

## UM OLHAR PSICANALÍTICO SOBRE O TDAH: IMPLICAÇÕES, POSSIBILIDADES E APONTAMENTOS PARA A EDUCAÇÃO

A PSYCHOANALYTIC LOOK AT ADHD: IMPLICATIONS, POSSIBILITIES AND POINTS FOR EDUCATION

UNA MIRADA PSICOANALÍTICA AL TDAH: IMPLICACIONES, POSIBILIDADES Y PUNTOS PARA LA EDUCACIÓN

Mariza Danielli Pereira Sobreira<sup>1</sup>

Hildeci de Souza Dantas<sup>2</sup>

Jany Mary Alencar Leite<sup>3</sup>

**RESUMO:** O artigo em tela versa sobre um recorte-chave de uma pesquisa de mestrado em Ciências da Educação pela World University Ecumenical - (WUE) objetivando promover o acolhimento de crianças com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), especialmente no ambiente escolar, apoiado pela Psicanálise. A base da investigação segue a pesquisa de natureza qualitativa e descritivo-exploratória sendo realizada particularmente em um consultório com apreciação de uma Psicanalista oriunda de uma escola municipal localizada na cidade de Barbalha - CE. A análise conta com um estudo de caso com fulcro em três crianças que apresentam sinais de TDAH. A esse respeito, foi realizada entrevista com a profissional da área para entender a aproximação do estudo investigativo. Os resultados apontam que o TDAH infantil não deve ser visto apenas como uma condição neurobiológica, mas como expressão de conflitos psíquicos relacionados ao ambiente familiar e escolar. As entrevistas revelaram desconhecimento das professoras sobre a abordagem psicanalítica do TDAH, mas ao mesmo tempo disposição para acolher e aprender. Conclui-se que a Psicanálise, quando aliada as práticas pedagógicas sensíveis, permite que crianças com TDAH sejam compreendidas em sua singularidade e tenham o seu desenvolvimento favorecido.

1503

**Palavras-chave:** TDAH e Criança. Psicanálise e Educação. Ensino e Aprendizagem.

<sup>1</sup> Mestranda em Ciências da Educação pela World University Ecumenical – WUE. Especialista em Teoria Psicanalítica pelo Centro Universitário Doutor Leão Sampaio – UNILEÃO (2017). Especialista em Ensino de Língua Portuguesa pela Universidade Regional do Cariri – URCA (2006). Licenciada Plena pelo Programa Especial de Formação Pedagógica para o Ensino Fundamental e Médio pela Universidade Estadual do Ceará – UECE (2003). Licenciada em Psicologia pelo Centro Universitário Doutor Leão Sampaio – UNILEÃO (2012).

<sup>2</sup> Pedagogo e Pós-Doutor em Educação pela Educaler University (2022). Doutor em Educação pela UNILOGOS (2019). Mestre em Ciências da Educação pela CBS (2023). Especialista em Currículo e Prática Docente nos Anos Iniciais do Ensino Fundamental pela UFPI (2023). Especialista em Psicopedagogia Institucional, Clínica e Educação Especial pela FAVENI (2021). Neuropsicopedagogia pela Faculdade Dom Alberto (2019).

<sup>3</sup> Pedagoga e Mestra em Educação pela Universidade Federal da Paraíba – UFPB (2005). Especialista em Pesquisa Educacional pela Universidade Federal da Paraíba (1999). Bacharela em Comunicação Social / Jornalismo pela Universidade Federal da Paraíba (1995). Licenciada em Pedagogia pela Universidade Estadual do Ceará – UECE (2024).

**ABSTRACT:** This article deals with a key part of a Master's research project in Educational Sciences at the World University Ecumenical – WUE aimed at promoting the reception of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), especially in the school environment, supported by Psychoanalysis. The basis of the investigation is qualitative and descriptive-exploratory research, which was carried out particularly in a consulting room with a psychoanalyst from a municipal school in the city of Barbalha - CE. The analysis includes a case study centred on three children who show signs of ADHD. An interview was conducted with a professional in the field in order to understand the approach of the research study. The results show that ADHD in children should not be seen solely as a neurobiological condition, but as an expression of psychological conflicts related to the family and school environment. The interviews revealed a lack of knowledge among the teachers about the psychoanalytic approach to ADHD, but at the same time a willingness to accept and learn. The conclusion is that psychoanalysis, when combined with sensitive pedagogical practices, allows children with ADHD to be understood in their uniqueness and have their development favoured.

**Keywords:** TDAH and Children. Psychoanalysis and Education. Teaching and Learning.

**RESUMEN:** Este artículo trata de una parte fundamental de un proyecto de investigación de Maestría en Ciencias de la Educación de la World University Ecumenical – (WUE), que tiene como objetivo promover la acogida de niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), especialmente en el ambiente escolar, con el apoyo del Psicoanálisis. La base de la investigación es una investigación cualitativa y descriptivo-exploratoria, que se llevó a cabo especialmente en una consulta con un psicoanalista de una escuela municipal en la ciudad de Barbalha - CE. El análisis incluye un estudio de caso centrado en tres niños que presentan signos de TDAH. Se realizó una entrevista con un profesional del área para comprender el enfoque del estudio de investigación. Los resultados muestran que el TDAH en los niños no debe ser visto únicamente como una condición neurobiológica, sino como una expresión de conflictos psicológicos relacionados con el entorno familiar y escolar. Las entrevistas revelaron una falta de conocimiento entre los profesores sobre el enfoque psicoanalítico del TDAH, pero al mismo tiempo una voluntad de aceptar y aprender. La conclusión es que el psicoanálisis, cuando se combina con prácticas pedagógicas sensibles, permite comprender a los niños con TDAH en su singularidad y favorecer su desarrollo.

1504

**Palabras clave:** TDAH y Niños. Psicoanálisis y Educación. Enseñanza y Aprendizaje.

## I-INTRODUÇÃO

A sociedade precisa conhecer mais detalhadamente o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade - (TDAH), pois a educação especial tende a entrar em cena indiscriminadamente. A criança com TDAH não costuma ser atendida exclusivamente num ambiente escolar especial. Todavia, tem-se um problema sério a se resolver. Neste contexto, as crianças com TDAH passam a ser definidas como as grandes responsáveis pelo fracasso escolar nas escolas regulares.

No que se refere à problemática da pesquisa, é preciso destacar que na contramão do que comumente se pensa, a criança hiperativa e/ou desatenta sabe que determinados de seus comportamentos não são aceitáveis. Ela não se porta mal porque simplesmente deseja irritar os adultos. Na verdade, ela não está conseguindo se controlar. Olhando por essa ótica buscamos descobrir *quais serão as implicações do TDAH a partir do acesso a atendimentos psicológicos realizados com crianças com sinais de TDAH e a percepção do ensino e aprendizagem pelo viés da Educação, em especial, a Pedagogia.*

Partindo desse entendimento sabe-se que uma única hipótese se desvela pela seguinte proposição: Será que essa entonação é verdade ou é um mito?

Antes dúvida é de se entender que o TDAH não se comporta apenas em afirmar se é verdade ou mito num contexto de uma criança que está inoperante em sala de aula. O que se pode observar é que nem sempre o diagnóstico é certeiro, depende de uma avaliação mais precisa de um profissional a esse respeito ou de toda uma equipe multidisciplinar a começar pelo professor de sala, o Pedagogo.

