

AUMENTO DO DIAGNÓSTICO DE TDAH NA INFÂNCIA CONTEMPORÂNEA: UM ESTUDO CRÍTICO A PARTIR DO MODELO BIOPSISSOCIAL

THE RISE OF ADHD DIAGNOSIS IN CONTEMPORARY CHILDHOOD: A CRITICAL ANALYSIS THROUGH THE BIOPSYCHOSOCIAL MODEL

Ana Paula Leonel Neves¹

Kamila Morato Contini²

Recebido: 18 de Fevereiro (2026) / Revisado: 19 de Maio (2026) / Aceito: 16 de Junho (2026).

RESUMO: O artigo analisa criticamente o aumento dos diagnósticos de Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) na infância contemporânea, considerando as transformações sociais, culturais e tecnológicas atuais. A infância é entendida como uma construção histórica e social, marcada por mudanças nas dinâmicas familiares e educacionais, bem como pela intensa presença das tecnologias digitais. Embora estudos epidemiológicos apontem prevalências significativas do transtorno, observa-se uma intensificação dos diagnósticos associada à medicalização e à patologização da infância. O modelo biomédico, centrado em critérios sintomatológicos padronizados e biologizantes, contribui para interpretações reducionistas que desconsideram fatores subjetivos, sociais e contextuais. Em contraponto, o modelo biopsicossocial, proposto por George Engel, amplia a compreensão da saúde e da doença ao integrar fatores biológicos, psicológicos e sociais, promovendo intervenções mais contextualizadas, humanas e eficazes. A metodologia adotada constitui uma revisão bibliográfica narrativa de caráter qualitativo, contemplando publicações nacionais e internacionais das últimas duas décadas. Os resultados apontam a necessidade de práticas críticas e interdisciplinares que distingam entre manifestações próprias do desenvolvimento infantil e sinais que demandam intervenção clínica, prevenindo diagnósticos precipitados e medicalização excessiva. Conclui-se que preservar a infância implica reconhecer sua complexidade e integralidade, garantindo o direito da criança a um desenvolvimento saudável e singular.

PALAVRAS-CHAVE: TDAH; infância; medicalização; modelo biomédico; modelo biopsicossocial.

ABSTRACT: This article critically examines the rise of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) diagnoses in contemporary childhood, considering current social, cultural, and technological transformations. Childhood is understood as a historical and social construction, influenced by changes in family and school dynamics as well as by the pervasive presence of digital technologies. Although epidemiological studies indicate significant prevalence rates, the growing number of diagnoses has been associated with the medicalization and pathologization of childhood. The biomedical model, based on standardized symptomatic and biologizing criteria, may foster reductionist interpretations that overlook subjective, social, and contextual factors. In contrast, George Engel's biopsychosocial model broadens the understanding of health and illness by integrating biological, psychological, and social dimensions, thus fostering more humanized and contextualized interventions. The methodology adopted in this article consisted of a qualitative narrative literature review, covering national and international publications from the past two decades. Findings highlight the need for critical and interdisciplinary practices capable of distinguishing typical developmental manifestations from signs that require clinical intervention, in order to avoid hasty diagnoses and excessive medicalization. Preserving childhood, therefore, entails recognizing its complexity and ensuring children's right to a healthy and singular development.

KEYWORDS: ADHD; childhood; medicalization; biomedical model; biopsychosocial model.

¹ Estudante do Curso de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Campus Lourdes. e-mail: anapaulalneves@yahoo.com.br.

² Estudante do Curso de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Campus Lourdes. e-mail: kamilacontini@gmail.com.

1 INTRODUÇÃO

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)³ emergiu como uma das questões mais debatidas no cenário contemporâneo da saúde mental infantil. O que antes era conhecimento restrito ao meio médico, hoje permeia conversas cotidianas em diversos ambientes – da vizinhança às escolas, parques e restaurantes – e ganhou protagonismo em vídeos do *TikTok* e posts no *Instagram*, transformando diagnósticos em conteúdo viral. Essa presença constante reflete um crescimento exponencial nos diagnósticos, especialmente em crianças, e desperta inquietações sobre a medicalização e a patologização da infância, sobretudo no ambiente escolar, quando as demandas de responsabilidade e independência se intensificam. Em 2023, a “epidemia de diagnósticos de TDAH”⁴ chegou a ser debatida no Senado Federal, quando a professora Maria Aparecida Affonso Moysés, da Unicamp, ressaltou a magnitude desse fenômeno.

Estudos epidemiológicos apresentam um panorama global e nacional dessa realidade. A metanálise conduzida por Polanczyk *et al.* (2015) reuniu 175 estudos feitos ao longo de 36 anos e mais de 1.023.000 participantes de vários continentes, estimando uma prevalência global de 3,4% entre crianças e adolescentes. Nos Estados Unidos, dados da National Health Interview Survey⁵, entre 1997 e 2016, revelaram aumento de 6,1% para 10,2% na prevalência de TDAH em jovens de 4 a 17 anos. No Brasil, Oliveira *et al.* (2016) encontraram prevalência de 16,6% em escolas públicas de Salvador, enquanto Arruda *et al.* (2015) estimaram 5,1% em crianças de 5 a 13 anos.

³ Será utilizado a partir desse momento, a sigla TDAH que significa Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.

⁴ Declaração proferida pela médica Maria Aparecida Affonso Moysés, professora do Departamento de Pediatria da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas (Unicamp), em uma audiência pública promovida pela Comissão de Assuntos Sociais (CAS), do Senado Federal. O debate foi sugerido pelo senador Eduardo Girão (Novo-CE), que alertou para “um aumento considerável nas taxas de prescrição de medicamentos” para o tratamento de TDAH. O parlamentar citou como exemplo a Ritalina, droga que tem como princípio ativo o metilfenidato (Brasil, 2023).

