nasce assim, negando o pressuposto de que se constrói ao passo que intervém na realidade. Tal concepção contribui para a regulação das relações sociais pautadas no sistema sexo/gênero, reforçando as opressões que recaem sobre as mulheres, reiteradas por perspectivas essencialistas, como observamos nos manuais diagnósticos. Nesse modelo, os indivíduos são categorizados em modelos de conduta, são socialmente reconhecidos como pertencentes a dois padrões, do ponto de vista anatômico: aquele que corresponde ao grupo “macho” e outro ao grupo “fêmea” (Izquierdo, 1994).

⁷² A respeito da classificação dos indivíduos utilizando a categoria gênero, Izquierdo (1994) pontua que pode ser dicotômica/discreta, nesse caso, implicando na categorização em dois gêneros – masculino e feminino –, ou bipolar/discreta, supondo a feminilidade e a masculinidade apresentadas em graus variados em todos os indivíduos, ordenando-os num *continuum* do masculino ao feminino. O uso dessa categoria nesses aspectos depende do modelo teórico e conduz a ações políticas específicas.

Esse tipo de pensamento implica considerar a sociedade como constante e não como produto do desenvolvimento histórico. A estrutura social de gênero seria, portanto, imodificável; seja porque não se deve mudá-la, seja por que se acredita ser impossível fazê-la (Izquierdo, 2013). De qualquer forma, o indivíduo sempre será culpado. Se algo está errado frente ao modelo socialmente vigente como, por exemplo, em termos de comportamento, é a criança que possui uma constituição biológica errada, que deve ser tratada. Sendo menino ou menina, a interpretação do problema será diferente e a resolução do problema também, mas sempre na direção de ajustá-la ao sexo que apresenta⁷³. Não se adentra, portanto, o campo das determinações sociais do problema, nem suas expressões desiguais, mas parte de uma visão individualista e conservadora frente ao gênero.

Para realmente superar as dicotomias e desigualdades de gênero, é preciso entender como se estruturaram essas "identidades essenciais", como se constituem as categorias mulher, homem, heterossexual, homossexual, etc. Porém, a negação da existência de uma entidade homogênea para explicar tais categorias pode levar a um impasse: de que não é necessário debater acerca da igualdade ou da diferença entre homens e mulheres. Por isso, torna-se essencial que a discussão sobre a construção do gênero adentre os mais diversos espaços, na família, na escola, na sociedade como um todo, de modo que possamos vislumbrar vias alternativas à educação de gênero, que se fundamenta na dicotomia e na oposição entre homens e mulheres. Nas palavras de Izquierdo (1994):

Formular o conceito de gênero com multidimensional nos remeteria à ideia de que nas sociedades modernas em que se separam e se especializam os espaços, cada pessoa desenvolve múltiplas funções, separadas umas das outras [...] e enquanto em um espaço social podemos estar em uma posição subordinada, em outras não, ou também podemos nos beneficiar de uma posição de privilégio. Colocar ênfase na existência de um espaço social heterogêneo, onde as posições hipoteticamente possíveis para cada pessoa e segundo o gênero são múltiplas e a relação entre sexo e gênero, ainda que exista, não é rígida, leva-nos a mostrar que toda pessoa manifesta simultaneamente aspectos da masculinidade e da feminilidade, só que em cada ser humano se apresenta uma combinação específica (Izquierdo, 1994, p. 47, tradução nossa).

O exposto elucida o posicionamento frente à categoria gênero como uma das múltiplas determinações do sujeito. A sexualidade e a identidade de gênero são, portanto, contextualizadas e não tomadas como estáticas, o que não significa perder de vista a divisão social dessas diferenças, como se cada pessoa realizasse individualmente essa construção.

⁷³ Não é incomum encontrarmos nas escolas queixas de profissionais sobre crianças que não estão se comportando de acordo com o esperado pela educação de gênero. Em termos de educação familiar, é igualmente recorrente comentários como "se comporte como uma mocinha", "seja homem" dirigidos a crianças, reforçando a dicotomia entre as expectativas sociais diferenciadas para meninos e meninas.

Pelo contrário, já nascemos numa cultura e contexto social permeado pelas desigualdades de gênero. Desigualdades estas que estão implícitas nos processos formativos desde que a criança nasce e que se transformam em conteúdos da formação de seu psiquismo. Tampouco podemos excluir da análise as circunstâncias individuais, como se estes processos sociais se realizassem diretamente no indivíduo. Se assim fosse, estaríamos caindo no extremo oposto, como se a análise social da desigualdade de gênero se reduzisse a circunstâncias sociais, perdendo de vista a dimensão da vivência individual, do nexo entre o indivíduo singular, as particularidades e a universalidade (Oliveira, 2005).

Não se trata de conceber o meio como um conjunto de qualidades e características que, por si só, definirão os rumos do desenvolvimento da criança. É necessário abordá-lo em sua relação objetiva com a criança, em determinada etapa do desenvolvimento. Da mesma forma que o papel da hereditariedade se altera nas diferentes etapas do desenvolvimento, assim o é com os elementos do meio (Vigotski, 2018).

Em síntese, a dimensão primordial para se entender o sistema sexo/gênero, a existência das desigualdades entre homens e mulheres, é a da produção da existência (Izquierdo, 1994; Souza, 2006). A forma fundamental de desigualdade é em relação aos meios de os seres humanos se relacionarem nos modos de produzir a vida. Os valores sociais marcados pelas relações de gênero, a educação desigual de meninos e meninas, a dupla moral, são resultado desse processo de organização social.

A sociedade se encontra estruturada em dois gêneros, o que produz e reproduz a vida humana, e o que produz e administra a riqueza mediante a utilização da força vital dos seres humanos. Vemos que o setor produtivo da vida se organiza em condições de dependência em relação ao setor dedicado à produção de riqueza e de administração. Esse último não é autônomo, mas dominante. Quando falamos de desigualdade de gênero é a este tipo de desigualdade o qual nos referimos (Izquierdo, 1994, p. 49, tradução nossa).

O que se apresenta na nossa sociedade como específico do sexo feminino, mas que é produzido pela educação de gênero, em termos produtivos é a produção da própria vida (reprodução da força de trabalho), associada aos estereótipos e modelos que remetem ao cuidado, a atividades que se concentram no atendimento da vida humana: enfermeiras, professoras, cuidadoras, prostitutas (Izquierdo, 1994). Atividades que, por sua vez, englobam um conjunto de qualidades específicas: delicadeza, paciência, zelo, ternura, doação, etc. Ao passo que as atividades associadas ao masculino implicam num conjunto quase oposto de qualidades: racionalidade, curiosidade, assertividade, força, etc.

A análise das relações de gênero implica na abordagem das desigualdades de gênero e das desigualdades de sexo, que muitas vezes, são confundidas entre si. Segundo Souza (2015), a desigualdade de gênero se refere ao nível inferior de retribuição, formação, prestígio e poder concedidos às atividades consideradas femininas, independente de serem realizadas por machos ou fêmeas. Assim, atividades relacionadas ao cuidado, à proteção, educação, limpeza, tudo que remete à reprodução da vida humana, será menos valorizada socialmente. Já desigualdade de sexo diz respeito à menor consideração e poder concedidos às fêmeas, independente de realizarem atividades socialmente consideradas masculinas ou femininas ou estarem em posições iguais as dos machos. O atributo físico “fêmea” é o fundamento dessa desigualdade. Essa desigualdade se expressa em salários díspares entre homens e mulheres desempenhando a mesma função e nos preconceitos transmitidos no senso comum sobre as capacidades das mulheres de exercerem funções tipicamente masculinas.

Desse modo é possível diferenciar quando se recebe um tratamento desigual da sociedade por ter sido identificado/a como pertencente a um sexo ou outro, e quando junto a/ou em lugar desse critério de atribuição de tratamento, a pessoa é tratada ou valorada por adotar formas de conduta, ocupar lugares sociais, ou ajustar-se a estereótipos culturais que só são socialmente atribuídos a pessoas de um sexo e não de outro. Nesse último caso, não é o sexo o fator desencadeador das diferenças, e sim *a maneira de significar socialmente o sexo* (Izquierdo, 1994, p. 50).

Ou seja, sobre a diferença sexual biologicamente constatável se ergue toda uma formação ideológica na direção de enquadrar determinadas características comportamentais, emocionais e psíquicas de acordo com seu aspecto anatômico genital. Nessa formação, essas diferenças são entendidas como estáticas e imutáveis, e aquilo que foge à norma pode inclusive ser considerado patológico. A desigualdade entre os gêneros, não como dado da natureza, mas construída socialmente, é posta em marcha por mecanismos ideológicos que a descreve como eterna e natural. Nascer macho ou fêmea torna-se, nesse sentido, uma “fatalidade do destino” (Chauí, 2012).

A sociedade capitalista patriarcal vigente está, portanto estruturada sobre aparências, ergue-se sobre diferenças anatômicas entre os sexos. O sexo é uma base inegável para diferenciar os indivíduos, e a constatação dessas diferenças produz um imaginário social que tem efeito na realidade. Quando o sistema de atribuição de posições sociais se fundamenta no sistema sexo/gênero ocorre que o gênero precede o sexo, no sentido de que, antes mesmo de a criança nascer já estão envolvidas certas implicações, expectativas, preferências, que continuarão a ser gestadas quando se identifica de que sexo é a criança, outorgando qual lugar

ela pertencerá socialmente a partir dessa identificação, se é menino ou menina (Izquierdo, 1994). O reconhecimento do sexo do bebê é um dos primeiros fatos na vida da criança que assina o início de um sistema de distinções entre as pessoas, influenciando os caminhos que cada um trilhará ao longo da vida (Lewontin, Rose & Kamin, 1987).

Assumindo que o sujeito é sócio-histórico, tomado na intersecção entre a história social e a história individual, não podemos separar as esferas da estrutura social (modo de produção e relações de produção), da biologia e do psiquismo. Uma vez que o processo histórico não produz funções psíquicas diferenciadas nos sexos, como se umas fossem específicas para homens e outras para mulheres, assume-se que os nexos entre as funções psíquicas e as determinações sociais se alteram, acarretando na formação de psiquismos diferenciados, que resultam em expressões comportamentais diferenciadas.

Nossa análise da relação entre o contexto social e a formação das funções psíquicas superiores partirá do pressuposto que se trata de uma realidade sexuada, isto é, pautada nas diferenças perceptíveis entre os sexos, que darão o tom da formação de capacidades desejáveis para homens e mulheres para a manutenção hierárquica da sociabilidade capitalista. Nesse sentido, é necessário nos voltarmos ao processo de formação do psiquismo de meninos e meninas, levando em conta essas diferenças e como a estrutura patriarcal capitalista é conteúdo da ontogênese, da história de vida do indivíduo.

3.2 Desenvolvimento psíquico de meninas e meninos na perspectiva histórico-cultural

Compreendendo o desenvolvimento psíquico como possível graças aos processos educativos, isto é, que a aprendizagem guia o desenvolvimento, e que se trata de um processo fundamentalmente social, iniciamos com a exposição das bases sociais e materiais do sistema sexo/gênero, para então analisarmos como estas estruturam, junto de outras determinações, o desenvolvimento psíquico da criança. Procuraremos explicitar o desenvolvimento infantil a partir da periodização, elaborada pelos teóricos da Psicologia Histórico-Cultural (Vigotski, 2012; Elkonin, 2009; Leontiev, 2010) e comentada por autoras contemporâneas (Asbahr & Meira, 2014; Tuleski & Eidt, 2016; Cheroglu & Magalhães, 2016; Chaves & Franco, 2016; Lazaretti, 2016; Martins & Facci, 2016; Pasqualini, 2016). Para tal, reportamo-nos aos escritos de Vigotski (2012) acerca da idade pré-escolar e escolar, uma vez que estas se circunscrevem aos períodos da educação infantil e início do ensino fundamental,

respectivamente, nosso recorte para analisar os índices de TDAH em meninos e meninas abordado no capítulo I.

Resgatamos que para essa perspectiva se considera que o psiquismo humano se desenvolve, isto é, que é produto de uma determinada organização social, a dimensão universal, que vai incidir sobre o desenvolvimento singular do indivíduo, abarcando a particularidade de suas condições de vida e de educação (Oliveira, 2005). O desenvolvimento do psiquismo está, portanto, marcado por condições econômicas, históricas e culturais específicas, determinadas relações reais entre os seres humanos, que refletem sobre estes e a formação de sua personalidade. A gênese social do psiquismo se expressa na materialidade do comportamento do indivíduo, é o fundamento dos órgãos de sua individualidade (Marx, 2010).

Essa perspectiva sobre o desenvolvimento do psiquismo humano nos reporta à categoria da totalidade. Konder (1983) explicita que a partir dessa categoria podemos entender a atividade humana como um processo que nunca alcança uma etapa definitiva ou acabada. Já evidenciamos anteriormente que para análise materialista histórica dialética o foco está no ser social. Isto é, como nos esclarece Netto (2011), que os indivíduos estão em constante processo de vir-a-ser, em movimento de transformação da realidade e de si próprios, por meio da práxis humana, que por sua vez é permeada de contradições. Este mundo transformado e que transforma os indivíduos não é um conjunto de coisas acabadas, mas um conjunto de processos.

Conforme Netto (2011), o pensamento marxiano na análise da realidade parte da história da humanidade como história do desenvolvimento da própria humanidade, em cada indivíduo singular e como gênero humano. O autor complementa que a totalidade concreta abrange um “complexo constituído por complexos”, estes, por sua vez, de menor ou maior complexidade.

Assim, a totalidade não se reduz à soma das partes, mas a visão do todo, da realidade, que nunca é definitiva, mas síntese sempre mais rica de conhecimentos do que podemos apreender. “A síntese é a visão de conjunto que permite ao homem descobrir a estrutura significativa da realidade com que se defronta, numa situação dada. E é essa estrutura significativa – que a visão de conjunto proporciona – que é chamada de totalidade” (Konder, 1983, p. 37). Trata-se, ainda, de uma totalidade que é estruturada, articulada, ou seja, possui suas leis internas, passíveis de serem apreendidas pela análise e abstração. Por fim, trata-se de uma totalidade dinâmica, ou seja, que está em constante movimento contraditório, com recuos e avanços. As relações entre os fenômenos, entre as totalidades mais ou menos complexas,

nunca são diretas, mas possuem mediações internas e externas que articulam estes complexos. Sendo assim, um conhecimento que se restringe às coisas acabadas não apreende a totalidade do desenvolvimento da humanidade, uma vez que se perde o caráter das complexas ligações entre os processos que regem os fenômenos.

O exposto permite elucidar o fundamento que tem guiado nossa análise até então: que o fenômeno da medicalização de meninos e meninas diagnosticadas com TDAH abrange múltiplas determinações, que não podem ser compreendidas de forma isolada, sendo o gênero uma das particularidades centrais. Por esse motivo, nossa análise buscou partir da aparência fenomênica, para então adentrarmos as leis gerais da constituição do gênero e, enfim, chegar até sua expressão na vida singular da criança, que abrange relações de gênero, raça e classe.

A perspectiva da totalidade guia o processo de conhecimento sobre o desenvolvimento do psiquismo, para além de um conjunto de fases “acabadas” e sucessivas. Busca superar as aparências, pautadas numa visão biologicista ou espontaneísta, e avançar para uma análise que abarque as múltiplas determinações e o nexos entre o psíquico e a produção material. O desenvolvimento humano, entendido como uma totalidade dotada de movimento, que possui suas mediações e determinações, compreende que este não é produto somente da evolução biológica, mas sua conduta se inscreve dentro de um percurso histórico que, por meio da práxis, permitiu que os seres humanos superassem o estágio das leis puramente biológicas e passassem a ser regidos por leis históricas (Leontiev, 2004).

Ao tratar da periodização, Vigotski (2012) esclarece que o desenvolvimento infantil se constitui como um sistema de atividades determinado pela relação entre órgãos naturais e artificiais, sendo o desenvolvimento humano uma **unidade psicofísica**. Ao agir na realidade, o indivíduo se produz enquanto humano propriamente dito, e seu comportamento se traduz como síntese de suas possibilidades (de acordo com as condições concretas de existência) de criar signos⁷⁴ e por meio destes transformar suas conexões cerebrais. Conforme Tuleski e Eidt (2016), nesse processo o indivíduo se reequipa de novos comportamentos ao longo da vida, de formas mais complexas de regular sua conduta. A efetivação das potencialidades humanas provém da vida social, pelas relações materiais com outros seres humanos e destes com a natureza, em um processo dinâmico.

Isso posto, evidencia-se que as fases do desenvolvimento humano pelas quais a criança passa não são meras etapas demarcadas cronologicamente. O cerne da análise da

⁷⁴ Os signos, ou instrumentos psicológicos são os meios pelos quais os seres humanos transformam o comportamento de forma indireta. Os instrumentos técnicos, por sua vez, são utilizados para modificar diretamente a natureza (Vigotski, 1999a).

periodização está nas neoformações de cada idade, pois estas permitem determinar o conteúdo essencial de cada etapa, e não o critério cronológico ou etário (Tuleski & Eidt, 2016). O estudo das mudanças do psiquismo ao longo do desenvolvimento radica nas neoformações.

As neoformações, ou sínteses complexas das funções psíquicas, emergem da situação social em que a criança está inserida, a qual lhe exige determinadas relações. Tais exigências, por sua vez, mobilizam funções ainda não completamente desenvolvidas, as quais se colocam em movimento para atender às exigências sociais externas (Tuleski & Eidt, 2016, p. 53).

Nesse ponto, é necessário esclarecer o conceito de atividade principal, para assim podermos partir para análise das fases, objetivando compreender as relações de gênero no TDAH: as idades pré-escolar e escolar e suas particularidades. Leontiev (2010) afirma que:

A atividade principal é aquela cujo desenvolvimento governa as mudanças mais importantes nos *processos psíquicos e traços psicológicos da personalidade da criança* em cada estágio de seu desenvolvimento: devemos, por isso, falar da dependência do desenvolvimento psíquico em relação à atividade principal e não à atividade em geral. (Leontiev, 2010, p. 63, grifos nossos).

Vejam os que no trecho acima o autor não se refere a uma criança do sexo masculino ou feminino, mas se refere à criança de modo geral. Deste modo, os processos psíquicos e os traços de personalidade, quando se distinguem por esta característica, precisam ser analisados também por meio da atividade principal de cada época. Por isso necessitamos verificar de que modo as relações sociais numa dada sociedade, no caso, capitalista e patriarcal, produzem distinções entre meninos e meninas que, por sua vez, são naturalizadas como comportamentos derivados do funcionamento biológico, e não produto do complexo de determinações que abrange relações de gênero, raça, classe social, etc.

Conforme Leontiev (2004) a atividade principal não é aquela que a criança mais realiza, em quantidade, mas aquela que modifica e reorganiza seus processos psíquicos em curso, ocupando lugar central em seu sistema de atividades. Por esse motivo, a perspectiva da totalidade se torna fundamental, pois assim podemos apreender os nexos entre as atividades em cada momento e as mudanças que engendram a transformação para uma nova atividade. Como aponta Leontiev (2010), as transições entre os estágios do desenvolvimento ocorrem por conta da mudança na atividade principal, quando as potencialidades da criança em determinada idade começam a contrastar com seu modo de vida atual. Reorganiza-se, assim, a atividade principal, sendo que esta condiciona os períodos de desenvolvimento. Na mesma direção, Elkonin (2009) sintetiza que o conteúdo da atividade principal de cada período estará

sempre condicionado às relações sociais travadas em determinada sociedade, em seus contornos históricos, políticos e econômicos.

Nesse sentido, a análise do desenvolvimento da criança como um todo único cuja centralidade está na atividade principal, fundamento das neoformações em cada etapa, revela a relação dialética entre personalidade e meio social. A criança já nasce em determinado meio, momento histórico e condições de vida, no qual determinados signos e ferramentas elaboradas já existem, bem como certos sistemas de relações de classe, gênero, raça, etc. Cabe aos adultos concretizar na criança sua humanidade em potencial, ou seja, criar condições para que ela se aproprie desse patrimônio, podendo dar continuidade à história humana. Modificando-se radicalmente por meio desse processo, a criança reestrutura todo o sistema de relações materiais no qual está inserida. “A mudança no conteúdo da atividade humana que se produz ao longo do processo histórico engendra, portanto, mudanças no psiquismo dos indivíduos e no próprio curso de seu desenvolvimento, afetando diretamente a periodização” (Tuleski & Eidt, 2016, p. 68). Conforme Pasqualini (2016):

Cada nova atividade que se constitui e se consolida a cada novo período do desenvolvimento deixa um legado ao psiquismo, fruto das apropriações cada vez mais ricas e complexas da cultura humana, expressas no desenvolvimento de capacidades que ampliam as possibilidades do indivíduo de estabelecer relações conscientes com o mundo e com a sua própria existência/inserção nele (Pasqualini, 2016, p. 84).

Situar o desenvolvimento humano como produto histórico e dinâmico, e não objeto linear e evolutivo permite-nos relacionar as características de cada período às condições educacionais e sociais concretas, transversalizadas por determinações de gênero, classe e raça. Nossa proposta é analisar os aspectos principais das fases do desenvolvimento até a idade escolar, levando em conta as mediações sociais e, especificamente, as determinações de gênero, que impactam sobremaneira na educação de meninos e meninas e na formação do psiquismo, na produção de comportamentos identificados socialmente como masculinos e femininos. Estes podem, ademais, serem considerados desviantes ou patológicos, como os referentes aos critérios diagnósticos do TDAH. Para tal, expomos de forma breve aspectos centrais dos períodos do desenvolvimento, no qual se situa a unidade dialética entre o biológico e o cultural, elucidados por autores e autoras da Psicologia Histórico-Cultural.