Feito isso, o contexto recai sobre a análise mais aprofundada de todos os atores que compõe a equipe, como por exemplo, o médico psiquiatra ou o neurologista com especialidade em neuropediatria, o psicólogo da área clínica ou educacional, o fonoaudiólogo, em alguns casos, o terapeuta ocupacional e até mesmo o fisioterapeuta, a depender de cada caso. Além disso, no âmbito educacional tem-se o neuropsicopedagogo, o psicopedagogo clínico ou institucional, o psicólogo, e, por fim, o profissional da Psicanálise para cunhar das verdades práticas que estão em torno do TDAH.

1505

Apesar de termos vários profissionais envolvidos, cada profissional opera em sua habilidade prática, pois ambos trabalham em conjunto para diagnosticar, tratar e acompanhar as crianças com TDAH, pois também consideram três pilares: aspectos psicológicos, clínicos e funcionais do transtorno.

A partir dessa entonação o objetivo central consiste em entender como o apoio da Psicanálise: estudo de caso tem a contribuir para o acolhimento dessas crianças com TDAH, especialmente, no âmbito educacional.

Como resposta a este, o artigo ainda objetiva: estimular a reflexão sobre discursos e práticas médicas acerca do TDAH; explorar o transtorno como resultante de falhas no processo de castração e modo de tratamento a partir da capacidade do sujeito na perspectiva psicanalítica.

Por fim, discorrer sobre algumas estratégias que podem ser utilizadas para trabalhar com alunos com TDAH no âmbito da escola.

Elegemos para este enfoque o método aplicado contando com uma abordagem qualitativa no sentido de compreender melhor o acolhimento de crianças com TDAH. A pesquisa foi realizada no consultório de uma Psicóloga Psicanalista. Entretanto, o estudo de caso contou com (3) três crianças com indícios de TDAH sendo apoiado por princípios éticos em pesquisa.

Por fim, o artigo se divide em introdução onde se trata da temática, suas justificativas, problemas, objetivos e o método adequado para tal. Além disso, conta com os resultados tecendo um diálogo em sua análise no sentido de apontar e esclarecer o TDAH nesse embate com as considerações finais.

## 2-APORTE TEÓRICO

### 2.1-RECORTE ACERCA DO TDAH: IMPLICAÇÕES

Em pleno século XXI não é mais nenhuma novidade no meio educacional de que o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade – TDAH esteja atrelado ao que chamamos de aprender para incluir. Este artigo aciona o tema: “*Um Olhar Psicanalítico sobre o TDAH: Implicações, Possibilidades e Apontamentos para a Educação*”. Infelizmente, em alguns casos o TDAH ainda é desconhecido. Seja por falta de atenção a esse respeito e/ou por falta de engajamento educacional ou até mesmo pela busca por aprender a aprender o que vem a ser o TDAH.

1506

Na visão desses autores o TDAH é uma “patologia que envolve o desenvolvimento do autocontrole, tendo como características déficits referentes aos períodos de atenção, ao manejo dos impulsos e ao nível de atividade” (Pita, 2008, em referência a Barkley, 2002).

Embora a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde - CID-10 só possibilite o diagnóstico caso coexistam a hiperatividade e a desatenção, o transtorno também pode se apresentar sob as categorias predominantemente hiperativo/impulsivo e predominantemente desatento, conforme o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5 (APA, 2014), sendo que dentro de cada grupo há diferentes graus (leve, moderado e grave).

Ainda assim, o TDAH é com frequência apresentado, erroneamente, como um tipo específico de problema de aprendizagem. Sabe-se que as crianças com TDAH são capazes de aprender, mas têm dificuldade em se sair bem na escola devido ao impacto que os sintomas do TDAH têm sobre uma boa atuação. Todavia, 20% a 30% das crianças com TDAH também apresentam um problema de aprendizagem, o que complica a identificação correta e o tratamento adequado (Rohde e Mattos, 2003).

Várias são as causas atribuídas ao TDAH. Dentre elas cita-se: fatores genéticos, neuroquímicos, traumas craniencefálicos, ambientais, as quais serão abordadas nesta produção. Pessoas que apresentaram sintomas de TDAH na infância demonstraram uma probabilidade maior de desenvolver problemas relacionados com comportamento opositivo/ desafiador, transtorno de conduta, ansiedade e depressão.

Antes do início das investigações em torno do TDAH os comportamentos desviantes eram vistos como defeitos morais, falha de caráter ou falta de limites oriundos de uma má educação por parte da família. Entendia-se que, as condutas deveriam ser corrigidas com o máximo de severidade possível. Vários relatos dramáticos submergem da literatura científica dando conta do sofrimento que as pessoas com TDAH tinham que suportar em suas vidas. Todavia, conforme veremos no estudo de caso, que a Psicanálise encontra a causa do TDAH justamente em certa educação fornecida pelos pais à criança.

1507

Na literatura existem muitos relatos de crianças com quadro de agitação psicomotora e problemas de atenção. Por esse viés, os autores a seguir esclarecem que o primeiro trabalho citado a esse respeito é do médico escocês Alexander Crichton datado de (1798), é intitulado como: "Uma investigação da natureza e origem da perturbação mental: Compreendendo um sistema conciso da fisiologia e patologia da mente humana e uma história das paixões e seus efeitos". Esse médico apontava ser o quadro decorrente de uma sensibilidade anormal ou mórbida dos nervos, com a qual a pessoa já nascia ou adquiria de doenças acidentais, assim advogava (Brüning, 2010).

Em 1845 o físico Hoffman Heinrich Der Stuwelpeter descreveu a sintomatologia do distúrbio TDAH, mesmo sem uma nomenclatura exata. (Alvarado *et al.*, 2004). Em 1897 Borneville descreveu o que ele denominava de “crianças instáveis”, caracterizadas por uma inquietude física, comportamento destrutivo e um leve retardo mental, denotando, dessa forma, o preconceito inicial que às pessoas com TDAH era dispensado. Em 1901 Demoor referiu-se a

crianças muito irrequietas, com uma grande necessidade de mover-se constantemente, caracterizadas também por falta de atenção (Jáen, Pérez, 2004). Apenas a partir do Século XX os aspectos do TDAH passaram a ser estudados cientificamente.

Conforme relata Pereira (2009, p. 41), em 1902 o pediatra inglês George Still realizou estudos de caso de crianças que manifestavam alterações comportamentais e atribuiu a “deficiência do controle moral”, os baixos níveis de “inibição volitiva” e a insensibilidade à punição observadas nas crianças analisadas a algum transtorno cerebral, provavelmente hereditário, “uma síndrome de desconexão cortical, onde o intelecto teria se dissociado da vontade”, por inexistirem maus tratos nos lares dessas crianças.

Conforme Silva (2008), o termo “hiperatividade infantil” foi usado por Laufer em 1957. Laufer denominou o TDAH como “Síndrome Hipercinética”, e associou ele a alguma alteração no tálamo. Nesse período surgiram os dois estimulantes mais utilizados na atualidade: a Ritalina e o Cyclert. Laufer acreditava que a síndrome seria uma patologia exclusiva de crianças do sexo masculino e teria sua remissão ao longo do crescimento natural do indivíduo.

Contudo, a constatação de que inexistia lesão cerebral em crianças com déficit de atenção/hiperatividade fizeram com que em 1962, num simpósio em Oxford, fosse oficializada a expressão ‘Disfunção Cerebral Mínima’, termo sugerido por Denhoff em 1959, para enunciar a existência de uma desregulação química no cérebro (De Luccia, 2014).

1508

Em 1975 a definição Déficit de Atenção foi incluída na CID-9, publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS). A partir da década de 1980 centenas de estudos foram lançados sobre o assunto em todo o mundo, fazendo do TDAH, pelo menos nos Estados Unidos, a alteração comportamental infantil mais estudada (Silva, 2008). No entanto, apesar de as disfunções cerebrais constituírem transtornos autônomos, a denominação da Síndrome de Déficit de Atenção ainda incluía sinais diagnósticos relacionados à falta de maturação do sistema nervoso central (Sampaio, 2024).

