



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
COORDENAÇÃO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**Maria Paula Cunha Souza e Carrijo Pereira**

**A expansão diagnóstica de TEA e TDAH: reverberações do mal-estar na  
infância contemporânea**

**UBERLÂNDIA**

**2023**



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
COORDENAÇÃO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**Maria Paula Cunha Souza e Carrijo Pereira**

**A expansão diagnóstica de TEA e TDAH: reverberações do mal-estar na  
infância contemporânea**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. João Luiz Leitão Paravidini

**UBERLÂNDIA**

**2023**

## **Agradecimentos**

Ao meu orientador, João Luiz Paravidini, por me acompanhar e me inspirar na jornada de escrita deste trabalho.

À minha supervisora Katherine Pohl, pela gentileza da sua transmissão da psicanálise e por me proporcionar um espaço de estudo e prática cheio de vida, presença e sutilezas.

À minha amiga Yasmim, com quem compartilhei cafés, risadas e angústias. Dividir esse percurso com você é um privilégio.

Ao meu amigo Matheus, por sempre me escutar mesmo que a distância. Por praticar a medicina de uma forma crítica e singular. Aprendo muito com você.

Ao meu companheiro Bruno, por ser meu respiro e minha calma. A vida ao seu lado é mais bonita.

À minha irmã, pelas longas conversas e conselhos. Sentirei falta de ter o quarto logo ao lado do seu.

Aos meus pais, por sempre me incentivarem a ler e a estudar e por me apoiarem na conquista dos meus objetivos.

Às crianças que atendi e aos pais que escutei. Suas falas, histórias e singularidades me motivam a seguir essa profissão.

## Resumo

Com a aproximação da psiquiatria com as neurociências, estruturou-se um novo modo de elaboração de categorias diagnósticas, onde o cérebro ganha um lócus privilegiado de manifestação das denominadas, anteriormente, doenças mentais. O discurso psiquiátrico que antes se restringia ao campo médico logra espaço em outros âmbitos da sociedade, circulando amplamente em instituições, como a família e a escola. Esse movimento de expansão do discurso técnico científico surte efeitos no olhar que direcionamos para a infância e para a montagem sintomática que as crianças apresentam na atualidade. Diante de um novo modo de produção de diagnósticos, duas chaves de leitura diagnóstica alcançam um lugar de prevalência, sendo eles: o Transtorno do Espectro Autista (TEA) e o Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH). Nesse sentido, o presente trabalho buscou realizar um percurso pelos determinantes históricos e sociais que elevaram o TEA e o TDAH a *nomenclaturas diagnósticas* privilegiadas, visando tecer o que esses diagnósticos apontam e ao mesmo tempo escondem do mal estar das crianças na contemporaneidade.

Palavras-chave: infância; TEA; TDAH; contemporaneidade; mal-estar

## **Abstract**

With the approximation of psychiatry with the neurosciences, a new way of elaborating diagnostic categories was structured, where the brain gains a privileged locus for the manifestation of, the previously called, mental illnesses. The psychiatric discourse that was previously restricted to the medical field finds space in other areas of society, circulating widely in institutions such as the family and the school. This expansion movement of the technical-scientific discourse has an effect on the look we direct towards childhood and the symptomatic montage that children present nowadays. Faced with a new way of producing diagnoses, two diagnostic reading keys reach a place of prevalence, namely: Autism Spectrum Disorder (ASD) and Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). In this sense, the present work seeks to carry out a journey through the historical and social determinants that raised ASD and ADHD to privileged diagnostic nomenclatures, aiming to weave what these diagnoses point to and at the same time hide from the malaise of children in contemporary times.

**Keywords:** childhood; ASD; ADHD; contemporaneity; malaise

## SUMÁRIO

<b>Introdução.....</b>	<b>07</b>
<b>1- Por que o TEA e o TDAH?.....</b>	<b>09</b>
<b>2- Do enigmático do sintoma à expansão dos diagnósticos.....</b>	<b>12</b>
<b>3- Do autismo ao TEA.....</b>	<b>15</b>
<b>3.1-TDAH: A busca de um reconhecimento como diagnóstico.....</b>	<b>17</b>
<b>4- O que está por trás da expansão dos diagnósticos de TEA e TDAH?.....</b>	<b>19</b>
<b>4.1- Família e escola: instituições de circulação privilegiada da infância.....</b>	<b>20</b>
<b>5- O que esses diagnósticos têm a nos contar sobre a infância hoje?.....</b>	<b>23</b>
<b>6- Considerações Finais.....</b>	<b>26</b>
<b>7-Referências Bibliográficas .....</b>	<b>28</b>

## Introdução

O presente trabalho de conclusão de curso tinha como proposta inicial um percurso sobre as novas apresentações sintomáticas na contemporaneidade. A infância, como o lócus de onde partem minhas reflexões, se apresentou em um segundo momento, pelo que penso ter duas razões: meu estágio na clínica infantil que me convidou a pensar sobre as crianças-sujeitos que chegaram até mim: seu brincar, suas falas, as falas dos seus pais. E uma segunda razão que me escapa em sua totalidade, mas que conta em algum lugar da criança em mim. A escrita deste TCC me fisionou em pontos que até esse momento ainda não consegui tracejar. Acredito que esse traçado se dará em um tempo posterior.

Escrevo esses parágrafos faltando muito pouco para concluir meu texto. Escrevo-lhes na tentativa de que as leituras e estudos que tive ao longo desse percurso ganhem forma no papel. Escrevo para fazer um convite a vocês que leem para acompanhar esse texto que busca articular os determinantes sociais, históricos e científicos que estão na base da produção de diagnósticos de TEA e TDAH na infância e como as crianças, em suas sutilezas subjetivas, lhes escapam.

Ao longo da história, a concepção de infância foi adquirindo lugares e delimitações diferentes. O historiador francês Philippe Ariès (1981) aponta para as diferentes posições e expectativas que a criança ocupou diante da família e da sociedade ao longo da história, através das quais acompanhamos a uma série de transformações sociais e políticas que atravessaram a mudança de visão e o discurso acerca da infância e do infantil, desde a percepção da criança como um “mini adulto” na Idade Média ao de um ser angelical e pedagogizável, a partir do século XVII.

Através das construções de Ariès (1981), podemos conceber que o sentimento de infância e olhar que se volta para o infantil como uma construção recente e que se interliga com a ascensão da educação. Instaura-se uma preocupação moral com relação à infância, uma espécie de preciosismo, em que é necessário cuidar das crianças para que no futuro elas sejam adultos honrados.

Nesse cenário de transformações da modernidade, a psicanálise contribuiu para a passagem da noção da criança como um ser ingênuo e passivo para um sujeito detentor de saber. Contudo, na contemporaneidade, essa suposição de saber da criança, assim como sua posição dentro da família e do campo social, vem se alterando (Rosa & Lacet, 2012).