Iniciamos com o **primeiro ano de vida**. Conforme Cheroglu e Magalhães (2016), o desenvolvimento da criança no primeiro ano de vida envolve o desenvolvimento evolutivo do feto, determinado pelas condições concretas da sociedade em que a mãe gesta o bebê. Mesmo que mais determinado pela esfera biológica, o desenvolvimento fetal sofre influências diretas

do contexto e condições de vida da gestante, por exemplo, em termos de condições de acesso aos serviços de saúde e acompanhamento da gestação, as próprias práticas de cuidado culturalmente formadas destinadas à mulher, as expectativas que se formam em torno da maternidade, etc.

As autoras mencionadas explicam que no período uterino são formadas as pré-condições para os sistemas funcionais complexos, sendo os primeiros os sistemas nervoso e circulatório, bases orgânicas para o desenvolvimento do psiquismo. Durante a gestação, desenvolve-se um vínculo entre a gestante e o feto, entre as mudanças vivenciadas pela mãe e que são sentidas pelo último no caráter de respostas emocionais aos sons, tato, oscilações de humor, etc. (Cheroglu & Magalhães, 2016). Quando a criança nasce, este vínculo sofre mudanças qualitativas, podendo intensificar-se, afrouxar-se e ser estabelecido com outros adultos cuidadores, não sendo necessariamente a mãe a única envolvida nesse processo.

No entanto, a cultura patriarcal vigente, fundamentada na dicotomia entre homens e mulheres no processo de produção e da reprodução da vida (Souza, 2006) estabelece por meio de práticas e significados sociais que esse vínculo mãe-bebê é natural, instintivo e, portanto, a mãe é vista socialmente como principal, se não única responsável pelo cuidado da criança. A compreensão da natureza social do desenvolvimento do psiquismo desde o período intrauterino entra em choque com as concepções correntes acerca do papel natural da mulher para a maternidade, pois estas desconsideram que se trata de um processo possível pela qualidade das mediações destinadas à criança, desde o nascimento, e não de uma tarefa executada exclusivamente pela mulher.

Ainda a respeito do primeiro ano de vida, Vigotski (2012) explica que os primeiros 45 dias após o nascimento, aproximadamente, configuram a período de passividade do bebê⁷⁵, uma vez que ele se encontra em completa dependência do adulto para sobreviver, sendo biologicamente dependente para a efetivação de suas funções vitais (alimentação, sono, mudança de posição, etc.). Ao longo do primeiro ano, uma vez que completamente imerso na vida social, formam-se no bebê as bases para o desenvolvimento da consciência individual (atrações, instintos e afetos mais simples), ainda que neste momento não haja fenômenos psíquicos propriamente intelectuais e volitivos, devido à imaturidade da formação cortical (Cheroglu & Magalhães, 2016). A maturação cortical está ligada às novas formações desse período, como o sorriso, importante reação social, central na comunicação com o adulto.

⁷⁵ O que não significa que o bebê seja um ser passivo frente à realidade. Pelo contrário, por meio de suas reações imediatas, como o choro quando há sensação de desconforto, dor, fome, etc., mesmo que mais próxima à esfera biológica, produz efeitos no seu contexto e demanda do adulto que realize ações de forma a manter sua sobrevivência.

A **comunicação emocional direta** é, pois, a atividade principal do primeiro ano de vida, possível graças ao desenvolvimento de sistemas psicofísicos, como os processos motores, sensoriais e perceptivos. O adulto é o conteúdo principal da atividade do bebê, pois é ele quem organiza as condições para o desenvolvimento dessa atividade, ligadas à qualidade das relações que promovem seu desenvolvimento. Por esse motivo, é essencial que o cuidado do bebê pelo adulto seja acompanhado de expressões afetivas, uma vez que sua percepção é diretamente vinculada aos estados emocionais. Isso permite que se moldem as primeiras reações emocionais.

Vigotski (2012) nos esclarece que o primeiro ano de vida é marcado por duas particularidades. A primeira diz respeito à contradição essencial desse momento: a completa dependência do bebê em relação ao adulto e a impossibilidade de comunicação por meio da linguagem humana. Por conta desse caráter, a relação entre o bebê e o adulto se guia pela antecipação por parte do último em relação às reações primárias da criança. O adulto precisa aprender a interpretar e a atender as necessidades do bebê, dinâmica que permitirá que ele ingresse na atividade comunicativa propriamente dita. Em outras palavras, “são as ações do adulto em resposta às manifestações do recém-nascido que modelam sua expressão, introduzindo-o numa atividade conjunta, compartilhada por ambos” (Cheroglu & Magalhães, 2016, p. 102).

A atividade antecipadora do adulto é a segunda peculiaridade deste período, que organiza as condições de vida do bebê, interpondo-se entre ele e os objetos. Numa sociedade em que se estimula às mulheres desde cedo as atividades vinculadas ao cuidado dos bebês, em que aprendem desde suas primeiras brincadeiras a “serem mães”, será comum que estas tenham mais instrumentos para se antecipar às manifestações da criança, seja o próprio bebê ou outra criança. Podemos dizer que se trata de uma formação de gênero que retroalimenta o mito acerca do instinto materno da mulher, que mencionamos anteriormente.

Em síntese, nesse período a atividade do bebê estará imbricada com a do adulto, o conteúdo central da atividade, e a dependência que o bebê tem dele determinará a relação que estabelece com a própria realidade e, posteriormente, consigo mesmo. Como aponta Vigotski (2012), a relação que o bebê constitui é realizada por intermédio do outro. Ao manipular, deslocar e movimentar objetos no campo de visão do bebê, o adulto auxilia no desenvolvimento dos sistemas sensoriais, perceptivos, atencionais e motores, bases para a formação da ação com os objetos. “Em consequência do caráter exploratório das ações iniciais com os objetos, evidencia-se o significado da escolha adequada e da maneira como os adultos irão disponibilizá-los ao bebê em sua atividade conjunta” (Cheroglu & Magalhães,

2016). O adulto cria, assim, a necessidade da criança em manipular os objetos, permitindo, pouco a pouco, que o bebê avance na superação da comunicação emocional, incorporando-a na atividade principal seguinte, a **atividade objetal manipulatória**.

Ou seja, para a formação da atividade objetal manipulatória é essencial que o adulto não só forneça os subsídios para a sobrevivência do bebê, mas se antecipe ante as suas necessidades e, por meio da apresentação dos objetos, estimule que ele explore-os para além dos limites físicos impostos. Isso nos leva a pensar sobre quais objetos são apresentados ao bebê, seja do sexo masculino ou feminino. Quais são as principais distinções em termos de cores, temas, funções desses objetos? Quais são os primeiros brinquedos que a criança tem contato nessa fase, sendo uma menina ou sendo um menino?

O período seguinte ao primeiro ano de vida é a **primeira infância** (1 a 3 anos). Ao passo que ao longo do primeiro ano a intervenção do adulto no provimento das condições para sobrevivência do bebê se fundamenta pelo uso de objetos, nesse período a criança participa ativamente das atividades com os adultos. Isto é, trata-se de uma atividade compartilhada, essencialmente social, que amplia suas possibilidades de manipular os instrumentos apresentados. Silva (2017) explica que a atividade objetal manipulatória se refere ao maior alcance no domínio dos processos socialmente elaborados de ação com os instrumentos produzidos pela humanidade. A respeito da relação entre a comunicação emocional direta e a atividade principal seguinte, Chaves e Franco (2016) explicitam:

É no interior da atividade de comunicação emocional direta com o adulto que surgem as primeiras ações sensório-motoras de orientação e manipulação, ou seja, as ações com os objetos começam a se formar a partir da comunicação com o adulto e ganham impulso explorador pela nova capacidade conquistada: manipular objetos – graças à maior acuidade óculo-manual, ao conseguir engatinhar e andar (Chaves & Franco, 2016, p. 113).

O destaque da primeira infância é a relação da criança com os objetos, possível pelo maior desenvolvimento da capacidade locomotora (Chaves & Franco, 2016). Isso nos permite refletir a respeito de quais objetos são disponibilizados para as crianças de acordo com o sexo e que influenciam no desenvolvimento da próxima atividade. Se compreendermos que a vida de cada sujeito singular, ao longo dos períodos de desenvolvimento, desenvolve-se em condições sociais particulares, que refletem o lugar social que ele ocupa na sociedade (Cheroglu & Magalhães, 2016), questionamos que lugar um bebê do sexo masculino ou feminino ocupa em seu conjunto de relações sociais, regidas pelo sistema sexo/gênero. Isto é, como seu sexo influencia na organização de sua atividade pelos adultos, na disponibilização

de objetos, cores, instrumentos, nos afetos direcionados a ele, tornando-se conteúdos da formação da atividade seguinte, o jogo de papéis.

Uma vez que a criança se torna mais capaz de locomover-se e alcançar os objetos apresentados pelos adultos, logo ela incrementa sua capacidade de explorar o ambiente, para além do que lhe é apresentado. Mas para isso é preciso que ela seja impelida e possibilitada a explorar novos contextos, aspecto que também se relaciona à educação de gênero. Vigotski (2012) explica que, nesse momento, a percepção é a função psíquica principal⁷⁶, destacando-se dentre as funções que ainda não estão suficientemente diferenciadas e se encontra dependente à situação concreto-visual, isto é, a criança é subordinada às impressões externas (Vigotski, 2018).

O autor aponta, ainda, a relação entre a atividade objetal manipulatória e o desenvolvimento da linguagem simbólica. Chaves e Franco (2016) elucidam que a criança já no primeiro ano é capaz de pronunciar alguns sons e palavras que operam como equivalentes funcionais, porém, ao longo dos 2 e 3 anos, seu vocabulário se amplia consideravelmente. Isso é possível uma vez que, por meio da ação com os objetos, seu interesse por eles cresce junto da compreensão da sua função social. Assim, torna-se insuficiente para a criança que o adulto apenas atenda suas carências, pois ela passa a demandar deste que responda o que é o objeto, qual é o seu nome, o que ele faz, etc. “[...] A atividade objetal manipulatória engendra uma nova qualidade psíquica: o desenvolvimento da linguagem e seu *entrecruzamento* com o pensamento” (Chaves & Franco, 2016, p. 115, grifo das autoras).

Com o desenvolvimento da inter-relação entre pensamento e linguagem⁷⁷, por meio da apropriação da linguagem verbal, a percepção da criança se torna mais complexa, possibilitando-a que opere com os objetos independentemente da situação concreto-visual, isto é, para além da observação e manipulação direta (Chaves e Franco, 2016). Assim, os objetos com que a criança interage na realidade adquirem significados mais amplos. Segundo Luria (1966), “[...] A própria linguagem da criança está imbricada em suas atividades práticas e na aplicação dos métodos desenvolvidos nas relações sociais em sua conduta” (p. 21).

Mesmo que a criança seja mais independente do adulto e este não seja mais o centro da sua atividade, ele não deixa de ter papel crucial no seu desenvolvimento, pois é quem

⁷⁶ Segundo Vigotski (2018), uma das leis gerais do desenvolvimento das funções psíquicas superiores é que estas possuem períodos ótimos de desenvolvimento, que é quando a função se diferencia suficientemente pela primeira vez. Nem todas as funções passam para uma posição dominante, mas, à medida que avançam as idades, a complexidade das ligações interfuncionais aumenta extremamente.

⁷⁷ O foco nesta pesquisa não é discutir minuciosamente o processo de entrecruzamento entre pensamento e linguagem, com os estágios específicos do desenvolvimento dos conceitos. Para uma discussão aprofundada sobre o assunto, recomendamos a leitura de A construção do pensamento e da linguagem (2010), de Vigotski.

indica o uso social da palavra e suas relações com as coisas concretas. Igualmente, o modo como os adultos reagem às solicitações verbais da criança também tem sua importância. Ele pode ignorar, pode responder apenas o que a criança requisita, pode dar informações para além do que ela perguntou, estimulá-la a explorar o objeto, conectar o objeto aos conhecimentos que já possui... Esse aspecto é essencial para a gestação da próxima atividade principal, o jogo de papéis. Tais relações envolvem não só o conhecimento via objetos concretos, mas também de aspectos relacionais, emotivos e afetivos entre as pessoas. Dessa forma, afirmamos que a forma como respondemos a criança frente à realidade difere quando se trata de uma menina ou menino. Dito de outra forma: estimulamos de maneira diferente e desigual um ou outro a ser mais afetivo, mais curioso, mais questionador, etc.

A atividade objetual manipulatória permitirá, portanto, que a criança não só seja capaz de ampliar seu círculo de ações e relações com os objetos, mas que tenha maior clareza sobre suas possibilidades de uso. Observando a forma como os adultos agem e executam atividades, ela tem a necessidade de também realizá-las, porém, é impedida ou ainda incapaz disso (Chaves & Franco, 2016). Esse processo é acentuado pelo conhecimento que a criança tem de si mesma, de suas possibilidades para além das alcançadas no período anterior. Ela quer se alimentar, tomar banho, vestir-se sozinha, mesmo que não consiga executar tais ações de forma independente.

Vigotski (2012) esclarece que essa contradição entre as capacidades da criança e a impossibilidade de realizá-las imposta pelo meio pode gerar um cenário de crise, sendo o jogo de papéis uma alternativa a essa contradição. Conforme o autor:

Na crise dos três anos se produz o chamado desdobramento: os conflitos podem ser frequentes, a criança chega a insultar a sua mãe, a desdenhar dos jogos que lhe oferecem em um momento inoportuno, a romper em pura raiva. Há mudanças na esfera afetiva e volitiva, o que prova a crescente independência e atividade da criança. Todos esses sintomas, que giram entorno do 'eu' e às pessoas que o rodeiam, demonstram que as relações da criança com o entorno e com a própria personalidade já não são as de antes (Vigotski, 2012, p. 373, tradução nossa).

Desse excerto aludimos aos diagnósticos precoces de TDAH e ditos preventivos que, como vimos, são significativos já na etapa da educação infantil. Diferente de abarcar o momento de verdadeira revolução que opera no modo de vida da criança, a prática diagnóstica frente aos sintomas das mudanças afetivas e volitivas entende tais aspectos conflitivos não como movimento da formação da personalidade, mas como traço patológico do comportamento, passível de ser corrigido via medicamento.

Como já exposto, a centralidade do **jogo de papéis** na idade pré-escolar é gestada no período anterior, com a atividade objetual manipulatória, mediada pelos adultos, e seu conteúdo é diretamente impactado pelas esferas da atividade humana e das relações travadas entre as pessoas. Arce e Simão (2006) evidenciam que as ações da criança sobre os objetos formam a base da situação lúdica, sendo que a mediação do adulto permite que suas ações sejam revestidas de relações humanas. Nesse sentido, o jogo de papéis é determinado pelo complexo de mediações dispostas à criança, que envolvem particularidades de classe, de gênero, as possibilidades concretas de disponibilidade de objetos, etc. Em suma, as crianças brincam daquilo que observam os adultos realizarem em seu cotidiano, que, na sociedade capitalista patriarcal, em determinado ponto tomam contornos de ações executadas por homens ou mulheres, de maneira desigual, demarcando tarefas específicas para cada sexo. Krupaskaia (2017), ao se referir a educação de meninos e meninas, já denunciava esse caráter:

Quem já observou crianças sabe que na primeira infância os meninos se dispõem com tanto gosto quanto as meninas a ajudar a mãe a cozinhar, a lavar louça, a realizar quaisquer tarefas domésticas. Isso parece tão interessante! Mas, em geral, desde os primeiros anos começa a haver uma diferenciação no interior da família. As meninas recebem a incumbência de lavar as xícaras, de arrumar a cozinha, enquanto para os meninos dizem: “O que você está fazendo aqui na cozinha? Por acaso isso é coisa de homem?” As meninas são presenteadas com bonecas e louças; os meninos com trens e soldadinhos (Krúpskaia, 2017, p. 90).

Do exposto por Krúpskaia há mais de 100 anos, ainda que os brinquedos e brincadeiras tenham evoluído (na tecnologia, por exemplo), ainda é corrente diferenciar “coisas de menino” e “coisas de menina”, nas cores, nos brinquedos, nos desenhos animados, nos papéis a serem desempenhados, inclusive reforçando estereótipos de gênero em conteúdos presentes na literatura infantil (Toffanelli, 2016). Distinções que configuram conteúdo dos jogos de papéis e que, inseridos na dinâmica total do desenvolvimento, desempenharão importante lugar na formação do psiquismo.

Discutimos em outro trabalho (Vieira, 2018) que a organização da ação com os objetos por parte dos adultos, necessária para o desenvolvimento do jogo de papéis⁷⁸, pode contribuir para a reprodução de papéis sociais considerados como naturalmente femininos ou masculinos. Como aponta Lazaretti (2016), a transição da brincadeira baseada na ação dos objetos para a de papéis sociais se caracteriza pela mudança na relação com os mesmo objetos

⁷⁸ Recordemos que a criança brinca já na primeira infância, mesmo que esta não seja a atividade principal desse período. A partir disso, Elkonin (2009) elucida que ao longo do desenvolvimento, o jogo de papéis se transforma. Enquanto que no referido período o jogo é caracterizado pela representação de ações, não necessariamente concatenadas, como cozinhar, nadar, dirigir, etc., posteriormente, desenvolve-se na atividade um caráter mais construtivo, concatenado.

com os quais realizava ações, revestindo-os de significados sociais. A criança não só dá de comer para a boneca pelo ato reiterativo, mas o faz representando um papel de mãe, transferindo-lhe uma responsabilidade que é própria desse adulto, o que revela a tendência a participar da vida e atividades realizadas pelos adultos, “[...] quer aprender na relação com eles e com o mundo dos objetos humanos, procurando compreender essas relações em sintonia com tudo que se descortina à sua volta” (Lazaretti, 2016, p. 132).

Ao passo que o adulto tem o poder de disponibilizar, ensinar e mediar a relação entre a criança e os objetos, se estes estão demarcados pelas desigualdades de gênero, podem então favorecer o desenvolvimento de jogos e brincadeiras que reproduzem essas diferenças: bonecas e panelinhas, preferencialmente cor-de-rosa, para meninas, e carrinhos e bola de futebol para os meninos; brincadeiras mais silenciosas e que envolvem afazeres domésticos para umas, jogos que demandam movimentação e colaboração para outros. Sendo assim, na atividade do jogo de papéis demarcada pelas relações de gênero, as desigualdades podem ser reiteradas conforme os processos educativos disponíveis para a criança que, por sua vez, reproduzem-nas em sua brincadeira (Vieira, 2018). Não se trata de um processo intencional, mas que está dissolvido nessas práticas sociais, reiterando as desigualdades de gênero. Não só a cor que a criança deve vestir e gostar como os brinquedos disponíveis operam nessa segregação entre o que é “coisa de menino” e “coisa de menina”, sobre como meninos e meninas devem manifestar seus comportamentos e afetos.

Acerca do papel do jogo na contradição entre as capacidades da criança e os impedimentos do meio, Elkonin (2009) complementa que nessa atividade ela não só satisfaz tendências irrealizáveis como também suas ações trazem em seu cerne finalidades a serem alcançadas. Isto é, por meio do jogo de papéis, a criança torna-se capaz de controlar seus impulsos, hierarquizar seus motivos dirigidos a um fim (Silva, 2017) e internalizar funções e normas sociais de conduta que aprende na vida social com os adultos. Pois, na atividade do jogo de papéis a criança se depara com fins determinados a atingir, o que só consegue quando limita seus impulsos imediatos, subordina-se às regras impostas pelo papel (Elkonin, 2009). Nesse sentido, o jogo de papéis se configura como preche de subsídios para o autocontrole da conduta.

Silva (2017) aponta a **idade pré-escolar**, período que segue a primeira infância, como o momento crucial na formação da personalidade da criança. Segundo a autora, a partir dos 3 anos, dadas as condições, inicia a formação de uma hierarquia de motivos, isto é, a criança torna-se capaz de se dirigir a uma ação não diretamente ligada ao motivo que ela quer atingir, o que revela que na idade pré-escolar ocorre a gênese do autocontrole do comportamento.

Dessa forma, as mediações nesse início são fundamentais para que a criança aprenda a subordinar seu comportamento e formar hábitos de conduta (Silva, 2017).

Como já exposto, a partir dos 2 anos, pensamento e linguagem já começam a se entrecruzar, e o uso de palavras pela criança possui caráter funcional, ou seja, ela as aplica em contextos comunicativos adequados, mas não domina conceitos verdadeiros. Silva (2017) explica que o aspecto evolutivo da relação entre pensamento e linguagem expressa que inicialmente a criança não age com intencionalidade na interação com os adultos. Esta é apenas embrionária, o que pode gerar conflitos com os adultos quando estes esperam que ela seja completamente consciente de seus atos e consequências. Esse caráter pode se estender até o período posterior, visto que o desenvolvimento não é evolutivo, mas depende da forma e conteúdo das relações sociais. Se a criança nunca aprendeu a se controlar, pois não foram dadas as condições para tal, nada adianta repetir exaustivamente que ela se comporte ou fique quieta e calada por um determinado período de tempo, seja em casa ou em sala de aula.

A ruptura que pode ocorrer da transição entre a educação infantil e o ensino fundamental, como expõem Martins e Facci (2016), remonta-nos ao que Vigotski (2012) chama de períodos críticos do desenvolvimento, ou simplesmente de **crises**. Expusemos que a contradição que se impõe entre as capacidades da criança e os impedimentos do meio pode gerar o que o autor denomina de crise dos 3 anos, a qual os traços mais característicos são o negativismo, a insubordinação, a teimosia e a rebeldia. Em síntese, nesse momento, a criança se torna mais difícil de educar, aspecto que Silva (2017) elucida ser gerador de episódios conflituos entre a criança e o adulto.