Somente em 1994 a patologia passou a ser designada no DSM-4 “Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade” (TDAH). O problema é definitivamente reconhecido como um dos mais graves da saúde pública americana (Caliman, 2008). Ainda assim, atualmente, o TDAH está definido no DSM-5 na forma “hiperatividade, déficit de atenção e impulsividade”. O termo ‘subtipo’ que acompanhava as manifestações de comportamento foi substituído por ‘predomínio’, o que indica um perfil não mais entendido como fixo.

## 2.2 O TDAH E A MEDICINA: POSSIBILIDADES

A ideia de que o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade seria um problema neurológico não foi desprezada. Em busca de se comprovar a hipótese e de se encontrar soluções rápidas e incisivas para o grande mal-estar social das dificuldades de aprendizagem de crianças foram empreendidos diversos estudos investigativos a partir da década de 1970, sobretudo nos Estados Unidos, tomando por base a observação da estrutura cerebral de pessoas com TDAH, o que rendeu à década de 1990 o título de “a década do cérebro”.

Nesse sentido, a Medicina entende que há uma diminuição na atividade energética dos cérebros de quem tem TDAH, uma redução na captação de glicose, falhas nos neurotransmissores: dopamina e noradrenalina - (entropia de rede), sendo que tais fenômenos se manifestariam predominantemente na região frontal direita do cérebro. Acredita-se no campo médico, que essa disfunção seria hereditária ou ocasionada/agravada por fatores como abuso de drogas durante a gravidez, doenças da mãe, complicações no parto, baixo peso ou infecções do bebê, a exemplo da encefalite, ou até mesmo derivaria da exposição ao chumbo.

Para subsidiar a crença na disfunção química cerebral como causa do TDAH são utilizados estudos que revelam que pessoas que tiveram traumatismos, tumores ou doenças na região frontal do cérebro manifestaram sintomas semelhantes aos presentes no TDAH. A referida região cerebral é responsável por manter a atenção sustentada e as funções executivas controladas, bloqueando e filtrando estímulos ou respostas inapropriadas vindas das demais áreas do cérebro, com o objetivo de elaborar uma ação adequada no comportamento humano, possibilitando o exercício da razão e da emoção (Silva, 2008). Logo, uma disfunção ou lesão nessa área ocasiona sintomas do TDAH. Todavia, não quer dizer que todos os casos de TDAH sejam derivados de uma disfunção/ lesão cerebral.

1509

A maioria dos casos não decorre desses fatores, mas sim de aspectos não orgânicos, conforme será explanado. Por essa razão é que se defende neste trabalho que o TDAH não apresenta causas orgânicas. Embora muito tenha sido e seja pesquisado sobre o tema, a hipótese de lesão ou mau funcionamento dos cérebros de indivíduos com TDAH é inconsistente e frágil. A grande maioria das ideias gira em torno de especulações.

Caliman observa que:

Nem sempre é dito que os estudos sobre as imagens cerebrais são constituídos de dados imprecisos e quase sempre contraditórios. Nem sempre é explicitado que a substituição da mente pelo cérebro resulta de transformações morais que extrapolam o discurso da prova científica. Além disso, paradoxalmente, ninguém comenta porque as tecnologias

de imagem cerebral não são usadas no dia-a-dia da clínica do diagnóstico. Ninguém explica porque, na clínica, elas não são consideradas ferramentas auto-suficientes quando se trata de “provar” a existência real do diagnóstico (Caliman, 2006, p. 96).

O próprio DSM-5 (APA, 2014) relata que “Não há marcador biológico que seja diagnóstico de TDAH” (p. 102). Em seguida, informa que:

Na comparação com pares, às crianças com TDAH apresentam eletrencefalogramas com aumento de ondas lentas, volume encefálico total reduzido na ressonância magnética e, possivelmente, atraso na maturação cortical no sentido pôstero-anterior, embora esses achados não sejam diagnósticos. Nos raros casos em que há uma causa genética conhecida (p. ex., síndrome do X-frágil, síndrome da deleção 22q11), a apresentação do TDAH ainda deve ser diagnosticada (APA, 2014, p. 102).

Conforme enunciado pelo próprio DSM, não se pode diagnosticar o TDAH com base em constatações físico-neurológicas. Estas alterações não são causas, embora seja comum algumas delas surgirem em consequência do TDAH, frutos dos conflitos internos vivenciados pela criança, dificilmente elaborados, dada a parca experiência de vida desta e imaturidade.

De acordo com Ballone (2006), as emoções positivas potencializam a saúde física, já as negativas podem comprometê-la. É amplo o leque de modos de reação e de consequências negativas que os indivíduos podem experimentar diante de uma situação difícil da vida.

Por essa mesma síntese, uma criança diagnosticada com TDAH, quando não acolhida pelos pais e pessoas de seu convívio, não inserida em um tratamento psicanalítico e, no pior caso, vindo a sofrer ataques à sua autoestima em razão de sua condição, torna-se propensa a sofrer oscilações na quantidade dos neurotransmissores: (noradrenalina e serotonina) liberados no organismo.

1510

### 2.3-O TDAH E SUAS PECULIARIDADES: APONTAMENTOS

Nota-se que na medida em que o TDAH vai sendo estruturado no seio de suas peculiaridades sabe-se que a estrutura mental em desenvolvimento de uma criança com tal diagnóstico não pode ser um indicativo da existência de uma disfunção neurológica. Por outro lado, quando no decorrer do tratamento sob (orientação psicanalítica) os ganhos forem positivados, entende-se que a criança tenderá a sentir-se motivada e interessada em suas atividades cotidianas. Consequentemente será regularizada a produção dos neurotransmissores: a noradrenalina e a dopamina, além de hormônios do bem-estar.

Mesmo com o reconhecimento da Psicologia como ramo autônomo do conhecimento, dotado de vastos, profundos e confiáveis saberes, é forçada a ideia de que por trás de muitos

transtornos da *psique* encontram-se causas orgânicas, ainda que não verificadas. O que leva a isso? O discurso médico atribui ao TDAH um transtorno (da) e (na) criança e busca debelar sintomas físicos e psíquicos de forma rápida e incisiva através da prescrição de medicamentos, a fim de manter os padrões considerados aceitáveis na sociedade. Por isso, Barreto (2002), argumenta que o normal em psiquiatria se refere à norma entendida como cultural ou social.

Aponta-se que para se (ter) uma ideia da discriminação dirigida às pessoas com TDAH, Rossetti (2013, p. 51) relata que há alguns anos nos Estados Unidos (inúmeras) pesquisas relacionavam os adultos pertencentes a este grupo a “criminosos, desempregados, irresponsáveis, fracassados na profissão, pessoas que acarretariam um grande impacto na economia do país”. Dessa forma, tais pessoas deveriam ser vistas e tratadas como um “fator de risco”, uma ameaça para os ideais de segurança e de produtividade individual e social do país. As crianças, precursoras e representantes do maior contingente do TDAH, preocupavam bastante, pois tinham seus futuros preditos da forma enunciada.

Ainda assim, esse raciocínio se propagou pelo mundo, e hoje, embora não se encontre documentado de forma explícita, ainda continua vivo, camuflado na bandeira do respeito às diferenças levantadas na atualidade, sendo adotado por políticos, médicos, fabricantes de medicamentos, pesquisadores, operadores e comunicadores da mídia, professores e por 1511 inúmeras outras pessoas, inclusive por pais de crianças com TDAH.