No presente trabalho busquei me distanciar de um percurso que aponta para generalizações e imperativos do que é e do que deve ser a infância, a parentalidade e o lugar da escola. Em contrapartida, pretendi discorrer e pôr em questão as transformações contemporâneas que sinalizam para as novas apresentações sintomáticas e novas demandas que se apresentam na clínica com crianças hoje.

A vida contemporânea nos apresenta uma nova lógica de funcionamento (Birman, 2014) em que a máxima “cada um (se aguenta) por si” ascende ao primeiro plano. Presenciamos um viver que se aproxima mais do sobreviver, contornado pelo avanço da psiquiatria, da medicalização e pela exaltação do individualismo, todos esses próprios da sociedade capitalista neoliberal. Dessa forma, quando falamos em infância e sintoma, não podemos considerá-los como produções desvinculadas dos discursos próprios à nossa época.

Tendo em vista essa temática dos “novos sintomas” e as infâncias que chegam à clínica hoje, não devemos desconsiderar o plano de fundo que se apresenta: o consumismo desenfreado, a exaltação de um ritmo de vida acelerado, o déficit de experiências (Paravidini, Neves & Araujo, 2019) e o recobrimento técnico-científico das singularidades. Todos esses apontam para outra vivência de infância e, em consequência, para outras formações sintomáticas.

Nos vemos diante de uma infância atravessada por uma pandemia de diagnósticos provocada tanto pela mudança dos critérios de classificação dos transtornos apresentados no DSM-V e no CID-11, que passou a vigorar no início do ano de 2022, quanto pela difusão de instrumentos de diagnose realizados pela internet e redes sociais. Nestes testes, propõem-se um modelo de check-list de comportamentos que buscam averiguar, entre os quadros nosográficos existentes, em qual deles o sujeito se encaixaria. Trata-se, portanto, de um movimento de busca ativa por doenças



e um olhar que se direciona para a patologia e não para o sofrimento que a criança experimenta, em uma lógica que produz adoecimento ao invés de promover saúde e cuidado (Jerusalinsky, 2018).

Para além do enquadre social que o sintoma da criança vai adquirindo, é necessário levarmos em consideração a máxima de que, apesar do sintoma referir-se ao laço social, seu caminho de formação é absolutamente singular, sendo uma resposta do sujeito frente a um impasse subjetivo. Ele é uma elaboração do sujeito frente a algo do real que o atravessa e que a palavra não pode tocar, ou seja, uma elaboração diante de algo de insuportável que atinge seu corpo. O sintoma é assim uma verdade do sujeito-criança, posto que conta da verdade de sua experiência de ser (Fragelli, 2011).

Dessa forma, mostra-se necessário considerarmos que estamos em novos tempos que propõem outras formas de ser e estar no mundo, e que, portanto, indicam para um horizonte de outras posições ocupadas pela criança e também de novas apresentações sintomáticas que contam de nossa época.

Com isso, o presente trabalho se propõe a pensar dois diagnósticos “epidêmicos” que se fazem prevalentes nas apresentações sintomáticas das crianças na atualidade, são eles: o diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (TEA) e o diagnóstico de Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH). Tenho em meu horizonte o questionamento acerca do que essas duas chaves de leitura diagnóstica propõem apontar e ao mesmo tempo esconder quanto ao mal-estar na infância, levando em consideração o que se apresenta tanto no âmbito social quanto parental/familiar.

## **1- Por que o TEA e o TDAH?**

Uma questão que me é suscitada acerca da temática explorada neste trabalho é o porquê do Transtorno do Espectro Autista e do Transtorno de Déficit de atenção e hiperatividade terem se destacado como modalidades diagnósticas na atualidade, principalmente quando se trata de diagnósticos dados na infância. Nesse sentido, buscarei mapear os determinantes histórico e sociais

que propiciaram o movimento de legitimação do TEA e do TDAH, em detrimento de outras patologias e modos de sofrimento, investigando o que fez da hiperatividade e do autismo fenômenos categorizáveis e passíveis de generalização.

Ao longo da história, houve diversas mudanças acerca do lugar ocupado pelas crianças na sociedade, sendo recente a delimitação da infância e o direcionamento de um olhar para a existência das crianças, além de um inaugural reconhecimento de suas necessidades como diferentes das necessidades de um adulto. É apenas a partir do século XX que a infância ganha uma centralidade política, onde passa a ser estruturado um discurso sobre a criança. Nesse movimento, as políticas, as leis e instituições passam a ver a infância como algo a ser protegido e resguardado, além de começar a se atentar para o potencial de desenvolvimento da criança (Voltolini, 2021).

A criança passa a ocupar essa centralidade no plano social, onde é observada por tudo e todos, mas apesar do avanço originado pelo reconhecimento da infância como um momento importante e da visualização da criança como um indivíduo integrante da sociedade, vemos um excesso de construção de saberes sobre a infância. Portanto, apesar de uma produção importante de conhecimentos acerca da infância, a criança ainda não é considerada como alguém que pode contar algo de si, sendo posta como um ser que tem uma potência a advir, mas que não é reconhecida como uma potência no agora, não sendo percebida como um sujeito singular (Voltolini, 2021).

Esse olhar que se direciona para a infância, trazendo-a para o centro das discussões políticas e institucionais é conduzido por uma tentativa de recobrimento da criança por uma série de saberes de ordem disciplinar que indicam um movimento de normatização da infância (Voltolini, 2021). Podemos pensar que o discurso médico-científico foi um importante agente desse processo de normatização, com diagnósticos, manuais e fármacos, que taxaram e generalizaram falas, ações, e modos de sofrimento outrora experienciados pela criança de maneira singular. A escola e a família aparecem como instituições que abraçaram esse discurso como verdade unívoca, personificando uma série de demandas destinadas à criança para que essa se encaixe em uma normalidade.

Vemos então uma ascensão do discurso médico-científico que pode ter sua origem apreendida com o marco de uma nova relação entre a psiquiatria e a psicopatologia que nos é apresentada no ano de 1981, com a divulgação da terceira versão do Manual Diagnóstico e de Estatística da Associação Psiquiátrica Americana. O DSM-III aponta uma direção que será seguida - e ampliada de forma exorbitante - nas próximas revisões do manual: a emergência de uma psiquiatria e de uma psicopatologia puramente biológica e de uma concepção naturalista das doenças, em que os fenômenos passam a ser pensados de forma alheia às condições estruturais de aparecimento dos sintomas (Matos, 2013).

O DSM-III se apresenta como o marco de uma nova perspectiva que passa a centralizar o cérebro como lócus da doença, visão essa em que o corpo é concebido a partir de uma visão unicamente neurobiológica e em que as patologias passam a serem apreendidas como disfunções neuroquímicas.