A referida autora aborda a crise dos 3 anos a partir do princípio metodológico do materialismo histórico dialético da superação, ou seja, põe relevo nas contradições do real, motor do movimento em direção a algo novo. Assim, na crise interagem os aspectos contraditórios do adulto como condição cultural ou modelo final, e a criança, ainda fortemente marcada pela condição natural. A interação desses dois polos gera uma tensão, na qual se instaura uma verdadeira união dos contrários.

[...] Todas as crianças vivenciam o período “crítico” no sentido da instabilidade enfrentada devido a transformações intensas pelas quais todas elas passam ao atravessar esse período, mas essa transição não se dará sempre de forma conflituosa, pois a intensidade dos conflitos gerados depende do manejo da evolução da autonomia da criança pelo adulto (Silva, 2017, p. 141).

Sobre a vivência do período crítico apontada por Silva (2017), destacamos que será essencial a relação entre o adulto e a criança na situação conflituosa, isto é, como o adulto na

condição de modelo final auxiliará a criança a atravessar esse momento. Não podemos perder de vista as determinações de gênero envolvidas nesse processo, uma vez que as desigualdades postas influenciarão na expectativa frente ao comportamento da criança até o manejo afetivo frente à situação de crise. Esse manejo incide, inclusive, no fenômeno da patologização do comportamento da criança, como constatado com os índices de diagnósticos de TDAH e de medicalização já na educação infantil.

De acordo Vigotski (2012), a crise seguinte marca o início da **idade escolar**. Na crise dos 7 anos se evidencia novamente o caráter difícil da criança em termos de educação. O autor explica que a característica mais acentuada da transição entre o período pré-escolar para o escolar é a diferenciação entre o aspecto interior e exterior da personalidade da criança. Ela perde a espontaneidade ao incorporar o fator intelectual à sua vivência, tornando-se capaz de distinguir os significados de suas vivências e sentimentos. Nesse processo, o desenvolvimento da linguagem também tem papel crucial, pois por meio dela a criança pode designar e expressar verbalmente seus estados internos. Assim, a criança passa a compreender de forma mais clara quando está triste, feliz, brava, tranquila, etc., o que nos leva a refletir como a educação de gênero interfere também na forma como a criança desenvolve essa qualidade intelectual sobre suas vivências.

Quando a criança, a depender do seu sexo, é educada a não demonstrar seus sentimentos, a não chorar quando está chateada ou assustada, ou mesmo pedir ajuda quando se sente fraca, por exemplo, podemos inferir que a educação de gênero influencia sobremaneira na intelectualização distinta das vivências infantis. Ou, como afirma Vigotski (2012) “[...] o essencial não é a situação por si mesma em seus índices absolutos, e sim o modo como a criança vive essa situação” (p. 383, tradução nossa). Dessa forma, a educação contribui para o processo de intelectualização da vivência, por meio de histórias, contos e dramatizações que retratem os sentimentos e afetos humanos. Tal aspecto alude para o papel do ensino na apresentação dos papéis, ações, afetos e emoções expressadas por homens e mulheres, que podem tanto reproduzir a lógica da desigualdade entre os gêneros como fornecer modelos de relações e comportamentos que contribuam para a vivência integral dos conteúdos genuinamente humanos.

A intelectualização das vivências internas marca, portanto, as neoformações da fase de transição entre idade pré-escolar e escolar, que modificam de modo radical o comportamento infantil. Segundo Vigotski (2012), a criança começa a desenvolver o amor próprio, a autoestimação e a autovalorização. Isto é, a relacionar seus estados internos com o lugar social que ocupa no mundo e nas relações com os outros. Reportando-nos aos diagnósticos de

TDAH, compreende-se que com a capacidade de entender o seu próprio valor, a criança pode se tornar consciente do seu fracasso ou de sua potencialidade de aprender ou, até mesmo, condicionar sua capacidade como escolar ao consumo de uma pílula milagrosa, passando a acreditar que é melhor aluno ou mais inteligente por conta de um comprimido (Bonadio & Mori, 2013). Além disso, o lugar que ocupa numa sociedade generificada e racializada interferirá, portanto, como desenvolve sua autopercepção frente aos demais.

A crise dos 7 anos está ligada diretamente com a entrada da criança na escola, fundamental para o desenvolvimento da atividade principal seguinte, a **atividade do estudo**. Nesse novo contexto, ela terá contato com os conteúdos escolares, o conhecimento sistematizado. A criança é mobilizada já na idade pré-escolar em direção a esta atividade, em decorrência da situação social de desenvolvimento, pois os conhecimentos que atingiu nesse momento já não lhe são suficientes. O estudo, as ciências, a leitura e a escrita passam a ser interessantes (Martins & Facci, 2016). Destacamos que não se trata de um processo natural, uma vez que os interesses se formam na criança de acordo com as exigências do meio. Como afirma Vigotski (2012), o desenvolvimento psíquico da criança ao longo da idade escolar e, em especial, na idade de transição, que demarca a passagem da idade escolar para a adolescência por volta dos 12 anos, se funda primeiramente no desenvolvimento dos interesses e da conduta e nas mudanças que ocorrem na estrutura do comportamento.

O objetivo da educação consiste em formar determinados interesses positivos e eliminar os indesejáveis, já que a educação jamais pode formar de antemão todas as peculiaridades futuras da conduta humana; configura e cria unicamente os interesses fundamentais que movem, dirigem o ser humano em sua vida futura. Portanto, vemos que desse ponto de vista é errônea, do ângulo psicológico, a tentativa de reduzir o processo educativo a simples elaboração de novos reflexos condicionados, relegando ao esquecimento o desenvolvimento e a educação das forças motrizes da conduta. A criação de hábitos, de mecanismos de comportamento somente, sem a cultura dos interesses, será sempre uma educação formal incapaz de orientar devidamente a conduta (Vigotski, 2012, p. 38, tradução nossa).

O autor elucida o desenvolvimento dos interesses na criança como dependente do surgimento de novas atrações e necessidades concretas, que ampliam o círculo de objetos que incentivam e fundamentam novas atividades, alterando, por sua vez, sua conduta (Vigotski, 2012). Desvela-se como um processo que leva em conta o conjunto de determinações sociais, uma vez que no contexto distribuem-se objetos e instrumentos de forma diferenciada para meninos e meninas, bem como se educa levando em conta as relações de gênero. Sobre os processos educativos demarcados pelas desigualdades de gênero cabe apontarmos que existem distinções no processo de formação dos interesses, por exemplo, por determinadas

áreas do conhecimento ou disciplinas escolares, para meninos ou meninas, uma vez atendem a expectativas sociais, de forma a garantir a ocupação dos postos na produção e reprodução da vida.

Relacionando a atividade principal na idade escolar com a realidade educacional brasileira, Martins e Facci (2016) esclarecem que a criança adentra o ensino fundamental aos 5 ou 6 anos de idade⁷⁹, ou seja, quando imersa na atividade do jogo de papéis. Esta, por sua vez, fornece as bases para o ensino sistematizado, pois nela a criança descobre as relações objetivas entre os indivíduos, que para participar da atividade impõe o cumprimento de deveres e também direitos, o que proporciona momentos privilegiados de aprendizagem e desenvolvimento do autocontrole da conduta (Elkonin, 2009).

Existem indícios da atividade de estudo na atividade do jogo de papéis, uma vez que na brincadeira a criança aprende. Além disso, a disposição da criança para entrar na escola resulta do desenvolvimento psíquico alcançado até ali, produto do sistema de educação na família e na educação infantil, que prepara a criança, mesmo que indiretamente, para a atividade de estudo. A criança passa a desejar entrar na escola, mesmo que sua representação do que faz lá seja pouco clara ou diferente da realidade. “Uma criança devidamente preparada para assumir a condição de escolar é atraída pela possibilidade de obter novos conhecimentos” (Martins & Facci, 2016, p. 159).

Portanto, conforme as autoras pontuam, a entrada da criança na vida escolar está condicionada à execução de novas exigências do meio, sendo que seu interesse ao ingressar na escola está determinado pelo desejo geral de estudar, de cumprir as obrigações escolares. E complementam que esse início é marcado pela falta de experiência da necessidade dos conhecimentos teóricos como base da atividade de estudo. Isto é, a criança adentra a escola sem ter conscientizado que a finalidade dessa atividade é a assimilação de conhecimentos sistematizados, de conceitos científicos, que contribuirão para mudanças qualitativas no seu psiquismo. A necessidade dos conhecimentos teóricos se desenvolve no processo de assimilação real dos conhecimentos elementares (Martins & Facci, 2016).

Visto que a entrada da criança na idade escolar promove uma verdadeira revolução em seu desenvolvimento, uma vez que tanto os interesses dela quanto as exigências do meio se modificam, ao adentrar no ensino fundamental com 5 ou 6 anos é comum que essa transição seja sentida de maneira brusca pela criança e pelos adultos envolvidos no processo. Martins e Facci (2016) afirmam que o cumprimento das exigências relacionadas ao estudo comumente

⁷⁹ Conforme a lei n. 11.274 de 2006, fica instituída no Brasil a obrigatoriedade do ensino fundamental de 9 anos, com início aos 6 anos de idade da criança.

torna-se de responsabilidade total da criança, às vezes sem que tenham sido proporcionadas as condições para prepará-la para tal e que podem acarretar conflitos entre aluno e professor. Inclusive, não é incomum que surjam queixas relacionadas à desatenção e hiperatividade, como demonstram os índices de TDAH no capítulo II, que crescem sobremaneira no ensino fundamental, tanto em meninos como meninas.

Conforme Asbahr e Meira (2014) pontuam, a defesa pelo diagnóstico precoce do TDAH pautada na patologização do comportamento argumenta que o transtorno provoca sérias alterações na conduta individual, incidindo nas relações que a criança estabelece em contexto escolar e familiar. Uma educação de gênero que prepara meninos e meninas a desenvolverem determinadas qualidades, comportamentos e afetos, determina, também, a forma como a criança vivencia esse período de transição da educação infantil e fundamental, bem como o contexto familiar e escolar.

Martins e Facci (2016) defendem que no início da vida escolar a criança precisa ser introduzida em atividades que gerem interesse pelo estudo, para além do cumprimento das obrigações ou do desejo de agradar o adulto. Visto que esses interesses não são necessidades instintivas, mas artificialmente produzidas (Vigotski, 2012), é necessário que a criança desenvolva um sentido pessoal para com a atividade. Isto é, a formação do sentido diz respeito à conscientização da criança acerca de sua atividade, no caso, por que precisa estudar (Asbahr & Meira, 2014). Nem sempre os processos educativos pelos quais as crianças passam possibilitam a formação do sentido pessoal da atividade de estudo. E isso se relaciona diretamente com o conteúdo objetivo e, principalmente, com a formação dos motivos da atividade.

Conforme Leontiev (2010) existem dois tipos de motivos. Os motivos apenas compreensíveis abrangem os motivos externos à atividade do aluno, e funcionam como estímulo da atividade (Asbahr & Meira, 2014). Os motivos realmente eficazes são aqueles que geram sentido pessoal para a atividade, isto é, deixam de ser externos e passam a reconfigurar o funcionamento psíquico.

Um exemplo clássico exposto pelo autor é a situação de um aluno que lê um livro para estudar para uma prova. Durante a leitura do livro, ele recebe a informação que o conteúdo que está estudando não será cobrado pelo professor na prova. Se o aluno deixa de ler o livro após a notícia, trata-se de um motivo apenas compreensível, ou seja, ligado à ação externa de se apropriar de um conteúdo cobrado pelo professor. Se o aluno continua a ler o livro mesmo assim, por se ver interessado pelo conteúdo, evidencia-se que à leitura do livro está ligada a

um motivo realmente eficaz, que gerou um sentido para a atividade: apropriar-se do conhecimento sistematizado (Leontiev, 2010).

Asbahr e Meira (2014) afirmam que, ao longo da vida da criança, muitas atividades são motivadas por motivos apenas compreensíveis, primeiramente. Por exemplo, o motivo do estudo é agradar a professora ou os pais. No entanto, o resultado de suas ações pode transformar os motivos apenas compreensíveis em motivos eficazes, o que configura numa transformação na relação entre a criança e sua atividade, resultando em ganhos para seu psiquismo. Ao se dedicar à atividade de estudo, a criança pode desenvolver novos interesses, que configuram, por sua vez, motivos eficazes para a realização das atividades escolares.

Por isso, o interesse é fundamental para o desenvolvimento da atenção voluntária. Segundo Vigotski (2010), o interesse infantil é uma forma particular de manifestação da atenção involuntária, sua atenção nesse momento se dirige por ele quase que exclusivamente. Assim, a distração da criança costuma ocorrer por falta de correspondência entre o interesse propriamente dito e aquelas atividades que são propostas como obrigatórias. A questão da educação é mensurar até que ponto o interesse da criança, fio condutor da aprendizagem, está orientado pelo próprio objeto de estudo, e não relacionado a ganhos secundários, ao medo da punição, ao desejo de agradar ou de ganhar uma nota...

[. . .] O êxito na resolução de tarefas está determinado não somente por seu conteúdo objetivo, mas principalmente pelo motivo que impele a criança a agir, ou seja, pelo sentido que tem a atividade, o que expressa a dependência entre os processos intelectuais e os processos motivacionais da atividade (Asbahr & Meira, 2014, p. 109).

Citando Bozhovich, Martins e Facci (2016) apontam que quando as atividades escolares carecem de interesse direto, o cumprimento do trabalho escolar paulatinamente pode se transformar em obrigação ou responsabilidade desagradável. Assim, ao invés de auxiliar a criança a captar mais efetivamente os conteúdos, frente a determinadas atividades ela passa a se distrair, a fazer as tarefas de forma negligente ou procurar o contato com os colegas, buscando menos aprovação do professor. Estas características denotam a insuficiência frente à forma correta de cumprir com as responsabilidades relativas à sua posição social de escolar (Martins & Facci, 2016). Curiosamente, distrair-se, ser negligente, não parar quieto e conversar demais são queixas comuns de desatenção e hiperatividade. Muito mais do que indícios de um defeito orgânico, atestam para um processo em que a criança necessita mais do que nunca de mediações para desenvolver o interesse no estudo!

A respeito da relação entre a atenção e a distração, Vigotski (2010) nos explica que não se trata de processos completamente opostos, mas que a distração tem uma utilidade à função psíquica da atenção. Ela se relaciona com a atitude⁸⁰, uma vez que essa compreende a limitação do comportamento frente ao fluxo de reações possíveis do organismo; isso pressupõe a neutralização de uma série de estímulos. Ou seja, “ser atento a alguma coisa pressupõe necessariamente ser distraído em relação a tudo o demais” (Vigotski, 2010, p. 157). Dessa forma, refuta o ponto de vista do senso comum quando de queixas de desatenção, quando se afirma que a criança “não tem atenção”, “não consegue prestar atenção”. Na realidade, significa em seu cerne que a criança está com a atenção dirigida a outra coisa que não o conteúdo ou atividade escolar. O autor complementa que a atitude do professor frente à distração do aluno ou aluna deve ser de utilidade para a atenção. O segredo está na transformação da distração em atenção voluntária dirigida ao conteúdo (Vigotski, 2010). Pois, a distração frente ao conteúdo significa que existe algo ali mais importante para a criança. O que aquilo que chama sua atenção e a distrai do conteúdo tem em comum com o próprio conteúdo? Abordaremos mais detidamente a relação entre atenção voluntária e controle do comportamento no subitem adiante.

Em síntese, não basta que a criança adentre o ensino fundamental para internalizar todas as regras de conduta que exige a atividade de estudo. Diante da ruptura brusca entre a rotina do ensino infantil para o fundamental observa-se a possibilidade de intensificação dos episódios conflituos entre professor e aluno, que inclusive, podem culminar em queixas de problemas de comportamento e posterior diagnóstico de transtorno, como no caso do TDAH. Tratando de uma educação de gênero que estimula crianças do sexo masculino a serem ativas e audaciosas, vemos que essa formação distinta pode estar contribuindo para a ocorrência de conflitos e a profusão de diagnósticos em contexto escolar.

É preciso introduzir pouco a pouco na rotina escolar das crianças a noção de que novas exigências estão envolvidas na atividade do estudo, de que isso demanda formas mais complexas de comportamento. Ou seja, a passagem deveria ser mais gradual, com os educadores auxiliando a criança a compreender o conteúdo dessa mudança. Isso perpassa, necessariamente, pela formação de motivos realmente eficazes da atividade de estudo, do

⁸⁰ Vigotski (2010) caracteriza a atitude como processo reativo do organismo frente à situação do meio que demanda uma série de movimentos e reações motoras. Seu sentido biológico se liga às necessidades concretas que lhe deram origem, de adaptar e preparar o comportamento previamente à ocorrência de uma situação que ainda não existe. Seus traços principais são o caráter seletivo em relação ao grande volume de reações possíveis do organismo, durabilidade instável e oscilante, que lhe atribui um ritmo próprio e o papel unificador e organizador das impressões externas, percebidas não como um todo caótico, mas dotado de determinado ritmo e organização.

processo de conscientização do que é ensinado à criança e como este conteúdo se torna consciente para ela (Asbahr & Meira, 2014). Igualmente, depende de condições adequadas no que tange à formação de educadoras e educadores que trabalham com tais etapas.

Além disso, é comum que os adultos, sejam professores ou familiares, esperem que a criança já tenha formadas funções psíquicas superiores e que seu comportamento seja completamente voluntário. Sobre a atenção, interessa recordar que tal função é, primeiramente, um processo interpsicológico, guiada externamente por outra pessoa, por meio do uso da linguagem chamando a atenção da criança para determinado objeto ou situação. Somente por processos intencionais, pelas relações sociais, a atenção pode se tornar predominantemente voluntária, função intrapsicológica, controlada pelo próprio sujeito, o que demanda um longo processo educativo. A superação do caráter involuntário das funções psíquicas ocorre “[...] pelas mediações, conforme a criança se apropria dos conhecimentos, e não em virtude de um processo maturacional” (Martins & Facci, 2016, p. 163).

A entrada da criança no ensino fundamental gera revoluções em seu desenvolvimento, uma vez que o meio externo e o interesse em formação na criança podem variar em diversos aspectos. Por exemplo, a rotina da família pode se alterar, introduzindo novos horários e locais próprios para o estudo, estimulando que se engaje de forma satisfatória à nova atividade, como no caso da alfabetização. Ou a insuficiência da organização dentro de casa pode acarretar prejuízos para a formação da atividade de estudo da criança. Em suma, deve ser estabelecida uma rotina que estimule a criança a organizar seu comportamento para realizar as tarefas, guardar e levar o material correto em cada dia, recordar os horários, etc. Recorremos novamente ao que discutimos a respeito da educação de gênero. A educação direcionada às meninas costuma se basear na formação de condutas que remetem à ao cuidado, de si (autoimagem) e dos outros, à delicadeza, ao zelo. A formação dessas características contribui para a ideia propagada no senso comum a respeito da maturidade das meninas em relação aos meninos, como se estas fossem naturalmente mais organizadas e cuidadosas. Assim, vemos que as mesmas aptidões são menos ensinadas aos meninos, isto é, as exigências para com a organização da rotina são distintas a ambos.

Preparar as crianças para a atividade de estudo significa propor atividades cognitivas complexas que estejam no nível de desenvolvimento próximo (imminente) dos alunos, ou seja, que estejam dentro de suas possibilidades de realização, com a ajuda de outra criança mais experiente ou de um adulto (Vigotski, 2003). Esse interesse não ocorre espontaneamente; ele exige, sim, uma organização do processo pedagógico (Martins & Facci, 2016, p. 164-165).

Do exposto até o momento, buscamos evidenciar como o processo de desenvolvimento, a superação do funcionamento mais elementar do psiquismo em direção às funções psíquicas superiores não se trata de um movimento evolutivo natural. Pelo contrário, a atividade principal, o elo entre a criança e o meio em que vive e se desenvolve, ocupa o centro da análise da periodização do desenvolvimento. Em síntese, cada atividade deixa legados ao psiquismo, resultado de complexas apropriações da cultura humana, o que possibilita que a criança amplie suas possibilidades enquanto indivíduo, no estabelecimento de relações conscientes com o mundo e com os outros (Tuleski & Eidt, 2016).

Disso decorre que a atividade da criança não está determinada por seu sexo, mas pelo conjunto de relações sociais, que são o fundamento do desenvolvimento das funções psíquicas superiores. Não se trata, portanto, de uma atividade própria de um sexo ou outro, mas de um conjunto rico e complexo de produtos do desenvolvimento da humanidade a serem apropriados pela criança. O conteúdo principal que nos permite identificar os meninos como um grupo no qual o diagnóstico de TDAH incide mais fortemente não está na biologia, mas no sistema de relações sociais que fundamentam sua atividade, ao longo dos períodos de desenvolvimento que destacamos. Relações sociais estas que educam distintamente meninos e meninas, e que impactam, por sua vez, no conteúdo da atividade, na formação de motivos, no desenvolvimento de interesses e controle da conduta.

Assim, analisar as funções psíquicas superiores deve partir da relação entre a criança e o meio social, no modo que se estruturam as atividades principais em cada período. A seguir, propomos abordar o desenvolvimento da atenção voluntária, buscando evidenciar o caráter social e material desta função psíquica. Dessa forma, distanciamos-nos das perspectivas que consideram os fenômenos da desatenção ou hiperatividade como relativos ao desenvolvimento individual pautado nas diferenças biológicas entre os sexos. Compreender a gênese social das funções psíquicas superiores nos auxilia no processo de desvendamento do caráter cultural do diagnóstico do TDAH na infância, marcado pelo sistema sexo/gênero explicitado anteriormente.