Sobretudo, Moysés (2008) já nos alertava que a sociedade passava a delegar:

À medicina a tarefa de normatizar, legislar e vigiar a vida [...] se inicia o processo de medicalização do comportamento humano. Transformando em objeto biológico algo social e historicamente construído. Reduzindo a própria essência da historicidade do objeto - a diferença, o questionamento - as características inerentes ao sujeito - objeto, inatas, biológicas; a uma doença, enfim (p. 6).

O apontamento do autor acima é relevante. Mas, para esse mesmo autor em conjunto com outro advogam e esclarece que: “O que escapa às normas, o que não vai bem, o que não funciona como deveria [...] tudo é transformado em doença, em um problema biológico, individual” (Collares; Moysés, 2010). Entendemos que, enquanto uma criança se encontra satisfeita com uma medicação, existem outras que ainda sofrem com o preconceito social, cultural e estrutural. Por outro lado, “milhões de outras crianças ainda estão condenadas a sofrerem humilhações e serem rotuladas como incapazes inferiores ou – (pasmem) –, como estúpidas ou burras, sem futuro, etc”. Nos dias atuais, os apontamentos a esse respeito, não é mais concebido e é considerado inaceitável.

Do contrário, pode-se observar que nitidamente esse discurso legitima as práticas discriminatórias, ao permitir o sacrifício do bem-estar das crianças que apresentam TDAH, o consequente agravamento dos seus quadros patológicos e o adiamento da melhora/cura enquanto estas não se submeterem a um tratamento à base de medicamentos e virem a mudar de comportamento. Muitos pais, movidos pelo desespero, são convencidos a enveredar por esse caminho que não oferece respostas adequadas às demandas. Por fim, a história pode se repetir se não houver um diagnóstico correto e eficaz.

Por sua vez, o diagnóstico do TDAH é feito primordialmente com base em entrevistas clínicas investigativas da história de vida do paciente, com este, seus pais, professores e outras pessoas estreitamente a ele ligadas. Há de ser analisado minuciosamente o comportamento dos analisados, atrelado à sua história de vida. É necessário que as manifestações conscientes e inconscientes, passadas e presentes e atinentes à vida pessoal, familiar, educacional e sociocultural sejam levadas em consideração. Daí a importância da escuta clínica como método fundamental para se chegar às informações necessárias. Esta é a principal ferramenta de trabalho do psicólogo, que é “treinado” para manifestar empatia, para acolher aqueles que sofrem com transtornos de causas inorgânicas.

Convém fazermos um adendo para manifestarmos a discordância ao diagnóstico do TDAH feito exclusivamente com base na checagem da lista sintomatológica do DSM ou em marcação de respostas em questionários. Essas ferramentas são reducionistas, não permitindo um amplo e profundo conhecimento do sujeito, além de que tendem a induzir à patologização.

A esse respeito, concordamos que cabe ao psicólogo fazer observação minuciosa do comportamento do paciente e o questionamento de seus sintomas até ter elementos suficientes para se proferir ou afastar um diagnóstico. Sabemos que estes sujeitos estão em processo de estruturação psicológica, “no qual os conflitos são fundantes e fazem parte de um complexo amplo, não podendo ser reduzidos a aspectos negativos que lhe imputem rapidamente uma estrutura de TDAH” (Freitas, 2011, p. 108).

É preciso saber diferenciar quando se está diante do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade - TDAH de quando se manifestam sintomas semelhantes aos do TDAH, porém dentro de outros quadros, patológicos ou não.

Por essa mesma ótica, observa-se que a hiperatividade ou a desatenção podem estar presentes em transtornos de ansiedade, transtornos depressivos, transtornos de aprendizagem (dislexia, disgrafia, discalculia), transtorno bipolar, transtorno de conduta, fobias, transtornos

alimentares, transtornos do sono, autismo, TOC, tiques, hipertireoidismo/hipotireoidismo e até mesmo em transtornos neurológicos.

Há que se ter cuidado para não confundir o TDAH com o outro Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade Especificado, e ainda com a situação em que a pessoa está fazendo uso de medicamento que provoca agitação/desatenção. Por fim, convém destacar que a hiperatividade e a desatenção podem consistir em comportamentos naturais da infância. A agitação é comumente detectada, ainda mais na atualidade repleta de estímulos em que vivemos.

Schwartzman observa:

[...] Refrigerantes e bebidas que contêm cafeína e outros estimulantes estão dentro das casas, das escolas e no trabalho. Assim também os próprios brinquedos para as crianças são videogames e computadores, que exigem rapidez. Os desenhos animados, além da agressividade que expressam, exigem da criança uma mudança de foco de atenção muito rápida, já que os estímulos se sucedem freneticamente (Schwartzman, 2001 *apud* Tuchtenhagen, 2007, p. 19).

Dentre outros estimulantes modernos podemos citar os celulares, tablets etc. As crianças têm muita energia, gostam de brincar, conhecer o mundo, estar na companhia dos seus coleguinhas. É preciso estimulá-las a aproveitar a infância, sem descuidar de impor limites razoáveis, mas jamais privá-las dos momentos de lazer, pois estes são fundantes para um desenvolvimento saudável.

1513

É preocupante quando nos deparamos com um diagnóstico errado de TDAH, atribuído a quem apenas manifesta comportamentos inerentes à sua idade, ainda que algumas vezes de forma um pouco desmoderada.

Lane (2009 *apud* Murta, 2013) em seu livro “Como a psiquiatria e a indústria farmacêutica medicalizaram nossas emoções” destaca a fala de um amigo seu: “nós, em outra época, tínhamos uma palavra para designar aqueles que sofrem de transtorno deficitário de atenção e hiperatividade (TDAH). Nós os chamávamos garotos”.

Conclui-se qual que somente se as demandas da criança forem atendidas por uma equipe multidisciplinar consciente, formada por psicólogo, neurologista, psiquiatra, pediatra, professor, psicopedagogo, nutricionista, na cada um de seus membros desempenhe as funções de sua competência, serão possíveis diagnósticos e tratamentos acertados. Pois, acertadamente, estamos evoluindo e não decaíndo e retrocedendo.

Portanto, todo cuidado é pouco quando o assunto é TDAH. Fazer o diagnóstico certo, coerente e correto por quem entende do assunto é dá condições necessárias de bem-estar para uma criança que precisa ser ouvida e atendida com e de qualidade. Pois a escola em conjunto

com a Psicanálise pode mudar a vida de uma criança. Assim, concluímos o foco do tema deste artigo: implicações, possibilidades e apontamentos.

### 3-O MÉTODO APLICADO E A PESQUISA EM SI

Ao elegermos o método escolhemos um tipo de pesquisa mais acurada pelo entorno do TDAH e o estudo de caso em apreço. O artigo se incumbe de trabalhar a pesquisa aplicada que na visão deste autor a seguir, concentram-se em torno dos problemas presentes nas atividades das instituições, organizações, grupos ou atores sociais. Ela está empenhada na elaboração de diagnósticos, identificação de problemas e busca de soluções (Thiolent, 2009). Por esta mesma ótica, adotamos em segunda mão a abordagem qualitativa onde se valoriza a compreensão aprofundada dos fenômenos por meio da observação de microprocessos e da análise de ações sociais individuais e coletivas, bem como define Gil (2002).

Para esse autor na (p. 32), o estudo de caso é uma investigação empírica que “investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos” (Yin, 2005).