Esse novo sistema de classificação, expande o quadro de doenças, tendo como objetivo “fornecer critérios explícitos, operacionalmente observáveis e que reduzissem ao mínimo o uso de interferências teóricas não diretamente observáveis para a definição de cada quadro mental” (Dunker & Kyrillos Neto, 2015). Dessa forma, não há mais um percurso sobre o desenvolvimento da patologia ou da singularidade de apresentação dos sintomas, o corpo é delimitado como um conjunto ordenado de órgãos em funcionamento e a doença como um intruso. Essa nova relação caracteriza-se por uma primazia do biológico, em que a reflexão sobre o *pathos* é posta de lado em benefício de outra pergunta: como poderemos retirar esse distúrbio do corpo para que ele volte a funcionar de forma ordenada?

O sofrimento, o mal estar e os sintomas são invisibilizados em nome de um novo agrupamento passível de generalização, os denominados transtornos. Nesse sentido, essa nova forma de agrupamento nos dão rastros do movimento que acompanhamos na atualidade, em que os sintomas são vistos como algo que atrapalha o funcionamento produtivo de um corpo e que deve ser retirado para que se retorne a uma suposta normalidade.

## **2- Do enigmático do sintoma à expansão dos diagnósticos**

No livro “Mal-estar, sofrimento e sintoma: Uma psicopatologia do Brasil entre muros”, Dunker (2015) propõem um percurso pela tríade mal-estar, sofrimento e sintoma pensando as particularidades desses e a desconsideração que é preciso haver para que haja uma produção maciça de diagnósticos.

O mal-estar pode ser definido como um empuxo à nomeação, sendo ele o produto de processo investigativo que se inicia quando algo não parece fazer mais sentido, em um universo que era até então seguro e conhecido. Nesse processo reflexivo questões são feitas e respostas são alcançadas, contudo esse saber produz um elemento inesperado na equação: o mal-estar (Dunker, 2015).

Esse percurso investigativo é realizado de forma proeminente na infância, em que as crianças fazem perguntas e constroem respostas sobre seu lugar no mundo, sua relação com os pais e sobre questões existenciais como a vida, a morte, o sexo. No caso do Pequeno Hans (Freud, 1909), o nascimento da irmã mais nova chega como um elemento novo e desestabilizador da realidade que ele conhecia até então, esse ponto de interrogação que surge para o pequeno Hans produz novos questionamentos e com isso respostas que geram mal-estar (Dunker, 2015).

O sintoma aparece então como uma complexa nomeação ao mal-estar, sendo, sobretudo uma solução, uma grande invenção que busca resolver todos esses problemas e o mal-estar que está em ebulição na vida do sujeito. Nesse sentido, o sintoma é essencialmente complexo, uma metáfora, uma representação, fruto de um árduo trabalho de dar algum contorno ao mal-estar (Dunker, 2015).

Portanto, o sintoma não é algo fechado que se encerra em si mesmo, justamente por ser um símbolo abre espaço para o refletir e para a construção de narrativas acerca de seus porquês. Os sintomas, para a psicanálise, não nos fazem necessariamente sofrer, não há uma relação contingencial, ou seja, alguns sintomas podem gerar sofrimento e outros não (Dunker, 2015).

O sofrimento seria então uma narrativa, uma interpretação, um falar sobre o que se passa consigo mesmo. É nesse sentido, que podemos pensar que esse sofrer é também atravessado por

uma política, há limites e fórmulas de reconhecimento e legitimação acerca do sofrer ditados pela cultura. Nem tudo que um sujeito passa é reconhecido como sofrimento, esse sofrer tem também uma perspectiva histórica (Dunker, 2015).

Atualmente, o sintoma adquire um outro estatuto, sendo colocado essencialmente como algo errado, desviante, que deve ser retirado para que o organismo volte a funcionar em sua normalidade. Mas, o que está implicado nessa normalidade?

Os manuais diagnósticos em nome da generalização apagam de sua elaboração o mal-estar e o sofrimento do sujeito, colocando em destaque os sintomas, que também deixam de aparecer como uma espécie de enigma, sendo apresentados nas novas revisões dos manuais de forma segmentada, em um modelo de listagem de ações e modos de se portar. Essa lógica tem seu ápice com a chegada do DSM-V em 2013, em que o modelo de diagnóstico categorial é substituído pelo modelo dimensional (APA, 2013), em uma proposta que tem por consequência “a predição de transtornos mentais” (Resende, Pontes & Calazans, 2015).

O modelo dimensional é pautado na ideia de que o ser humano apresenta um número de dimensões variadas que se distribuem nas pessoas em formato de curva normal. Existiria assim um amplo número de traços que se apresentariam na vida do indivíduo em graus variados durante determinado intervalo de tempo (Gomes, 2019). Esse modelo propõe abarcar uma gama completa de modos de funcionamento, colocando todas as possibilidades estatísticas de aparecimento daqueles traços, entendendo que todas as pessoas apresentariam, em alguma medida, aquele aspecto listado como sintoma no DSM-V.

Um exemplo de aplicação do modelo dimensional é o diagnóstico de TEA, em que o autismo é visto dentro de um espectro, ou seja, uma gama de possibilidades de expressão que indicariam a sua presença (Barroso, 2019).

O que está em jogo no estabelecimento desses novos procedimentos diagnósticos propostos é então um apagamento da historicidade do sintoma e, portanto, do sofrimento psíquico singular experienciado, para que se caiba ali uma visão quantificável do ser humano.

Outro aspecto que atravessa a elaboração das renovadas categorias diagnósticas é a aproximação da psicopatologia e da psiquiatria contemporânea com as neurociências. Guarido (2007, p.154) aponta que:

Se a psiquiatria clássica, de forma geral, esteve às voltas com os fenômenos psíquicos não codificáveis em termos de funcionamento orgânico, guardando espaço para dimensão enigmática da subjetividade, a psiquiatria contemporânea promove uma naturalização do fenômeno humano e uma subordinação do sujeito à bioquímica cerebral.

A psiquiatria consegue na aproximação com a epistemologia das neurociências se integrar ao pressuposto anatomopatológico da medicina moderna, em que toda doença tem um início definido, um curso regular e um desenlace previsível. Esse pressuposto não abarcava as doenças mentais quando pensamos na psicopatologia clássica, já que havia nelas um território de significação a ser dada, pois anatomicamente as doenças mentais não podiam ser apreendidas (Dunker, 2015).

A neurociência oferece então os instrumentos teóricos necessários para que a psiquiatria funde suas explicações, se colando a um discurso de primazia do biológico (Guarido, 2007).

Como exposto no capítulo anterior, essa mudança de paradigma no campo da psicopatologia e da psiquiatria se dá a partir do DSM-III. A terceira revisão do manual diagnóstico proposto pela APA apresenta uma diferença na sua elaboração, contando com a presença de grandes corporações, entre elas as seguradoras de saúde e a indústria farmacêutica. Esse fato se dá até por uma busca de investimentos nos manuais diagnósticos, que até 1970 não apresentavam uma alta confiabilidade no congresso americano, não sendo assim um alvo de investimentos significativos (Guarido, 2007).