3.3 A biologia é o destino? Relações de gênero no TDAH a partir do nexos biopsíquico

Do que foi exposto até o momento, buscamos evidenciar as bases materiais e psíquicas do desenvolvimento humano, colocando relevo nas relações de gênero tal como se estruturam na sociedade patriarcal capitalista (Souza, 2006) e como refletem na forma como a criança se

desenvolve em sua vida singular. Dessas considerações, podemos apresentar as primeiras sínteses deste estudo, já que não pretendemos esgotar o assunto, acerca do lugar que as relações de gênero ocupam na determinação do TDAH na infância.

Tratando propriamente do desenvolvimento das funções psíquicas superiores e da capacidade de controlar de forma consciente o comportamento, não podemos deixar de aludir ao papel que a linguagem simbólica exerce nesse processo, tal como trabalhado por Vigotski (2000) e Luria (1966). Já esclarecemos anteriormente que a diferença fundamental entre o desenvolvimento evolutivo e cultural dos seres humanos é a formação dos chamados órgãos artificiais, a saber, as ferramentas concretas que tornam possível a superação do desenvolvimento puramente orgânico do sistema nervoso. Recordemos também que essas ferramentas técnicas são a forma de mediação direta do ser humano na natureza, de modo a curvá-la a suas necessidades, tornando possível, com isso, o desenvolvimento de novos comportamentos e atividades. Na atividade de trabalho desenvolveu-se nos seres humanos a necessidade de comunicação, por meio dos signos (ferramentas simbólicas), com fins de organização do processo de intervenção na natureza, que acarretou a modificação física e psíquica da espécie (Vigotski, 2000).

Por meio da comunicação, o ser humano age sobre o comportamento alheio ao mesmo tempo em que age sobre si mesmo, ou seja, interfere artificialmente em seu próprio comportamento e na realidade. De acordo com Vigotski (2000), do ponto de vista psicológico, a diferença crucial entre o ser humano e os outros animais é a capacidade de criar e utilizar signos como mediação no bojo de sua atividade na realidade.

Em suma, é a sua capacidade de dar significado às coisas do mundo, que duplica esta realidade, ou seja, reflete-a em seu psiquismo, sendo capaz de distanciar-se dela e, por isso, antever os resultados de suas ações externas. Pela introdução desses estímulos artificiais, os signos, a adaptação dos humanos à natureza deixa de ser passiva e se torna ativa, pois se utiliza dos vínculos entre estes para regular-se internamente. É a vida concreta coletiva, portanto, que cria a necessidade de que a conduta seja subordinada às exigências sociais, ou seja, do próprio curso de produção e reprodução, possibilitando a formação de sistemas complexos de significação, sendo a linguagem simbólica o sistema fundamental de relação social entre os indivíduos.

Ao investigar o desenvolvimento da linguagem, de influência social para meio regulador da conduta, Vigotski (2000) nos afirma que as relações sociais que os adultos estabelecem com a criança desde o nascimento dão início a esse processo. Conforme Luria (1991):

Desde o momento em que nasce, a criança forma o seu comportamento sob a influência das coisas que se formaram na história: senta-se à mesa, come com colher, bebe em xícara e mais tarde corta o pão com a faca. Ela assimila aquelas habilidades que foram criadas pela história social ao longo de milênios. Por meio da fala transmitem-lhe os conhecimentos mais elementares e posteriormente, por meio da linguagem, ela assimila na escola as mais importantes aquisições da humanidade. A grande maioria *de conhecimentos, habilidades e procedimentos do comportamento* de que dispõe o homem não são o resultado de sua experiência própria, mas *adquiridos pela assimilação da experiência histórico-social de gerações*. Este traço diferencia radicalmente a atividade consciente do homem do comportamento do animal. (Luria, 1991, p. 73, grifos nossos).

O autor evidencia que a experiência cultural – habilidades, conhecimentos, comportamentos –, transmitida na relação entre adulto e criança é o fundamento para o desenvolvimento da atividade mental da criança, para a formação de novos sistemas funcionais. Os estudos de Luria (1981) sobre o desenvolvimento do cérebro e do psiquismo estão circunscritos num contexto de esforços na área da neuropsicologia de apreender a gênese, estrutura e funcionamento da atividade consciente para além das concepções clássicas que ora pendiam para o localizacionismo estreito das funções mentais, ora para a visão holística e metafísica⁸¹. Segundo Tuleski (2011), o autor buscava compreender a estrutura cerebral numa perspectiva que superasse as visões predominantes sobre o desenvolvimento cerebral: as concepções mecanicistas sobre o cérebro como um sistema passivo.

Mais do que processos determinados pela experiência pregressa do indivíduo, o funcionamento cerebral se caracteriza pela capacidade de elaborar planos e metas para o futuro, de modo a moldar o comportamento humano e subordiná-lo a determinados objetivos. Com base num conjunto de conhecimentos acumulados em várias áreas, como a morfologia, a fisiologia, a clínica médica e a psicologia, fundamentando-se no aporte materialista histórico-dialético acerca do desenvolvimento, Luria (1981) propôs o entendimento do cérebro como uma constelação de sistemas funcionais, o que perpassa pela revisão do conceito de função.

Para o autor, o conceito de função é mais complexo do que uma atividade de adaptação do organismo, que costumava direcionar o estudo dos órgãos do corpo, dentre estes o cérebro. Entendia-se: se o sistema respiratório permite que se realize a conversão do gás carbônico em oxigênio a ser absorvido, então a sua “função” é adaptar o organismo a este meio que contém essa propriedade. Por outro lado, Luria (1981) nos explica que, como o

⁸¹ Segundo o localizacionismo estreito, cada função é executada por uma porção específica do cérebro. Em contrapartida, a visão holística acerca das funções cerebrais surgiu como contraponto a tal perspectiva, e explicava o funcionamento cerebral como um movimento unitário de todas as partes do cérebro, isto é, que na execução de toda e qualquer função estava envolvida igualmente todas as partes do mesmo (Tuleski, 2011).

sistema respiratório que envolve o trabalho específico de várias partes (órgãos, músculos, tecidos, etc.) para cumprir com o objetivo da respiração, assim também se organiza o cérebro, com vários pontos interligados de acordo com determinado objetivo, de acordo com a efetivação de uma determinada função. Pode ser que, caso um dos pontos intermediários falhe ou não atue normalmente, é possível que ocorra uma “substituição”, um caminho alternativo. Sendo assim, a lesão em uma parte do cérebro não compromete determinada função, mas as funções psíquicas que estão relacionadas aquela região.

Nessa direção, o autor propõe que a “função” está relacionada a uma complexa atividade exercida por um sistema de órgãos em conjunto, sendo estes integrantes de um sistema funcional, cada um com um papel específico que garante o sucesso do funcionamento sistêmico. Assim, aponta o autor que “[...] *o sistema funcional representa um complexo todo dinâmico, no qual o objetivo final permanente ("invariante") é realizado pelo sistema mutável ("variante") de suas partes componentes.*” (Luria, 1991, p. 89, grifos do autor).

Os processos mentais ocorrem por meio do trabalho em concerto de diversos grupos e estruturas cerebrais, com cada uma delas tendo contribuição particular para a organização do sistema. O autor esclarece que o cérebro é composto por três sistemas funcionais⁸². O primeiro deles é responsável pela **regulação do tônus, vigília e estados mentais**, e garante a ocorrência de processos de recebimento da informação, da manutenção desta, o planejamento e a execução de um comportamento. O tônus precisa estar em um estado ótimo para que os demais processos ocorram, é preciso a manutenção do estado de excitabilidade do cérebro, onde diversas informações cumprem seu devido papel. O segundo sistema funcional, ou a unidade para **receber, analisar e armazenar informações** assegura o recebimento da informação (pelos órgãos dos sentidos e funções orgânicas internas), sua análise e manutenção. Por fim, o terceiro sistema funcional, a unidade responsável pelas funções de **programar, regular e verificar a atividade mental**, opera com a **intenção do comportamento, seu planejamento e garantia de execução**, bem como comparação e correção de ações (Luria, 1981).

⁸² Os três sistemas funcionais possuem sua própria estrutura hierarquizada composta por três zonas corticais: as áreas primárias (ou de projeção), que recebem ou enviam impulsos da periferia; as secundárias (de projeção-associação), responsáveis pelo processamento e programas das informações recebidas; e, finalmente, as zonas terciárias (de superposição), que se desenvolvem mais tardiamente e são responsáveis pela atividade mental mais complexa do ser humano. A especificidade do trabalho de cada sistema funcional não deve contrariar o princípio do cérebro como “estrutura sistêmica de processos psicológicos complexos”, isto é, inferir que os três sistemas não interagem entre si para a efetivação da atividade consciente. Pelo contrário, Luria (1981) adverte que se trata de um funcionamento em conjunto dos três sistemas cerebrais.

Vigotski (2018) afirma que, em termos filogenéticos, a base das funções elementares é mais ou menos comum em todos os animais invertebrados. Ou seja, em animais que não possuem formações superiores, como é o caso do córtex no ser humano, as funções cerebrais são exercidas pelos centros inferiores. Nos animais que se encontram em estágio superior, essas funções são realizadas pelos centros superiores. No caso do ser humano, Luria (1981) sinaliza que o aperfeiçoamento funcional do cérebro deriva do trabalho e da apropriação das novas aquisições produzidas por essa atividade. O funcionamento cerebral de alta complexidade, a atividade consciente, desenvolveu-se mais tardiamente, como produto da atividade humana regulada pela fala.

[...] O funcionamento cerebral humano de alta complexidade se desenvolveu na filogênese por meio da atividade humana, sendo também por meio desta que se desenvolve nas novas gerações, o que evidencia a unidade dialética entre mente e corpo, que se constitui, fundamentalmente, a partir do trabalho (Tuleski, 2011, p. 183).

Com base na compreensão de Luria (1981) sobre os sistemas funcionais evidencia-se o que buscamos elucidar ao longo desta pesquisa, que o desenvolvimento das formas superiores de conduta se fundamenta na assimilação da experiência humana historicamente elaborada, e não da maturação orgânica de determinadas funções ou estruturas. Com o crescente domínio da linguagem simbólica ao longo dos estágios de desenvolvimento abordados anteriormente, na criança se desenvolve um tipo qualitativamente distinto de atividade psíquica. E aqui, podemos relacionar o desenvolvimento da atenção voluntária como produto da apropriação dos signos⁸³ (Ferracioli, 2018), processo interpolado pelas mediações disponíveis, que permitem que a criança seja cada vez menos subordinada ao funcionamento orgânico da atenção, e cada vez mais seja capaz de subordiná-la à sua atividade. Esta compreensão nos permite discutir para além dos limites orgânicos as queixas de desatenção ou, comumente denominadas no cotidiano de “falta de atenção”, que levam a suspeitas e, correntemente, ao processo de avaliação e diagnóstico de TDAH.

3.3.1 Desenvolvimento da atenção voluntária

⁸³ Limitamo-nos a expor o desenvolvimento da atenção voluntária de forma geral, uma vez que nosso objetivo fundamental foi analisar as relações de gênero presentes no diagnóstico do TDAH. Recomendamos, portanto, a leitura dos estudos completos de autores e autoras clássicos (Vigotski, 2000; Luria, 1981; Luria, 1991; Smirnov & Gonobolin, 1960) e contemporâneos (Leite, 2015; Lucena, 2016, Ferracioli, 2018) para análise mais aprofundada da referida função.

Conforme Vigotski (2000) a atenção voluntária se caracteriza como etapa superior da atenção involuntária ou natural. Esta, por sua vez, pode ser caracterizada como um reflexo de orientação a partir das mudanças do meio externo (Smirnov & Gonobolin, 1960). Isto é, a atenção involuntária se relaciona a um estado de excitação nervosa sensível aos fatores ambientais, como a intensidade, a novidade, o movimento, a repetição do estímulo, dentre outros aspectos presentes. Porém, a atenção voluntária não substitui mecanicamente a função elementar, mas se apoia nela para se desenvolver. Por exemplo, se um barulho extremamente alto é produzido no ambiente, reagimos instintivamente a ele, o que evidencia que a atenção involuntária não deixa de existir, mas é subordinada ao componente cultural da função. Vigotski (2000) esclarece que a internalização dos signos social e historicamente formulados, que exercem função mediadora da atividade do indivíduo, instaura capacidades voluntárias em todas as funções psíquicas superiores, incluso a atenção. Dessa forma, tornamo-nos capazes de nos concentrar em uma atividade mesmo quando o ambiente externo oferece estímulos diversos.

[...] A atenção voluntária é um processo de atenção mediada enraizada interiormente e que o próprio processo está inteiramente subordinado às leis gerais do desenvolvimento cultural e da formação de formas superiores da conduta. Isso significa que a atenção voluntária, tanto por sua composição, como por sua estrutura e função, não é simples resultado do desenvolvimento natural, orgânico da atenção, e sim o resultado de sua transformação e reestruturação através da influência de estímulos-médios e externos (Vigotski, 2000, p. 224, tradução nossa).

Em termos ontogenéticos, Vigotski (2000) localiza o gesto indicativo do adulto para o bebê como um dos primeiros momentos fundamentais do desenvolvimento da atenção voluntária com base na involuntária. Nessa ação, a atenção da criança é direcionada externamente pelo adulto, e o gesto exerce função de estímulo atrativo. Por sua vez, os gestos que o bebê realiza são interpretados pelo adulto, que responde a eles, estabelecendo-se uma relação social e afetiva entre ambos que opera na regulação do comportamento. Percebe-se, tal como o autor pontua, o desenvolvimento dessa função obedece à lei geral do desenvolvimento, de que toda função intrapsicológica é antes interpsicológica, assentada na relação com o outro. Como já pontuado, nesse estágio do desenvolvimento, a mediação da conduta do bebê é totalmente interpsíquica, sendo que a atenção involuntária paulatinamente deixa de ser exclusivamente instintiva para atingir as primeiras formas culturais (Ferracioli, 2018).

A aquisição da linguagem, ainda que incipiente nos primeiros anos de vida se constitui como traço das primeiras manifestações do caráter interpsíquico da mediação do

comportamento. Ou seja, trata-se um processo que só ocorre na relação social entre o adulto e a criança. Nesse sentido, a atenção pode também ser internamente conduzida pela mediação dos signos. Como observamos no subitem anterior, o terceiro ano de vida marca momento crucial na vida da criança, com as mediações dos signos assumindo contornos centrais, em termos de seleção de estímulos, manutenção da imagem focal e orientação da atividade da criança dirigida por motivos conscientes (Ferracioli, 2018). Nas palavras de Vigotski (2007):

O uso de signos auxiliares rompe com a fusão entre o campo sensorial e o sistema motor, tornando possível assim novos tipos de comportamento [...] A criança que anteriormente solucionava o problema impulsivamente, resolve-o, agora, através de uma conexão estabelecida internamente entre o estímulo e o signo. O movimento, que era anteriormente a própria escolha, é usado agora para realizar a operação já preparada. O sistema de signos reestrutura a totalidade do processo psicológico, tornando a criança capaz de dominar o seu movimento. (Vigotski, 2007, p. 27).

Da passagem acima, elucida-se que essa etapa da vida da criança caracteriza os primórdios do comportamento voluntário, que ela inicia o processo de resolução das demandas do meio de forma mais mediada e menos impulsiva. Com crianças sendo diagnosticadas com TDAH já nos primeiros anos de vida por conta de queixas de desatenção e hiperatividade, percebe-se um movimento de patologização de comportamentos que nada mais são do que manifestações iniciais do desenvolvimento da atividade consciente. Além disso, destacamos a preocupação do que pode ocorrer no processo de desenvolvimento cultural da atenção das crianças pequenas quando são medicadas ainda na etapa da educação infantil, como vimos no segundo capítulo, com medicamentos que interferem diretamente no sistema nervoso, alterando-o.

Ao abordar o papel da internalização de signos no desenvolvimento da atenção voluntária em contexto escolar, Ferracioli (2018) põe o acento no caráter seletivo que essa função desempenha frente à ampla gama de estímulos e informações que chegam ao cérebro⁸⁴. Nessa direção, parte do exposto por Luria (1981) acerca do papel seletivo presente no sistema da conduta: estar atento a algo significa selecionar os estímulos objetivos e subjetivos que afetam o indivíduo e, a partir do processamento destes, planejar e concatenar ações numa determinada atividade. Nesse ponto, torna-se clara a relação que Vigotski (2010)

⁸⁴ O autor identifica quatro propriedades fundamentais da atenção, sendo estas: tenacidade, vigilância, amplitude e distribuição. De modo geral, a tenacidade é a ação de se estabelecer foco em determinado objeto, dando-lhe relevo em detrimento de outros estímulos percebidos. A vigilância possui relação inversa com a propriedade anterior, ao passo que o sujeito não está atento a nenhum ponto específico, não estando atento a nada e a tudo ao mesmo tempo. A amplitude envolve demandas atencionais com mais de um foco, ou seja, a ação de ampliar o campo atencional para vários focos ou atividades simultâneas. Por fim, a distribuição se relaciona à fluidez do foco, à possibilidade de se movimentar de um a outro foco pelos fins da atividade estabelecida (Ferracioli, 2018).

estabelece entre a atenção e a distração, pois a atenção dirigida a um determinado ponto implica, necessariamente, estar distraído a todo o resto. Por esse motivo, seria errôneo considerar que uma criança “não tem atenção” ou que “não consegue” prestar atenção. A explicação dos autores sobre o desenvolvimento cultural da atenção voluntária evidencia o fato de que “aprendemos a atentar”, ou seja, que a atenção voluntária não é produto natural da maturação orgânica.

Ao passo que os animais precisam ver para guiar sua atenção, o ser humano deve prestar atenção para notar, ver, ouvir e distinguir os sons, contemplar algo, etc. Novamente, enfatizamos o papel da linguagem na reorganização desse processo perceptivo. Vigotski (2007) afirma que por meio da linguagem a criança se torna capaz de operar com a atenção de modo dinâmico, para além da situação imediata, podendo transitar entre presente e passado e traçar perspectivas futuras. Em síntese, planejar suas ações, controlar seus impulsos para executar uma tarefa posta. Assim, a relação entre a criança, suas ações e o meio, mediado por suas necessidades e motivações socialmente enraizadas, altera-se radicalmente, o que compreende uma verdadeira revolução no sistema atencional voluntário. Ela não mais se guia somente pelo resultado da ação, mas se empenha em termos de voluntariedade do comportamento para solucionar o problema proposto e assim, alcançar seus objetivos.

Ainda sobre as especificidades dessa função, Ferracioli (2018) esclarece que, diferente da memória, da percepção, da linguagem, etc., a atenção não traz consigo conteúdos específicos. Isto é, ao passo que estas funções se manifestam como atividade orientada a um objeto, a atenção opera de maneira transversal a todas elas, tomando de empréstimo os conteúdos mobilizados por esta e destacando-lhes do fundo. Num determinado ponto da atividade de estudo, num exercício de matemática, é evidente que estão mobilizadas e trabalhando em concerto diversas funções. No curso da atividade, digamos que a criança precise recordar certa fórmula matemática. Recordar, resgatar algum conteúdo da memória só é possível se a criança está atenta ao que se está estudando, às operações necessárias para resolver o problema proposto. É nesse sentido que o autor aborda o “empréstimo” de conteúdos de outras funções pela atenção, transformando memória, percepção, imaginação, etc., em atividade orientada.

[...] a atividade de estudo, por exemplo, sem objeto/objetivo bem delimitados para os alunos, pode se esvaziar de seus conteúdos, conseqüentemente dificultando o papel orientador da atenção às finalidades daquilo que se faz, haja vista que esta função não mobiliza conteúdos por si. Muitas vezes o que se chama desatenção nada mais é que o esvaziamento ou imprecisão de conteúdos de ensino sobre os quais o aluno deve se atentar enquanto percebe, pensa, lembra, imagina em sua atividade de estudo (Ferracioli, 2018, p. 54).

Dessa forma, compreender o desenvolvimento da voluntariedade da atenção da criança perpassa o entendimento de que se trata de uma função que se forma na atividade, conduzida por motivos direta ou indiretamente ligados a ela. Trata-se, pois, não de um dado pronto da biologia deste ou daquele indivíduo, mas de uma verdadeira conquista alcançada graças às relações intersíquicas estabelecidas em determinadas condições de vida e contexto sociocultural (Ferracioli, 2018). Por esse motivo, incorremos no erro se consideramos somente a dimensão individual ao tratar da atenção voluntária e do autocontrole do comportamento, sem examinarmos as referidas determinações.

Analisar o desenvolvimento da atenção voluntária sem levar em conta que em nossa sociedade estamos sendo constantemente bombardeados por estímulos visuais e sonoros, muitas vezes em padrões de vida que exigem que executemos múltiplas tarefas ao longo do dia, às vezes ao mesmo tempo, e de forma cada vez mais rápida, nos conduz à falsa interpretação sobre o fenômeno da desatenção, que de fato pode existir, em qualquer fase da vida, a depender da atividade que o sujeito realiza. Partir dessa concepção biologizante, considerando qualquer marca que fuja à norma como patologia da atenção, seja em contextos de ensino ou fora dele, ignorando a gênese social, extracortical desta função, pode explicar, mesmo que em partes, visto ser este um fenômeno multideterminado, os crescentes índices de diagnósticos de TDAH, na transição da educação infantil para o ensino fundamental e, por consequência, os alarmantes índices de medicalização na infância, tanto de meninos como meninas.