Em termos de objetivos, trata-se de uma pesquisa exploratória, voltada à investigação minuciosa do tema, com produção ativa de conhecimentos arraigados na literatura e o desconforto da problemática como resolução é o que nos move para esse caminho. Nesse sentido, recorremos a esse autor quando afirma que é preciso: “desencadear um processo de investigação que identifique a natureza do fenômeno e aponte as características essenciais das variáveis que se quer estudar” (Köche, 1997, p. 126).

No interim de encontrarmos respostas a altura aprimorou-se também à pesquisa bibliográfica que na visão deste mesmo autor na (p. 122) esclarece que existem diferentes fins para este tipo de pesquisa quando se adota o estudo de caso, a saber:

- a) para ampliar o grau de conhecimento em uma determinada área, capacitando o investigador a compreender ou delimitar melhor um problema de pesquisa; b) para dominar o conhecimento disponível e utilizá-lo como base ou fundamentação na construção de um modelo teórico explicativo de um problema, isto é, como instrumento auxiliar para a construção e fundamentação de hipóteses; c) para descrever ou sistematizar o estado da arte, daquele momento, pertinente a um determinado tema ou problema.

Nesse sentido, a coleta de dados se faz relevante, uma vez que a pesquisa bibliográfica nos concede todos os caminhos apropriados para tal ação. Sobretudo, nosso objetivo adiante é

discorrer acerca da atuação direta e foco real da pesquisa colocando o grau de conhecimento adequado ao seu inteiro teor e forma: o viés da coleta dos dados e a escola analisada.

### 3.1-A Coleta de Dados e o Lócus da Pesquisa

A coleta de dados foi estabelecida envolvendo a pesquisa de campo. Adotou-se, para análise, o espaço clínico sendo o único aporte-chave da investigação, uma vez que contou com a participação de uma Psicanalista em atuação direta com a abordagem psicanalítica. Por motivos da ética em pesquisa o nome e o espaço clínico não serão revelados tomando por base a lei que respalda esse entorno de investigação.

Nesse sentido, Gil (2002) deixa claro que a coleta de dados leva em conta duas fases: a primeira delas é se valer de fontes de papel. Já a segunda fase se desvela em fonte de dados por meios dos informantes que fizeram parte da pesquisa.

Ainda assim, o estudo de caso buscou compreender as percepções, as práticas e os desafios na identificação e no acompanhamento desses (3) três alunos com necessidades educacionais especiais. Essas crianças fazem parte de um público alvo direto entre o 1º e o 5º ano do ensino fundamental. Elas estudam numa escola que possui uma boa equipe de colaboradores (diretoria, coordenação pedagógica, secretaria, cuidadores e outros).

1515

A maioria das famílias (comunidade escolar) dos alunos vive em situação de vulnerabilidade socioeconômica, pois os pais são agricultores, comerciários ou operários. A comunidade é oriunda do município de Barbalha no Estado do Ceará. Por outro lado, a escola investe em projetos sociais e culturais, como bibliotecas ambulantes e atividades de leitura, com o objetivo de promover uma educação mais inclusiva e transformadora.

Primando pela ética não suscitamos o nome da escola. No que se refere aos aspectos éticos, à pesquisa seguiu os princípios estabelecidos pela Resolução nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Ainda assim, a ética em pesquisa reforça que: “A eticidade da pesquisa implica em: respeito ao participante da pesquisa em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio de manifestação expressa, livre e esclarecida” (Resolução nº. 466, Inc. III, p. 3).

Portanto, nesta escola se oferece o Atendimento Educacional Especializado – AEE desde 2012, com apoio a alunos com necessidades específicas de aprendizagem, incluindo aqueles com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade - TDAH. Por limitações de espaço, parte dos atendimentos é realizada em outras escolas, com sessões semanais individuais ou em grupo,

com foco no desenvolvimento cognitivo e socioemocional dos alunos. O atendimento é diferenciado do ensino regular, com planos personalizados e uso de tecnologia assistiva que facilitam o aprendizado.

Por fim, a participante (Psicanalítica) foi informada sobre os objetivos da pesquisa, sua natureza voluntária, por sua vez, o uso de nomes fictícios foi estabelecido para garantir o anonimato e a possibilidade de se retirar da pesquisa a qualquer momento. Antes das observações, foi aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, garantindo que a informante envolvida na pesquisa estivesse plena ciência de tudo, inclusive, para sanar suas dúvidas.

#### 4-RESULTADOS E DISCUSSÃO

O caso: Davi, João e Lucas. Ponderamos que aqui os nomes são fictícios, uma vez que primamos pela integridade da ética em pesquisa como bem abordamos no teor e na forma metodológica.

##### 4.1-O ATENDIMENTO PSICANALÍTICO E SUA CONTRIBUIÇÃO PARA A EDUCAÇÃO: O CASO DAVI

1516

Quem é Davi? Davi é um menino de 8 (oito) anos, oriundo de uma família de classe média baixa, composta por seus pais e um irmão mais novo. Sua infância foi marcada por boa saúde física e um desenvolvimento inicial sem intercorrências médicas significativas. Contudo, tanto em casa quanto na escola, Davi apresenta comportamentos típicos de hiperatividade e desatenção, como inquietação constante, impulsividade e dificuldade de concentração, o que gerou preocupações entre familiares, professores e colegas, com suspeita de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.

No contexto familiar, a dinâmica emocional é central para a compreensão do caso. A mãe de Davi se mostra muito preocupada e ansiosa com o comportamento do filho, ao ponto de transformá-lo em objeto de seu desejo inconsciente, buscando nele alívio para suas próprias angústias. Esse vínculo simbiótico dificulta o desenvolvimento da autonomia da criança e contribui para o surgimento dos sintomas. Já o pai é mais distante do cuidado cotidiano, justificando sua ausência pelo trabalho, e transfere à esposa a responsabilidade pela educação e disciplina do filho, o que contribui para uma sobrecarga materna e um desequilíbrio na autoridade parental.

Durante o atendimento psicanalítico, a analista criou um ambiente acolhedor que respeita o ritmo da criança, evitando interpretações precoces e permitindo que Davi se expressasse livremente através do brincar. As fantasias e as brincadeiras dominadoras com bonecos mostravam a tentativa de Davi de se proteger de sentimentos de vulnerabilidade e da presença invasiva do outro. Freud (1996a; 1996b) entende que as fantasias infantis têm papel estruturante, mas que o excesso delas, quando usado como defesa diante de uma realidade dolorosa, pode levar à neurose.

No caso de Davi, suas fantasias inicialmente serviram como proteção, mas com o apoio da analista, ele começou a diferenciar o imaginário do real, reconhecendo, por exemplo, que os bonecos “não têm vida”. Além disso, Davi passou a usar o pronome “eu” ao se referir a si mesmo nas brincadeiras, sinalizando avanços no processo de subjetivação e de separação simbólica da figura materna.

A relação transferencial, inicialmente marcada por ataques e desconfiança, se transformou gradualmente em parceria. Davi passou a se preocupar com a analista, demonstrando empatia e responsabilidade por seus atos. Segundo Winnicott (1983a), essa capacidade de preocupação é um marco no desenvolvimento emocional saudável, pois indica a integração do ego e a internalização de figuras cuidadoras.

1517

No consultório observou-se que Davi apresenta alto potencial intelectual, boa percepção e criatividade. Apesar das queixas de desatenção e agitação no ambiente escolar, nas sessões ele conseguiu manter a concentração ao desenhar e interagir com a analista, indicando que seu comportamento varia conforme o ambiente e a relação estabelecida. Isso revela que os sintomas não são fixos, mas moduláveis pela qualidade das relações interpessoais e pela escuta que o sujeito recebe.