A aproximação da psiquiatria com a neurociência e o investimento da indústria farmacêutica na confecção dos manuais diagnósticos são fatores a serem considerados quando pensamos sobre o privilégio que o tratamento farmacológico tem na sociedade atual (Resende, Pontes & Calazans, 2015). Com o cérebro sendo o lócus privilegiado da expressão das patologias mentais, em termos de

desregulações no funcionamento de neurotransmissores, o único que poderia agir no sentido de uma cura seriam os remédios (Guarido, 2007).

Há então uma questão econômica que permeia a elaboração do DSM muita das vezes ignorada e que deve ser considerada ao pensarmos o aumento das modalidades diagnósticas ali propostas. Não se trata de retirarmos a importância dos investimentos destinados à saúde mental e aos avanços realizados nessa área, mas de ser colocado em pauta que houveram corporações interessadas em uma expansão do número de diagnósticos e também na expansão do uso dos manuais diagnósticos em nossa sociedade, que passaram a ser utilizados para além do contexto clínico, abrangendo o âmbito do jurídico, das instituições escolares e da família.

### **3- Do autismo ao TEA**

A nomenclatura e classificação diagnóstica do autismo como TEA (Transtorno do Espectro Autista) é recente, ocorrendo apenas no DSM-V, publicado no ano de 2010. Contudo, o percurso dessa modalidade diagnóstica se inicia no de 1911 quando o psiquiatra suíço Eugène Bleuler cunha o termo autismo, considerando a sintomatologia da doença como própria de um quadro esquizofrênico. O psiquiatra já investigava os sintomas do autismo como sendo: “perda parcial do contato com a realidade, desvinculação do laço social, isolamento, de maneira que o sujeito se encontra em dois mundos, isto é, o mundo autista e o mundo das relações com o outro” (Barroso, 2019).

É apenas no ano de 1943 que o pediatra e psiquiatra Leo Kanner propõem o autismo infantil como uma nova e separada categoria clínica. Kanner preserva e ao mesmo tempo expande a concepção sintomatológica de autismo proposto por Bleuler, indicando traços que caracterizariam um quadro de autismo: “solidão em grau extremo, comunicação prejudicada, mutismo, linguagem ecolálica, insistência obsessiva na manutenção da mesmice, ansiedade ante as novas situações, rituais repetitivos, fascinação pelos objetos e desinteresse pelas pessoas, reação angustiante aos signos da presença do outro” (Barroso, 2019).

Kanner, apesar de traçar um quadro da sintomatologia do autismo, não fechou uma hipótese sobre a origem do autismo, transitando em certos momentos por uma perspectiva pós-freudiana, que localizava a etiologia da doença na relação mãe-bebê, e em outros flertando com uma visão inatista do autismo, que supunha uma incapacidade biológica da pessoa em se relacionar afetivamente (Barroso, 2019).

Nos manuais diagnósticos, o percurso do autismo também é vasto. Em suas primeiras edições, o autismo se manteve associado à psicose, em um período que a psicopatologia se aproximava mais do paradigma psicodinâmico, sendo apenas na terceira versão do Manual da APA que vemos um salto acontecer: o autismo antes associado à psicose, ganha no DSM-III a classificação de Transtorno Global do Desenvolvimento (TGD), buscando assim abarcar todas as áreas que essa patologia afetava (biológica, afetiva, cognitiva, etc.).

Nesse sentido, os manuais diagnósticos que têm uma proposta de caráter ateuórico e anti-etiológica - portanto não se baseiam em nenhuma teoria e não buscam investigar as causas da patologia - com o DSM-III passa a se aproximar de uma perspectiva neurobiológica, elegendo como referência epistemológica as neurociências em detrimento das categorias clínicas da psicopatologia (Barroso, 2019).

Essa aproximação com as neurociências é expandida no atual DSM-V, versão do manual em que o autismo passa a ser denominado como o Transtorno do Espectro Autista (TEA). A psiquiatra e pesquisadora inglesa Lorna Wing foi quem propôs o conceito de espectro em uma tentativa de abarcar todas as possibilidades de expressões do autismo, considerando em termos numéricos e percentuais as possibilidades de aparições e intensidades dos traços considerados autísticos, por meio de uma aplicação estatística. Assim, o conceito de espectro “busca abrigar a dimensão de um continuum de manifestações que podem evoluir dentro de uma mesma categoria” (Barroso, 2019).

No entanto, a proposta de pensar o autismo como um espectro, prezando por uma noção estatística e que busca abarcar em uma mesma categoria uma extensa lista de possibilidades e modos de experienciar o autismo, ainda assim algo fica de fora. Em nome de uma expansão



generalizadora, o singular e as especificidades da vida psíquica no autismo são desconsiderados (Barroso, 2019). Um efeito dessa tentativa de abarcar uma infinidade de traços e maneiras de ser e fazer como sendo próprios do autismo é a promoção de uma banalização do diagnóstico em que toda criança é colocada em uma posição de avaliação de presença ou ausência dos traços considerados autísticos, em uma busca ativa pelos sinais da doença.

### **3.1- TDAH: A busca de um reconhecimento como diagnóstico**

O TDAH, assim como o TEA, apresenta um vasto percurso até chegar ao que entendemos hoje como sendo o denominado: Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. A primeira tentativa de sistematização do quadro aconteceu em 1798 com o médico Alexander Crichton, contudo, é apenas em 1918 que o também médico Alfred Strauss, observa uma possível causalidade orgânica entre a agitação psicomotora e os problemas de atenção observados em crianças, apontando que esses seriam provocados por lesões cerebrais (França, 2012).

A hipótese de que esses sintomas seriam causados por uma lesão cerebral perdurou até 1962, quando por falta de evidências, foi proposto apresentar o quadro como sendo uma disfunção cerebral. Vemos assim, desde o início da história do TDAH, uma tentativa de categorizar os sintomas observados dentro de uma categoria diagnóstica, empreitada que é alcançada no ano de 1968 quando é apresentada pela APA (Associação Psiquiátrica Americana) no DSM-II sob o nome de Reação Hiperkinética Infantil (França, 2012).

Com a apresentação do quadro no DSM-II é traçado o início do caminho do TDAH como um diagnóstico psiquiátrico. As ampliações da categoria diagnóstica continuaram a se expandir ao longo das revisões do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM). A perspectiva de considerar os sintomas de desatenção e hiperatividade como sendo um distúrbio é alterada apenas em 1990 com o DSM-IV, em que se altera a terminologia distúrbio para transtorno, passando também a dar um maior enfoque aos sintomas de hiperatividade presentes no quadro (França, 2012).