3.3.2 As dimensões singular-particular-universal na determinação social do TDAH

A partir do que foi abordado acerca das características da atenção voluntária se evidencia que o curso de seu desenvolvimento abrange uma longa trajetória que se inicia já quando o bebê nasce, imerso num determinado contexto, e que se engaja mediado pelos adultos em diversas atividades. Nesse processo, essa função se transmuta em meio de controle do próprio comportamento, isto é, torna-se internalizada. Reduzir este complexo caminho em uma porção de genes, caminhos neurais, excesso ou falta de neurotransmissores ou ainda, a determinados caracteres sexuais, a uma pré-disposição de um grupo de indivíduos, significa desconsiderar as propriedades dessa função, sua inter-relação com as outras funções psíquicas e, principalmente, preterir das mediações que engendram a atenção voluntária em contextos

que esta seja exigida, como ocorre na escola. Como sintetiza Ferracioli (2018), a formação dessa função:

[...] Não é tão simples nem tão espontânea ou instantânea quanto se poderia supor em sua aparência, muito menos seria garantida pela simples maturação orgânica ou pelo uso de fármacos de ação neurológica, ignorando-se todas estas condições intersíquicas para sua gênese e complexificação, como fazem os organicistas que compactuam com a medicalização da infância ou mesmo da adolescência, relacionada a queixas de desatenção e hiperatividade/impulsividade. (Ferracioli, 2018, p. 63).

Finalizada a análise dos aspectos centrais do desenvolvimento da atenção voluntária, podemos expor as sínteses elaboradas ao longo do estudo, relacionadas ao nosso objeto, as relações de gênero presentes no diagnóstico do TDAH. A primeira delas é a afirmação das **funções psíquicas superiores como produtos possíveis de serem desenvolvidos em todos os seres humanos, e não próprias de um sexo ou outro**. Disso decorre que o que se altera é como o indivíduo singular, interposto pelas mediações, vai se apropriar do que é universal. Da relação entre as dimensões singular-particular-universal (Oliveira, 2005) entende-se que o ser singular, o indivíduo, não traz em sua carga genética ou numa “essência”, a humanidade: a vida em sociedade é a fonte da humanização; o indivíduo, portanto, uma síntese de múltiplas determinações. Já se torna claro, portanto, que a capacidade singular de focalizar a atenção, de controlar o próprio comportamento, não se restringe a um componente genético ou traços biológicos presentes no sexo masculino ou feminino, mas deriva da qualidade das mediações que perpassam o desenvolvimento do sujeito.

Nosso cuidado ao partir desta afirmação é o de não cair numa concepção idealista acerca da relação entre universalidade e singularidade, como se não fosse preciso adentrar no campo das particularidades. No caso do TDAH na infância, podemos afirmar **as relações de gênero como uma particularidade crucial na determinação do fenômeno, sem esquecer que o processo de concreção da universalidade no indivíduo singular ocorre por meio da atividade humana**, e não como processo autodeterminado.

Cada uma de suas relações *humanas* com o mundo, ver, ouvir, cheirar, degustar, sentir, pensar, intuir, perceber, querer, ser ativo, amar, enfim, todos os órgãos da sua individualidade, assim como os órgãos comunitários, são no seu comportamento *objetivo* ou no seu *comportamento para com o objeto* a apropriação do mesmo, a apropriação da efetividade humana; seu comportamento para com o objeto é o *acionamento da atividade humana* (por isso ela é tão múltíplice) quanto múltíplices são as *determinações essenciais e atividades humanas* (Marx, 2010, p. 108, grifos do autor).

Nessa passagem Marx (2010) se refere ao processo de vir-a-ser social e histórico que cria o humano no indivíduo singular (Oliveira, 2005), atravessado pelas mediações sociais, as relações de gênero, de classe, de raça, bem como a geração, o contexto cultural, etc. A apreensão desse movimento passa, necessariamente, pela compreensão dessas mediações, o que permite que nos distanciemos das especulações metafísicas sobre as abstrações, sobre o universal, como se observa nos termos “essência humana”, “natureza feminina”, “natureza masculina”...

Como exposto, a dimensão da particularidade atravessa a relação entre a universalidade e a singularidade que, na sociedade capitalista de classes se expressa na contradição entre o desenvolvimento do gênero humano e o desenvolvimento do indivíduo singular (Leontiev, 2004). Oliveira (2005) explica que a existência concreta da genericidade da vida social não implica necessariamente na apropriação da mesma pelo indivíduo, em termos de objetivação plena dele enquanto ser genérico. Na contradição da sociedade de classes, o gênero humano se torna cada vez mais livre e universal, ao passo que o ser singular se torna cada vez menos livre e universal, mais alienado. Nesse processo, características singulares dos indivíduos, que de fato são diferentes e irrepetíveis em cada um, são interpretadas como dados de sua biologia, traços individuais e autodeterminados. Servem ao propósito, por exemplo, de explicar problemas de ordem social por meio do indivíduo isolado, responsável pelo seu sucesso ou fracasso e determinado seja por sua carga genética, seja por seu sexo ou raça, como no caso da medicalização da vida.

Como estamos na sociedade de classes os polos da relação indivíduo sociedade se mostram necessariamente antagônicos, já que este antagonismo é um reflexo das relações sociais de produção que servem à subordinação e domínio - a sociedade de classes. Nesse modo em que o raciocínio fica restrito ao imediatamente dado, às meras manifestações fenomênicas, a vida do homem singular é vista como algo contraposto à totalidade social (Oliveira, 2005, p. 06).

Permeado por essa contradição real, o que observamos na análise dos diagnósticos de TDAH na infância é um obscurecimento da particularidade, isto é, uma supressão do polo das mediações para se compreender como, no fenômeno em análise, estão implicadas as relações de gênero estruturadas com base no patriarcado capitalismo. Perdendo-se de vista essa particularidade, a nosso ver, fundamental, o que é dado aparente (meninos são mais diagnosticados com TDAH do que as meninas) torna-se uma abstração vazia, transforma-se num transtorno ligado ao sexo. Em contraste a isso, partimos do exposto por Marx (2010): o

indivíduo é ser social, mesmo que a manifestação de sua vida não surja diretamente da manifestação coletiva, ela constitui a expressão de sua vida social.

Acerca do teor da relação entre indivíduo singular e gênero humano, Oliveira (2005) nos esclarece as mediações como constituintes de determinado fenômeno, que explicam seus mecanismos de existência singular e afetam seus modos de ser. A caracterização da particularidade é indispensável para compreender como se dá a concretização da universalidade no vir-a-ser do singular, de seu movimento no real. As relações de gênero, tal como buscamos expor como forma específica de organizar os processos de produção e reprodução da vida com base nas diferenças sexuais, mostrou-se uma importante particularidade na determinação do TDAH na criança singular, o que nos auxiliou a apreender a disparidade de diagnósticos, bem como seus reflexos nos índices de medicalização na infância.

A supressão do polo particular, ou seja, partir da aparência, do imediatamente dado em relação aos índices diagnósticos, relacionando este aspecto a um caractere genético ou sexual na determinação do fenômeno, passa por cima do caráter de classe da sociedade, bem como das relações sociais de gênero de raça. Essa perspectiva parcial assume as mediações sociais como dados “naturais”, fatores ou determinantes sociais, parte necessária das relações entre as pessoas e, portanto, imutáveis ou eternas.

Ao passo que o desenvolvimento das funções psíquicas superiores é determinado pela experiência social e cultural, pelas possibilidades de apropriação dos signos, o desenvolvimento do indivíduo como ser singular poderá tomar determinada direção, o que implica nas distinções conforme o sexo. Souza (2006) nos alerta a partir disso que, numa sociedade que opera a educação de gênero, no sentido de “preparar” meninos e meninas para exercerem atividades diferentemente consideradas adequadas, a apropriação do patrimônio cultural humano também será atravessada por essa desigualdade. Conforme a educação de gênero, que defendemos ser superada:

[...] para os meninos, brincadeiras na rua, que envolvem mais pessoas e mais contatos, brinquedos, que podem ser quebrados, permitem construir pensamentos mais amplos; quanto às meninas, não existe troca com seus pares, confinadas em casa, seus brinquedos não podem ser destruídos, devem ser preservados, daí o limite de possibilidades de pensamento abstrato, que interfere no seu desenvolvimento intelectual, pois, para Vigotski (1998b), o crescimento intelectual da criança depende de seu domínio dos meios sociais do pensamento, isto é, da linguagem (Souza, 2006, p. 123-124).

Tal como buscamos esclarecer, a constituição do gênero não se dá como processo individual e interno, mas na concretude das relações sociais, objetivada materialmente na atividade principal de cada período, nos brinquedos, instrumentos, e, intersubjetivamente, nos afetos destinados para cada gênero, nas aspirações e projetos estimulados em cada um. As funções psíquicas, assim, terão como uma determinação a constituição do gênero, com a afetividade sendo superestimulada nas mulheres, treinadas desde cedo para a maternidade, e a racionalidade encorajada nos homens, treinados para serem “grandes” mentes. O mesmo com relação à esfera física, as meninas mais ensinadas à contenção de seus atos motores e os meninos mais estimulados nesta esfera.

Por mais que não haja diferença biológica na capacidade de aprender, seja o indivíduo homem ou mulher, existem as diferenças que são de ordem cultural, de como, quando e quais conteúdos os indivíduos aprendem, ao longo do seu desenvolvimento (Souza, 2006). Recordemos o apontado por Vigotski (2018) acerca da lei geral do desenvolvimento: um processo no qual a pessoa, desde o nascimento até a vida adulta, no caminho de constituição de sua personalidade, abrange um sistema intersíquico complexo, que não se desenvolve de forma homogênea em todos os seus aspectos. Assim, os diferentes níveis de aprendizagem, de interesses, de comportamentos são resultado das mediações possibilitadas. As desigualdades relativas aos interesses, aos estudos, às ocupações, não derivam de diferenças sexuais de homens e mulheres, e sim do modo como se estruturam as aprendizagens conforme se direcionam para homens e mulheres, impactando, portanto, no desenvolvimento cultural diferenciado, parcial (Souza, 2006).

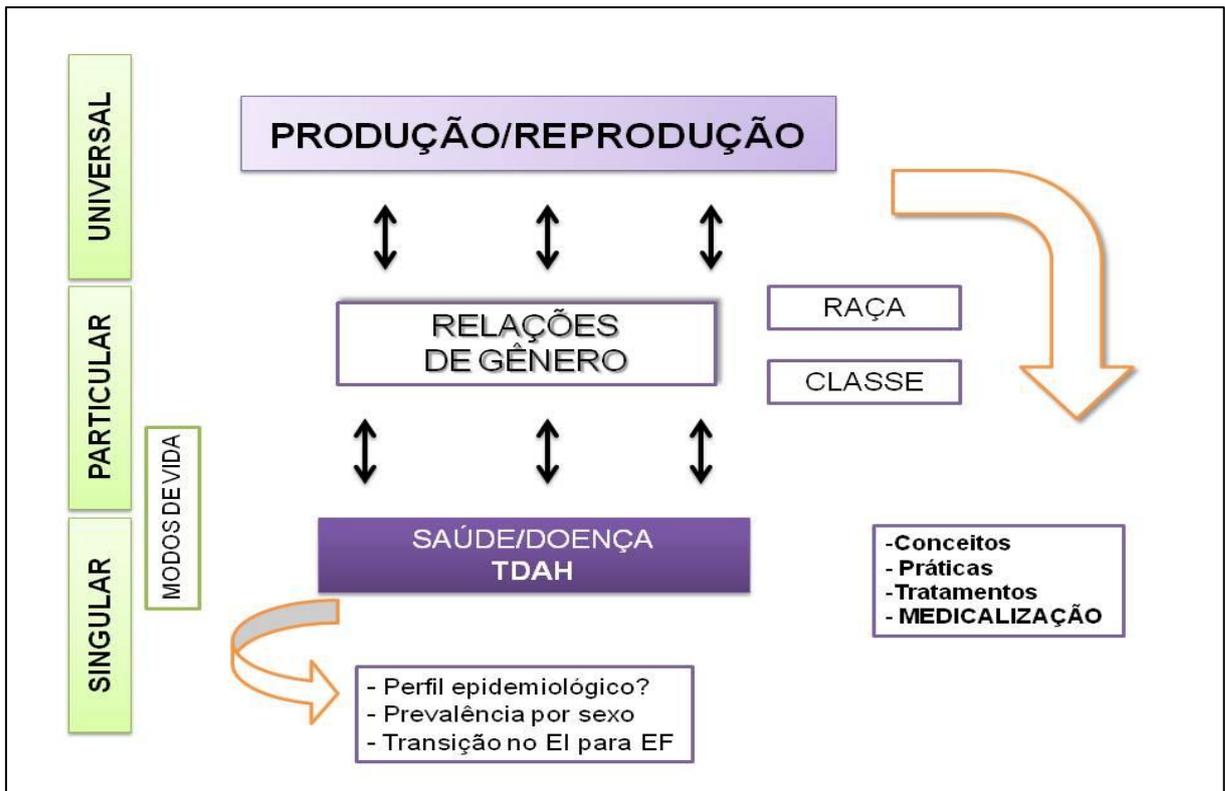
A universalidade se expressa na condição de todos os seres humanos serem dotados da potencialidade de se apropriar dos produtos da humanidade, de internalizar os signos, de desenvolver suas funções psíquicas superiores, mas, contraditoriamente, essa possibilidade não se expressa para todos, mediada que está pela particularidade, pela distinção dos seres humanos entre gêneros, raças, classes antagônicas, entre aqueles que tudo tem e aqueles que têm o mínimo para sobreviver. Na singularidade se expressa essa tensão, e um dos produtos desse movimento, mediado pelas relações de gênero, é a expressão do TDAH na infância tal como buscamos elucidar nos índices quantitativos.

Assim, analisar os diagnósticos de TDAH na infância, de forma a não somente questionar perspectivas naturalizantes, mas de fato iniciarmos sua compreensão mais radical, perpassa pela captação de cada vez mais mediações particulares desse fenômeno, pois, “o singular é tão mais compreendido, quanto mais se tenha captado suas mediações particulares com a universalidade” (Oliveira, 2005, p. 20). Por isso, foi necessário recorrermos à história

da conformação desse transtorno como entidade diagnóstica e a gênese social dos processos saúde-doença no contexto do século XX. Isso implica, necessariamente, em não subtrair a importância das relações de gênero, tal como se estruturam na sociedade capitalista patriarcal e que buscamos explicitar em suas bases materiais e sociais, geradas nas relações estabelecidas de produção e reprodução da vida, que alicerça distintas qualidades, papéis sociais e processos educativos de acordo com o sexo do indivíduo.

Qual direção tomar a partir disso? Refutar as distinções singulares como expressão do universal, como dado natural do indivíduo, mas tomar como determinante esse contexto de relações sociais específicas, e como estas interferem nas formas individuais de viver, adoecer e se inserir no processo de produção e reprodução. Por consequência, como tais particularidades se configuram como conteúdo da determinação de doenças, práticas, tratamentos e, conseqüentemente, na medicalização de meninos e meninas. Por isso, buscamos finalizar nossa análise com mais uma síntese necessária à compreensão de nosso objeto. Aquela que evidencia uma tentativa de análise da determinação social do TDAH na infância a partir o nexos biopsíquico, acentuando a dimensão das relações de gênero no construto teórico do transtorno e tal como se expressa no contexto dos primeiros anos do século XXI, assolado pela expansão da medicalização da vida e da infância desde meados de 1960. Na figura 1, podemos visualizar a relação entre os processos de produção/reprodução da vida, mediados pela particularidade das relações de gênero, na determinação social do TDAH na infância.

Figura 1 – Relações de gênero no TDAH



Fonte: elaborado pela autora com base nos estudos marxistas sobre a determinação social da saúde-doença e relações de gênero (2018).

Conforme a figura acima, os processos de **produção/reprodução da vida**, isto é, como os sujeitos produzem os meios de sobrevivência e se organizam nesse processo (Marx & Engels, 2009), ocupam posição de destaque. Conforme Antunes (2009), as mudanças produzidas pelo processo de reestruturação produtiva a partir da década de 1970 tiveram como consequência maior degradação e precarização da vida dos trabalhadores e trabalhadoras, das famílias e da população em geral. Aliado a isso, vimos que nesse mesmo contexto, ocorre a expansão de práticas patologizantes e medicalizantes.

É inquestionável a importância da indústria farmacêutica nesse processo, pois ela é diretamente beneficiada pela expansão do espectro patológico, podendo assim, caracterizar-se como uma via quase inesgotável de lucros. Configura-se como um ramo da produção e fonte de acumulação, e faz parte da dinâmica que reordena as fontes de lucros na contemporaneidade, ainda que se torne também determinante para compreender essa dinâmica, reforçando-a e expandindo-a. A expansão da patologização e da medicalização passa a ser componente importante que afeta a vida singular dos indivíduos (Almeida & Gomes, 2014).

As **relações de gênero** ocupam a dimensão das particularidades, tal como demonstramos anteriormente, juntamente a outras particularidades que não se caracterizam como foco de nosso estudo, mas a depender da relação que se busca ressaltar, ocupam também posição de destaque. Na sociedade capitalista patriarcal, as relações de gênero são determinantes nos modos de educar conforme o sexo do indivíduo, instituindo comportamentos e qualidades desejáveis para cada um, de modo a garantir que ocupem seus postos no processo de produção (homens) e reprodução (mulheres) (Izquierdo, 2013).

O processo de produção/reprodução, mediado pelas particularidades, no caso, em centralidade as relações de gênero, interferem na determinação social dos processos saúde-doença e seus tratamentos derivados. Isso implica considerar os **modos de vida** em sua raiz histórica e social, isto é, que as variadas formas de viver, e, portanto, de produção de desgaste e sofrimento, dependem das diferentes formas concretas de o indivíduo se inserir e atuar na realidade da vida social (Breilh, 2010). Nesse sentido, o **diagnóstico do TDAH** inclui determinados traços, sintomas, comportamentos, que a depender do sujeito – menino ou menina – são considerados mais ou menos patológicos, o que explica em parte o perfil de sujeitos diagnosticados, ou como posto pelas manuais diagnósticos, a prevalência do transtorno entre os sexos, ou seja, a manifestação no ser singular que é interpretada como patologia orgânica⁸⁵.

Ademais, percebe-se a importância da educação escolar nesse processo, pois os diagnósticos de TDAH tendem a aumentar na transição da educação infantil para o ensino fundamental (vide capítulo II). O diagnóstico de transtornos de comportamento solicitado pela escola é um fenômeno enraizado no modo de viver concreto (Almeida & Gomes, 2014). Queixas de desatenção, agitação, hiperatividade, distração são interpretadas como sintomas de patologia à medida que se tornam obstruções no modo de vida singular da criança, quando interferem negativamente nos processos de ensino-aprendizagem. Porém, insistimos que não são traços individuais, biologicamente determinados, mas inseridos na dinâmica de respostas às novas exigências do processo mais amplo de produção/reprodução, ainda que não diretamente direcionadas à criança, mas no sentido de formar sujeitos mais produtivos, atentos, concentrados no cumprimento de metas e tarefas socialmente exigidas. Além disso, de que os traços interpretados como queixas variam conforme as relações de gênero: o que pode ser entendido como patológico para um menino, pode não ser para uma menina,

⁸⁵ A respeito de os meninos caracterizarem um perfil patológico do TDAH, adiantamos que são necessários mais estudos nesta direção, no sentido de analisar mais detidamente este grupo e precisar se tal conceito do campo da saúde coletiva é aplicável. Nosso objetivo, no momento, é elucidar que se trata de uma relação mais complexa do que o conceito grupo de risco, já explicitado no capítulo anterior.

conforme se estruturam essas desigualdades de comportamentos, formas de pensar, sentir e se relacionar de forma desejável.

A ampliação do espectro de patologias do comportamento – com categorias como o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade ou o transtorno desafiador e de oposição, dentre outros – *normatiza a infância a fim de constituir sujeitos cada vez mais concentrados e disciplinados*, menos dispersos, e ao mesmo tempo multifuncionais, cuja produtividade, ainda que farmacologicamente produzida, deve ser maior desde a escola (Almeida, & Gomes, 2014, p. 169, grifos nossos).

Posto que no processo de produção da vida na sociedade capitalista, os modos de vida são determinados pela inserção no mundo de trabalho, pelos postos que o indivíduo ocupa ou irá ocupar na sua vida adulta, isso se expressa em formas particulares de reprodução e desgaste que podem, por sua vez, manifestarem-se em obstruções em sua vida singular, como no caso do adoecimento (Breilh, 2010; Almeida & Gomes, 2014). A partir disso, temos que as manifestações de desgaste, interpretadas como sintomas de patologia, são produto desse padrão social de produção e reprodução, de formação da força de trabalho para fins de acumulação. No caso do TDAH na infância, podemos entender que **as queixas de desatenção, hiperatividade, distração, tomadas como sintomas de uma patologia orgânica, que atinge sobremaneira os meninos, são produto de um determinado modo de vida que tem na educação de gênero uma das fontes de distinção de qualidades e comportamentos requeridos**, seja de indivíduos mais ativos, mais aptos a ocuparem o lugar da produção da vida, seja mais passíveis, aquelas desejáveis à dimensão da reprodução de determinada forma de relação social entre os sexos.

A determinação social do TDAH, mediada pelas relações de gênero, também envolve a conformação de determinados **saberes, práticas e tratamentos para o transtorno**, que, por sua vez, são influenciadas pela categoria fundamental produção/reprodução, de modo que são estruturadas para atender aos padrões necessários à continuidade do modelo de acumulação capitalista. A **patologização e medicalização da infância** se conformam como meios de responder às demandas dessa sociedade, tentativas de normatizar e normalizar o indivíduo frente aos padrões de desgaste gerados por esse modelo de produção de valor e precarização da vida. A desatenção, a hiperatividade, a distração, são sinais desses padrões, e em sua gênese, processos socialmente enraizados. Junto à patologização e a medicalização, o diagnóstico e o tratamento são reduzidos ao plano individual, ao corpo orgânico, o que opera na ocultação das determinações sociais de saúde-doença e, em última instância, das

determinações sociais da própria vida humana, reproduzindo e ocultando as contradições sociais que estão na base dos processos de adoecimento.