⁵ O National Health Interview Survey (NHIS) é uma pesquisa nacional de saúde conduzida anualmente nos Estados Unidos pelo National Center for Health Statistics (NCHS), órgão vinculado aos Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Criado em 1957, o NHIS é uma das fontes mais importantes e contínuas de dados sobre a saúde da população norte-americana. O principal objetivo da pesquisa é obter informações abrangentes sobre o estado de saúde da população, incluindo a prevalência de doenças crônicas e agudas, o acesso e o uso de serviços de saúde, a cobertura por planos de saúde, além de aspectos relacionados à saúde mental, estilo de vida e comportamentos de risco, como tabagismo, prática de exercícios físicos e alimentação. A pesquisa também considera fatores socioeconômicos e demográficos, o que permite uma análise detalhada dos determinantes sociais da saúde. O NHIS é realizado por meio de entrevistas domiciliares aplicadas a uma amostra representativa da população civil não institucionalizada dos Estados Unidos. Os dados coletados são amplamente utilizados por pesquisadores, gestores públicos e profissionais da saúde para monitorar tendências, elaborar políticas públicas, planejar programas de saúde e avaliar o impacto de intervenções e reformas no sistema de saúde (Estados Unidos da América, 2025).

Por que, então, esse aumento expressivo de diagnósticos? A contemporaneidade é marcada por transformações sociais, tecnológicas e culturais aceleradas que redefiniram a experiência infantil. Estilos de vida individualizados, saturados de informação, pressões acadêmicas e expectativas de desempenho intensificam comportamentos muitas vezes alinhados aos critérios de TDAH (Moysés; Ribeiro, 2013). O uso crescente de tecnologias digitais contribui para a redução da atenção sustentada, da tolerância à frustração e da resiliência, reforçando a percepção de sintomas (Ramos; Vieira, 2020). Ademais, na “sociedade do espetáculo⁶” descrita por Guy Debord (1967 *apud* Santos, 2009), as relações sociais passam a ser mediadas por imagens, aparências e performances, intensificando processos de comparação, exposição e busca por reconhecimento. No contexto infantil essa lógica pode contribuir para expectativas elevadas de desempenho, visibilidade e adequação comportamental, de modo que manifestações próprias do desenvolvimento podem ser interpretadas como sinais de inadequação ou patologia. Jean Baudrillard (1970 *apud* Santos, 2009) complementa essa visão ao mostrar como o consumo institui identidades e status, gerando um ciclo de insatisfação permanente que alimenta quadros de ansiedade e depressão (Santos, 2009).

Nesse contexto, o neoliberalismo atua como “racionalidade governamental”⁷ ao moldar o sujeito como empreendedor de si, transferindo responsabilidades coletivas para o indivíduo e naturalizando desigualdades (Foucault, 2008 *apud* Dardot; Laval, 2016). Esse modelo promove competição constante, internaliza fracassos como falhas pessoais e sobrecarrega psicologicamente crianças que, desde cedo, enfrentam jornadas intensas de atividades extracurriculares e acadêmicas (Moysés; Collares, 2013). Assim:

[...] a força do neoliberalismo é performativa. Ela não atua meramente como coerção comportamental, ao modo de uma disciplina que regula ideias, identificações e visões de mundo. Ela molda nossos desejos e, nesse sentido, a performatividade neoliberal tem igualmente efeitos ontológicos na determinação e produção do sofrimento. Ela recodifica identidades, valores e modos de vida por meio dos quais os sujeitos realmente modificam a si próprios, e não apenas o que eles representam de si próprios (Safatle; Silva Junior; Dunker, 2021, p. 11).

⁶ A expressão “sociedade do espetáculo”, formulada por Guy Debord, refere-se a uma forma de organização social em que as relações humanas passam a ser mediadas por imagens, aparências e representações. Nesse contexto, o valor das experiências tende a ser substituído por sua visibilidade e exposição, favorecendo processos de comparação, consumo e busca por reconhecimento social (Debord, 1967 *apud* Santos, 2009).

⁷ O conceito de racionalidade governamental, desenvolvido por Michel Foucault em suas aulas, no Collège de France (1978-1979), refere-se ao modo como o Estado conduz a vida e a conduta das pessoas por meio de diferentes formas de racionalidade política. Não se trata de “governo” apenas como instituição, mas de uma atividade: o conjunto de estratégias, técnicas e instrumentos usados para reger a conduta dos indivíduos dentro de um quadro estatal. Nesse sentido, a racionalidade governamental é a lógica que orienta as práticas de governo, mostrando como o poder atua não só por leis e normas, mas também pelo direcionamento dos modos de viver e de se comportar (Dardot; Laval, 2016).

Ademais, o modelo biomédico, base da psiquiatria moderna, aprofunda esse cenário ao adotar visão reducionista e mecanicista, centrada em aspectos biológicos mensuráveis (Aragão, 2019). A partir do DSM-III⁸ (1980), a psiquiatria passou a privilegiar classificações objetivas de sintomas, afastando-se de qualquer análise biográfica ou contextual do indivíduo (Pereira, 2000). Tal abordagem universalizante ignora subjetividade, história de vida e singularidade, favorecendo diagnósticos padronizados que podem desconsiderar fatores sociais, culturais e familiares, essenciais para a compreensão do comportamento infantil.

Em contraponto, o modelo biopsicossocial propõe uma visão integral do indivíduo, considerando dimensões físicas, psicológicas e sociais, bem como prevenção e não apenas tratamento (Aragão, 2019). Essa abordagem amplia possibilidades de intervenção, evita medicalização excessiva e valoriza a individualidade de cada criança. No campo da Psicologia, favorece práticas mais contextualizadas, interdisciplinaridade e estratégias terapêuticas eficazes, promovendo cuidado integral e reflexivo (Engel, 2012).

Diante desse quadro, torna-se urgente um estudo crítico e abrangente sobre o aumento dos diagnósticos de TDAH na infância, analisando as influências do modelo biomédico e do DSM-5-TR⁹ (2022), bem como as múltiplas camadas sociais, culturais e econômicas que envolvem o fenômeno. Essa investigação deve considerar tanto as características biológicas genuínas da criança quanto seu contexto histórico, escolar e familiar, com o objetivo de compreender em profundidade o TDAH e suas implicações, evitando a patologização precipitada de respostas adaptativas a um mundo em rápida transformação.