Após o acompanhamento psicológico Davi teve reflexos positivos também no ambiente escolar. Assim, ficou claro que Davi passou a demonstrar maior atenção, participar mais ativamente das aulas, envolver-se com colegas nas brincadeiras e eventos escolares e apresentar melhorias nas notas. Sua energia passou a ser canalizada de forma mais produtiva, revelando-se em atividades como gincanas, aulas de artes e educação física. Entende-se que, ao se sentir acolhido e compreendido, Davi é capaz de aprender, conviver e criar, contrariando a ideia de que sua condição o limita cognitivamente.

A Psicanálise ajudou a revelar que as dificuldades de Davi não estavam ligadas a um déficit neurológico, mas a conflitos emocionais não elaborados, especialmente na relação com a

mãe e na posição simbólica que ocupa dentro da família e da escola. Com apoio clínico e escolar, Davi passou de um lugar de “problema” para um sujeito ativo, criativo, capaz de se responsabilizar por seus afetos, de se relacionar de forma mais saudável com os outros e de avançar academicamente.

O caso de Davi ilustra a importância de uma abordagem integrada entre saúde mental e educação, que reconheça a complexidade do sujeito e vá além de diagnósticos reducionistas. Como destaca Freitas (2011), os conflitos fazem parte da estruturação psicológica e não podem ser apenas rotulados como transtornos. É preciso escuta sensibilidade e estratégias coerentes com o desenvolvimento singular de cada criança.

#### **4.2-O ATENDIMENTO PSICANALÍTICO E SUA CONTRIBUIÇÃO PARA A EDUCAÇÃO: O Caso João**

Quem é João? João tem 11 (onze) anos e é o filho caçula de uma família de três irmãos. Seus pais, ambos os comerciários, se separaram quando ele tinha sete anos. A separação foi traumática, especialmente para João, que, além de chorar e se mostrar confuso com a decisão, expressou verbalmente sua preocupação com a tristeza da mãe, a quem prometeu nunca abandonar. Desde então, o vínculo com o pai tornou-se inexpressivo e distante, o que gerou implicações profundas em seu desenvolvimento emocional e escolar.

1518

Por sua vez, os sinais de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade – TDAH tipo predominantemente desatento – começaram a se intensificar nesse contexto, afetando especialmente sua organização, memória, atenção seletiva e desempenho acadêmico. Analisou-se ainda que, segundo sua mãe, na escola João demonstra dificuldades claras em manter a atenção nas aulas, não presta atenção a detalhes, comete erros por distração, esquece tarefas e não consegue seguir regras com regularidade.

Do ponto de vista psicanalítico, a ausência simbólica do pai – figura fundamental na mediação do desejo entre mãe e filho – impediu a separação subjetiva entre João e sua mãe. Segundo Nominé (1997), na ausência da lei paterna que impõe a castração simbólica e promove a entrada do sujeito no campo do desejo do Outro, o sintoma surge como substituto do pai. João, ao invés de questionar o desejo da mãe ou buscar sua própria posição subjetiva, torna-se o “falo” materno: um filho que tenta reparar a dor da mãe sendo “bom”, presente e fiel. Nesse processo, ele evita o confronto com a falta – a sua e a dos outros –, o que bloqueia o desenvolvimento da curiosidade, da crítica e da autonomia.

Durante a avaliação psicológica, João mostrou-se colaborativo e sensível. Consegiu montar um quebra-cabeça, expressou-se com clareza sobre suas dificuldades e demonstrou consciência sobre seu problema de atenção. Ele distingue os diferentes padrões de expectativa entre mãe e pai: enquanto a mãe valoriza esforço e boas notas, o pai demonstra interesse apenas pela aprovação final. Essa disparidade contribui para sentimentos de confusão e desvalorização pessoal.

As atividades aplicadas no consultório indicaram que João possui bom funcionamento cognitivo em termos de pensamento, linguagem e memória, mas com flutuações de atenção e organização. A irregularidade na letra e a lentidão nas atividades apontam para falhas nos processos de planejamento e execução, frequentemente confundidos com “preguiça” tanto pela mãe quanto pela professora. A análise revela, entretanto, que o problema não é de incapacidade, mas de um desgaste emocional e de um sofrimento subjetivo mascarado pelo desinteresse escolar.

Ao longo dos atendimentos, João apresentou avanços significativos. No convívio familiar tornou-se mais afetivo e colaborativo com a mãe e os irmãos, participando de tarefas domésticas e conversando mais abertamente. Sua mãe revela que na escola, passou a demonstrar mais atenção, maior envolvimento com as aulas e iniciativa em participar de atividades, especialmente artísticas. Sua construção e apresentação de uma maquete indicam não apenas habilidades, mas também um movimento interno de valorização e pertencimento. Ele está aprendendo a lidar com desafios, sem fugir ou se sentir derrotado por antecipação.

O caso de João reforça a importância de se compreender o TDAH não apenas como um transtorno neurobiológico, mas como um fenômeno multifatorial, que envolve aspectos emocionais, afetivos, relacionais e sociais. Os sintomas, longe de serem apenas déficits, são também formas de expressão subjetiva de um sofrimento emocional não simbolizado, relacionado à, por exemplo, separação dos pais, ausência paterna e sobrecarga de expectativas maternas.

A experiência com João mostra que, quando escutado, acolhido e reconhecido em sua subjetividade, o sujeito infantil pode avançar, criar, aprender e se reposicionar no mundo com mais segurança e alegria. O desafio está, portanto, em reconhecer os sintomas não como obstáculos, mas como pistas de um desejo em construção.

As considerações finais apontam para a necessidade de um acompanhamento clínico e psicopedagógico interdisciplinar, que envolva família, escola e profissionais de saúde. É

fundamental que se promova um ambiente de escuta e afeto para que a criança possa se sentir compreendida e capaz, sem ser reduzida a um diagnóstico ou a estigmas como “preguiçosa” ou “desinteressada”. A criação de rotinas, o fortalecimento dos vínculos familiares, o incentivo às áreas de interesse da criança e a capacitação dos educadores são estratégias centrais nesse processo de superação.

#### **4.3-O ATENDIMENTO PSICANALÍTICO E SUA CONTRIBUIÇÃO PARA A EDUCAÇÃO: O Caso Lucas**

Quem é Lucas? É uma criança de 9 (nove) anos diagnosticada com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, revela a complexidade das interações entre aspectos emocionais, sociais, familiares e cognitivos. O atendimento psicanalítico e pedagógico desenvolvido junto a ele e sua família buscou compreender não apenas os sintomas, mas os contextos que os produzem e sustentam. A anamnese foi realizada com base em entrevistas com a avó materna, principal cuidadora na primeira infância, e posteriormente com a mãe biológica. O pai biológico é ausente desde antes do nascimento e o padrasto (pai adotivo), missionário religioso, também não participa ativamente da vida de Lucas, estando ausente por longos períodos.

A vida afetiva de Lucas foi marcada por diversas rupturas: a separação dos avós, que exercearam funções parentais nos seus primeiros anos de vida, a ausência de figuras paternas consistentes, o nascimento de dois irmãos em sequência e uma mãe emocionalmente instável e sobrecarregada, que expressa sentimentos ambíguos sobre o filho. A mãe verbalizou angústia e cansaço com o comportamento da criança, chegando a declarar que teme que o filho "vire um bandido", caso o tratamento médico com Ritalina seja interrompido.

A mãe de Lucas revela que na escola os professores apontam que Lucas é inteligente, mas preguiçoso, desorganizado, com dificuldades de concentração e mantém relações conflituosas com colegas. Porém, em momentos isolados, Lucas demonstra curiosidade, principalmente nas aulas de matemática, e começa a responder mais quando estimulado ludicamente.