Com esse quadro, concluímos que os índices diagnósticos do TDAH na infância, apurados e analisados pelo viés das relações de gênero nos levou à consideração de que o processo de formação das funções psíquicas superiores está mediado por essa particularidade fundamental. Desse modo, entendemos a atenção voluntária e o controle do comportamento como formações histórico-culturais (Tuleski, 2011), determinadas pelos processos educativos pelos quais a criança passa e que são determinados conforme a cultura, a organização da produção e reprodução da vida, bem como das relações de gênero estruturadas sobre a sociedade capitalista patriarcal.

Nesse sentido, concebemos que o desenvolvimento dessa função, bem como da atividade consciente da criança como um todo, será sim diferente e irrepetível. Porém, que isso não deriva de traços biológicos, mas sim dos processos de apropriação do patrimônio da humanidade disponível, pela possibilidade de assimilação dos instrumentos e signos historicamente desenvolvidos, processo mediado pelas relações sociais (Vigotski, 1999a). A atenção e a voluntariedade do comportamento, bem como seus duplos socialmente interpretados como negativos, a desatenção e a hiperatividade, têm seu curso de desenvolvimento interpolado por essas particularidades, pelas relações de gênero estruturantes dos processos educativos, pelo modo como socialmente a criança é qualificada como pertencente a um sistema de relações de gênero desde o seu nascimento. Por sua vez, torna-se claro como o processo de patologização e medicalização da desatenção e hiperatividade tem expressões diferenciadas de acordo com tais relações de gênero, portanto, manifestações distintamente qualificadas em meninos e meninas.

IV – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nosso estudo partiu dos dados quantitativos referentes aos índices de crianças diagnosticadas com TDAH para analisar qualitativamente o fenômeno da medicalização da infância, em sua existência concreta e socialmente determinada. A partir disso, pudemos elencar aspectos que nos auxiliaram a evidenciar seu impacto na vida singular de crianças, meninos e meninas, atingidos pelas normativas de comportamento e parâmetros de normalidade desde seus primeiros anos de vida.

Ao focalizar as relações de gênero presentes no processo de patologização e consequente medicalização da infância, pudemos aprofundar a análise para além das explicações organicistas e idealistas acerca do TDAH, de como atinge sobremaneira o sexo masculino e cujo diagnóstico aumentou vertiginosamente desde a década de 1990, principalmente derivado de encaminhamentos vindos do contexto escolar. Compreender a gênese social das relações de gênero, ou seja, como a educação de gênero se expressa de forma distinta para meninos e meninas, com base no sexo da criança, possibilitou que entendêssemos que tais relações são determinantes para a produção de características individuais requisitadas a homens e mulheres, meninos e meninas. Em nossa cultura, meninos são mais estimulados a serem ativos e corajosos, ensinados a ocuparem posições de poder; por outro lado, meninas são encorajadas a serem passivas e delicadas, educadas para a maternidade e para os cuidados com o lar e a família (Souza, 2006). Nesse processo no qual se insere o fenômeno da patologização, tais características desejáveis a cada indivíduo podem ser interpretadas, já na infância, quando extrapolam determinados limites desejáveis, como sintomas de uma desordem orgânica e negados em sua determinação social.

Nesse percurso, investigamos como a desatenção e a hiperatividade, tratadas pelos manuais que embasam o processo diagnóstico como traços comuns presentes no sexo masculino, são de fato características socialmente produzidas, ao passo que o comportamento é socialmente determinado (Vigotski, 2000). Numa sociedade envolta em processos patologizantes e medicalizantes, tais características se tornam traços vinculados à biologia, explicados a partir de uma porção de genes, de um componente sexual, passíveis de serem corrigidos via medicamentos, que, conforme demonstramos, alteram o funcionamento cerebral sem, necessariamente, trazer melhoras no desenvolvimento da atenção voluntária e do autocontrole do comportamento (Whitaker, 2017).

Esse contexto social generificado, estimulando comportamentos desiguais para meninos e meninas e, ao mesmo tempo, busca responder aos desvios dessas normativas, como

demonstrado nas queixas de transtornos de aprendizagem recorrentes nas etapas de escolarização analisadas. As soluções buscadas numa sociedade regida pela patologização envolvem, como exploramos a partir dos dados da medicalização na infância, conter a criança que diverge em relação às expectativas sociais de comportamento e personalidade. Assim, o menino, desde o nascimento educado para a vida pública, a ser ativo e corajoso, é o mesmo menino que no futuro pode ser diagnosticado com um transtorno de comportamento, quando extrapola o limite do socialmente desejável em determinada etapa escolar. “Diferenças ou digressões do comportamento esperado são sinais de desvio e podem conseqüentemente serem rotulados de ‘dificuldades de aprendizagem’ e sinais de patologia” (Cohen, 2016, p. 125, tradução nossa). De certa forma a sociedade medica (e lucra) com o que ela mesma produz.

Refutando ideias simplistas apoiadas num determinismo biológico ainda largamente defendido e difundido por diversas áreas do conhecimento, como a Medicina, a Psiquiatria e a Psicologia, resgatamos o proposto pelos autores e autoras que tem na Psicologia Histórico-Cultural seu fundamento teórico. A atenção voluntária, como todas as funções psíquicas superiores, possui gênese social e não biológica, ainda que tenha como base o aparato orgânico para se desenvolver. Ela pode ser desenvolvida em qualquer ser humano, desde que lhe sejam disponíveis as condições para tal. Não é, portanto, própria de um sexo ou de outro, mas própria do ser social.

Tomando como base o materialismo histórico-dialético, para abordar os processos psíquicos, ressaltamos nesta pesquisa a necessidade de superar a dicotomia entre subjetividade e objetividade, entre indivíduo e sociedade, compreendendo tais aspectos em unidade dialética. Dessa forma, não partimos de um conceito de essência humana, visto que o que é “essencial” no psiquismo é seu conteúdo historicamente determinado. Os fundamentos da Psicologia Histórico-Cultural nos permitiram compreender que as desigualdades de gênero tal como se expressam em nosso objeto, os diagnósticos de TDAH na infância, não se apresentam na vida do sujeito de forma abstrata, universal, tampouco como experiência subjetiva sem relação com as bases sociais de produção e reprodução. Pelo contrário, as desigualdades de gênero, possuem base material na relação entre os sexos na produção da vida (Izquierdo, 1992, 1994, 2013; Souza, 2006) e transversalizam a formação da criança como indivíduo singular que cresce numa sociedade generificada e patologizante. Ou seja, tem sua existência concreta como processo que relaciona dialeticamente esse movimento objetivo que é internalizado pelos indivíduos socialmente ativos.

Dito de outra forma trata-se um aspecto que se relaciona diretamente a uma sociedade desigual, dividida em classes, estratificada no que se refere à atividade vital humana e que penetra desde as primeiras relações estabelecidas na infância destinando não só funções, mas também comportamentos cabíveis e aceitáveis para meninos e meninas. Partindo do exposto por Vigotski (2000), que o que é da ordem do intrapsíquico antes se configura como relação intersíquica, entendemos que a forma como o indivíduo se expressa enquanto gênero é construída socialmente, intermediada pelos processos sociais intersíquicos nos quais o sujeito está inserido desde seu nascimento. Conforme Souza (2006):

Desta maneira, o gênero é um conjunto de características atribuídas/construídas em corpos biológicos, de machos e fêmeas, que se transmutam de acordo com um conjunto de características históricas, que vão da materialidade da sobrevivência corporal – do primeiro ato histórico, como o chamou Marx – por exemplo, de quanta comida é destinada a homens e mulheres, ao vestir, à biologia (ombros mais largos ou quadris mais largos, dependendo de quais esportes podem ser praticados por homens e mulheres) até à questão afetiva (por exemplo, normatização do desejo: monogamia para as mulheres e poligamia para os homens, no capitalismo) (Souza, 2006, p. 114).

Essa passagem exprime com clareza o nexos biopsíquico do desenvolvimento humano, sendo este mediado pelas diversas particularidades que o compõem, dentre estas as relações de gênero, expressas tanto na historicidade das normas sociais como dos modos de vivência individual. Ou seja, como as normas sociais são construídas em determinado tempo histórico e internalizadas, ativamente, pelos indivíduos em seu comportamento objetivo (Marx, 2010), estruturando suas relações com o mundo. Internalizadas, por exemplo, nos modos que uma criança, sendo do sexo feminino ou masculino é ensinada a se comportar, a pensar, a sentir, a se relacionar, o que por sua vez interfere no desenvolvimento de sua atividade principal em cada período, como buscamos demonstrar com a periodização do desenvolvimento da criança.

Sendo o sujeito da psicologia pautada no materialismo histórico dialético compreendido como ser social tomado na intersecção entre história social e história individual (ontogênese), como produto e produtor de história, salientamos que não se podem separar as esferas da estrutura social, do psiquismo e da biologia, que tampouco é neutra, mas sim histórica. Uma vez que o processo histórico não produz funções psíquicas superiores diferenciadas pelo componente sexual, como funções específicas para machos e outras para fêmeas, assume-se que o que se altera são os nexos entre as funções psíquicas e as determinações sociais.

Partindo da materialidade da relação entre psiquismo e biologia, distanciamos-nos dos construtos teóricos que se baseiam nas diferenças biológicas entre os sexos para explicar a

prevalência do TDAH, cujo diagnóstico se mostrou mais frequente em meninos. Assumindo as funções psíquicas superiores como produto do desenvolvimento histórico do psiquismo, ou seja, da superação do estado anterior determinado puramente pelas leis biológicas (Leontiev, 2004) pelo desenvolvimento socialmente mediado dos indivíduos, afirmam-se as formas diferenciadas e desiguais que estruturam os processos educativos, as instituições e as funções sociais desigualmente atribuídas para homens e mulheres como conteúdos, determinações da formação do psiquismo destes.

Da mesma forma que a vida em sociedade não é uniforme, sendo dividida em diferentes antagonismos, a formação dos diferentes seres humanos também vai depender do caráter e natureza dessas relações contraditórias (Vigotski, 2004). Na sociedade capitalista e patriarcal de classe, tal processo envolve os significados sociais para as diferentes atividades exercidas pelos indivíduos, de acordo com a posição que ocupam na produção. “[...] A classe a que o sujeito pertence, bem como sua etnia e gênero, determina quais ordens são recebidas e como se dá seu processo de internalização.” (Souza, 2006, p. 117), o que envolve os processos formativos, inicialmente organizados na família, posteriormente, pelas instituições responsáveis (escola, igreja, etc.) e pelo trabalho, com a dicotomização entre ocupações “masculinas” ou “femininas”. Como consequência desse processo, temos a formação unilateral do psiquismo humano, seja este homem ou mulher, menino ou menina, que são por sua vez, interpretadas e transmitidas socialmente como dados da biologia, próprios da estrutura orgânica “natural” de cada indivíduo, cristalizando-se como qualidade intrínseca a um sexo ou outro (Souza, 2006).

Tendo isso posto, nosso estudo se configura como abertura de um caminho de investigação fundamental para o entendimento da determinação social do TDAH e de outros transtornos de comportamento que vêm assolando a infância, adolescência e vida adulta. As relações de gênero socialmente estabelecidas em nossa cultura capitalista patriarcal se mostrou uma particularidade fundamental para sua existência como fenômeno concreto, que vem afetando crianças já em tenra infância e determinando seu destino como indivíduos futuramente dependentes de fármacos, com vista de os adequarem aos atuais parâmetros de vida, de produção e reprodução da sociabilidade capitalista.

No caso da infância, nosso recorte, isso se mostrou especialmente alarmante, visto que o diagnóstico acompanha, de maneira contundente, a administração de drogas psiquiátricas, tais como a Ritalina e a Risperidona, cujos efeitos são nocivos em termos psíquicos, emocionais e físicos, tanto em curto como em médio e longo prazo. Nesse contexto regido pela patologização e medicalização da vida, meninos e meninas que desviam de seus papéis

sociais esperados, tornam-se os primeiros candidatos a dependerem dessas drogas, desde tenra infância, como forma de contenção do comportamento “inadequado”.

Na direção oposta, defendemos uma educação que não seja fundada na divisão em sexos, raças e classes, no uso da diversidade humana como forma de perpetuar este modelo de sociedade. Modelo que se apropria dos traços singulares e irrepetíveis e busca uniformizá-los: meninos educados para fazer “coisas de homem” e meninas para fazerem “coisas de mulher”.

Nosso esforço na análise dessas relações se insere na luta pela construção de uma sociedade na qual todos os seres humanos sejam educados plenamente para a vida social e não para terem personalidades corrompidas, mutiladas (Vigotski, 2004). Nesse ponto, concordamos com o exposto por Izquierdo (1994): a superação das dicotomias e desigualdades de gênero envolve o entendimento de como se estruturam as “identidades essenciais” ligadas ao sexo, por exemplo, as categorias mulher, homem, heterossexual, homossexual, masculino, feminino, etc. Porém, não podemos assumir a existência de uma entidade homogênea para explicar o indivíduo. A dimensão do gênero não abrange toda a diversidade individual, como se um conjunto de características diferenciadas explicasse a singularidade. “Reduzir as pessoas aos seus diferentes caracteres sexuais primários é um modo de negar a diversidade individual” (Izquierdo, 1994, p. 13). Discutir as relações de gênero no TDAH implica, portanto, em trazer a tona diferenças que a sociedade patriarcal capitalista se utiliza para justificar as desigualdades concretamente vivenciadas pelos seres humanos e que determinam o curso de seu desenvolvimento.

Em síntese, de modo particular no patriarcado capitalismo a diversidade humana é transformada em desigualdade, de forma que o sistema sexo/gênero não se refere a diferentes formas de produzir a vida, mas a uma organização hierárquica nessa produção, com o gênero masculino considerado superior e o feminino inferior (Izquierdo, 1994). A compreensão da gênese histórica e social do ser humano enquanto singularidade permite-nos vislumbrar que a desigualdade de gênero, tal como a exploração e opressões sustentadas pelo modo de produção capitalista, é também histórica e, por isso, passível de superação, na direção de uma verdadeira destruição das desigualdades embasadas por atributos individuais que fazem parte da diversidade dos seres humanos.

Ou seja, aquilo que historicamente se conformou como masculino ou feminino seria patrimônio de todo e qualquer indivíduo, seja qual for o seu sexo (Izquierdo, 1994). E isso só se tornará realidade por um processo coletivo, e não por esforços individuais, pois “é somente em comunidade [com outros que cada] indivíduo tem os meios necessários para desenvolver as suas faculdades em todos os sentidos; a liberdade pessoal só é, portanto, possível na

comunidade” (Marx & Engels, 2009). Desse modo, antes de idealizar uma criança pelo que se espera que seja natural, seja por seu sexo, raça ou classe, e a partir daí buscar corrigir um desvio da norma, supostamente fruto de uma desordem orgânica, recordar que se deve lidar com a criança que nasce, é educada e se forma em relação com o outro num contexto social demarcado por inúmeras determinações (Vigotski, 2012), tal como as relações de gênero que buscamos explorar.

É necessário ainda acrescentar que não buscamos analisar o processo diagnóstico do TDAH em si, uma vez que não era esse nosso escopo. Ressaltamos que desta pesquisa, novos âmbitos de investigação podem se desenvolver, no sentido de aprofundar como se chega ao rótulo do TDAH e o nível de importância que as relações de gênero assumem no processo diagnóstico, na forma em que se avalia a criança com queixas de desatenção e hiperatividade.

Demonstramos que a disparidade de diagnósticos de TDAH em meninos e meninas, posta nos manuais diagnósticos a partir de uma perspectiva naturalizante, não tem origem em causas orgânicas ligadas ao sexo, mas se expressa enquanto rótulo culturalmente produzido, estabelecido conforme critérios comportamentais que idealizam a criança. São perspectivas que desconsideram as desigualdades impostas a meninos e meninas, em termos de educação de gênero e comportamentos. Estas desigualdades não só se refletem na avaliação da conduta da criança como, inclusive, podem culminar, e isso é evidente pelos índices quantitativos, em práticas patologizantes e medicalizantes, cada vez de forma mais brutal e com consequências danosas. Nesse sentido há um amplo caminho de investigação a ser realizado, tanto na desconstrução do sistema sexo/gênero que limita os indivíduos desde o nascimento aos papéis sexuais socialmente construídos, e principalmente que avance cada vez mais na direção de práticas que produzam a atenção voluntária na infância, independentemente do sexo, e não calcadas na medicalização da vida.

REFERÊNCIAS

- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Cloridrato de fluoxetina*. Brasil: ANVISA. Recuperado de http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=16300282016&pIdAnexo=3381442
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Concerta* (cloridrato de metilfenidato)*. Brasil: ANVISA. Recuperado de http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=4938372015&pIdAnexo=2663162
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Depakene® (valproato sódico)*. Brasil: ANVISA. Recuperado de http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=13308362016&pIdAnexo=3144227
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Depakote® (divalproato sódico)*. Brasil: ANVISA. Recuperado de http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=23824862016&pIdAnexo=3948965
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *IMIPRA® (cloridrato de imipramina)*. Brasil: ANVISA. Recuperado de http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=10099012013&pIdAnexo=1886170
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Neuleptil® (periciazina)*. Brasil: ANVISA. Recuperado de http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=11655972017&pIdAnexo=7357003
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Risperidona*. Brasil: ANVISA. Recuperado de http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=1826932015&pIdAnexo=2487109
- Almeida, M. R. (2018). *A formação social dos transtornos do humor*. (Tese de Doutorado em Saúde Coletiva), Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Faculdade de Medicina de Botucatu, Botucatu.
- Almeida, M. R., & Gomes, R. G. (2014). Medicalização social e educação: contribuições da teoria da determinação social do processo saúde-doença. *Nuances: estudos sobre Educação*, Presidente Prudente-SP, v. 25, n. 1, p. 155-175.
- Almeida-filho, N. (2004). Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(4), 865-884.
- Amarante, P., & Torre, E. H. G. (2010) Medicalização e determinação social dos transtornos mentais: a questão da indústria de medicamentos na produção de saber e políticas. In: R. P.

- Nogueira. (Org.), *Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária*. (pp. 151-160). Rio de Janeiro: Cebes.
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *DSM-5 – Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed.
- Antunes, R. (2009). *Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho*. São Paulo: Boitempo.
- Arce, A., & Simão, R. (2006). A psicogênese da brincadeira de papéis sociais e/ou jogo protagonizado na psicologia do jogo de D. B. Elkonin. In: A. Arce, N. Duarte & J. H. Rossler, (Orgs.), *Brincadeira de papéis sociais na educação infantil: contribuições de Vigotski, Leontiev e Elkonin*. São Paulo: Xamã.
- Asbahr, F. S. F., & Meira, M. E. M. (2014). Crianças desatentas ou práticas pedagógicas sem sentido? Relações entre motivo, sentido pessoal e atenção. *Nuances*, Presidente Prudente-SP, v. 25, n. 1, 97-115.
- Azerêdo, S. (2010) Encrenca de gênero nas teorizações em psicologia. *Estudos Feministas*, Florianópolis, 18(1), 175-188. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v18n1/v18n1a11.pdf>
- Barbosa, B. L., Dimenstein, M., & Leite, F. J. (2014). Mulheres, violência e atenção em saúde mental: questões para (re) pensar o acolhimento no cotidiano dos serviços. *Avances em Psicología Latinoamericana*, 32(2), 309-320. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v32n2/v32n2a09.pdf>
- Barkley, R. A. (2008). A natureza do TDAH. In: R.A. Barkley & A. D. Anastopoulos [et. al] (Orgs.), *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: manual para diagnóstico e tratamento*. (3a ed.). (pp. 88-133). Porto Alegre: Artmed.
- Benczik, E. B. (2010). *Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade: atualização diagnóstica e terapêutica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Bonadio, R. A., & Mori, N. N. (2013). *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: diagnóstico e prática pedagógica*. Maringá: EDUEM.
- Breilh, J. (1997). A Epidemiologia na Humanização da Vida: convergências e desencontros das correntes. In: R. B. Barata [et. al]. (Org.). *Equidade e saúde: contribuições da epidemiologia* [online]. (pp. 23-37) Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Breilh, J. (2010). Las tres 'S' de la determinación de la vida: 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. In: R. P. Nogueira (Org.). *Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária*. (pp. 87-125). Rio de Janeiro: Cebes.
- Butler, J. (2016) *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. (10a ed.). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

- Cardoso, D. M. S., & Werba, G. C. (2013). Ser mulher e militante: a vontade de articular mundos. *Diálogos*, Canoas, (24), 21-34. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5113451.pdf>
- Carvalho, A. M. A. et al. (2008). Mulheres e cuidado: bases psicobiológicas ou arbitrariedade cultural? *Paidéia*, 18(41), 431-444. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v18n41/v18n41a02.pdf>
- Castro, L. (2018). *A redução de danos à luz do materialismo histórico*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Estadual de Maringá, Programa de Pós Graduação em Psicologia, Maringá.
- Chauí, M. (2012). *O que é ideologia?* (2a ed.). São Paulo: Brasiliense.
- Chaves, M., & Franco, A. F. (2016). Primeira infância: educação e cuidados para o desenvolvimento humano. In: L. M. Martins, A. A. Abrantes & M. G. D. Facci, (Orgs.), *Periodização histórico-cultural do desenvolvimento psíquico: do nascimento à velhice*. (pp. 109-126). Campinas-SP: Autores Associados.
- Cheroglu, S., & Magalhães, G. M. (2016). O primeiro ano de vida: vida uterina, transição pós-natal e atividade de comunicação emocional direta com o adulto. In: L. M. Martins, A. A. Abrantes & M. G. D. Facci, (Orgs.), *Periodização histórico-cultural do desenvolvimento psíquico: do nascimento à velhice*. (pp. 93-108). Campinas-SP: Autores Associados.
- Cohen, B. M. Z. (2016). Youth: Medicalising Deviance. In: B. M. Z. Cohen. *Psychiatric Hegemony A Marxist Theory of Mental Illness* (pp. 113-138). London: Springer Nature: Palgrave Macmillan.
- Colaço, L. C. (2016). *A produção de conhecimento e a implicação para a prática do encaminhamento, diagnóstico e medicalização de crianças: contribuições da Psicologia Histórico-Cultural*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Estadual de Maringá, Programa de Pós Graduação em Psicologia, Maringá.
- Coutinho, M. C., Borges, R. C., Graf, P. L., & Silva, A. S. (2013). "Todo dia uma casa diferente": trajetórias, sentidos e cotidianos laborais de diaristas. *Universitas Psychologica*, 12(4), 1127-1140. Recuperado de: revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/6492/5919
- Curado, J. C., & Menegon, V. S. M. (2009). Gênero e os sentidos do trabalho social. *Psicologia & Sociedade*, 21(3), 431-441. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v21n3/a17v21n3.pdf>
- Dinis, N. F. (2012). Discursos sobre homossexualidade e gênero em um curso de formação em psicologia. *ETD – Educ. Tem. Dig.*, Campinas, 14(1), 62-75. Recuperado de: https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/31274/ssoar-etd-2012-1-dinis-discursos_sobre_homossexualidade_e_genero.pdf?sequence=1
- Donnangelo, M. C. F. (1976). Medicina e estrutura social. In: M. C. F. Donnangelo & L. Pereira. *Saúde e sociedade*. (pp. 11-68). São Paulo: Duas Cidades.