O DSM-IV então prevê uma série de comportamentos indicativos de TDAH, sendo nove associados à falta de atenção, seis à hiperatividade e três com a impulsividade. Com relação à avaliação proposta pela APA, o diagnóstico de TDAH é dado quando seis ou mais traços são verificados durante um período maior que seis meses. O DSM-IV também propõe uma expansão da possibilidade de diagnóstico dentro dessa categoria, ao indicar que em um quadro de TDAH poderia predominar sintomas de desatenção ou de hiperatividade, além da possibilidade de ser um quadro misto com sintomas de ambas as partes (França, 2012).

Assim como na modalidade diagnóstica do TEA, o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade tem seu percurso marcado por uma busca de reconhecimento como uma patologia com status de diagnóstico psiquiátrico. Nesse sentido, apesar de não ter uma etiologia confirmada o, atual denominado, TDAH se aproxima da proposta epistemológica das neurociências, que centralizam a doença no cérebro, ao propor que crianças com TDAH apresentam alterações nos neurotransmissores de dopamina e noradrenalina (França, 2012).

Essa aproximação do TDAH com aspectos de ordem biológica aponta uma direção de tratamento medicamentosa (Matos, 2013). Apesar de haver estudos que consideram os aspectos contextuais envolvidos no TDAH esses são postos em segundo plano, sendo apresentados como aspectos influenciados por esse fator biológico que já não vai bem e que precisa ser restabelecido em seu funcionamento normal. Assim, em primeiro plano, encontram-se as saídas medicamentosas como um meio de resolução desse transtorno.

O percurso histórico das modalidades diagnósticas do TEA e do TDAH nos conta de uma busca de que variados sintomas possam ser abarcados dentro de uma categoria diagnóstica. Dessa maneira podemos compreender que é intrínseco à proposta de ambos os diagnósticos partirem de uma generalização, em que há um processo de reconhecimento de certos modos de sofrer em detrimento de outros que não ganham um estatuto de nomeação.

Nesse sentido, há uma busca por legitimação e determinação do sofrimento que pode ser alcançada por meio do estabelecimento de uma categoria diagnóstica, como foi o caso do TEA e do TDAH.

Contudo, ainda nos é necessário mapear no que se respaldam as estufadas nomeações do “ser autista” e do “ser hiperativo” às crianças, buscando entender a produção - e pressão - diagnóstica que vemos atualmente.

#### **4- O que está por trás da expansão dos diagnósticos de TEA e TDAH?**

Investigou-se no capítulo anterior o percurso histórico que ascendeu o TEA e o TDAH como categorias diagnósticas privilegiadas, em um movimento abrangente de busca por generalização, em que quadros muito diferentes entre si são abarcados dentro de um mesmo diagnóstico. Mas, ainda se faz necessário percorrermos o que se altera no âmbito social para que esses transtornos tenham sido alçados ao título de *nomeações*, migrando do campo do ter, para uma dimensão da existência.

Levando em consideração os diversos fatores que atravessam esse aumento de diagnósticos atribuídos na infância, é importante ressaltar que existe uma diferença entre um aumento em si da incidência de autismo e da hiperatividade nas crianças e o aumento da aplicação dessas categorias diagnósticas às crianças. Dessa forma, pode-se dizer que há uma diferença entre uma epidemia diagnóstica e uma epidemia de categorias diagnósticas (Jerusalinsky, 2017).

Nesse sentido, nos cabe perguntar o que se está por detrás dessa produção artificial de diagnósticos de TEA e TDAH? Se nem todas as crianças diagnosticadas com TEA e TDAH são autistas e hiperativas, como esses diagnósticos ganharam um espaço tão abrangente em nosso meio?

Vemos uma ascensão da noção de diagnóstico em nossa sociedade. O conceito de *diagnóstico*, que antes circulava majoritariamente no âmbito médico, passa a permear o discurso de outros âmbitos sociais, entre eles a família e a escola.

Aguiar (2004, p. 100), em seu livro “Psiquiatria no Divã”, aponta que:

“A difusão social do conceito de doença tem o objetivo de fazer com que o próprio paciente possa fazer seu diagnóstico e sugerir o tratamento ao seu médico. Como no DSM é realizado pela mera identificação de sintomas, não dependendo de nenhum exame complementar, é perfeitamente possível que o próprio paciente estabeleça seu diagnóstico e até mesmo o tratamento farmacológico que achar conveniente. O DSM virtualiza o médico, fazendo com que cada paciente possa, exceto pelo papel doravante burocrático de assinar a receita, torna-se médico de si mesmo”.

Essa lógica discutida pelo autor ganha um espaço ainda maior com a possibilidade de um acesso rápido a informações na internet e nas redes sociais. Nelas encontramos vídeos, textos, podcasts, testes online que apresentam a sintomatologia do TEA e do TDAH, que funcionam como convocatórias para que o indivíduo avalie se tem algum daqueles comportamentos que estão sendo apresentados.

#### **4.1- Família e escola: instituições de circulação privilegiada da infância**

Considerando a expansão dessa lógica médica para dentro das famílias e da escola, podemos pensar seus efeitos no discurso dos pais que chegam à clínica procurando tratamento para seus filhos.

Sabemos que o discurso que os pais nos falam do sintoma da criança não recobre toda a verdade sobre o sintoma dela. É possível considerar uma diferença entre o que é o “sintoma na criança e o sintoma da criança”. O sintoma na criança apresenta-se como aquilo que aponta para uma diferença entre o que os pais esperavam daquele filho, algo que destoa e que os convocam a procurar um profissional. Contudo, a queixa apresentada pelos pais não consegue dar conta de tudo que é expresso na montagem singular do sintoma da criança, que é expresso em sua fala e em seu brincar (Faria, 2019).

Essa não contingencialidade entre o sintoma na criança e o sintoma da criança (Faria, 2019) ganha então esse novo atravessamento na atualidade - o discurso técnico científico que é

incorporado à fala dos pais que chegam à clínica. Mais do que a queixa e uma demanda por resolução daquilo que os preocupam em seus filhos, os pais apresentam explicações e pontuações científicas sobre o que se passa com suas crianças.

Os cuidadores não falam mais somente a partir de sua posição inconsciente, da sua experiência singular de cuidador e do lugar que o filho ocupa em seu imaginário. Seus discursos passam a ser permeados por essa visão médica em que os sintomas são traduzidos em transtornos. Lacan (1969) ressalta que a função da família se localizaria em termos de uma transmissão particular que se pauta em “um algo a mais”, em um resto que é causa do desejo. A ordem dessa transmissão que ultrapassa o que é formalizado e dito dentro de uma família, que vai além do que os pais querem ensinar aos filhos, extrapola o garantir comida na mesa e o bancar uma boa escola. Trata-se de uma transmissão da ordem do significante e da organização do mito familiar (Teperman, 2012).