A psicóloga responsável utilizou técnicas como entrevistas diagnósticas, ludodiagnóstico e a Entrevista Familiar Diagnóstica (EFD), recursos fundamentais no processo de psicodiagnóstico infantil. A EFD permitiu observar a dinâmica familiar, como o desejo de Lucas por exclusividade afetiva, especialmente com a mãe, e o modo como os papéis familiares se confundem. Em uma sessão, Lucas expressa desejo de ter um quarto só para si, mas é

rapidamente repreendido pela mãe, que impõe que o espaço deve ser dividido com o irmão. Há momentos que revelam o quanto Lucas tenta se aproximar da mãe, com gestos de afeto como pentear seus cabelos ou querer imitá-la em sua profissão, mas esbarra na rigidez e frieza maternas.

A teorização psicanalítica do caso articula-se, a partir de autores como Bauman (2011), ao interpretar a vida familiar de Lucas dentro da lógica da "modernidade líquida", onde os vínculos são instáveis, frágeis e revogáveis. A ausência de uma figura paterna estruturante é notória, e a ambiguidade afetiva da mãe o deixa à deriva. A falta de interdição paterna também é apontada como um fator que contribui para o comportamento agressivo da criança. Percebe-se um ego desvinculado do objeto e do afeto, funcionando de modo defensivo, um ego fragilizado e uma dificuldade de simbolizar suas experiências afetivas.

Do ponto de vista do funcionamento psíquico, o caso de Lucas remete à noção de organização patológica. Contudo, sobre este ponto Steiner (1997) mostra a importância de não se fixar a identidade da criança em uma patologia, mas, por outro lado, conhecer o nível de funcionamento do sujeito e o seu estado mental predominante, focando nas possibilidades de avanço.

Segundo Braga et al. (2022), o TDAH é uma condição multifatorial, influenciada por questões neurobiológicas, estilo de vida e experiências familiares. Já Tomita (2022) reforça a ideia de que, embora não haja cura, os sintomas podem ser manejados de forma eficiente com tratamento multidisciplinar. No caso de Lucas, observa-se que o uso exclusivo de medicação, sem um suporte psicoterápico e educacional consistente, mostrou-se insuficiente. Porém, a abordagem integrada, por outro lado, apresentou avanços: a criança passou a participar mais nas atividades escolares e a demonstrar senso de responsabilidade, citou sua mãe.

As considerações finais apontam a necessidade de não se reduzir a identidade da criança ao diagnóstico. O trabalho psicoterapêutico em conjunto com o suporte pela escola e pela família demonstra que, com acolhimento, escuta qualificada e mediação adequada dos conflitos, Lucas pode sair da posição de criança estigmatizada e marginalizada, para ocupar um lugar de sujeito ativo no processo educativo.

Sugere-se que em relação ao âmbito escolar o apoio seja diferenciado onde professores e direção possam romper com a lógica punitiva e oferecer um espaço de escuta e valorização. Só assim, o acolhimento com ênfase nesta perspectiva dará certo e os resultados virão de forma plena e eficaz.

Olhando por essa perspectiva de Freitas (2011) adotamos como referência para pensar o papel do acolhimento no âmbito educacional, pois as crianças “param quando são olhadas, escutadas, conversadas”, quando sente que há alguém verdadeiramente presente em suas experiências. Segundo sua genitora o uso de atividades lúdicas, jogos educativos e histórias na escola mostrou-se eficaz para resgatar o interesse de Lucas pelos estudos, principalmente, em português, disciplina na qual apresentava maiores dificuldades. Diz sua mãe.

Atualmente, Lucas apresenta sinais de progresso tanto no comportamento quanto na aprendizagem. O caso reafirma a importância de se considerar as múltiplas dimensões da vida da criança – afetiva, familiar, social e escolar – na avaliação e no cuidado clínico. O diagnóstico, por si só, não explica o sujeito: é a escuta comprometida e o olhar integral que possibilitam construir caminhos mais saudáveis de desenvolvimento.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se entender que o tema que por ora se discute tem expressividade diante do que se observou nos estudos de caso: Davi, João e Lucas. A temática se tornou muito mais relevante a partir do estudo de campo quando se atrelou a escuta ativa da profissional da área: a Psicanalista.

Os casos de Davi, João e Lucas ilustram que o Transtorno de Déficit de Atenção e 1522 Hiperatividade - TDAH não pode ser reduzido a uma condição puramente neurobiológica, mas deve ser compreendido como um fenômeno multifatorial, envolvendo aspectos emocionais, familiares, sociais e educacionais. A abordagem psicanalítica, aliada a uma perspectiva pedagógica sensível, demonstra que os sintomas dessas crianças são expressões de conflitos psíquicos não elaborados, muitas vezes relacionados a dinâmicas familiares disfuncionais e a falhas no ambiente escolar.

Davi apresenta hiperatividade e desatenção, mas seu comportamento varia conforme o ambiente, indicando que seus sintomas são modulados pela relação simbiótica com a mãe e pela ausência paterna. A mãe, ansiosa, projeta suas angústias nele, dificultando sua autonomia.

João, após a separação traumática dos pais, assume o papel de "falo materno", tentando compensar a tristeza da mãe. Sua desatenção e desorganização escolar refletem um sofrimento não simbolizado, relacionado à ausência do pai e à sobrecarga emocional materna.

Lucas, criado em um ambiente familiar instável, com figuras paternas ausentes e uma mãe ambivalente, expressa sua angústia através de comportamentos agressivos e impulsivos. A

falta de limites claros e a falta de interdição paterna contribuem para suas dificuldades de socialização e aprendizado.

A psicanálise revela que, em todos os casos, os sintomas do TDAH funcionam como mecanismos de defesa contra experiências emocionais dolorosas. A transferência no setting terapêutico permitiu que essas crianças encontrassem um espaço de escuta e acolhimento, possibilitando avanços significativos em sua subjetivação e autonomia.

De acordo com esse olhar e paralelamente com a escuta da mãe dos estudados, ficou claro que o ambiente escolar desempenha um papel crucial na manifestação e no manejo dos sintomas. Sua genitora afirma em uma conversa de escuta ativa no limiar da Psicanálise que Davi mostrou melhor desempenho em atividades práticas e criativas, mas tem dificuldades em tarefas repetitivas. Ao concluir esse 1º caso: Davi, entendemos que sua melhora ocorre quando a escola adota estratégias mais lúdicas e afetivas, contrariando a ideia de que seu comportamento é um “déficit”.

Por sua vez, ao ouvir sua genitora afirma que João apresenta atenção seletiva, destacando-se em Português, mas perdendo interesse em matérias que não o motivam. Ao concluir o 2º caso: João fica revelado que suas dificuldades são frequentemente interpretadas como “preguiça”, quando, na realidade, reflete um desgaste emocional não apreciado antes a escuta ativa da Psicanálise.

1523

Já Lucas, inicialmente visto como “problemático”, demonstra inteligência e curiosidade quando estimulado de forma adequada. Ao concluir o 3º caso: Lucas, entendemos que o incidente de agressão na escola (segundo relato de sua mãe) foi um ponto de virada em seu comportamento, evidenciando que sua conduta era um pedido de ajuda não verbalizado.

Podemos pontuar que o desfecho de tudo recai sobre uma tensão entre o discurso médico, que patologiza o TDAH, para um desfecho mais humanizado que possa buscar compreender no aluno a sua singularidade total sem nenhum tipo de preconceito inoportuno e vice-versa. Os estudos dos três casos revelaram que as escolas precisam adotar estratégias mais inclusivas e incentivar a quebra de paradigmas estigmatizantes de alguns despreparados para um enfoque mais associado de (aprender para incluir) do que (excluir para aprender).

Outro ponto de extrema relevância que ficou claro é que a singularidade do aluno que expressa o TDAH quando associado ao chão da escola precisa ser evidenciado com urgência a compreensão de que as ferramentas de cunho clínico pelo viés Psicanalítico ajudam em muito para o ensino aprendizado desses alunos com TDAH. Portanto, as abordagens nos teóricos da

linha do TDAH reforçam com raízes biológicas, familiares e sociais que apesar de não curável é passivo de manejo eficaz quando mediado por abordagem multidisciplinar.

Chegamos à conclusão de que a importância de um trabalho interdisciplinar diante do TDAH infantil bem como o acompanhamento psicanalítico das crianças com TDAH é de grande importância. Além disso, a família precisa ser incluída no processo, pois as dinâmicas parentais têm impacto direto no desenvolvimento da criança. A escola, por sua vez, deve abandonar métodos rígidos de ensino e adotar práticas que respeitem a subjetividade do aluno.

O TDAH não é uma sentença definitiva, mas uma expressão de conflitos mais profundos. A psicanálise oferece ferramentas valiosas para transformar o sofrimento em possibilidade, mostrando que, quando a criança é ouvida e compreendida, ela pode reconstruir seu lugar no mundo de forma mais segura e feliz.

Quando acolhidas em sua singularidade as crianças demonstram criatividade, inteligência e capacidade de aprendizado. O desafio está em não reduzir a criança ao rótulo do transtorno, mas enxergá-la como um sujeito em construção, cujos sintomas podem ser resignificados através de relações mais saudáveis e estratégias educativas sensíveis. Não há atalhos: ou se inclui de forma para aprender ou se aprende sem incluir.

1524

## REFERÊNCIAS

ALVARADO, A. *et al.* Magnetic resonance spectroscopy (MRS) assessment of the effects of eicosapentaenoic-docosahexaenoic acids and choline-enositol supplementation on children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Vitae*. Academia Biomédica Digital, ISSN 1317-987X, n. 20, Venezuela, 2004.

APA - AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5**: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 5 ed., Porto Alegre: Artmed, 2014.

BAUMAN, Z. **44 cartas do mundo líquido moderno**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2011.

BARRETO, F. P. A monocultura e a paisagem. **Revista dos Institutos Brasileiros de Psicanálise do Campo Freudiano**. CLIQUE. Palavras e pílulas - a psicanálise na era dos medicamentos, n. 1, p. 48. Belo Horizonte, abr., 2002.

BRAGA, A., T., *et al.* Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade em crianças: uma revisão bibliográfica. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 16, e407111638321, 2022.

BRASIL. Dos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: <<https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2012/resolucao-no-466.pdf/view>> Acesso em: 8 Ago. 2024.

BRÜNING, Jaime. **A saúde brota da natureza.** Editora: expoente, 2010. 399p.

CALIMAN, L. V. **A biologia moral da atenção:** a construção do sujeito desatento. 2006, Tese (Doutorado em Ciências Humanas e Saúde Coletiva) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 2006.

CALIMAN, L. V. O TDAH: entre as funções, disfunções e otimização da atenção. **Psicol. Estud.** vol. 13, n. 3. Maringá, set. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-73722008000300017&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722008000300017&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 19 set. 2024.

COLLARES, C. A. L.; MOYSÉS, M. A. A. Dislexia e TDAH: uma análise a partir da ciência médica. In: Conselho Regional de Psicologia - SP. **Medicalização de crianças e adolescentes:** conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos, p. 71-110, São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

DE LUCCIA, D. P. B. **Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) diagnosticado na infância:** a narrativa do adulto e as contribuições da psicanálise. 2014, 150 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

FREITAS, C. R. **Corpos que não param:** criança, “TDAH” e escola. 195 f. Tese (Doutorado em Educação) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Educação, Porto Alegre, 2011.

FREUD, S. Cinco lições de psicanálise, Leonardo da Vinci e outros trabalhos. In: **Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud.** J. Salomão (Trad.), 1525 vol. XI, p.21-65, Rio de Janeiro: Imago, 1996a. (Originalmente publicado em 1910 [1909?]).

FREUD, S. A perda da realidade na neurose e na psicose. In: **Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud.** J. Salomão (Trad.), vol. XI, p. 205, Rio de Janeiro: Imago, 1996b. (Originalmente publicado em 1924).

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4 ed., São Paulo: Atlas, 2002.

JÁEN, A. F., PÉREZ, B. C. Trastorno por déficit de atención y/o hiperactividad (TDAH): abordaje multidisciplinar. **Revista Pediatría de Atención Primaria**, v. 8, n. 4, p. 57-67, 2004.

KÖCHE, José Carlos. **Fundamentos de metodologia científica:** teoria da ciência e prática da pesquisa. 14 ed., Petrópolis: Vozes, 1997.

MOYSÉS, M. A. A. **A institucionalização invisível crianças que não aprendem na escola.** Campinas: Mercado das Letras, 2008.

MURTA, C. A psicanálise e a medicalização da infância. **Escola Brasileira de Psicanálise (EBP).** A Diretoria na rede. EBP Debates, São Paulo, 2013. Disponível em: <[https://www.ebp.org.br/dr/ebp\\_deb/ebP\\_deboo1/diretoria.pdf](https://www.ebp.org.br/dr/ebp_deb/ebP_deboo1/diretoria.pdf)>. Acesso em: 07 jul. 2024.

NOMINÉ, B. **O sintoma e a família:** conferências belorizontinas. Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise, 1997.

PEREIRA, C. S. C. **Conversas e controvérsias:** uma análise da constituição do TDAH no cenário científico e educacional brasileiro. 2009, 176 f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências) - FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2009.

PITA, P. P. N. **Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade:** sintoma escolar e sintoma analítico. 2008. 91 f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade de Brasília, Faculdade de Educação, Brasília, 2008.

ROHDE, L. A.; MATTOS, P. **Princípios e práticas em TDAH.** Porto Alegre: Artmed, 2003.

SAMPAIO, Simaia. TDAH - Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade: informações e orientações. **Psicopedagogibrasil,** 2024. Disponível em: <<https://www.psicopedagogibrasil.com.br/tdah-simaiasampaio>>. Acesso em: 04 jul. 2024.

SILVA, A. B. B. **Mentes inquietas.** TDAH: Desatenção, Hiperatividade e Impulsividade. Rio de Janeiro: Objetiva, 2008.

STEINER, J. **Refúgios psíquicos:** Organizações patológicas em pacientes psicóticos, neuróticos e fronteiriços. Trad. de R. Quintana & M. L Sette. Rio de Janeiro: Imago, 1997.

THIOLLENT, M. **Metodologia de Pesquisa-ação.** São Paulo: Saraiva, 2009.

TOMITA, L., K. Bruxismo dentário e transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. **31º Encontro Anual de Iniciação Científica,** Universidade Estadual de Maringá (UEM), 10 e 11 de novembro de 2022.

1526

TUCHTENHAGEN, M. B. P. **Hiperatividade e déficit de atenção:** um olhar psicanalítico. 2007. 82 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Faculdade de Psicologia, Porto Alegre, 2007.

WINNICOTT, D. W. Dependência no cuidado do lactente, no cuidado da criança e na situação psicanalítica. In: **O ambiente e os processos de maturação:** estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional, p. 225-233. Trad. de Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artmed, 1983a. (Originalmente publicado em 1962-63).

YIN, Robert K. **Estudo de caso:** planejamento e métodos. 3 ed., Porto Alegre: Bookman, 2005.