- Elkonin, D. B. (2009). *Psicologia do jogo*. São Paulo: Martins Fontes.
- Emerich, D. R., Rocha, M. M., Silveiras, E. F. M., & Gonçalves, J. D. (2012). Diferenças Quanto ao Gênero entre Escolares Brasileiros Avaliados pelo Inventário de Comportamentos para Crianças e Adolescentes (CBCL/6-18). *PSICO*, Porto Alegre, PUCRS, 43(3), 380-387. Recuperado de: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/10053/8239>
- Engels, F. (2009). *A origem da família, da propriedade privada e do Estado*. São Paulo: Escala.
- Facion, J. R. (2013). *Transtornos do desenvolvimento e comportamento*. Curitiba: InterSaberes.
- Fanini, A. M. R., Santos, M. L., & Gnoato, G. (2017). Cultura da violência, dispositivo do amor-paixão, sexualidade e machismo: uma análise do discurso feminino em relacionamentos conturbados. *INTERthesis*, Florianópolis, 14(2), 132-151. Recuperado de: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/interthesis/article/view/1807-1384.2017v14n2p132/34034>
- Ferracioli, M. U. (2018). *Desenvolvimento da atenção voluntária em crianças dos anos iniciais do ensino fundamental: determinantes pedagógicos para a educação escolar*. (Tese de Doutorado). Universidade Júlio de Mesquita Filho, Programa de Pós-Graduação em Educação Escolar, Araraquara.
- Fórum Brasileiro de Segurança Pública. *Dados da segurança pública mostram aumento de feminicídios no Brasil em 2017*. Brasil: FBSP. Recuperado de: <https://dossies.agenciapatriciagalvao.org.br/violencia-em-dados/seguranca-publica-mostram-aumento-de-femicidios-no-brasil-em-2017/>
- Fórum Brasileiro de Segurança Pública. *Dados da segurança pública sobre estupros de mulheres*. Brasil: FBSP. Recuperado de: <https://dossies.agenciapatriciagalvao.org.br/violencia-em-dados/estupros-aumentaram-84-em-2017/>
- Freire, S. F. C. D., Sabarense, S., & Branco, A. U. (2009). A perspectiva das crianças sobre questões de gênero na escola. *Psico*, Porto Alegre, PUCRS, 40(2), 184-193. Recuperado a partir de: revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/download/4062/4531
- Galindo, D., & Mélló, R. P. (2010). Piratarías de gênero: experimentos estéticos *queer-copyleft*. *Psico*, Porto Alegre, PUCRS, 41(2), 239-245. Recuperado de: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/6291/5320>
- Guarido, R. (2015). A biologização da vida e algumas implicações do discurso médico sobre a educação. In: C.R. Psicologia. *Medicalização de crianças e adolescentes* (pp. 64-73). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Günther, H (2006). Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão? *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. (22)2, 201-210. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v22n2/a10v22n2.pdf>

- Hammill, D. D., Leigh J. E., McNutt, G., & Larsen S.C. (1987). A new definition of learning disabilities. *Journal of learning disabilities*. 20(2), 109-113.
- Harvey, D. (2012). *A condição pós-moderna*. (22a ed). São Paulo: Loyola.
- National Institute of Health (2002). *NIH Consensus Development Conference on Diagnosis and Treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. NIH. Recuperado de: <https://consensus.nih.gov/1998/1998attentiondeficithyperactivitydisorder110program.pdf>
- Hinshaw, S. P., Owens, E. B., Huggins, S. P., Montenegro-Nevado, A. J., Schrodek, E. & Swanson, E. N. (2012). Prospective Follow-Up of Girls With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Into Early Adulthood: Continuing Impairment Includes Elevated Risk for Suicide Attempts and Self-Injury. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. (80)6, 1041-1051.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2017). *Informações básicas do município: Paraná*. Brasil: IBGE. Recuperado de <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/uf.php?lang=&coduf=41&search=parana>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2018). *Estatísticas de Gênero - Indicadores sociais das mulheres no Brasil*. Brasil: IBGE. 13p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101551>
- Izquierdo, M. J. (1992). *Bases materiales del sistema sexo/gênero*. Notas esparsas utilizadas em curso da Sempreviva Organização Feminista. São Paulo. (M. C. Carloto, Trad). Recuperado de <https://anossapropriasubstancia.wordpress.com/2016/12/21/bases-materiais-do-sistema-sexogenero%C2%B9/>
- Izquierdo, M. J. (1994). Uso y abuso del concepto de género. In: M. Vilanova (Org.), *Pensar las diferencias*. (pp. 31-53). Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias.
- Izquierdo, M. J. (2013). La construcción social de género. In: C. Díaz & S. Dema (Orgs.), *Sociología y género*. Madrid: Editorial Tecnos.
- Karam, C. C., & Ramos, M. L. (2012) A biologia como ideologia: contra-argumentos para a desigualdade social. *VITTALLE*, Rio Grande, 24(2): 31-41.
- Konder, L. (1983). *O que é dialética?* Coleção Primeiros Passos. São Paulo: Brasiliense.
- Krúpskaia, N. K. (2017). Deve-se ensinar “coisas de mulher” aos meninos? In: G. Shneider (Org.), *A revolução das mulheres: emancipação feminina na Rússia soviética*. (pp. 88-91). São Paulo: Boitempo.
- Lange, K. W. et al. (2010). The history of attention deficit hyperactivity disorder. *Springer ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, (20), 241-255. Recuperado de: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs12402-010-0045-8.pdf>
- Laurell, A. C. (1982). A saúde-doença como processo social. (E. D. Nunes, Trad.). *Revista Latinoamericana de Salud*, 2, México, 7-25.

- Lazaretti, L. M. (2016). Idade pré-escolar (3-6 anos) e a educação infantil: a brincadeira de papéis sociais e o ensino sistematizado. In: L. M. Martins; A. A. Abrantes & M. G. D. Facci, (Orgs.), *Periodização histórico-cultural do desenvolvimento psíquico: do nascimento à velhice* (pp. 129-147). Campinas-SP: Autores Associados.
- Leite, H. A. (2015). *A atenção na constituição do desenvolvimento humano: contribuições da Psicologia Histórico-Cultural*. (Tese de Doutorado). Universidade Estadual de São Paulo, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, São Paulo.
- Leontiev, A. (2004). *O desenvolvimento do psiquismo*. São Paulo: Centauro.
- Leontiev, A. (2010). Uma contribuição à teoria do desenvolvimento da psique infantil. In: L. S. Vygotsky, A. R. Luria, & A. Leontiev (Orgs.), *Linguagem, Desenvolvimento e Aprendizagem* (pp. 59-83). São Paulo: Ícone.
- Lewontin, R. C., Rose, S., & Kamin, L. J. (1987). El determinismo del patriarcado. In: R. C. Lewontin; S. Rose & L. J. Kamin. *No está en los genes: racismo, genética e ideología*. (pp. 179-226). Barcelona: Drakontos Bolsillo.
- Limberger, J., & Andretta, I. (2015). Novas problemáticas sociais: uso do crack em mulheres e a perspectiva de gênero. *CS* [online], (15), 41-65. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/recs/n15/n15a03.pdf>
- Louro, G. L. (2004). *Os estudos feministas, os estudos gays e lésbicos e a teoria queer como políticas de conhecimento*. *Labrys* (6). Recuperado de: <https://www.labrys.net.br/labrys6/libre/guaciraa.htm>
- Lucena, J. E. (2016). *O desenvolvimento da atenção voluntária na educação infantil: contribuições da Psicologia Histórico-Cultural para processos educativos e práticas pedagógicas*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Estadual de Maringá, Programa de Pós Graduação em Psicologia, Maringá.
- Luria, A. R. (1966). *El papel del lenguaje en el desarrollo de la conducta*. Buenos Aires: Tekné.
- Luria, A. R. (1981). *Fundamentos de neuropsicologia*. São Paulo: Ed. Universidade de São Paulo.
- Luria, A. R. (1991). *Curso de Psicologia Geral Volume I*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Luz, R. R., Gonçalves, H. S., & Silva, P. T. B. (2014) “Agora por nós mesmos: mulheres, mães e violências”. *INTERthesis* 11 (2): 118-137. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5175660>
- Macedo, F. S., Roso, A., & Lara, M. P. (2015). Mulheres, saúde e uso de crack: a reprodução do novo racismo na/pela mídia televisiva. *Saúde Soc.* São Paulo, 24(4), 1285-1298. Recuperado a partir de: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n4/1984-0470-sausoc-24-04-01285.pdf>

- Maceno, T. E. (2017). *Educação e reprodução social: a perspectiva da crítica marxista*. São Paulo: Instituto Luckács.
- Martins, A. M., Gazzinelli, A. P., Schall, V. T., & Modena, C. M. (2014). Relações de gênero e a atuação de psicólogos na oncologia: subsídios para a saúde masculina. *Psico*, Porto Alegre, PUCRS, 45(1), 7-14. Recuperado a partir de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5633366.pdf>
- Martins, J. C., & Facci, M. G. D. (2016). A transição da educação infantil para o ensino fundamental: dos jogos de papéis sociais à atividade de estudo. In: L. M. Martins; A. A. Abrantes & M. G. D. Facci (Orgs.), *Periodização histórico-cultural do desenvolvimento psíquico: do nascimento à velhice* (pp. 149-170). Campinas-SP: Autores Associados, 149-170.
- Marx, K. (2010). *Manuscritos econômico-filosóficos*. São Paulo: Boitempo.
- Marx, K. (2014). A entrada da mulher na fábrica. In: C. Toledo (Org.). *A mulher e a luta pelo socialismo* (pp. 35-39). São Paulo: Sundermann.
- Marx, K., & Engels, F. (2009). *A ideologia alemã*. (A. Pina, Trad.). São Paulo: Expressão Popular.
- Mattos, P. (2005). *No mundo da lua: perguntas e respostas sobre o transtorno de déficit de atenção com hiperatividade em crianças, adolescentes e adultos*. São Paulo: Lemos Editorial.
- Mattos, P., & Rohde, L. A. (2010). *TDAH é uma doença inventada?* Recuperado de: <http://tdah.org.br/tdah-e-uma-doenca-inventada/>
- Menezes, A. B. C. et al. (2010). Compreendendo as diferenças de gênero a partir de interações livres no contexto escolar. *Estudos de Psicologia*, 15(1), 79-87. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v15n1/11.pdf>
- Mikkelsen, D. (2018). *Dr. Leon Eisenberg: ADHD Is a 'Fictitious Disease'?* Recuperado de: <https://www.snopes.com/fact-check/work-of-fiction/>
- Ministério da Educação (2007). *Ensino fundamental de nove anos: orientações para a inclusão da criança de seis anos de idade*. Brasília: MEC. Recuperado de: <http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/Ensfund/ensifund9anobasefinal.pdf>
- Ministério da Educação (2013). *Dúvidas mais frequentes sobre educação infantil*. Brasília: MEC. Recuperado de: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=8169-duvidas-mais-frequentes-relacao-educacao-infantil-pdf&category_slug=junho-2011-pdf&Itemid=30192
- Ministério da Saúde. (2015). *Recomendação do Ministério da Saúde para adoção de práticas não medicalizantes e para publicação de protocolos municipais e estaduais na dispensação do metilfenidato para prevenir a excessiva medicalização de crianças e adolescentes*. Brasil: MS. Recuperado de

<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/01/Recomenda----es-para-Prevenir-excessiva-Medicaliza----o-de-Crian--a-e-Adolescentes.pdf>

Moysés, M. A. A., & Collares, C. A. L. (1992). A história não contada dos distúrbios de aprendizagem. *Cadernos Cedes*, (28), 31-48.

Moysés, M. A. A., & Collares, C. A. L. (2011). O lado escuro da dislexia e do TDAH. In: M. G. D. Facci; M. E. M. Meira & S. C. Tuleski (Orgs.), *A exclusão dos “incluídos”: uma crítica da Psicologia da Educação à patologização e medicalização dos processos educativos*. (pp. 133-196). Maringá: Eduem.

Narita, S. (2006). Notas de pesquisa de campo em psicologia social. *Psicologia & Sociedade*, 18(2), 25-31. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v18n2/03.pdf>

Nascimento, M. A. N. (2010). Homofobia e homofobia interiorizada: produções subjetivas de controle heteronormativo? *Athenea Digital*, 17, 227-239. Recuperado de: <http://atheneadigital.net/article/view/n17-nascimento>

Netto, J. P. (2011). *Introdução ao estudo do método de Marx*. São Paulo: Expressão Popular.

Niero, B. C. (2017). *O diagnóstico e o uso de medicamento controlado em crianças da educação infantil e séries iniciais do ensino fundamental: uma análise de um município do interior do Paraná*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Estadual de Maringá. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Maringá.

Novartis. (2017). *Diagnóstico do TDAH*. Recuperado de: <http://tdah.novartis.com.br/diagnostico-do-tdah/>

Nunes, S. R., & Werba, G. C. (2015). O ensino de gênero na universidade: diretrizes ou militância? *Diálogos*, Canoas, (29), 123-140. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5178267.pdf>

Oliveira, B. (2005). A dialética do singular-particular-universal. In: A. A. Abrantes; N. R. Silva & S. T. F. Martins. *Método Histórico-Social na Psicologia Social*. Vozes. Recuperado de: <http://stoa.usp.br/mpp5004/files/1/18602/ADialeticaDoSingularParticular>

Organização Mundial da Saúde. (2011). *Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde: documento de discussão*. Rio de Janeiro: OMS. Recuperado de: https://www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion_Paper_PT.pdf

Organização Mundial de Saúde. (2001). *Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Brasil: OMS. Recuperado de: https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf

Ozella, S. & Aguiar, W. M. J. (2008). Desmistificando a concepção de adolescência. *Cadernos de Pesquisa*, 38(133), 97-125. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/cp/v38n133/a05v38n133.pdf>

Pasqualini, J. C. (2016). A teoria histórico-cultural da periodização do desenvolvimento psíquico como expressão do método materialista dialético. In: L. M. Martins; A. A.

- Abrantes & M. G. D. Facci (Orgs.), *Periodização histórico-cultural do desenvolvimento psíquico: do nascimento à velhice* (pp. 63-89). Campinas-SP: Autores Associados.
- Pastura, G. M., Mattos, P., & Araújo, A. P. (2005). Desempenho escolar e transtorno do déficit de atenção e hiperatividade. *Rev. Psiq. Clín*, 324-329. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v32n6/a03v32n6.pdf>
- Pastura, G. M., Mattos, P., & Araújo, A. P. (2007). Prevalência do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade e suas comorbidades em uma amostra de escolares. *Neuropsiquiatria*, 1078-1083. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2007000600033
- Patto, M. H. S. (1987). Psicologia e classes subalternas. In: M. H. S. Patto. *Psicologia e Ideologia: uma introdução crítica à psicologia escolar* (pp. 113-159). São Paulo: T.A. Queiroz.
- Peters, M. (2000). *Pós-estruturalismo e filosofia da diferença: uma introdução*. (T. T. Silva, Trad.). Belo Horizonte: Autêntica.
- Roso, A., Angonese, M., & Santos, V. B. (2013). Saúde das mulheres, direitos e resistência: analisando discursos produzidos no campo grupal. *Diálogos*, Canoas, (24), 09-20. Recuperado de: <https://revistas.unilasalle.edu.br/index.php/Diálogo/article/view/1322/990>
- Saldanha, M. (2013). Pontos de intersecção: psicologia, feminismos e violências. *Diálogos*, Canoas, (24), 35-44. Recuperado de: <https://revistas.unilasalle.edu.br/index.php/Diálogo/article/view/1324/992>
- Sanfelice, J. L. (2008). Dialética e pesquisa em educação. In: J. C. Lombardi & D. Saviani (Orgs.), *Marxismo e Educação: debates contemporâneos*. (pp. 70-94). Campinas, SP: Autores Associados.
- Schneider, D. (1985). “Alunos excepcionais”: um estudo de caso de desvio. In: G. Velho (Org.), *Desvio e Divergência: uma crítica da patologia social*. (5a ed). Rio de Janeiro: Zahar.
- Shiozawa, P. (2017). *Mega estudo de 2017 responde: o uso de antidepressivo na gestação traz risco intelectual para o bebê?* Recuperado de: <https://cenbrap.com.br/Blog/antidepressivo-na-gestacao-traz-riscos-para-o-bebe>
- Silva, C. R. (2017). *Análise da dinâmica de formação do caráter e a produção da queixa escolar na educação infantil: contribuições à luz da psicologia histórico-cultural e da pedagogia histórico-crítica*. (Tese de Doutorado). Universidade Julio de Mesquita Filho, Faculdade de Ciências e Letras, Araraquara.
- Silva, L. B., & Ximenes, V. M. (2017). Notas sobre as implicações psicossociais da violência na baixa prostituição feminina na cidade de Fortaleza/CE. *INTERthesis*, Florianópolis, 14(1), 176-194. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5774419.pdf>
- Smirnov, A. A., & Gonobolin, F. N. (1960). La atención. In: A. A. Smirnov; A. N. Leontiev; S. L. Rubinstein & B. M. Tieplov (Org.). *Psicología*. (pp. 177-200). México: Grijalbo.