Essa transmissão que faz marcas não se pauta por uma ação pedagógica, mas se trata de uma transmissão de ordem inconsciente, uma transmissão que é preciso que aconteça para que se constitua um sujeito onde há apenas um corpo. Nesse sentido, pode-se entender que essa transmissão não ocorre no vácuo, há outro que a realiza, Outro que em um primeiro momento é encarnado pelos pais (Teperman, 2012).

Contudo, o que vemos hoje é que o Outro que seria encarnado pelas figuras parentais passa a ser atravessada por esse discurso médico científico, que não se pauta em uma transmissão da ordem do desejo. Nesse sentido, em lugar do saber inconsciente dos pais sobre seus filhos, esse saber não-sabido, surge o saber técnico e sua verdade unívoca acerca do que não vai bem com a criança, um saber bem sabido.

O discurso médico científico oferece para os pais a possibilidade de que um diagnóstico estanque o mal-estar do seu filho e o deles também. Contudo, em um efeito rebote, ao conseguir um diagnóstico que tampona o mal-estar, os pais são privados de seu saber próprio, algo do desejo se

acanha, promovendo um distanciamento da família daquilo que a criança busca contar em seus sintomas (Teperman, 1999).

Vemos ainda outro novo aspecto do discurso dos pais que chegam à clínica: a suposição de que algo não vai bem com seus filhos parte primeiro da escola, da fala de professores e coordenadores para que os pais busquem um diagnóstico que os ajudem a entender aquele aluno e seus comportamentos.

É próprio de nosso tempo que a representação da instituição escola na vida das famílias ganhe um lugar privilegiado, devido ao aumento das jornadas de trabalho nas últimas décadas e também a maior inserção da mulher no mercado de trabalho (Jerusalinsky, 2009). Dessa forma, a escola passa a ser o ambiente onde as crianças vivem a maior parte dos seus dias, e é a essa instituição que os pais concedem o poder de cuidar e educar seus filhos durante os períodos em que estão trabalhando.

Em sua história podemos compreender que a escola manteve uma estreita relação com o saber psicologizante, em um movimento de busca por entendimento dos alunos. Como exemplo dessa vinculação, temos os testes psicológicos que buscavam apontar os mais inteligentes e aptos a aprender, estabelecendo assim um tipo psicológico normal e excluindo os que não se encaixavam nesse título (Voltolini, 2019).

Entende-se que na contemporaneidade a escola passa de uma aproximação com o saber psicológico e adquire uma relação com o saber médico, indo de uma disciplinarização de corpos para uma biologização global da existência (Voltolini, 2019).

Ao pensar a escola como esse lugar da infância, espaço onde as crianças passam a maior parte do seu tempo, é possível compreender que ela possui uma visão privilegiada do que se passa com as crianças, tendo um importante papel na saúde mental delas. Contudo, ao se aproximar do saber médico, a escola passa a assumir uma posição de rastreamento e busca pela retirada do que não vai bem.

O saber médico aponta então para uma decodificação do biológico, que na contemporaneidade adquire contornos de uma busca por alterações bioquímicas. Tudo se apresenta no cérebro. Tudo pode ser tratado com medicamentos. A escola, ao adotar essa postura, visa colar no comportamento e nas dificuldades que o aluno apresenta uma explicação que parte de alguma disfunção neuroquímica, situando na criança a causa – e a culpa – pelo que não vai bem. O não estar sabendo ler, o conversar muito, o ir mal nas provas, o não aderir as atividades, são *doenças* a serem tratadas e para isso são instaurados de imediato protocolos para que o aluno possa voltar a aprender sem interferências (Voltolini, 2019).

É importante ressaltar que o problema não se encontra na escola ter um papel no cuidado da saúde psíquica dos estudantes e na localização do que pode não estar indo bem tanto em seu desenvolvimento cognitivo quanto emocional. Na realidade é necessário e primordial que a escola tenha esse papel, contudo a pressa de que o aluno retorne aos estudos e seja produtivo apaga aquele que poderia melhor dizer do que se passa: a própria criança.

Essa busca voraz dos professores e coordenadores por um laudo que comprove que um aluno é autista ou hiperativo deve ser analisada pela mesma lente na qual analisamos os posicionamentos que a família vai assumindo na contemporaneidade. Há uma máxima da produtividade, há um repúdio às diferenças e há também uma busca por um estancamento rápido da angústia na sociedade atual. Nesse contexto, a escola e a família como instituições que fazem parte da cultura, não são alheias a essa lógica, estando sujeitas a reproduzi-la.

##### **5- O que esses diagnósticos nos contam sobre a infância hoje?**

Ainda que reconheçamos a pressão por um diagnóstico, outro lado dessa mesma questão precisa ser levado em consideração: o que há de verdade no que é nomeado como um aumento expressivo de autismo, hiperatividade e déficit de atenção nas crianças atualmente?

Para além do que está proposto nos manuais diagnósticos, o autismo nos conta de uma forma de se relacionar com o Outro que se caracteriza pela não relação. No autismo, estamos diante

da exclusão do Outro e por consequência de um exilamento do campo da linguagem (Jerusalinsky, 2017).

Uma criança em estado autístico tem seu circuito pulsional reduzido, a repetição toma o espaço no formato de estereotípias, os objetos não são pensados para além de seu funcionamento real. Tapam-se os ouvidos, circulam pelo ambiente, emitem sons guturais e ecolalias, sacolejam as mãos, dão pulos, fixam o olhar na luz, na parede. O simbólico escapa e o corpo, a voz e os arredores se fixam no real, em um abismo entre ações e o campo do sentido compartilhado nas relações (Jerusalinsky, 2011). Diante de um não estabelecimento de um laço com o Outro, que é ativamente excluído da cena, os sons, os movimentos, os olhares não se articulam em uma lógica significativa, despencando em um sem sentido.

A noção de espectro, utilizada para abarcar um continuum de manifestações (Barroso, 2019), têm em comum a centralização de um transtorno que ocorre inteiramente no indivíduo, localizando o autismo em uma dimensão da existência, tendo por responsáveis as alterações neuroquímicas (Jerusalinsky, 2017).

No caso do quadro nosológico do TDAH, algo se complexifica. Estamos diante de dois aspectos difíceis de serem quantificados: O que é uma agitação excessiva? No que consiste uma baixa capacidade de atenção? (Jerusalinsky, 2006).

Nessa categoria diagnóstica, o modelo de check-list se apresenta de forma ainda mais maciça, buscando contemplar os comportamentos e situações indicativas de que a criança seria TDAH, como é previsto na lista da Asociación de CHADD, que tem como ponto de partida a suspeita dos pais “meu filho tem TDAH?” (Jerusalinsky, 2014).

A psicanálise, assim como no quadro do autismo, não se apresenta por uma via de negação da existência do quadro de TDAH, mas questiona os efeitos desse ser colocado como uma síndrome de ordem biológica, que exclui a instância do Outro como um fator importante a ser considerado em quadros de hiperatividade e de déficit de atenção (Lacet, 2014).



Alfredo Jerusalinsky em fala proferida na Conferência realizada na *Fundación para el Estudio de los Problemas de la Infancia*, aponta que:

É certo que encontramos crianças hiperativas. A fenomenologia é verdadeira: existem crianças com problemas de memória, de atenção, de aprendizagem, de linguagem, com problemas psicomotores. No entanto, essa fenomenologia se mostra nas crianças "suspeitosamente" concordantes com o que os investigadores chamam uma "dificuldade social". (Jerusalinsky, 2006, s/p)

Ainda mostra-se importante ressaltar o atravessamento do uso de psicofármacos, como o metilfenidato, comercialmente conhecido por Ritalina para o tratamento do TDAH na infância. Como observa a Academia Americana de Pediatria (2000), não há comprovações científicas de que o TDAH apresente bases biológicas, contudo os problemas da ordem da agitação e da atenção têm sido localizados em uma lógica de disfunção neuroquímica. Uma questão a ser levantada é sobre os efeitos de um psicoestimulante no cérebro da criança, considerando que nenhuma medicação está isenta de produzir efeitos colaterais (Jerusalinsky, 2014).

Nesse sentido, a teoria psicanalítica se apresenta em um contraponto ao que é proposto nos manuais diagnósticos atuais, pois conta do autismo e do TDAH como patologias que ocorrem primordialmente no laço. Em que mesmo diante de crianças que apresentam estados e sintomatologias autísticas e hiperativas, as nomenclaturas diagnósticas não são capazes de dar conta, pelo menos não totalmente, do sofrimento e do mal estar singular ali presentes.

Dessa forma, a lógica de funcionamento das relações que nos ancoramos na contemporaneidade dão pistas sobre a razão quanto ao TDAH e ao TEA terem se tornado *nomenclaturas diagnósticas* que ganharam uma notoriedade e uma ampla circulação social.

Em uma sociedade que exalta um ritmo de vida acelerado, a hiperatividade do TDAH desvela o excesso de atividades e a dificuldade em se manter concentrado em só uma. Não há prazer em despender tempo em uma ação, não há sentido nas atividades que são realizadas, elas apenas precisam ser feitas em nome da produtividade e do cumprimento de tarefas.

O autismo, em sua recusa ao laço, escancara o ensimesmamento do sujeito e a exaltação da autonomia plena na atualidade, em que o outro está ausente, o lugar do outro está recusado, desativado” (Batista, 2009). As ecolalias, as fixações no real presentes em estados autísticos, concedem luz à primordialidade de que um outro nos banhe com os sentidos e significações antes que consigamos fazer por nós mesmos. Diante de cuidados e ensinamentos cada vez mais terceirizados, precarizados e mecânicos, o autismo revela que ações e palavras fora do laço com outro realmente não têm sentido.

Portanto, para dizermos algo sobre o aumento de casos de autismo e da hiperatividade temos que pensar em uma produção que parte de um *sintoma social*, que nos diz do modo de estabelecimento de laços que temos hoje. Precisamos considerar a verdade presente no sintoma que a criança apresenta. É necessário questionar o que nos contam as crianças hoje e mais especificamente, o que cada criança que chega à clínica apresenta de singular em seu sintoma.

## **6- Considerações Finais**

A escrita desse trabalho partiu de uma inquietação da minha prática clínica quando passei a perceber na fala dos pais uma aproximação com o discurso médico, uma fala pautada em uma listagem de comportamentos, que identificavam seus filhos dentro de um quadro de TEA ou de TDAH. Comecei então a me questionar o que atravessava esse discurso, como essas nomenclaturas diagnósticas haviam conquistado um espaço dentro das famílias e das escolas e também o que essa fala atravessada por um saber técnico científico não conseguia recobrir, o que se perdia ali.

Nesse sentido, a difusão do discurso médico científico para outros âmbitos da sociedade e os modos de se fazer laço na contemporaneidade apontam ao mesmo tempo para a expansão de uma sintomatologia que está presente nos quadros de TEA e TDAH, mas que também devem ser pensadas de uma maneira crítica, entendendo que nem todo sofrimento na infância é autismo ou hiperatividade (Jerusalinsky, 2017).

Nota-se que a problemática da expansão dos diagnósticos de TEA e TDAH deve ser considerada pela lente de uma produção diagnóstica que encontra um terreno fértil nos novos modelos de manuais diagnósticos, nas propostas das grandes corporações farmacêuticas e de um modo de fazer ciência que se pauta nas alterações neuroquímicas, localizando o sintoma somente em um real do corpo.

Considera-se que a entrada da noção de diagnóstico e do saber técnico científico em instituições como a escola e a família formulam um novo modo de olhar para dificuldades que são próprias da infância, para o mal-estar que é mobilizado pelo crescer e pelos questionamentos que a criança faz sobre o que se passa no mundo e nas relações.

Além disso, ressalta-se que as *nomenclaturas diagnósticas* têm como premissa a busca por uma generalização, que por consequência apaga as singularidades e não dão conta de recobrir toda a dimensão da montagem sintomática e da narrativa que a criança pode construir sobre o que se passa com ela. Não se trata de desconsiderarmos as crianças que apresentam um fechamento ao outro ou uma agitação que a impede de permanecer em uma atividade, mas de nos lembrarmos de que seu sintoma tem uma dimensão de verdade, que nos conta de uma resposta singular, de um modo de lidar com esse contexto familiar e social que se apresenta (Fragelli, 2011).

Por uma limitação própria da escrita de um Trabalho de Conclusão de Curso não foi possível tratar de modo mais aprofundado alguns atravessamentos dessa problemática. Nesse sentido, entendo que estudos futuros auxiliarão na compreensão acerca de como a clínica psicanalítica pode contribuir com outro olhar para o que é denominado hoje como TEA e TDAH, buscando apresentar intervenções que não ignorem o que não vai bem com a criança ou que culpabilizem as famílias, mas que se pautem no favorecimento da constituição de sujeitos desejantes.

## 7- Referências Bibliográficas

- Aguiar, A. A. (2004). *A psiquiatria no divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará
- American Psychiatrias Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition. Washington: APA. doi: <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Ariès, P. (1981). *História Social da Criança e da Família*. 2 ed. Rio de Janeiro: LTC.
- Barroso, S. F. (2019). O autismo para a psicanálise: da concepção clássica à contemporânea. *Psicologia em Revista*, 25(3), 1231-1247. <http://dx.doi.org/10.5752/P.1677-1168.2019v25n3p1231-1247>
- Batista, W. J. (2009). A perversão comum: viver juntos sem outro Lebrun, Jean-Pierre. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2008. 355 p. *Cadernos de Psicanálise*, 31(22), 221-226. Recuperado de [https://www.cprj.com.br/imagenscadernos/18.A\\_perversao\\_comum\\_viver\\_juntos\\_sem\\_outro.pdf](https://www.cprj.com.br/imagenscadernos/18.A_perversao_comum_viver_juntos_sem_outro.pdf)
- Birman, J. (2014). *O sujeito na contemporaneidade*. 2a ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Dunker, C. I. L. (2015). *Mal-estar, sofrimento e sintoma: uma psicopatologia do Brasil entre muros*. São Paulo: Boitempo.
- Dunker, C. I. L., & Kyrillos, F. N. (2011). A psicopatologia no limiar entre psicanálise e a psiquiatria: estudo comparativo sobre o DSM. *Vínculo*, (8)2, 1-15. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-24902011000200002](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902011000200002)

- Faria, M. R. (2019). *Introdução à psicanálise de crianças: o lugar dos pais*. 1a ed. São Paulo: Toro Editora.
- Fragelli, I. K. Z. (2011). *Alfabestização: perspectivas da articulação sujeito e escrita*. Tese de Doutorado, Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo. Recuperado em [https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/48/48134/tde-06072011103330/publico/ILANA\\_KATZ\\_ZAGURY\\_FRAGELLI.pdf](https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/48/48134/tde-06072011103330/publico/ILANA_KATZ_ZAGURY_FRAGELLI.pdf)
- França, M. T. B. (2012) .Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH): ampliando o entendimento. *Jornal de Psicanálise*, 45(82), 191-207. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-58352012000100014](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352012000100014)
- Freud, S. Duas Histórias Clínicas: O "Pequeno Hans" e o "Homem dos Ratos" (1909). In: *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*: Imago Editora, Rio de Janeiro. 1996. Vol.X
- Guarido, R. (2007). A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. *Educação e Pesquisa*, 33(1), 151-161. <https://doi.org/10.1590/S1517-97022007000100010>
- Gomes, A. A. A. D. (2019). *As contribuições do modelo de classificação dimensional dos Transtornos de personalidade do DSM V: uma revisão da literatura*. Monografia, Faculdade de Ciências da Educação e Saúde, Centro Universitário de Brasília, Brasília. Recuperado de <https://repositorio.uniceub.br/jspui/handle/prefix/13526>
- Jerusalinsky, J. (2009). *A criação da criança: letra e gozo nos primórdios do psiquismo*. Tese de Doutorado em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo. Recuperado de <https://tede2.pucsp.br/handle/handle/15847>

Jerusalinsky, J. (2014, 07 de agosto). A era da palmatória química - responsabilidade social e medicalização da infância. *Jornal Estadão, São Paulo*. Recuperado de <https://www.estadao.com.br/emails/crianca-em-desenvolvimento/a-era-da-palmatoria-quimica-responsabilidade-social-e-medicalizacao-da-infancia/>

Jerusalinsky, J. (2017, abril). Atenção: Nem todo sofrimento na primeira infância é autismo, mas precisa ser tratado favorecendo a constituição. Trabalho apresentado na *V Jornada do Movimento Psicanálise, Autismo e Saúde Pública (MPASP), Porto Alegre*. Recuperado de [https://appoa.org.br/correio/edicao/266/atencao\\_nem\\_todo\\_sufrimento\\_na\\_primeira\\_infancia\\_e\\_autismo\\_mas\\_precisa\\_ser\\_tratado\\_favorecendo\\_a\\_constituicao/455](https://appoa.org.br/correio/edicao/266/atencao_nem_todo_sufrimento_na_primeira_infancia_e_autismo_mas_precisa_ser_tratado_favorecendo_a_constituicao/455)

Jerusalinsky, J. (2018). Detecção precoce de sofrimento psíquico versus patologização da primeira infância: face à lei nº 13.438/17, referente ao estatuto da criança e do adolescente. *Estilos Da Clínica*, 23(1), 83-99. Recuperado de DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v23i1p83-99>

Jerusalinsky, A. (2006, abril). Diagnóstico de déficit de atenção, o que pode dizer a psicanálise? Conferência proferida na *Fundación para el Estudio de los Problemas de la Infancia*, Buenos Aires, Argentina. Recuperado de [https://appoa.org.br/noticias/diagnostico\\_de\\_deficit\\_de\\_atencao\\_e\\_hiperatividade\\_o\\_que\\_pode\\_dizer\\_a\\_psicanalise/231](https://appoa.org.br/noticias/diagnostico_de_deficit_de_atencao_e_hiperatividade_o_que_pode_dizer_a_psicanalise/231)

Jerusalinsky, J. (2011). Jogos de litoral na direção do tratamento de crianças em estados autísticos. *Revista da APC*, 22(1), 77-89. Recuperado de [https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/agenda/eventos\\_internos/bibliografia-de-Formacao-para-a-deteccao-e-intervencao-precoce.pdf](https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/agenda/eventos_internos/bibliografia-de-Formacao-para-a-deteccao-e-intervencao-precoce.pdf)

- Lacan, J. (1969). Nota sobre a criança. In: Lacan, J. *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 2003. p. 369-370.
- Lacet, C. C. (2014). A escuta psicanalítica da criança e seu corpo frente ao diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. Recuperado de <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-03122014-150050/pt-br.php>
- Matos, R. P. C. (2013). Elementos para entender o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade - TDAH. *Estilos Da Clínica*, 18(2), 342-357. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-71282013000200009](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282013000200009)
- Paravidini, J. L. L., Neves, A. N. & Araújo, S. A. S. (2019). A perda da experiência de si na infância no cenário neoliberalista: o ritmo do desamparo social. *Revista Crítica Cultural*, 14(1), 57-70. Recuperado de <https://doi.org/10.19177/rcc.v14e1201957-70>
- Resende, M. S., Pontes, S. & Calazans, R. (2015). O DSM-5 e suas implicações no processo de medicalização da existência. *Psicologia em Revista*, 21(3), 534-546. <https://dx.doi.org/DOI-10.5752/P.1678-9523.2015v21n3p534>
- Rosa, M. D. & Lacet, C. (2012). A criança na contemporaneidade: entre saber e gozo. *Estilos da Clínica*, 17(2), 359-372. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-71282012000200012](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282012000200012)
- Teperman, D. W. (1999). Do desejo dos pais ao sujeito do desejo. *Estilos Da Clínica*, 4(7), 151-158. <https://doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v4i7p151-158>

Teperman, D. W. (2012). Família, parentalidade e época: um "nós" que não existe. Tese de Doutorado, Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo. Recuperado em <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/48/48134/tde-16082012-112951/pt-br.php>

Voltolini, R. (2019). Crianças públicas, adultos privados: Falar da infância. *Clinica & Cultura*, 8(2), 108-121. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2317-25092019000200009&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-25092019000200009&lng=pt&tlng=pt).

Voltolini, R. (2021). Infância com problemas. *Estilos Da Clínica*, 26(3), 418-420. Recuperado de DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v26i3p418-420>