Para tanto, a metodologia adotada fundamenta-se em uma abordagem qualitativa, por meio de uma revisão bibliográfica narrativa, de caráter qualitativo, voltada à análise crítica da produção teórica e científica sobre o aumento dos diagnósticos de TDAH na infância contemporânea. Foram consultadas publicações nacionais e internacionais das últimas duas décadas incluindo artigos científicos, livros, teses, dissertações e documentos institucionais, localizados em bases como PubMed, SciELO e Google Acadêmico. A seleção do material

⁸ O DSM-III (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 3ª edição), publicado em 1980 pela *American Psychiatric Association*, introduziu um modelo de classificação ateuórico e operacional, baseado em critérios observáveis e descritivos dos transtornos mentais. Seu objetivo foi padronizar diagnósticos e aumentar a confiabilidade entre profissionais, afastando-se das interpretações teóricas tradicionais da psicopatologia (Pereira, 2000).

⁹ A 5ª edição do DSM foi publicada em 2013. Porém, em 2022, a *American Psychiatric Association* (APA) lançou o DSM-5-TR, que não constitui uma nova edição completa com reformulação total, mas sim uma revisão do texto (descrições, fundamentação, atualizações de pesquisa, códigos ICD-10-CM) mantendo os critérios centrais com poucas alterações estruturais. O objetivo do *Text Revision* é incorporar literatura mais recente, corrigir erros, clarificar redações e atualizar referências, sem alterar fundamentalmente a taxonomia ou o sistema de diagnóstico de base (First et. al. 2022).

considerou sua pertinência para três eixos principais: a construção histórico-social da infância, os critérios diagnósticos do TDAH e as críticas ao modelo biomédico em diálogo com o modelo biopsicossocial. Essa estratégia permitiu articular diferentes perspectivas teóricas, clínicas e sociais, favorecendo uma compreensão ampliada do fenômeno investigado e de suas implicações para a saúde mental infantil (Gil, 2022).

2 A INFÂNCIA E OS MODELOS DIAGNÓSTICOS

2.1 A infância e a sociedade

A infância, embora atualmente seja reconhecida como uma fase específica do desenvolvimento humano, nem sempre ocupou esse lugar nas sociedades ocidentais. Segundo Nascimento, Brancher e Oliveira (2008), sua compreensão como construção social, histórica e cultural é relativamente recente, pois, durante longo período, a criança não foi considerada um sujeito com necessidades, direitos e modos próprios de existência. A consolidação dessa percepção esteve relacionada a transformações demográficas, familiares, educacionais e científicas, bem como a redução dos índices de mortalidade infantil e ao fortalecimento de práticas sociais voltadas ao cuidado e proteção da criança.

Durante a idade média, conforme aponta Ariès (2022), predominava uma baixa diferenciação entre o universo infantil e o adulto. Após os primeiros anos de dependência, as crianças eram rapidamente inseridas nas práticas, tarefas e formas de convivência dos adultos, sem que houvesse clara delimitação da infância como etapa singular da vida. A criança era, muitas vezes, percebida como um “adulto em miniatura”, e sua formação ocorria principalmente pela convivência direta com o mundo adulto, em contextos familiares, comunitários e religiosos.

A partir da modernidade, especialmente entre os séculos XVII e XVIII, esse cenário começou a se modificar. A infância passou gradualmente a ser compreendida como um período de fragilidade, formação e desenvolvimento, exigindo atenção específica da família, da escola e das instituições sociais. Autores como John Locke e Jean-Jacques Rousseau contribuíram para essa mudança de perspectiva, ao discutirem a criança como sujeito em formação, marcada pelas experiências e pelas condições oferecidas pelo ambiente (Heywood, 2004 *apud* Lins *et al.*, 2014). Nesse processo, a escolarização exerceu papel central, pois separou progressivamente o universo infantil do adulto e instituiu práticas educativas, currículos, normas e formas de acompanhamento próprios para essa etapa da vida (Ariès, 2022; Lins *et al.*, 2014).

No Brasil, o reconhecimento da infância como objeto de cuidado, estudo e intervenção social ocorreu de forma mais tardia, especialmente a partir do século XIX, sob influências de discursos médicos, pedagógicos e jurídicos. Nesse período, a criança passou a ser compreendida como sujeito vulnerável e passível de tutela, em consonância com ideias de civilização, higiene, moralidade e progresso (Kuhlmann, 1998). Ao mesmo tempo, esse processo foi atravessado por tensões entre proteção e disciplinamento, especialmente em relação às crianças das classes populares. Posteriormente com o Estatuto da Criança e do Adolescente - Lei n. 8.069/1990, consolidou-se juridicamente a noção da criança como sujeito de direitos, o que ampliou a responsabilidade da família, da sociedade e do Estado na garantia de seu desenvolvimento integral (Brasil, 1990).

Na contemporaneidade, a infância ocupa papel de destaque nas preocupações sociais, familiares, educacionais e científicas. A criança passou a ser reconhecida como sujeito em desenvolvimento, cuja formação é atravessada por fatores biológicos, emocionais, relacionais, culturais e históricos. Contudo, esse reconhecimento também produziu novas exigências, expectativas e formas de controle. O cuidado com a infância, embora necessário, pode se confundir com vigilância excessiva, comparação de desempenhos e problematização de comportamentos que, muitas vezes, fazem parte do próprio processo de desenvolvimento infantil (Bee; Boyd, 2011).

Entre as principais características da infância contemporânea, destaca-se a intensa presença das tecnologias digitais. *Smartphone, tablets*, computadores, jogos eletrônicos e redes sociais integram cada vez mais cedo a rotina das crianças, influenciando suas formas de aprender, brincar, comunicar-se e relacionar-se (Silva, 2020).

Esse ambiente digital, marcado pela velocidade das informações, pela multiplicidade de estímulos e pela interatividade constante, amplia possibilidade de acesso ao conhecimento, mas também impõe desafios relacionados à atenção sustentada, à tolerância à frustração, à autonomia e à construção de vínculos sociais (Silva; Momo, 2025).

Dessa forma, compreender a infância na contemporaneidade exige reconhecer que o comportamento infantil não pode ser analisado de maneira isolada ou exclusivamente individual. As formas de atenção, inquietação, impulsividade, desorganização e dificuldade de adaptação escolar devem ser avaliadas considerando o contexto histórico, familiar, social, educacional e tecnológico em que a criança está inserida (Bee; Boyd, 2011). Essa perspectiva é fundamental para evitar interpretações reducionistas e para sustentar práticas diagnósticas e interventivas mais cuidadosas, críticas e contextualizadas (Lins *et al.*, 2014).

Assim, o conceito de infância revela-se produto de contingências sociais, culturais, econômicas e políticas que se transformam ao longo do tempo. Reconhecer a criança como sujeito histórico e de direitos implica compreender essas sucessivas reconfigurações e evitar que os desafios próprios do desenvolvimento infantil sejam rapidamente convertidos em sinais patológicos. Tal compreensão torna-se especialmente relevante no debate sobre o aumento dos diagnósticos de TDAH, uma vez que permite situar o sofrimento, os comportamentos e as dificuldades infantis em uma rede mais ampla de fatores históricos, sociais, familiares, culturais e subjetivos.

2.2 Critérios diagnósticos atuais do TDAH e os desafios impostos pela infância contemporânea

Segundo o DSM-5-TR (2022), o TDAH é definido como um transtorno do neurodesenvolvimento caracterizado por um “[...] padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere no funcionamento ou desenvolvimento [...]” do indivíduo (American Psychiatric Association, 2023, p. 70).

Para o diagnóstico, os sintomas devem persistir por pelo menos seis meses, apresentar frequência e intensidade incompatíveis com o nível de desenvolvimento da criança e produzir prejuízos significativos em dois ou mais contextos, como o ambiente escolar, familiar ou social (American Psychiatric Association, 2023). Além disso, é imprescindível que manifestações sintomáticas estejam presentes antes dos 12 anos de idade, condição que auxilia na diferenciação do TDAH de quadros semelhantes e na compreensão de sua trajetória ao longo da vida (American Psychiatric Association, 2023).

As principais características observadas na infância incluem dificuldades em manter atenção em atividades, cometer erros por descuido, parecer não escutar quando chamado, apresentar desorganização, evitar tarefas que exijam esforço mental contínuo, distrair-se facilmente, esquecer compromissos, demonstrar inquietação motora, ter dificuldade em permanecer sentado, agir de forma impulsiva nas interações sociais e interromper frequentemente atividades ou falas de outras pessoas (American Psychiatric Association, 2023).

Vale destacar que o diagnóstico de TDAH é essencialmente clínico e deve ser conduzido de forma cuidadosa e interdisciplinar. Além da entrevista com os pais ou cuidadores, recomenda-se a coleta de informações sobre o histórico acadêmico, familiar e social da criança, a observação do seu funcionamento em diferentes contextos e, quando necessário, a utilização de instrumentos padronizados e avaliações complementares. Questionários específicos para

professores e familiares podem auxiliar o processo, desde que não sejam utilizados de forma isolada ou substitutiva da análise clínica ampliada (Fuentes *et. al.*, 2014).

Embora o DSM-5-TR (2022) estabeleça critérios diagnósticos bem definidos, ainda persiste a dificuldade em delimitar parâmetros estritamente objetivos para o TDAH, dado que suas causas permanecem parcialmente compreendidas. A literatura indica que sua etiologia envolve tanto fatores genéticos — com herdabilidade estimada em aproximadamente 70% — quanto influências ambientais e neurobiológicas (American Psychiatric Association, 2023).

Pesquisas recentes têm associado o transtorno a variações em genes relacionados à regulação dopaminérgica, bem como às exposições pré e perinatais, incluindo tabagismo materno, baixo peso ao nascer e adversidades psicossociais precoces (Thapar *et al.*, 2013). Nesse sentido, estudos epidemiológicos reforçam o papel do ambiente na etiologia do TDAH, destacando agentes biológicos nocivos ao cérebro em desenvolvimento e a influência de estressores psicossociais, tais como conflitos parentais, disfunção familiar e condições socioeconômicas desfavoráveis (Rohde *et al.*, 2022).

Essas evidências indicam que a etiologia do TDAH é multifatorial e heterogênea, envolvendo a interação entre fatores genéticos e ambientais, o que impede a redução do diagnóstico a uma mera listagem sintomatológica. Torna-se, portanto, imprescindível que o processo avaliativo contemple o contexto biopsicossocial da criança, englobando suas dinâmicas familiares, escolares e sociais, além de considerar as influências do cenário histórico-cultural e tecnológico contemporâneo. Dessa forma, o diagnóstico do TDAH deve resultar da articulação entre critérios formais, abordagens multidimensionais e o reconhecimento da variabilidade clínica e etiológica, assegurando que as estratégias de intervenção e encaminhamento sejam ajustadas às necessidades específicas de cada criança.

2.3 O modelo biomédico e suas implicações para o processo diagnóstico do TDAH na infância

O modelo biomédico, firmemente assentado em um pensamento organicista e cartesiano, tem suas raízes na objetividade racionalista do Renascimento e na divisão dualista proposta por René Descartes, que concebeu o corpo humano como máquina autônoma regida por leis físicas e mecânicas, enquanto a mente figurava como substância imaterial e separada, ligada à razão (Schultz; Schultz, 2022). Essa lógica contribuiu para uma leitura compartimentada do corpo e da doença, priorizando explicações biológicas e tratamentos

padronizados, frequentemente desconsiderando fatores subjetivos, sociais e culturais envolvidos no processo de adoecimento (Deacon, 2013).

Na saúde mental, esse paradigma se traduziu na ideia de que transtornos psíquicos são resultado direto de disfunções neuroquímicas ou genéticas, consolidando o uso de fármacos como recurso terapêutico central (Andreasen, 1985 *apud* Deacon, 2013).

A consolidação desse modelo encontrou seu marco no DSM-III (1980), que, sob a justificativa de superar conflitos conceituais na psiquiatria, instituiu critérios diagnósticos ateóricos e estatisticamente padronizados. O recurso a médias e desvios-padrão para distinguir normalidade e patologia, ainda que tenha conferido maior confiabilidade, deslocou a clínica da escuta e da subjetividade para a contagem de sintomas (Pereira, 2000). Tal movimento atendeu, não por acaso, a interesses governamentais norte-americanos de recenseamento e gestão da saúde mental¹⁰, reduzindo o sofrimento humano a categorias operacionais (Kirk; Kutchins, 1998 *apud* Pereira, 2000).

A grande virada instaurada pelo DSM-III (1980) consistiu na adoção de listas fechadas de sintomas, exigindo critérios quantitativos mínimos e prazos pré-estabelecidos para a definição de cada transtorno. Essa normatização, embora funcional para pesquisas epidemiológicas, negligenciou a historicidade, a cultura e a singularidade do sujeito em sofrimento (Pereira, 2000). As edições subsequentes (DSM-III-R, 1987; DSM-IV, 1994) reforçaram essa lógica, expandindo categorias diagnósticas e subtipos, em consonância com a CID-10¹¹, ampliando o alcance classificatório sem, contudo, romper com a racionalidade sintomatológica (Pereira, 2000).

No caso do TDAH, essa lógica é ainda mais evidente. O DSM-III (1980) reduziu exigências de prejuízo funcional e prazos de observação, ampliando a rotulação de comportamentos infantis como sintomas patológicos (Dumas, 2011). As revisões seguintes incorporaram questionários aplicados a pais e professores, o que aumentou a sensibilidade diagnóstica, mas reduziu sua especificidade (Overgaard *et al.*, 2021; Staff *et al.*, 2021). Como

¹⁰ Nos Estados Unidos, desde o século XIX, a elaboração de sistemas classificatórios em psiquiatria esteve diretamente vinculada às necessidades do Estado em recensear e gerir a saúde mental da população. A taxonomia psiquiátrica se desenvolveu sob forte pressão administrativa, voltada à produção de estatísticas capazes de orientar políticas públicas, mais do que a atender a demandas clínicas propriamente ditas (Kirk; Kutchins, 1998 *apud* Pereira, 2000).

¹¹ O CID-10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª revisão) é um sistema padronizado criado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para classificar doenças e outros problemas de saúde. Ele organiza códigos numéricos que permitem identificar diagnósticos de forma universal, sendo utilizado mundialmente tanto para fins clínicos quanto epidemiológicos e estatísticos. Além de facilitar a comunicação entre profissionais da saúde, o CID-10 também orienta políticas públicas, pesquisas e registros hospitalares. Segundo a OMS (1993), o CID-10 fornece um sistema de classificação padronizado que possibilita a comparação internacional de dados de morbidade e mortalidade (Organização Mundial da Saúde, 1993).

consequência, comportamentos comuns da infância – como agitação, dispersão ou dificuldades de adaptação ao ambiente escolar – passaram a ser diagnosticados e medicalizados, muitas vezes sem a devida análise do contexto familiar, social e educacional.

Essa tendência está no cerne do processo de patologização da infância, criticado amplamente por pesquisadores, entidades profissionais e movimentos sociais. A patologização ocorre quando dificuldades escolares, diferenças de aprendizagem ou modos singulares de ser criança são transformados em problemas médicos, deslocando para a criança e sua família a responsabilidade por questões que também são pedagógicas, sociais e políticas (Conselho Federal de Psicologia, 2015). Essa lógica, além de invisibilizar desigualdades estruturais, funciona como mecanismo de regulação social, normatizando comportamentos e silenciando diferenças (Conselho Federal de Psicologia, 2015).

Nesse contexto, muitas crianças acabam diagnosticadas e medicadas a partir de instrumentos padronizados, sem que haja espaço para a compreensão de sua subjetividade e de suas condições de vida. Pesquisas apontam que o aumento expressivo de diagnósticos de TDAH, em países como Brasil e Estados Unidos, está diretamente relacionado a esse modelo classificatório e medicalizante, que privilegia a prescrição de psicofármacos em detrimento de práticas educativas, familiares, sociais e terapêuticas mais abrangentes (Conselho Federal de Psicologia, 2015).

Assim, ainda que o modelo biomédico e os manuais diagnósticos tenham representado avanços na padronização e na padronização da linguagem científica e na comunicação entre profissionais, sua aplicação isolada revela importantes limitações. Ao reduzir a complexidade da experiência humana a categorias nosológicas e listas de sintomas, esse modelo pode contribuir para processos de patologização e medicalização que afetam diretamente a infância. O desafio contemporâneo consiste, portanto, em tensionar essa racionalidade, resgatando abordagens multi e interdisciplinares que valorizem a singularidade da criança, reconheçam a diversidade de formas de desenvolvimento e considerem os fatores sociais, culturais, familiares, escolares e subjetivos que atravessam o sofrimento humano.

2.4 O modelo biopsicossocial e suas contribuições e relevância para os processos diagnósticos na infância, com foco no TDAH, e seus reflexos na Psicologia

O modelo biopsicossocial foi proposto em 1977 pelo médico norte-americano George L. Engel como uma resposta crítica às limitações do modelo biomédico predominante na medicina ocidental. Em contraposição à leitura predominantemente organicista do

adoecimento, esse modelo propõe uma compreensão ampliada da saúde e da doença, reconhecendo que o bem-estar resulta da interação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais.

Nessa perspectiva, predisposições genéticas, alterações neuroquímicas, emoções, crenças, comportamentos, relações familiares, condições econômicas, práticas culturais e ambiente escolar devem ser considerados de forma integrada. Para Engel (1977), compreender o sofrimento humano de maneira ampla e oferecer um cuidado eficaz exige que o profissional de saúde considere não apenas os sintomas clínicos, mas também o contexto em que estes se manifestam.

Esse paradigma amplia o papel do profissional de saúde, que deixa de ser apenas um aplicador de técnicas, testes e prescrições para assumir a função de cuidador atento à singularidade do indivíduo, à sua narrativa pessoal e ao meio social em que está inserido. Na prática clínica, isso implica uma escuta ativa, atenção aos determinantes sociais do adoecimento e a adoção de uma postura ética, humanizada e sensível às particularidades de cada caso.

A crítica ao modelo biomédico torna-se ainda mais necessária diante do aumento expressivo de diagnósticos de TDAH e do fenômeno da medicalização da infância. Evidências científicas indicam que comportamentos próprios do desenvolvimento infantil, dificuldades escolares e vivências emocionais frequentemente vêm sendo rotulados como transtornos psiquiátricos e tratados com psicofármacos (Vizotto; Ferrazza, 2017). Segundo essas autoras, “raros são os casos em que as crianças conseguem escapar das artimanhas da lógica medicalizante, cujas armadilhas químicas promovem o controle e a contenção da subjetividade” (Vizotto; Ferrazza, 2017, p. 214).

Esse movimento evidencia como o modelo biomédico reduz a complexidade da experiência humana a parâmetros neuroquímicos, naturalizando desigualdades sociais e produzindo rótulos diagnósticos que pouco consideram a singularidade dos sujeitos (Scarin; Souza, 2020). Nesse sentido, Corrêa (2010) também problematiza a expansão da lógica patologizante, destacando que em nome da proteção e do cuidado, muitas crianças estão sendo medicadas precocemente para tratar situações consideradas doenças (Corrêa, 2010). Para a autora, trata-se de um mecanismo de controle social sustentado pelo discurso médico-científico, que acaba por normatizar comportamentos e regular experiências da infância.

Assim, o modelo biopsicossocial surge como alternativa crítica, ao reconhecer a saúde como fenômeno multideterminado e ao promover práticas clínicas mais integradas e humanizadas. Ao valorizar a subjetividade e o contexto como elementos centrais do processo

diagnóstico e terapêutico, essa abordagem favorece intervenções mais abrangentes, especialmente em áreas como a psiquiatria, a psicologia e a saúde mental infantil.

Nesse campo destaca-se a contribuição de Beatriz de Paula Souza, psicóloga do Serviço de Psicologia Escolar da USP e organizadora do livro *Orientação à Queixa Escolar* (2007). A autora problematiza a patologização do fracasso escolar e propõe práticas que rompem com a medicalização sem, contudo, descartar o diálogo com o modelo clínico. Segundo Souza (2007), sua proposta integra a Psicologia Escolar e Social ao atendimento clínico, partindo da compreensão da criança como sujeito social cuja subjetividade se constitui em relação dialética com o ambiente e as instituições historicamente situadas.

Essa modalidade inovadora de atendimento clínico — breve e focal — foi desenvolvida a partir da década de 1990 em parceria entre a USP e a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, e exemplifica a aplicação prática do modelo biopsicossocial. O método considera os contextos escolar, familiar e social da criança, evitando diagnósticos reducionistas e valorizando a especificidade de cada caso.

O avanço da patologização da infância mostra como problemas pedagógicos e sociais muitas vezes são deslocados para o campo médico-psicológico, convertendo-se em “transtornos” tratados individualmente (Corrêa, 2010). Essa perspectiva invisibiliza o papel das instituições escolares e das condições sociais na produção das dificuldades, responsabilizando unicamente o sujeito. Tal fenômeno pode ser interpretado, como assinala Corrêa (2010; Moysés; Collares, 2013), à luz das reflexões foucaultianas¹², como parte de mecanismos de biopoder que normatizam condutas e produzem discursos de verdade que legitimam a medicalização.

Portanto, pesquisadores da Psicologia Escolar e Educacional apontam para a necessidade urgente de romper com essa lógica, promovendo práticas de escuta e intervenção que reconheçam a criança em sua singularidade, em seu contexto social e em sua história, favorecendo uma infância menos controlada e mais livre (Souza, 2007 *apud* Corrêa, 2010).

¹² Segundo Foucault (1979 *apud* Moysés; Collares, 2013), o biopoder caracteriza-se por estratégias de poder voltadas à regulação da vida, operando tanto sobre o corpo individual (disciplina) quanto sobre a população (biopolítica), por meio de práticas normativas que produzem “verdades” legitimadoras. Essa lógica aparece no campo educacional e clínico quando dificuldades escolares ou sociais são convertidas em transtornos médicos. Como apontam Moysés e Collares (2013), esse processo é uma forma de naturalização das desigualdades, que desloca a análise das condições sociais e institucionais para o indivíduo, responsabilizando-o por seu sofrimento. Corroborando essa perspectiva, Ortega (2003) observa que a medicalização é um dispositivo biopolítico que fabrica identidades e regula condutas sob a aparência de cuidado.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O crescimento expressivo dos diagnósticos de Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), na infância contemporânea, constitui um fenômeno multifacetado que exige análise crítica e aprofundada. Este artigo evidenciou que tal aumento não pode ser compreendido apenas a partir do olhar biomédico tradicional, centrado em critérios sintomatológicos padronizados e em aspectos biológicos mensuráveis, os quais frequentemente desconsideram a complexidade da experiência infantil no mundo atual.

A infância, enquanto categoria social, histórica e cultural, tem sofrido transformações significativas diante das inovações tecnológicas, das mudanças nas dinâmicas familiares e escolares, bem como das pressões e expectativas impostas pelo contexto neoliberal. Quando essas dimensões são distorcidas, corre-se o risco de adotar uma compreensão fragmentada e problematizante dos comportamentos infantis, o que favorece tanto a patologização precoce quanto a medicalização excessiva, especialmente quando o diagnóstico de TDAH é utilizado de forma acrítica e dissociada do contexto biopsicossocial.

A relevância que a infância e a criança têm nos contextos contemporâneos não deve funcionar contra elas; atenção e respeito não devem se confundir com problematização de comportamentos e penalização de condutas. Nesse sentido, é necessário enfatizar que práticas diagnósticas e terapêuticas devem ser guiadas por critérios éticos, políticos e epistemológicos que reconheçam o lugar da criança como sujeito de direitos, e não como objeto de normatização.

O modelo biopsicossocial apresenta-se, nesse sentido, como uma alternativa crítica e epistemológica essencial para superar as limitações do paradigma biomédico, ao reconhecer a criança em sua integralidade e considerar a interação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais. Essa abordagem amplia as possibilidades de intervenção, valorizando a singularidade da criança, seu ambiente e suas relações interpessoais. Além disso, promove práticas clínicas, educativas e sociais mais humanizadas, capazes de resistir tanto à lógica do controle social quanto à redução da diversidade infantil a meros diagnósticos.

Diante disso, torna-se imprescindível que profissionais da saúde, da educação e de áreas afins adotem uma postura crítica e interdisciplinar, equilibrando o reconhecimento legítimo das necessidades clínicas com a responsabilidade ética e social de proteger a particularidade e a integralidade das crianças. Para tanto, é fundamental que diagnósticos e intervenções considerem não apenas critérios técnicos, mas também as múltiplas influências históricas, culturais, sociais e tecnológicas que atravessam a infância na contemporaneidade. Nesse processo é necessário distinguir entre os desafios e atravessamentos, próprios das diferentes

fases do desenvolvimento infantil, e aqueles que configuram sofrimentos, prejuízos ou atrasos que de fato demandam intervenção e nomeação patológica.

Por fim, conclui-se que a compreensão do TDAH deve evitar reducionismos e generalizações, prevenindo a patologização de comportamentos que, em alguns casos, podem constituir respostas adaptativas ou expressar o impacto das pressões sociais contemporâneas. Nesse horizonte, a formulação de políticas públicas, bem como a construção de práticas clínicas e educacionais, deve priorizar a inclusão, a escuta ativa e o respeito aos direitos das crianças, assegurando um desenvolvimento integral, saudável e pautado no reconhecimento de suas singularidades.

Como afirmou Lya Luft (2023, p. 36), “[...] A infância é o chão sobre o qual caminharemos o resto de nossos dias [...]”. A imagem proposta pela autora sintetiza a relevância desse período como base da constituição subjetiva e das experiências futuras. É preciso, portanto, olhar para a criança sem reduzi-la a diagnósticos, reconhecendo nela a inteireza de um ser em formação. Preservar a infância é, nesse sentido, reconhecer a raiz silenciosa de cada existência e sustentar práticas de cuidado que respeitem a sua complexidade.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR**. 5. ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2023.

ARAGÃO, Soraya Rodrigues de. O modelo biomédico X o modelo biopsicossocial na explicação da depressão. **Revista Científica Cognitionis**, Miami, v. 01, n. 1, p. 1-10, 2019. Disponível em: <https://revista.cognitionis.org/index.php/cogn/article/view/5>. Acesso em: 18 mai. 2025.

ARIÈS, Philippe. **História social da criança e da família**. Tradução de Dora Flaksman. Apresentação de Mary del Priore. 3. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2022

ARRUDA, Marco A.; QUERIDO, Cícero N.; BIGAL, Marcelo E.; POLANCZYK, Guilherme V. ADHD and mental health status in Brazilian school-age children. **Journal of Attention Disorder**, Toronto, v. 19, p. 11-17, jan. 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22665924/>. Acesso em: 23 nov. 2024.

BRASIL. **Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República [1990]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm. Acesso em: 25 ago. 2025.

BRASIL. Senado Federal. Comissão de Assuntos Sociais. **Especialistas alertam para ‘epidemia de diagnósticos’ de TDAH entre crianças**. Brasília: Senado Federal, 2023. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2023/11/27/especialistas-alertam-para-2018epidemia-de-diagnosticos2019-de-tdah-entre-criancas>. Acesso em: 29 set. 2024.

BEE, Helen; BOYD, Denise. **A criança em desenvolvimento**. Tradução de Cristina Monteiro. 12. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Recomendações de práticas não medicalizantes para profissionais e serviços de educação e saúde**. São Paulo: CFP, 2015. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2015/06/CFP_CartilhaMedicalizacao_web-16.06.15.pdf. Acesso em: 31 ago. 2025.

CORRÊA, Andrea Raquel Martins. Infância e patologização: crianças sob controle. **Revista Brasileira de Psicodrama**, Campinas, v. 18, n. 2, p. 97-106, 2010. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-53932010000200006. Acesso em: 05 set. 2025.

DARDOT, Pierre; LAVAL, Christian. **A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal**. Tradução de Mariana Echalar. São Paulo: Boitempo, 2016.

DEACON, Brett J. The biomedical model of mental disorder: a critical analysis of its validity, utility, and effects on psychotherapy research. **Clinical Psychology Review**, [S. l.], v. 33, n. 7, p. 846-861, nov. 2013. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0272735813000482?via%3Dihu>. Acesso em: 18 mai. 2025.

DUMAS, Jean E. **Psicopatologia da infância e da adolescência**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

ENGEL, George L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. **Science**, Washington, v. 196, n. 4286, p. 129-136, 1977. Disponível em: <https://doi.org/10.1126/science.847460>. Acesso em: 5 set. 2025.

ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA. **Census Bureau**. U.S. Census Bureau. Washington, D.C., 2025. Disponível em: <https://www.census.gov/>. Acesso em: 21 mai. 2025.

FIRST, Michael B. *et al.* DSM-5-TR: overview of what's new and what's changed. **World Psychiatry**, Chichester, v. 21, n. 2, p. 218-219, 2022. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9077590/?utm_source=chatgpt.com. Acesso em: 29 out. 2025.

FUENTES, Daniel *et al.* **Neuropsicologia: teoria e prática**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 7. ed. São Paulo: Editora Atlas, 2023.

KUHLMANN JR., M. **Infância e educação infantil: uma abordagem histórica**. Porto Alegre: Mediação, 1998.

LEVIN, E. **A infância em cena: constituição do sujeito e desenvolvimento psicomotor**. Petrópolis: Vozes, 1997.

LINS, Samuel Lincin Bezerra L. *et al.* A compreensão da infância como construção sócio-histórica. **Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud**, Manizales, v. 12, n. 2, p. 651-664, jul./dez. 2014. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-30802014000200010. Acesso em: 28 ago. 2025.

LUFT, Lya. **Perdas e ganhos**. São Paulo: Editora Record, 2023.

MOYSÉS, Maria Aparecido Affonso; COLLARES, Cecília Azevedo Lima. Controle e medicalização da infância. **Desidade**, Rio de Janeiro, n. 1, out.-dez., 2013. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/desidades/article/view/2456>. Acesso em: 01 jun. 2025.

MOYSÉS, Maria A. Affonso; RIBEIRO, Mônica C. França. Medicalização: o obscurantismo reinventado. *In*: MOYSÉS, Maria A. Affonso; RIBEIRO, Mônica C. França (orgs.). **Novas capturas, antigos diagnósticos na era dos transtornos**. Campinas: Mercado de Letras, 2013, p. 41-64.

NASCIMENTO, Cláudia T. do; BRANCHER, Vantoir Roberto; OLIVEIRA, Valeska F. de. A Construção Social do Conceito de Infância: algumas interlocuções históricas e sociológicas. **Contexto & Educação**, Rio Grande do Sul, v. 23, n. 79, p. 47-63, jan-jun. 2008. Disponível

em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoeducacao/article/view/1051>. Acesso em: 01 jun. 2025.

OLIVEIRA, Dagoberto B. de; RAGAZZO, Ana Cristina S. M.; BARRETO, Nilo M. P. V.; OLIVEIRA, Irismar R. de. Prevalência do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) em uma Escola Pública da cidade de Salvador, Bahia. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, Salvador, v. 15, n. 3, p. 354-358, set./dez. 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/cmbio/article/view/18215/13486>. Acesso em: 16 mai. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde: CID-10**. 10. ed. São Paulo: EDUSP, 1993.

ORTEGA, F. **O corpo incerto: corporeidade, tecnologias médicas e cultura contemporânea**. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.

OVERGAARD, K. H. *et al.* Predictive validity of attention-deficit/hyperactivity disorder from ages 3 to 5 Years. **European Child & Adolescent Psychiatry**, Holanda, v. 31, p. 1-10, 2021. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9343262/>. Acesso em: 31 ago. 2025.

PEREIRA, Mário Eduardo C. A paixão nos tempos do DSM: sobre o recorte operacional do campo da psicopatologia. *In*: PACHECO, Raul A. F; COELHO, Nelson Jr.; ROSA, Miriam D. (orgs). **Ciência, pesquisa, representação e realidade em psicanálise**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000, p. 119-152.

POLANCZYK, Guilherme V.; SALUM, Giovanni A.; SUGAYA, Luisa S.; CAYE, Arthur; ROHDE, Luis A. Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, Elmsford, v. 56, n. 3, p. 345-365, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25649325/>. Acesso em: 23 nov. 2024.

RAMOS, Daniela Karine; VIEIRA, Rui Marquez. Repercussões das tecnologias digitais sobre o desempenho de atenção: em busca de evidências científicas. **Revista Brasileira de Educação**, São Paulo, v. 25, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbedu/a/jfGFJfY8LyyQ8SwGRLMw5JJ/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 03 set. 2025.

ROHDE, Luis Augusto; COGHILL, David; ASHERSON, Philip; BANASCHEWSKI. Avaliando o TDAH ao longo da vida. *In*: ROHDE, Luis Augusto; BUITELAAR, Jan K.; GERLACH, Manfred; FARAONE, Stephen V. (orgs.). **Guia para a compreensão e manejo do TDAH da World Federation of ADHD**. Porto Alegre: Artmed, 2022, p. 47-58.

SAFATLE, Vladimir; SILVA JUNIOR, Nelson da; DUNKER, Christian. **Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico**. Belo Horizonte: Autêntica, 2021.

SANTOS, Andréia Mendes dos. **Sociedade do consumo: criança e propaganda, uma relação que dá peso**. Porto Alegre: EdiPUCRS, 2009.

SCARIN, Ana Carla Cividanes Furlan; SOUZA, Marilene Proença Rebello de. Medicalização e patologização da educação: desafios à psicologia escolar e educacional. **Psicologia Escolar e Educacional**, São Paulo, v. 24, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2175-35392020214158>. Acesso em: 05 set. 2025.

SCHULTZ, Duane P.; SCHULTZ, Sydney Ellen. **História da psicologia moderna**. 11. ed. Tradução de Priscila Rodrigues da Silva e Lopez. São Paulo: Cengage, 2022.

SILVA, Maria do Carmo. Infância e mídias digitais: desafios e possibilidades. **Revista Brasileira de Educação**, [S. l.], v. 25, n. 78, p. 123-140, 2020.

SILVA, Silvana de Medeiros da; MOMO, Mariangela. Infâncias na Cultura Digital: desafios para a Educação Infantil. **Ensino em Re-Vista**, [S. l.], v. 32, n. Contínua, p. 1-24, 2025. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/emrevista/article/view/77972>. Acesso em: 23 mai. 2025.

SOUZA, Beatriz de Paula (orgs.). **Orientação à queixa escolar**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

STAFF, R. T. *et al.* The Validity of Teacher Rating Scales for the Assessment of ADHD: a meta-analytic review. **Journal of Attention Disorders**, Thousand Oaks, v. 25, n. 9, p. 1272–1282, 2021. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8369909/>. Acesso em: 31 ago. 2025.

THAPAR, Anita *et al.* What have we learnt about the causes of ADHD?. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, EUA, v. 54, n. 1, p. 3-16, 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22963644/>. Acesso em: 31 ago. 2025.

VIZOTTO, Luana Paula; FERRAZZA, Daniele de Andrade. A infância na berlinda: sobre rotulações diagnósticas e a banalização da prescrição de psicofármacos. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 22, n. 2, p. 214-224, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.22491/1678-4669.20170022>. Acesso em: 05 set. 2025.