- Souza, M. P. R. (2015). Retornando à patologia para justificar a não aprendizagem escolar: a medicalização e o diagnóstico de transtornos de aprendizagem em tempos de neoliberalismo. In: C. R. Psicologia. *Medicalização de crianças e adolescentes* (pp. 64-73). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Souza, T. M. C., & Sousa, Y. L. R. (2015). Políticas públicas e violência contra a mulher: a realidade do sudoeste goiano. *Revista da SPAGESP*, 16(2), 59-74. Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rspagesp/v16n2/v16n2a06.pdf>
- Souza, T. M. S. (2006). *Emoções e capital: as mulheres no novo padrão de acumulação capitalista*. (Tese de Doutorado), Pontífice Universidade Católica, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, São Paulo.
- Souza, T. M. S. (2015). Patriarcado e capitalismo: uma relação simbiótica. *Temporalis*, Brasília, 15(30), 475-494.
- Tabuti, E. K. (2018). *A prescrição de associações medicamentosas para crianças do Ensino Fundamental do município de Maringá: Contribuições da Psicologia Histórico-Cultural*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Estadual de Maringá. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Maringá.
- Toffanelli, A. C. (2016). *Educar para a diferença: uma análise das relações de gênero presentes na literatura infantil sob o olhar da Psicologia Histórico Cultural e do feminismo de orientação marxista*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Estadual de Maringá, Programa de Pós Graduação em Psicologia, Maringá.
- Tonet, I. (2006). *Modernidade, pós-modernidade e razão*. Recuperado de: http://www.ivotonet.xpg.com.br/arquivos/MODERNIDADE_POS-MODERNIDADE_E_RAZAO.pdf
- Tonet, I. (2009). Introdução. In: K Marx & F. Engels. (2009). *A ideologia alemã*. (pp. 09-15). São Paulo: Expressão Popular.
- Tonet, I. (2012). *Sobre o socialismo*. (2a ed.). São Paulo: Instituto Lukács.
- Tuleski, S. C. (2011). *A relação entre texto e contexto na obra de Luria: apontamentos para uma leitura marxista*. Maringá: EDUEM.
- Tuleski, S. C., & Eidt, N. M. (2007). Repensando os distúrbios de aprendizagem a partir da Psicologia Histórico-Cultural. *Psicologia em Estudo*, 12(3), 531-540.
- Tuleski, S. C., & Eidt, N. M. (2016). A periodização do desenvolvimento psíquico: atividade dominante e formação das funções psíquicas superiores. In: L. M. Martins, A. A. Abrantes, & M. G. D. Facci (Orgs.), *Periodização histórico-cultural do desenvolvimento psíquico: do nascimento à velhice* (pp. 35-62). Campinas: Autores Associados.
- Tuleski, S. C., Alves, A. M. P., & Franco, A. F. (2017). O que revela e o que encobre o produtivismo acadêmico? Problematizando a face objetivo-subjetiva do fenômeno e seu

- impacto social-individual. In: M. G. D. Facci & S. C. Urt (Orgs.), *Precarização do trabalho, adoecimento e sofrimento do professor* (pp. 199-231). Teresina: EDUFPI.
- Valee, M. (2010). Resisting American Psychiatry: french opposition to DSM-III, Biological reductionism, and the pharmaceutical ethos. *Sociology of Diagnosis Advances in Medical Sociology*, 12, 85–110.
- Vasconcelos, M. M. et al. (2003). Prevalência do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade numa escola pública primária. *Arq Neuropsiquiatr.* 61(1), 67-73. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/anp/v61n1/15018.pdf>
- Vieira, B. M. B. (2018). *O jogo protagonizado e os comportamentos “de menino” e “de menina”*: pistas para compreender a prevalência do TDAH na educação infantil à luz da *Psicologia Histórico-Cultural*. (Monografia de Especialização). Universidade Estadual de Maringá, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Maringá.
- Vigotski, L. S. (1999a). O método instrumental em psicologia. In: L. S. Vigotski. *Teoria e método em psicologia*. (pp. 93-101). (2a ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Vigotski, L. S. (1999b). O significado histórico da crise na psicologia. In: L. S. Vigotski. *Teoria e método em psicologia*. (pp. 201-417). (2a ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Vigotski, L. S. (2000). *Obras Escogidas Tomo III*. Madrid: Visor.
- Vigotski, L. S. (2007). *A formação social da mente*. 7ª ed. São Paulo: Martins Fontes.
- Vigotski, L. S. (2010). A psicologia e a pedagogia da atenção. In: L. S. Vigotski. *Psicologia pedagógica*. (pp. 149-180). São Paulo: Martins Fontes.
- Vigotski, L. S. (2012). *Obras escogidas Tomo IV*. Madrid: Visor.
- Vigotski, L. S. (2018). *7 aulas de L. S. Vigotski sobre os fundamentos da pedagogia*. Z. Prestes & E. Tunes (org.). (C. C. G. Santana, Trad.). Rio de Janeiro: E-Papers.
- Virtuoso, S. (2016). *Avaliação do tratamento do transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade e de dados de prescrição*. (Tese de Doutorado). Universidade Federal do Paraná. Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas.
- Vygotsky, L. S. (1930/2004). *A transformação socialista do homem*. (N. Doria, Trad.). Recuperado de: <https://www.marxists.org/portugues/vygotsky/1930/mes/transformacao.htm#nota8>
- Whitaker, R. (2017). *Anatomia de uma epidemia: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental*. (V. Ribeiro, Trad.). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

APÊNDICE

APÊNDICE - Aspectos qualitativos dos artigos levantados

Pesquisas sobre gênero e violência

Artigo	Tipo de pesquisa	Principais considerações sobre o tema
Luz, Gonçalves e Silva (2014) – artigo 1	Pesquisa-intervenção	A partir de exibição de filmes em grupo de discussão em uma CRAS, problematizam as contradições entre gênero, raça e classe, que envolve a relação histórica entre família, pobreza e violência (em âmbito doméstico e na sociedade em geral). Concentram-se na exposição da experiência do dispositivo de grupo, enfatizando os relatos individuais das participantes.
Fanini, Santos e Gnoato (2017) – artigo 7	Qualitativa – análise de comentários em <i>site</i> .	Analisa discursos de mulheres que vivenciam práticas violentas, machistas e sexistas por parte dos parceiros homens, trazendo dados históricos sobre violência, no mundo e no Brasil, e como este fenômeno reverbera na construção de relações entre homens e mulheres que se assentam nos dispositivos de amor-paixão, sexualidade e machismo.
Nascimento (2010) – artigo 16	Teórica	Focaliza a relação entre homossexualidade e homofobia, considerando a homofobia para além de uma forma específica de violência, podendo materializar-se num ódio declarado ou velado, estando condicionada a outras estigmatizações oriundas das categorias raça, classe social e econômica, geração, identidade de gênero, status social e cultural, regionalismo, estética, etc.
Barbosa, Dimenstein e Leite (2014) – Artigo 20	Pesquisa-intervenção	Relacionam os fenômenos violência contra a mulher e saúde mental, apresentando dados sobre como, historicamente, a ciência psicológica contribuiu para a perpetuação de um estigma acerca da personalidade feminina inadequada, clientela dos serviços de saúde mental e assistência psicossocial. Discutem a dificuldade de acolhimento apropriado para as mulheres vítimas de violência nos centros especializados, bem como a necessidade destes serviços instituírem

		protocolos que estejam também direcionados ao acolhimento em caso de violência.
Silva e Ximenes (2017) – artigo 21	Etnográfica	Discutem as implicações psicossociais da violência contra prostitutas, que são expostas à vulnerabilidade e naturalização da violência na forma de discriminações e preconceitos de gênero, classe, raça, etnia, etc. Tais práticas violentas, conjugadas ao lugar socialmente velado que ocupam, interditam a conscientização a respeito das vivências opressoras e cristalizam uma violência que é construída histórica e socialmente.
Souza e Sousa (2015) – artigo 25	Qualitativa – análise de entrevistas	Avaliam a implementação do serviço de assistência social às mulheres vítimas de violência, localizando este fenômeno como produto das relações desiguais entre homens e mulheres, em determinadas condições históricas e sociais. Apontam a necessidade de maior articulação entre as políticas públicas de prevenção e enfrentamento da violência contra a mulher, acolhimento e orientações técnicas dos profissionais que se encontram nesses serviços.
Saldanha (2013) – Artigo 26	Teórica	Aborda a violência contra a mulher do ponto de vista clínico da psicologia feminista. O papel político da psicologia feminista é descrito como o de referendar a igualdade entre os sexos e promover o empoderamento (resiliência e autonomia) das mulheres em situação de violência.

Fonte: elaborado pela autora com base nos dados extraídos das pesquisas (2018).

Pesquisas sobre gênero, saúde e cuidado

Artigo	Tipo de pesquisa	Principais considerações sobre o tema
Costa e Jeager (2016) – artigo 12	Qualitativa – análise de entrevistas	Analisa a prática de autocuidado feminino e consumos de produtos de beleza. A situação da mulher na atualidade é relacionada às novas exigências e às atribuições tradicionais do lar, não sendo problematizado como as condições materiais produziram essas mudanças nos valores

		sociais sobre qual é o papel da mulher na sociedade. O cuidado, de si e do outro, é descrito como uma fonte de prazer da mulher, que investe energia no ato e assim é reconhecida socialmente como mulher e como mãe, sustentando sua posição tradicional de cuidadora.
Carvalho et. al (2008) – artigo 17	Teórica – estudo comparativo	Discutem a atribuição de tarefas de cuidado à mulher, a partir de duas perspectivas: a psicobiológica e o enfoque culturalista. A primeira centra na predisposição da mulher para o cuidado, ao passo que o segundo enfatiza a identificação de modelos como mecanismo de perpetuação dos papéis de gênero. Como síntese das duas perspectivas, afirma o caráter inato de determinados tipos de temperamento, presentes em ambos os sexos e em todas as populações humanas, sendo a pressão cultural exercida para ajustar o temperamento com maior ou menor eficácia para um ou outro papel. A questão do cuidado fica restrita a traços individuais da personalidade da mulher e a certos avanços no âmbito privado.
Von Muhlen, Saldanha, e Strey (2014) – artigo 18	Teórica	Analisa o panorama atual das mulheres como um grupo que cresce como portadoras do HIV/AIDS, apontando a psicologia feminista voltada para a restituição do cuidado e saúde das mulheres, como forma de terapia que as auxilia a buscarem recursos comunitários e legais acerca de seus direitos, reconhecendo que suas subjetividades são fortemente marcadas por diversas discriminações e violência, como o estigma da AIDS.
Macedo, Roso e Lara (2015) – artigo 19	Análise documental e análise conversacional em interação	Apresentam a relação entre os discursos midiáticos na televisão sobre o uso de <i>crack</i> na gravidez como forma de produção de um novo racismo, sendo que esse tipo de mídia descontextualiza a prática de mulheres usuárias de <i>crack</i> na gravidez enquanto um problema social que tem origem num determinado contexto histórico, político e sociocultural.
Limberger e Andretta (2015) –	Estudo de caso	Focalizam o uso de <i>crack</i> por mulheres, afirmando que a compreensão do uso de drogas no âmbito

artigo 22	qualitativo	da saúde, em específico da saúde da mulher, precisa superar a perspectiva biomédica e adotar olhar mais amplo que contemple os processos de saúde e doença e as especificidades da mulher enquanto sujeito social. Destacam que a construção dos gêneros masculino e feminino tem repercussão na maneira de perceber condutas de homens e mulheres, inclusive a respeito do consumo de drogas por esses dois grupos.
Martins et. al (2014) – artigo 28	Descritiva e exploratória	Focalizam a saúde do homem, em relação à assistência psicológica no âmbito da oncologia. Denunciam a necessidade de inclusão das temáticas das masculinidades no âmbito do SUS, em busca da efetivação dos princípios de universalidade da assistência, equidade do acesso e integralidade do cuidado, levando em conta as implicações do gênero nos processos de saúde e adoecimento e a superação da reprodução de práticas que dificultam a adesão masculina aos serviços de psicologia e tratamento oncológico.
Roso, Angonese e Santos (2013) – artigo 29	Pesquisa-intervenção	Discutem experiência de campo grupal em clínica-escola de psicologia, focalizando a discussão dos direitos reprodutivos e sexuais, a construção da equidade de gênero a partir do discurso grupal, tendo como norte o lugar da família na constituição dos papéis de gênero, as relações de trabalho e as atuais cobranças sobre as mulheres.

Fonte: elaborado pela autora com base nos dados extraídos das pesquisas (2018).

Pesquisas sobre gênero e infância/adolescência

Artigo	Tipo de pesquisa	Principais considerações sobre o tempo
Freire, Sabarense e Branco (2009) – artigo 3	Qualitativa interpretativa	Discutem as concepções das crianças em grupo focal sobre as relações de gênero e a função das avaliações na escola. Afirmam que as concepções das crianças acerca do gênero na escolarização

		já trazem uma experiência cultural marcada pela dicotomia e estereótipos de gênero.
Menezes et. al (2010) – artigo 5	Quantitativa – observação, registro e questionário de classificação de brincadeiras	Investigam se diferenças entre as influências culturais de acordo com o sexo seriam compatíveis com o dimorfismo sexual, a partir da observação de crianças em interação livre. Diante da grande incidência de brincadeiras exercidas tanto por meninas quanto meninos, hipotetizam sobre a adoção de padrões de interação e tipos de brincadeiras serem similares entre os sexos, argumentando que a cultura é um fator de influência ao que já está biologicamente dado.
Ozella e Aguiar (2008) - artigo 8	Qualitativa – análise de entrevistas	Discutem as concepções de adolescência, a partir dos discursos dos/as adolescentes. O gênero é diferenciador na produção dessas concepções, sendo em alguns momentos mais importante do que a classe e a raça. A construção do gênero, no que tange às expectativas sociais sobre o que é ser homem e mulher já ocupa lugar importante na constituição da subjetividade; estas são produzidas historicamente a partir de necessidades sociais distintas para homens e mulheres, e não de forma individual, incorporando-se às experiências vividas pelos adolescentes.
Emerich et. al (2012) – artigo 10	Descritiva	Analizam o efeito do gênero sobre as escalas do Inventário de Comportamentos de Crianças e Adolescentes (CBCL) para um grupo de crianças brasileiras e compara os resultados com dados multiculturais obtidos com o mesmo instrumento. Evidenciam os escores mais altos em meninos de problemas externalizantes de comportamento, em contraste com o dado que meninas apresentam mais problemas internalizantes (ansiedade e depressão). O sexo da criança é descrito como um fator influenciador do aparecimento de problemas de comportamento na infância e desenvolvimento de psicopatologias.

Fonte: elaborado pela autora com base nos dados extraídos das pesquisas (2018).

Pesquisas sobre experiências formativas sobre gênero

Artigo	Tipo de pesquisa	Principais considerações sobre o tema
Galindo e Mélo (2010) – artigo 9	Teórica	Exploram experimentos estéticos que aliam o ativismo <i>queer</i> e <i>copyleft</i> , movimento conceituado como livre distribuição e cópia de conhecimentos sem fins lucrativos. Relacionam este ao ativismo <i>queer</i> no sentido que ambos questionam princípios de propriedade intelectual e tecnológica que se encontram presentes nas dinâmicas de gênero contemporâneas, fortemente marcadas por códigos tecnobionormativos.
Nunes e Werba (2015) – artigo 23	Pesquisa-ação	Investigam a efetivação das temáticas de gênero no ensino superior, em relação às diretrizes educacionais. Como forma de ensino e discussão sobre gênero no espaço acadêmico, expõem o teatro como ferramenta, a partir de um projeto de extensão universitária.
Cardoso e Werba (2013) – artigo 30	Pesquisa-ação	Discutem a formação produzida pelo Movimento de Mulheres Camponesas e sua relação com as questões de gênero, afirmando a discussão de gênero como imprescindível à conquista da consciência social dessas mulheres.
Neves e Silva (2017) – artigo 31	Qualitativa – análise de entrevistas	Investigam significações do protagonismo na promoção dos direitos das pessoas LGBT, a partir da análise dos discursos de professores(as) da rede estadual. Afirmam a insuficiência de perspectivas que abarcam a sexualidade humana a partir de uma concepção histórica, política, ética e crítica. Defendem que professores com formação para a diversidade podem se constituir como ferramentas de mediação para a promoção de direitos, e a amenização de preconceitos e concepções biologizantes sobre a sexualidade, ainda praticados e difundidos em âmbito escolar.

Fonte: elaborado pela autora com base nos dados extraídos das pesquisas (2018).

Pesquisas sobre concepções/elaborações conceituais sobre gênero

Artigo	Tipo de pesquisa	Principais considerações sobre o tema
Dinis (2012) – artigo 11	Qualitativa – análise de questionários	Discute a concepção de homossexualidade e gênero em curso de Psicologia. Enfatiza que a formação em Psicologia quando toca nas questões de gênero e diversidade sexual ainda é fortemente marcada pelas noções de normalidade e anormalidade que fizeram parte da constituição histórica dessa disciplina, ainda que se observe a penetração de discursos politicamente corretos em relação aos temas propostos, mas ainda não consolidados na prática.
Azeredo (2010) – artigo 13	Teórica	Apresenta teorizações sobre o conceito gênero, e suas implicações no saber da Psicologia, que tende a tentar domesticá-lo. Expõe experiência na graduação e pós-graduação, partindo do individual para teorizar sobre a dificuldade de trabalhar com o conceito de gênero na psicologia.
Beiras, Nuernberg e Adrião (2012) – artigo 14	Teórica – mapeamento de estudos	Apresentam mapeamento dos estudos da terceira geração na área do gênero na psicologia (principalmente na psicologia social), em relação ao papel de divulgação e aprofundamento dos estudos das gerações anteriores, bem como a articulação de novas áreas, como as masculinidades e os estudos <i>queer</i> .

Fonte: elaborado pela autora com base nos dados extraídos das pesquisas (2018).

Pesquisas sobre gênero e relações de trabalho

Artigo	Tipo de pesquisa	Principais considerações sobre o tema
Coutinho et. al (2013) – artigo 2	Qualitativa – análise de entrevistas	Investigam os sentidos produzidos pelas trabalhadoras domésticas sem vínculo empregatício, a partir da análise das trajetórias ocupacionais. Consideram a relação das mulheres com o trabalho informal, em postos menos valorizados como histórica, enfatizando que as mulheres ainda se encontram em posição inferior aos homens no mundo do trabalho em diversos aspectos (dupla jornada de trabalho, sobrecarga de tarefas, remuneração inferior, baixa qualificação, etc.).
Curado e Menegon (2009) – artigo 15	Qualitativa – realização de oficinas	Discutem os sentidos da relação entre trabalho e gênero e a naturalização da mulher no trabalho social, na perspectiva de profissionais que trabalham nessa área. Apesar de transformações no âmbito da família e do mercado de trabalho, há a narrativa sobre a força de trabalho feminina como de baixo valor financeiro e <i>status</i> social, mais atrelado ao cuidado, as “profissões predominantemente femininas”, associadas a essa prática (Enfermagem, Assistência Social, Psicologia, etc.).

Fonte: elaborado pela autora com base nos dados extraídos das pesquisas (2018).

ANEXOS

Anexo A - Carta de apresentação enviada à Secretaria de Educação do Município de Maringá para a realização da pesquisa “Retrato da Medicalização da infância no Estado do Paraná”.

CARTA DE APRESENTAÇÃO

Ilmo (a). Sra. Edith Dias de Carvalho
Secretária de Educação do Município de Maringá

Vimos, por meio desta, solicitar a Vossa Senhoria a colaboração necessária para a realização da pesquisa intitulada **“RETRATO DA MEDICALIZAÇÃO DA INFÂNCIA NO ESTADO DO PARANÁ”**, coordenada pela Dra. Silvana Calvo Tuleski, da Universidade Estadual de Maringá.

O objetivo da pesquisa é coletar e sistematizar dados referentes à quantidade de crianças que vem sendo diagnosticadas e medicadas com supostos transtornos de aprendizagem (TDAH, Dislexia, entre outros) e suas comorbidades.

A coleta de dados será realizada por meio de questionários a serem preenchidos pelos pais no ato da matrícula dos filhos (cópia em anexo), nas escolas municipais de Educação Infantil e primeiro ciclo do Ensino Fundamental, bem como entrevistas com professores e pedagogos para esclarecimentos referentes aos dados coletados, caso necessário.

A participação dos profissionais será voluntária mediante autorização por escrito no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, cuja cópia se encontra em anexo para o seu conhecimento.

Na oportunidade assumimos o compromisso de preservar o nome dos participantes e das escolas em publicações ou apresentações de trabalho, bem como destacamos o compromisso de encaminhamento dos resultados da pesquisa à Secretaria. Sem mais para o momento, colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos que forem necessários.

Atenciosamente,

Dra. Silvana Calvo Tuleski
Pesquisadora Responsável
Coordenadora Geral do Projeto

Anexo B - Modelo de questionário enviado aos pais/responsáveis das crianças participantes da pesquisa “Retrato da Medicalização da infância no Estado do Paraná”

PESQUISA: “RETRATO DA MEDICALIZAÇÃO DA INFÂNCIA NO ESTADO DO PARANÁ”

Prezada Mãe, Pai ou responsável pela criança. Essa pesquisa tem por objetivo coletar dados referentes ao índice de crianças medicadas (medicamento controlado) em decorrência de diagnósticos referentes a transtornos de aprendizagem (TDAH, Dislexia, entre outros) e suas comorbidades. Trata-se de um estudo inédito em nosso estado e sua participação é muito importante, pois contribui para o desenvolvimento de um estudo científico, possibilitando o levantamento de dados sistematizados a respeito da medicalização das crianças, viabilizando medidas preventivas e de intervenção. A sua participação consiste em responder algumas questões. As informações aqui contidas são absolutamente confidenciais, a identidade dos pais e da criança será mantida em sigilo, mesmo na divulgação dos resultados. Esta pesquisa é coordenada pela Dra. Silvana Calvo Tuleski, da Universidade Estadual de Maringá. Desde já agradecemos a sua participação e nos colocamos a disposição para eventuais dúvidas pelo telefone [\(44\) 3261-4416](tel:(44)3261-4416)

Nome do Digitador (Nome da pessoa que está digitando o questionário, coletando os dados)

MUNICÍPIO MUNICÍPIO AO QUAL A ESCOLA PERTENCE

ESCOLA / CENTRO MUNICIPAL:

SEXO DO ALUNO

- Feminino
- Masculino

NOME DO ALUNO

Data de Nascimento

Série

- Infantil 1 (de zero a 1 ano)
- Infantil 2 (de 1 a dois anos)
- Infantil 3 (de dois a três anos)
- Infantil 4 (de três a quatro anos)
- Infantil 5 (de quatro a cinco anos)
- Ensino Fundamental - Primeiro Ano
- Ensino Fundamental - Segundo Ano

- Ensino Fundamental - Terceiro Ano
- Ensino Fundamental - Quarto Ano
- Ensino Fundamental - Quinto Ano
- Classe Especial

TURNO EM QUE A CRIANÇA ESTUDA

- Manhã
- Tarde
- Integral

QUEM ESTÁ RESPONDENDO AO QUESTIONÁRIO

Quem está fornecendo as informações da criança: o pai, a mãe, tio (a), avô, avó...

- MÃE
- PAI
- Outro:

1 - Assinale se seu filho (a) apresenta algumas dessas condições

- Transtorno do Déficit de Atenção Hiperatividade (TDAH)
- Déficit de Atenção
- Transtorno Global do Desenvolvimento (autismo, Asperger, Rett)
- Depressão
- Transtorno Opositor Desafiador
- Síndrome do Pânico
- Transtorno Afetivo Bipolar
- Não apresenta
- Outro:

2 - Assinale se ele (ela) toma alguma dessas medicações todos os dias

- Ritalina
- Concerta
- Risperidona
- Neuleptil
- Depakote
- Clonazepam
- Depakene
- Outro:

3 - Quem receitou a medicação?

- Neurologista
- Psiquiatra
- Pediatra

- Neuropediatra
- Outro:

4 – Há quanto tempo está usando a medicação?

- menos de 6 meses
- de 6 meses a 1 (um) ano

mais de 1 (um) ano, quanto tempo?

5 - Qual a dosagem que está usando?

- 01 (um) comprimido ao dia
- 02 (dois) comprimidos ao dia

outra dosagem de comprimidos? qual?

gotas ou xarope, quanto?

6- Se seu filho (a) já interrompeu o tratamento médico, qual foi o motivo. Se interrompeu a medicação, assinale ou especifique o motivo.

- dificuldade em retornar à consulta médica
- falta de medicamento disponível gratuitamente
- a família não concorda em medicar a criança
- Outro:

7. Se seu filho faz algum tipo de acompanhamento clínico ou educacional diferenciado, cite qual:

- psicológico
- psicopedagógico
- fonoaudiológico
- sala de recurso multifuncional
- acompanhamento pedagógico
- classe especial
- Outro:

