



INSTITUTO  
UNIVERSITÁRIO  
DE LISBOA

---

## Normalidade e Controlo Social: Enquadramento Sociológico de Subjetividades Neurodivergentes

Noa Miguel Simões

Mestrado em Sociologia

Orientadora:

Susana da Cruz Martins, Professora Associada,  
Iscte – Instituto Universitário de Lisboa

Setembro, 2023

## Normalidade e Controlo Social: Enquadramento Sociológico de Subjetividades Neurodivergentes

Noa Miguel Simões

Mestrado em Sociologia

Orientadora:

Susana da Cruz Martins, Professora Associada,  
Iscte – Instituto Universitário de Lisboa

Setembro, 2023

*“(...) mystery defines the epistemology of relations between brain and self; and where you  
find mystery, you’ll find contradiction too”*

*The Elusive Brain, Jason Tougaw*



## **Agradecimento**

Às pessoas que concordaram dar o seu contributo ímpar e que partilharam comigo as suas experiências.

Aos meus pais, por tudo e por serem quem são. Aqui fica o agradecimento pela ajuda sem fim, por me ajudarem a libertar-me sempre do peso das expectativas que ponho sobre mim.

Ao meu companheiro, por acreditar em mim sem nunca perder a convicção. Por me ajudar a acreditar também.

A todos os meus amigos, aos que me ouviram esta tese antes de ela estar escrita, aos que me colocaram questões, aos que me ajudaram a descansar e me mantiveram são.



## **Resumo**

A partir do enquadramento da normalidade enquanto fenómeno social, exploramos o papel de controlo desempenhado por mecanismos institucionais. Para este efeito, consideram-se os processos de standardização e marginalização no contexto escolar e a sua articulação com categorias biomédicas. Assim, a Perturbação do Espectro do Autismo e a Perturbação de Défice de Atenção e Hiperatividade são enquadradas como taxonomias comportamentais com potencialidades explicativas na função de categorias sociais. Através da análise qualitativa das experiências subjetivas de indivíduos diagnosticados e autodiagnosticados com PEA e PDAH, examinamos como o controlo social para a normalidade afeta a construção de identidades, a perceção e os modos de interação social destes sujeitos.

Palavras-chave: Controlo Social, Normalidade, Neurodiversidade, Educação





## **Abstract**

Within the framework of normality as a social phenomenon, we investigate the role of control exerted by institutional mechanisms. To do so, we consider processes of standardization and marginalization in the educational context and their connection with biomedical categories. In this context, Autism Spectrum Disorder and Attention Deficit Hyperactivity Disorder are framed as behavioral taxonomies with explanatory potential as social categories. Through qualitative analysis of the subjective experiences of individuals diagnosed and self-diagnosed with ASD and ADHD, we examine how social control for normality affects the construction of identities, perception, and the means of social interaction of these subjects.

Keywords: Social control, Normality, Neurodiversity, Education



# Índice

Agradecimento	iii
Resumo	v
Abstract	vii
Glossário	xi
Introdução	1
Capítulo 1. Enquadramento Analítico	3
1.1. Modelo Médico	3
1.2. Paradigma da Neurodiversidade	4
1.2.1 Contexto Histórico	4
1.2.2. Definição	5
1.2.3. Tratamento e Bem-Estar	6
1.2.4. Críticas	6
1.3. Modelo de Análise	8
Capítulo 2. Enquadramento Teórico	9
2.1. Criação da Normalidade	9
2.2. Neurodiversidade no Contexto Escolar	10
2.2.1. Medicalização	12
2.2.2. Atualidade portuguesa	12
2.3. Criação de Categorias Médicas	13
2.4. Perturbação de Défice de Atenção e Hiperatividade	14
2.4.1. O Caso Português	14
2.4.2. PDAH na Idade Adulta	15
2.5. Perturbação do Espectro do Autismo	16
2.5.1. Propostas Explicativas	16
2.5.2. Inversão da Teoria da Mente: Hipótese da Dupla Empatia	18
2.6. Diagnóstico	19
2.6.1. Autodiagnóstico	20
Capítulo 3. Análise Empírica	22
3.1. Metodologia	22
3.1.1. Considerações metodológicas	22
3.1.2. Método	23
3.2. Contexto Escolar: ambiente, profissionais e consequências	24
3.1.1. Desenquadrados	24

3.1.2. Mudança de ambiente	25
3.2.3. A experiência intermédia	26
3.2.4. Potencial	27
3.2.5. Profissionais escolares	27
3.2.6. Que mote ficou?	27
3.2.8. E se?	28
3.3. Aprender a Normalidade	28
3.3.1. Mímica	29
3.3.2. Normalização comportamental como “cura”	29
3.4. O que vem depois?	29
3.4.1. Agência e responsabilidade	30
3.3.2. “É o que é”	30
3.5. Interioridade e subjetividade	31
3.5.1. Hiperfoco no quotidiano e gestão da vida adulta	31
3.5.2 Sensibilidade sensorial	32
3.5.3. Comunicação e verbalidade	33
3.6. Tratamento e acomodações	33
3.6.1 Diagnóstico	33
3.6.2 Medicação	33
3.5.3. Automedicação	34
3.7. Discussão de Resultados	34
Conclusões	37
Fontes	40
Referências Bibliográficas	41
Anexo	48

## Glossário

Neurodivergente: termo usado para descrever indivíduos cujo desenvolvimento neurológico difere do padrão “típico”.

Neurodiversidade: termo associado ao reconhecimento da diversidade natural das características neurológicas dos seres humanos.

Neurotípico: termo utilizado para descrever indivíduos cujo funcionamento neurológico se encaixa dentro das características consideradas típicas ou convencionais pela sociedade.

PEA: Perturbação do Espectro do Autismo

Alístico: Pessoa não autista

PDAH: Perturbação de Défice de Atenção e Hiperatividade

“*Stimming*”: abreviação de “self-stimulating behavior”; termo utilizado para descrever comportamentos repetitivos, geralmente motores ou sensoriais, utilizados como forma de autorregulação ou expressão.



## Introdução

Partindo da consideração acerca de o que é a normalidade enquanto fenómeno social, verifica-se a existência de mecanismos formais e informais para a sua reprodução, atuando em diferentes níveis sociais. Ao nível das instituições, é reconhecido o papel da medicina (nomeadamente, da psicologia) (Casanova & Widman, 2021; Chapman, 2020; Pais et al, 2016), mas a escola é enquadrada como principal mecanismo de controlo para a normalidade (Graham, 2007; Slee, 1997; Waltz, 2020; Macleod, 2010).

Numa tentativa de explicar funcionamentos cognitivos deficitários face à norma, são criadas categorias biossociais, cuja apresentação é avaliada com base em inventários comportamentais (Kapp et al, 2013) – na presente análise, considera-se a Perturbação do Espectro do Autismo e a Perturbação de Défice de Atenção e Hiperatividade. No contexto escolar, o controlo surge a partir das dinâmicas para a standardização (Waltz, 2020), da consequente criação de desviância (Graham, 2007) e do enquadramento da mesma num contexto de responsabilidade individual e desresponsabilização estrutural (Slee, 1997; Filipe, 2018; Pais et al, 2016).

No entanto, quando nos cingimos a observações de base comportamental para compreender a diferença, fica por explicar qual a experiência subjetiva da mesma. De que forma se experienciam os comportamentos “desviantes”? O que nos dizem as subjetividades vividas sobre a origem da diferença?

Os principais modelos que se debruçam no debate da normalidade são o modelo médico e o modelo social (ou “Paradigma da Neurodiversidade”). Segundo o primeiro, um sistema biológico tem um modo de funcionar que cumpre objetivos concretos de sobrevivência e reprodução, logo, a desviância da norma é categorizada enquanto uma patologia de observação objetiva (Boorse, 1975). O modelo associado ao Paradigma da Neurodiversidade afirma que a desviância no modo de processar e sentir não é inerentemente prejudicial, é apenas atributo da diversidade humana (Bovell, 2020; Rosqvist et al, 2020; Dyck & Russel, 2020). Este paradigma está enquadrado com o “Movimento da Neurodiversidade”, o qual reconhece a existência de pessoas neurodivergentes (como opostas às pessoas neurotípicas) enquanto uma categoria de identificação social minoritária (Walker, 2014; Runswick-Cole, 2014).

Apesar das diferenças de abordagem entre os modelos, há algo comum que nos indicam: o controlo social para o cumprimento de padrões de normalidade não afeta todos da mesma maneira. Assim, somos de novo remetidos para o potencial exploratório da experiência subjetiva da diferença.

A relevância do presente trabalho reside também no facto de, em muitas instâncias, questões relacionadas com a PEA e a PDAH se limitarem à infância, sendo os trabalhos relativos a adultos mais escassos e, maioritariamente, abordados a partir de uma premissa clínica. Assim, o modelo analítico empregue permite um alargamento de perspetiva, tirando partido dos contributos teóricos sobre dificuldades e desafios, mas procurando olhar além.

A abordagem, por vezes, necessariamente superficial de temas foi um dos aspetos desafiantes na realização da presente dissertação. Por tratar questões envoltas em várias camadas de preconceito enraizado no senso comum, em vários momentos, a análise foi limitada pela necessidade de contextualizar e desconstruir.

Outro aspeto limitativo foi a bibliografia existente. Parece uma conjectura segura que o mesmo trabalho realizado nos próximos anos teria já um campo bibliográfico muito mais alargado para trabalhar. No entanto, este aspeto é então também elucidativo da pertinência do tema e da análise, especialmente no campo sociológico.

A maior parte da pesquisa realizada está dentro do campo clínico e daí derivam objetivos diferentes daqueles aqui presentes. A abordagem sociológica permite a possibilidade de partir de uma análise estrutural e institucional, e o afunilamento para olhar o indivíduo. Assim, proporciona-se a expansão da compreensão sobre a complexidade das subjetividades implicadas e da relação da estrutura social com a interioridade (desde os sentidos à identidade).

O tema é extenso, repleto de paradoxos. Esta característica parece estar presente nas suas ramificações também. No entanto, conto que a presente análise comporte uma capacidade de sumariar os fatores presentes, tanto a nível teórico como empírico, e a forma como eles aparentam relacionar-se entre si.

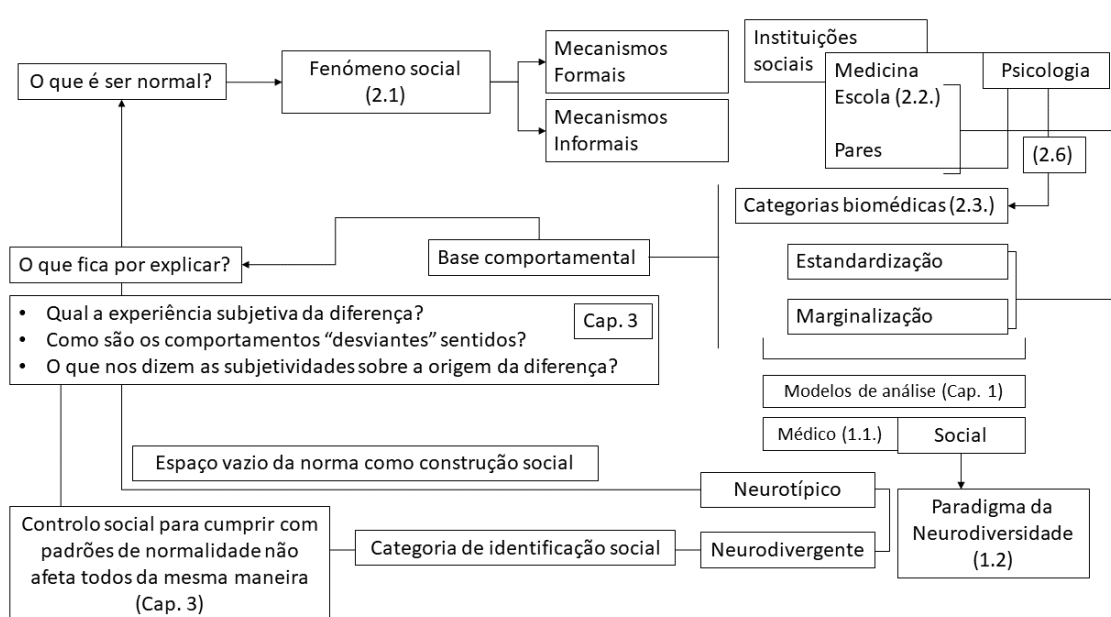


Figura 1: Sumário



## Enquadramento Analítico

Atualmente, modelos de análise disputam-se a nível ideológico e político, representando diferentes compromissos filosóficos na forma como abordam o processamento cognitivo humano. Este capítulo objetiva-se pelo resumo destas questões.

### 1.1. Modelo Médico

Segundo Boorse (1975), o funcionamento normal é definido enquanto aquele que é natural, ou seja, um sistema biológico que cumpre o seu papel designado consoante o objetivo geral de sobrevivência e reprodução. Desta forma, a patologia é lida a partir dos factos da natureza enquanto matéria objetiva.

Para este efeito, é preciso definir uma classe de referência para cada organismo individual (consistindo daqueles da mesma espécie, idade e sexo). Segundo Chapman (2020), dependendo dos critérios incluídos para a definição da classe de referência, altera-se o que pode ser considerado patológico ou não. Num contexto de avaliação do funcionamento cognitivo, a dificuldade em definir esta classe cria espaço para subjetividade, muitas vezes guiada por presunções normativas.

Apesar da utilidade do modelo médico enquanto ferramenta para melhor compreender o ser humano, Casanova & Widman (2021) chamam à atenção para a importância de reconhecer os seus limites inevitáveis. A linguagem e conceitos associados a doenças não lhes são atribuídos num vácuo desconectado da realidade social e dos seus valores (Engelhardt, 1984: 27). “Doença é uma categoria atribuída socialmente com diferentes significados entre sociedades, atribuídos pela interpretação e avaliação de características biológicas anormais. Assim, figuram-se dois tipos de desvios na noção de doença: biológico e social.” (Veatch, 1973: 60)

Como tem de assumir uma norma comportamental para a sua aplicação, o paradigma da patologia pode falhar em avaliar “zonas cinzentas” assintomáticas ou apresentações atípicas, pode ainda criar conceções enviesadas do que significa uma apresentação típica (Casanova & Widman, 2021: 370).

Em concordância, Kapp et al (2013) argumentam que na procura por normalização, redução de sintomas e eliminação de condições identificadas com base em défices, quando há ausência de diferenciados biológicos (restando somente os de apresentação comportamental) a psiquiatria tem de agir perante uma noção de norma comportamental – cujos significados estão imbuídos de valores sociais.

## **1.2. Paradigma da Neurodiversidade**

Na análise da literatura, surgem descrições contrastantes relativamente aos ideais enquadrados no paradigma da neurodiversidade, especialmente nos aspetos relacionados com políticas públicas e tratamento. Na presente análise, procuro apresentar um enquadramento alargado das diferentes posições teóricas e das críticas associadas.

No entanto, é importante salvaguardar que, apesar do conceito de neurodiversidade ter surgido no contexto académico, tornou-se primeiramente uma afirmação política identitária, o seu uso académico era utilizado com pouca compreensão e somente enquanto categoria de identificação. Atualmente, as potencialidades do paradigma enquanto instrumento de análise já são mais robustas. No entanto, durante vários anos, a produção de conhecimento em torno do tema tornou-se um reflexo da desfragmentação de posições e reivindicações. Também várias críticas surgem descontextualizadas, criticando aspetos e posições que não encontrei representadas.

### **1.2.1. Contexto Histórico**

Segundo Dyck & Russell (2020), o movimento da neurodiversidade enquanto fenómeno político tem o seu antecessor na campanha do “Orgulho dos Loucos” (“Mad Pride”) nos anos 1960 nos Estados Unidos da América. Este movimento condenava a psiquiatria por codificar a saúde mental num sistema de défices e doenças. Na mesma altura, dentro de determinados setores da academia, surgiam as primeiras críticas acerca de como a psiquiatria se tinha tornado um modo de policiar o comportamento humano, nomeadamente considerando sistemas de classificação como o DSM práticas institucionais de patologização para categorizar as pessoas consideradas “indesejadas” por não se enquadrarem no ideal de produtividade.

Assim, foi criada a visão da deficiência física e mental enquanto construção social associada a um grupo sujeito a discriminações e marginalização. Este modelo social procurava transformar a linguagem e, consequentemente, a forma de pensar acerca dos estigmas associados a deficiências. Procurava a neutralização da incapacidade (Casanova & Widman, 2021).

O modelo social da deficiência argumenta a distinção entre incapacidade e deficiência: a deficiência não é causada pela incapacidade, mas sim pelo modo como a sociedade falha da adaptação e acomodação de determinadas incapacidades (Oliver, 1990). Segundo esta visão, a principal causa da deficiência é sempre organizacional e institucional, em vez de ser interpretada a partir do indivíduo (Chapman, 2020: 62).

O movimento da neurodiversidade partilha com o “Orgulho dos Loucos” a noção de repudição do estatuto de vítima (enquanto vítima de uma doença ou condição), visando construir um sentido de igualdade para com os especialistas que se envolvem após o diagnóstico (Dyck & Russell, 2020).

### **1.2.2. Definição**

Quando Judy Singer introduziu o termo “neurodiversidade” em 1998, referiu que iria desfragmentar ainda mais uma era de pós-modernidade já desfragmentada, devido à sua desconstrução da ideia de que todos “vemos, sentimentos, tocamos, ouvimos, cheiramos e selecionamos informação, mais ou menos, da mesma maneira” (Singer, 2016: 9).

Rosqvist et al (2020) definem neurodivergência enquanto um funcionamento cognitivo, afetivo e sensorial que difere da maioria da população. Segundo Dyck & Russel (2020: 170), a neurodiversidade enquadra a diferença neurológica como uma parte inerente e valiosa do espectro de variação humana, em vez de uma forma patológica de diferença. Temple Grandin (1995) elabora acerca de como a diferença neurológica embarca novas possibilidades, assinando a ideia de que a neurodiversidade é importante para a cultura e para a evolução humana, daí a sua continuidade na nossa genética.

No contexto do movimento da neurodiversidade, as categorias de neurodivergência são reduzidas às suas causas biológicas e celebradas enquanto parte natural da variação humana (Kapp et al., 2013). Este paradigma tem também um potencial elucidativo para a identidade (Hillary, 2020), tornando-se uma metáfora para o reconhecimento da diferença humana, localizada no cérebro fisiológico (Rapp, 2011).

Walker (2014) apresenta os princípios do paradigma da neurodiversidade:

- “1. A neurodiversidade é uma forma natural e valiosa de diversidade humana.
2. A ideia de um tipo de mente ou cérebro “normal” ou “saudável”, ou de um estilo “correto” de funcionamento neurocognitivo, é ficção culturalmente construída que não tem mais validade (nem é mais condutiva a uma sociedade saudável ou para o bem-estar geral da humanidade) do que a ideia que há etnias, géneros ou culturas “normais” ou “corretas”.
3. As dinâmicas sociais que se manifestam relativamente à neurodiversidade são semelhantes às dinâmicas sociais que se manifestam para com outros tipos de diversidade humana (por exemplo, diversidade étnica, género ou cultura). Estas dinâmicas incluem dinâmicas de desigualdades de poder social; e também as dinâmicas em que a diversidade, quando aceite, torna-se uma fonte de potencial criativo.” (Tradução própria)

### **1.2.3. Tratamento e Bem-estar**

A resposta do movimento da neurodiversidade no questionar da patologização e no desafio da cultura de medicalização prende-se, maioritariamente, pelo modo como o diagnóstico e o tratamento são formulados a partir de um ideal de funcionamento neurocognitivo “normal”, o qual é impingido sem consideração que diferentes funcionamentos podem incorporar diferentes significados e apresentações de “saudável” (Bovell, 2020: 39).

O modelo da neurodiversidade contribuiu para a inclusão de pessoas autistas dentro de organizações autistas e pesquisa científica. Previamente, estas representações não eram incluídas. Assim, foi gerado um maior uso de informação qualitativa de “experiência em primeira mão”, nomeadamente para informar políticas públicas (Casanova & Widman, 2021).

Este novo envolvimento por parte de atores sociais neurodivergentes resultou num alargamento do conhecimento e informação acerca das suas perspetivas (Hillary, 2020). A Hipótese de Dupla Empatia de Milton (2012) é um exemplo central deste contributo.

Rosqvist et al (2020) chamam a atenção para a ideia de que a despatologização da neurodivergência e a aceitação de um alargamento do espectro reconhecido de processamentos sensoriais, afetivos e cognitivos não implica a negação de desafios.

O posicionamento anti-cura existe por oposição a intervenções que tenham a “correção” como objetivo único (Runswick-Cole, 2014). Não deve ser confundido com a ausência de reconhecimento de que existem condições cognitivas humanas que podem dificultar a vida, independentemente de apoio e contexto social (Chapman, 2020: 63). Então, a possibilidade de autodeterminação no contexto de tratamento não implica a eliminação de proteções legais e acesso a medicação quando necessária (Rosqvist et al., 2020).

Segundo Bovell (2020), a ideia de “funcionamento normal das espécies” serve na procura de uma compreensão partilhada da qualidade de vida mínima para a qual toda a humanidade deve aspirar. No entanto, não há nenhum argumento em como desvios à norma são incompatíveis com um bom resultado. Assim, deve questionar-se a assunção da divergência como negativa: deve ser estudada de que forma se pode conceptualizar e medir qualidade de vida para pessoas neurodivergentes que não coloque o funcionamento “atípico” como um obstáculo, mas sim sendo sensível ao mesmo.

### **1.2.4. Críticas**

Algumas críticas remetem para o ressurgimento de problemas conceptuais do modelo médico (na existência de arbitrariedade para a formulação de uma classe de referência que permita o estudo da deficiência e/ ou incapacidade) (Chapman, 2020); o fenómeno da mercantilização da diferença (presente na indústria comercial do bem-estar, por exemplo) (Runswick-Cole, 2014); e a facilidade na invisibilização de pessoas com limitações cognitivas e/ ou maiores desafios de comunicação (Casanova & Widman, 2021).

No entanto, a crítica mais recorrente ao modelo da neurodiversidade é pelo seu surgimento e ligação forte com políticas identitárias que alimentam uma distinção dicotômica e, potencialmente, prejudicial. Por um lado, a noção de diversidade é total (abrange todos); no entanto, as pessoas neurodivergentes são colocadas como uma “comunidade minoritária”, gerando uma lógica de grupos dicotomizados (“nós, neurodivergentes” e “eles, neurotípicos”) (Casanova & Widman, 2021), incorrendo o risco de se comprometerem com uma norma de espécie que não é conhecida (Chapman, 2020).

Francisco Ortega argumenta que este movimento é baseado na ideia de um “sujeito cerebral”, implicando a ideia: “tu és o teu cérebro”. Argumenta que este cenário cria uma situação paradoxal de homogenização dos cérebros neurodivergentes, minimizando as suas diferenças, para a formação de uma identidade. Esta é, então, colocada como oposta ao cérebro neurotípico (também tendencialmente homogéneo). Assim, o desenvolvimento deste paradigma implica a criação de um modelo neurotípico como *standard* (Tougaw, 2018).

Em vários contextos, o conceito de “neurotipo” é utilizado para descrever um agrupamento de formas neurológicas e cognitivas semelhantes. No entanto, a validade destes processos de agrupamento pode ser questionada: não se sabe o suficiente sobre o cérebro humano e sobre a origem e explicação de divergências para assumir agrupamentos deste tipo (Hillary, 2020). Servem, no entanto, como metáforas para experiências sociais e cognitivas aproximadas.

Para uma conceptualização mais alargada de identidade, consideramos o trabalho de Yuval-Davis (2010). Segundo a autora, a “identidade” pode ser uma forma não instrumental de ação política e social, pode referir-se a grupos ou categorias coletivas, aspetos centrais do ser, autoperceção, entre tantos outros. Nem todas as identidades se referem a pertença, mas todas se referem a modos de perceção do ser. As noções dicotômicas de identidade e diferença podem tornar-se enganadoras e pouco explicativas quando se debate os limites teóricos de identidade coletiva e individual.

Assim, Yuval-Davis (2010) faz a diferenciação entre identidade e políticas identitárias - o segundo refere-se a um projeto político de pertença, aqui, associado ao movimento da neurodiversidade. Esta pertença, comumente naturalizada, torna-se articulada e política quando é ameaçada. Assim, os limites da pertença cristalizam entre aqueles incluídos e aqueles excluídos, no contexto de um projeto político que constrói a pertença em modos específicos. Para isto, as especificações das categorias de pertença são exacerbadas, assumindo muitas vezes uma narrativa homogénea de apego ao grupo social.

### 1.3. Modelo de Análise

Para efeitos elucidativos, foi realizada uma sumarização dos diferentes enquadramentos teóricos possíveis face ao tema em análise. Na presente dissertação, procuro ponderar as críticas feitas ao modelo médico, realizando considerações sobre os seus ângulos mortos (derivados das limitações epistemológicas já descritas). Para este efeito, considero o paradigma da neurodiversidade enquanto potenciador de novos ângulos de abordagem, nomeadamente no âmbito sociológico.

Assim, a neurodiversidade é conceptualizada enquanto facto social: considera-se que existe uma pluralidade de funcionamentos cognitivos e percecionais. Pelas palavras de Singer (2017: 9): nem todos “vemos, sentimos, tocamos, ouvimos, cheiramos e selecionamos informação, mais ou menos, da mesma maneira”.

O estatuto neurotípico é aqui conceptualizado enquanto um ideal de normalidade exercitado institucionalmente, ao qual os indivíduos estão mais ou menos próximos; e a neurodivergência enquanto categoria materializada socialmente como resultado da desviância face ao ideal do funcionamento normal.

Partindo do contributo do modelo médico para a formulação das categorias de Perturbação do Espectro do Autismo e de Perturbação de Défice de Atenção e Hiperatividade como taxonomias comportamentais, exploram-se as potencialidades das mesmas enquanto categorias sociais associadas a experiências subjetivas partilhadas.

O modelo da neurodiversidade pode ser aplicado a diferentes categorias divergentes (PEA, PDAH, esquizofrenia, dislexia). O aprofundamento do paradigma foi realizado, em primeira instância, a partir do estudo do autismo. No presente trabalho, é também explorada a sua aplicação à PDAH. Esta escolha teórica e metodológica fundamenta-se por um conjunto de fatores. A proposta é que os níveis de comorbidade – estimados entre os 37% e os 78% (Stevens et al, 2016); as semelhanças fenotípicas (Leitner, 2014); e outras comunalidades comportamentais, biológicas e neuropsicológicas (Antshel et al, 2013) criam espaço para a partilha das experiências subjetivas em análise.

Assim, a ideia de “neurotipo” na presente análise parte de uma posição aparentemente paradoxal. Apesar da negação da existência de informação suficiente para assumir a existência de neurotipos específicos, verificamos que a partir de funcionamentos não normativos, surgem experiências subjetivas semelhantes – aproximadas o suficiente para criar categorias de identificação biossocial. Mas a existência de padrões não cria linhas estanques que nos dividem, são conjuntos de características que criam experiências sociais (e de desenvolvimento identitário) semelhantes entre alguns de nós.

## Enquadramento Teórico

### 2.1. Criação da Normalidade

Waltz (2020) proporciona uma contextualização histórica aprofundada em torno da “criação da criança normal”. Segundo a autora, esta existe há cerca de 100 anos, justificando-se a sua criação com a escolaridade obrigatória, mas contando também com o contributo anterior do recrutamento em massa para a Primeira Guerra Mundial e dos avanços da psicologia militar neste contexto.

Por existirem muitos recrutas que se desviavam da performance militar esperada, colocou-se a necessidade de definir parâmetros de “normalidade” (testes de inteligência, inventários de personalidades). Graças a este processo, veteranos na psicologia militar tornaram-se líderes da psicologia aplicada durante o período pós-guerra (Waltz, 2020: 15). Os inventários de personalidades criados para os soldados passaram a ser aplicados a trabalhadores “mal ajustados”, de forma a verificar possíveis tendências para aderir a sindicatos ou subverter objetivos empresariais (Waltz, 2020: 16).

Apesar de variações, discursos de normalidade expandiram-se pelo mundo ocidental. A indústria moderna, nomeadamente, apresentava a necessidade de integrar trabalhadores enquanto componentes estandardizados nos processos industriais. Assim, passou a existir uma lógica de prevenção de anormalidade nos adultos a partir da intervenção durante a infância (Waltz: 2020: 18).

Portanto, num contexto marcado pela Revolução Industrial, a figura da criança “normal” ocupou um lugar central na medicina, assistência social e educação. À medida que a “criança normal” se tornou cada vez mais vigiada (no seu crescimento físico, comportamento, desenvolvimento de linguagem e sucesso académico), criaram-se formas de ser desviante (Waltz, 2020: 18).

Foucault chama a atenção para o contexto social e político de aspirações para a produtividade, acumulação de capital e autoridade moral propício à formulação de oportunidades de policiamento da normalidade e imposição da disciplina social (Dyck & Russel, 2020: 168).

Segundo Graham (2007), a diferenciação, categorização e espacialização das crianças diferentes são auxiliadas pelos discursos dominantes que evocam uma “norma mítica” que define e universaliza os padrões normativos face aos quais os “outros” são declarados como desviantes. Os mecanismos de categorização infantil interligados com noções de normalidade e anormalidade são perigosos: convidam a um “salto interpretativo” que torna o significado vulnerável à reconstituição a partir dos discursos dominantes.

## 2.2. Neurodiversidade no Contexto Escolar

A naturalização da “escolaridade tradicional” disfarça as incapacidades e limitações institucionais e prejudicam os alunos que não se alinham com o “cidadão ideal”. Assim, o foco no indivíduo, a sua responsabilização e o seu enquadramento enquanto agente advêm de práticas discursivas estratégicas para a manutenção das relações de poder dominantes (Graham, 2007: 596).

Segundo Ford, Morgon & Whelan (1982), a Educação Especial desenvolveu-se e expandiu-se para responder à necessidade de controlar uma “secção desviante” da população, disruptiva para o desenvolvimento do trabalho escolar como produtor de força laboral. A atribuição de diagnóstico à criança enquadra o problema no indivíduo (na criança, neste caso) e não no sistema. Segundo Slee (1997), a Educação Especial tem, então, uma função enquanto ferramenta burocrática: responder à mercantilização do processo escolar e atenuar as complicações advindas de currículos fechados e redutores.

A aplicação de testes estandardizados tornou-se um pilar da educação, utilizados na identificação e redireccionamento de crianças desviantes (Waltz, 2020). A escola transmite aos pais um alerta: torna-se uma “figura central na discriminação de diferentes categorias de alunos” (Pais et al, 2016: 4). É dentro da escola que o objeto desviante se define (Graham, 2007: 588).

O exemplo do PDAH em Portugal (Cap. 2.4.) é central para a demonstração da instrumentalização de categorias de diagnóstico no controlo da criança em sala de aula. Para mais, as principais características atribuídas a esta condição (hiperatividade e défice de atenção) são tendencialmente incongruentes com os comportamentos necessários para o sucesso em ambiente de sala de aula. No entanto, poderão ser estas as principais características atribuídas *somente* porque são incongruentes com o comportamento necessário em sala de aula?

Segundo Cheyette & Cheyette (2021), a nomenclatura sugere que as pessoas afetadas não conseguem prestar atenção. No entanto, este é um aspeto enganador (no mínimo) e errado (no máximo). As pessoas classificadas com PDAH conseguem prestar atenção intensa durante longos períodos (“hiperfoco”) quando se sentem de algum modo estimulados pela atividade desempenhada. Assim, a ideia de défice pode ser substituída por uma questão de balanço ou regulação entre diferentes “modos”: quando as pessoas com PDAH não estão focadas naquilo em que “deviam” (como as aulas ou os trabalhos de casa), estão envolvidos em tipos alternativos de atividade cerebral.



Nas últimas décadas, tem havido uma aceitação progressiva de contributos da neurociência aplicados à sala de aula. No entanto, nem sempre é tomada uma posição crítica sobre explicações redutivas dos contributos da neurociência (Macleod, 2010). Assim, incorre-se no risco de medicalizar a educação para retirar responsabilidades do Estado e retirar a atenção dos contextos sociais e educacionais com capacidade explicativa sobre o comportamento infantil (Filipe, 2018).

“(...) a disrupção não é um problema complexo numa matriz interativa de múltiplas identidades da criança, cultura da juventude, pedagogia, currículo, cultura e organização escolar, etnia, género e classe. Não é, de acordo com este reparo teórico, uma questão de economia política. É uma patologia individual que se torna uma porta para intervenção química” (Slee, 1997: 414)

Neste mesmo sentido, há um conjunto de fatores que não são pensados como podendo contribuir para o aumento dos diagnósticos em contexto escolar: a diminuição das idades de entrada na escola, a ênfase no trabalho académico, a pressão para aprender a ler melhor e mais cedo, a concentração de material curricular, a diminuição de tempo de intervalo e almoço (entre outros) (Graham, 2007: 587).

Pais et al (2016: 6) apresentam mais alguns fatores estruturais associados à variação de comportamentos em sala de aula: “a valorização profissional em termos de remuneração, as condições de trabalho, o projeto pedagógico de cada escola, a autonomia administrativa das escolas, o tempo de permanência das crianças e jovens em aula, o número de alunos em sala, (...)”.

Assim, “as instituições sociais exponenciam determinados padrões mentais, sensoriais e comportamentais a partir da proposta de uma estrutura normativa que recompensa, reforça e desencoraja formas específicas de pensar e de agir” (Jurgens, 2020: 77). O nosso lugar na hierarquia social significa a incorporação de diferentes tipos de práticas sociais e capacidades. As dificuldades de participação resultam na diminuição do estatuto social na hierarquia institucional (Jurgens, 2020: 80).

A instituição escolar modela (expressamente ou involuntariamente) uma hierarquia social onde os interesses e necessidades de indivíduos são hierarquizados consoante as perceções de “capacidades de funcionamento cognitivo adequadas” (Rosqvist, 2020).

Segundo Fenton & Krahn (2007), é necessário desafiar estas estruturas de modelamento hierarquizado para criar equidade entre pessoas com diferentes modos de processamento cognitivo e emocional – abandonando a tentação da categorização (e marginalização) enquanto facilitador do acompanhamento pedagógico (Waltz, 2020).

### **2.2.1. Medicalização**

A emergência de diagnósticos “nebulosos” revela a desinformação generalizada do ponto de vista discursivo e das práticas associadas. Este fenómeno está relacionado com uma crescente medicalização da educação e sociedade (Pais et al, 2016).

As afirmações de que a medicação deixa as crianças mais predispostas a aprender são pouco corroboradas. No entanto, efetivamente tem efeito no seu comportamento, deixando-as mais “dóceis” e com um comportamento mais adequado ao funcionamento da sala de aula (Graham, 2007). Uma das dimensões da relação entre a escola e a família são os resultados escolares, devido à importância das notas como prova de sucesso académico. Neste aspeto, a medicação parece ajudar (Pais et al, 2016: 4).

A medicalização de comportamentos problemáticos atribui um rótulo de “perdão”, em que todos os agentes são absolvidos de culpa porque o indivíduo é constituído como doente. O autor fala da “medicalização do mau comportamento” como algo que efetivamente acarta vantagens para “as partes interessadas” (Macleod, 2010: 101).

Pais et al (2016), reconhecem a importância da medicalização enquanto avanço científico e de promoção do bem-estar, mas põem em questão a sua aplicação nestes contextos específicos: interrogando o potencial contributo da estratégia pedagógica para a promoção do sucesso escolar para, por exemplo, estimular a participação ativa dos alunos e ativar o seu interesse em contexto de sala de aula.

### **2.2.2. Atualidade portuguesa**

Relativamente ao caso português, Margarida Loureiro (em entrevista a Sousa & Ribeiro, 2022) explica: “o propósito é conseguir um currículo inclusivo que, não assumindo os mesmos padrões para todos os alunos, respeita e valoriza as suas necessidades, talentos, aspirações e expectativas exclusivas. A escola está ainda muito centrada no currículo nacional e na avaliação das aprendizagens [avaliação sumativa].”

Segundo Sousa & Ribeiro (2022), o atual modelo de Educação Inclusiva em Portugal (Decreto-Lei n.º 54/2018) dá uma nova amplitude ao conceito de Necessidades Educativas Especiais (NEE). Enquanto a legislação anterior se destinava apenas aos alunos com NEE de carácter permanente, a atual é aplicável a todos os alunos. O parecer médico deixou de ser obrigatório e o suporte à aprendizagem tornou-se personalizável às necessidades específicas de cada aluno.

Este modelo abre espaço à adaptabilidade, garantindo que se ultrapasse o modelo estanque de sinalização e de reprodução de dinâmicas de marginalização. No entanto, pelo contributo de Kosjenka Petek na Conferência “Autismo pela Voz dos Próprios” a fevereiro de 2023, podemos pensar o seu aprofundamento.

Petek afirma que, enquanto for necessária a identificação e sinalização de alunos específicos (como tendo necessidades específicas), a prática do ensino permanece feita para alguns, desconsiderando as necessidades totais dos alunos como necessidades a serem previstas pelos métodos pedagógicos aplicados. Em vez disso, a adaptação é feita *a posteriori*, quando os alunos se relevam incapazes de se adaptar ao modelo de ensino.

A escola é um espaço de políticas culturais em que nem todos os estudantes são objeto de assimilação, pois isto implica o desafio de “expressar o espectro completo de variação humana nas culturas escolares, mediadas por currículos, pedagogia e organização escolar” (Slee, 1997: 409). Segundo Sousa & Ribeiro (2022), o Decreto-Lei n.º 54/2018 concede às escolas uma autonomia que permite alguma flexibilidade curricular, mas estas têm demonstrado dificuldades em abandonar os velhos hábitos. A rigidez curricular vai sobrevivendo em alguns estabelecimentos e coloca entraves à aplicação da lei.

### **2.3. Criação de Categorias Médicas**

Tougaw (2018: xi) dá o exemplo da amígdala para demonstrar a forma como os mitos sobre o cérebro se propagam dentro e fora da comunidade científica. Devido a um conjunto de desenvolvimentos, considerava-se a amígdala como o centro do medo no cérebro. Esta faz parte do sistema de defesa que deteta e responde a ameaças: no entanto, o cérebro não precisa consistentemente da amígdala para “produzir medo”, pois há outros tipos de medo que não implicam resposta a uma ameaça.

Este é apenas um exemplo de como a nossa capacidade de explorar o funcionamento do cérebro vai tão longe quanto a nossa compreensão relativamente ao que estamos a tentar descobrir. A compreensão cultural dos modos de desviância cognitiva e social tende a mediar o diagnóstico e a patologização (Hillary, 2020: 94). Assim, as categorias de diagnóstico são difíceis de separar dos mundos sociais e discursivos nos quais existem (Jackson-Perry, 2020).

O facto de a socialização por género ter criado diferentes formas do autismo e do PDAH se apresentarem nos indivíduos e, mesmo, em diferentes formas de o experienciar demonstra a capacidade do ambiente social (e as pressões associadas) para interagir formativamente com o processamento cognitivo e emocional.

Lai et al (2015) proporciona um exemplo ilustrativo. Considerava-se que o autismo tinha uma menor incidência em mulheres (1 por cada 4 a 5 homens) e, nos casos verificados, as mulheres diagnosticadas tinham uma menor capacidade cognitiva do que os homens. No entanto, estudos recentes demonstram que as mulheres autistas com maiores capacidades cognitivas estavam a ser excluídas das amostras por não cumprirem com os critérios de diagnóstico (formulados com base em crianças do sexo masculino).

Qualquer categorização, por ter na sua origem a procura por formar generalizações, vai ficar em déficit na descrição concreta da realidade. O problema é a criação de categorias com limitações recorrentes na compreensão daquilo que se procura caracterizar: levando a que se construa um imaginário social e médico com base numa generalização de observações externas limitadas. Chown (2020) explica que vários limites explicativos advêm da construção discursiva de categorias médicas de diagnóstico a partir de noções externas ao funcionamento do próprio indivíduo.

Relativamente ao autismo, muita da pesquisa realizada tem sido feita no sentido de melhor compreender o que explica padrões atípicos de socialidade e comunicação (Hipólito, 2020). Mais uma vez, fica patente o ângulo de abordagem a partir da exterioridade e do comportamento: procura-se compreender os aspetos que chocam com os padrões típicos. Tal como acontece com a PDAH, o senso comum absorve também estas ideias base de definição. As perguntas formuladas e, por consequência, as suas respostas não têm capacidade explicativa sobre interioridade e percepção, pois os aspetos em análise são comportamentais. A linguagem estrutura as nossas percepções sobre a experiência sensorial e motora e constrange as nossas formas de reimaginar essas percepções (Tougaw, 2018: 135).

## **2.4. Perturbação de Défice de Atenção e Hiperatividade**

### **2.4.1. O Caso Português**

As primeiras observações que hoje se poderiam considerar alinhadas com o comportamento observado numa criança diagnosticada com PDAH estão datadas entre o fim dos anos 1970 e a década de 1980. O Centro de Saúde Mental Infantil de Lisboa descrevia “disfunção cerebral mínima” como um agrupamento de sintomas que incluía “impulsividade, hipercinesia, suscetibilidade emocional, dificuldade de concentração, imaturidade comportamental e baixa tolerância à frustração” (Filipe, 2018: 120). Em 1987, verifica-se a publicação e revisão da terceira versão do DSM, onde a desatenção, impulsividade e hiperatividade tomam forma como PDAH, reestruturando globalmente os modos de diagnóstico (Filipe, 2018: 121).

Em Portugal, na altura da publicação do DSM-III, o conceito de hiperatividade ganha saliência na literatura clínica e psicológica em Portugal, tornando-se um sinónimo funcional do PDAH: isto implica variações de significado pendentes na adaptação e tradução da categoria de diagnóstico, levando a hiperatividade a ser reconfigurada e validada enquanto condição médica em si (o que, inevitavelmente, remete para a figura do ‘rapaz mal comportado’) (Filipe, 2018: 122).

Na teoria (tanto no que toca à literatura médica como à legislação em vigor), o tratamento para a PDAH deveria recorrer a intervenções combinadas entre farmacologia, psicologia e educação. No entanto, isto não teve uma adesão real e o tratamento tendeu sempre para a prescrição de medicação (Filipe, 2018: 125).

Portugal apresenta, simultaneamente, uma intervenção farmacológica excessiva e falhas estruturais a nível da acessibilidade de cuidados de saúde psicológica e cuidados sociais (Filipe, 2018: 126). Assim, abre-se uma tendência para diagnósticos errados relativamente à PDAH, devido ao seguimento estanque do modelo patológico, em oposição a um modelo dimensional ou relacional (Filipe, 2018: 127).

Nos próximos anos, um dos desafios colocados pelo diagnóstico da PDAH em Portugal será lidar com as ambiguidades inerentes a uma condição complexa e multifacetada que, paradoxalmente, poderá ter sido sobrediagnosticada e sobremedicada e simultaneamente subdiagnosticada (Filipe, 2018: 131).

#### **2.4.2 PDAH na Idade Adulta**

Na idade adulta, o enviesamento analítico cria uma tendência para a continuação da construção da PDAH como um problema de défices. Forma-se uma imagem da PDAH aliada ao mito de disfuncionalidade.

O aspeto da hiperatividade pode transformar-se no vício em trabalho, dificuldade em relaxar e “experiência de inquietação interna subjetiva”. A impulsividade traduz-se na idade adulta no falar “em demasia”, tendência para a mudar de trabalho mais regularmente, ter mais multas de condução, assim como mais acidentes, ter uma maior taxa de divórcio, mais propensão para fumar, ter problemas com consumo de substâncias. A desatenção releva-se numa probabilidade menor de acabar os estudos ou entrar na faculdade e dificuldade de concentração, planeamento, organização, completar tarefas (em casa ou no trabalho); mas também esquecimento de pagar contas, a incapacidade de ser pontual, perder objetos do quotidiano, entre outros (Lamberg, 2003).

No entanto, num estudo realizado por Fleischmann & Fleischmann (2012), as mesmas pessoas que tinham dificuldades a lidar com a vida e com o quotidiano, na fase imediata após o diagnóstico, viram uma melhoria nestes aspetos pela forma como as suas vidas se tornaram inteligíveis para si. Posteriormente, alguns vieram a desenvolver uma visão da PDAH como um fator capacitante nas suas vidas: nomeadamente pelos níveis altos de energia, pela capacidade de realizar múltiplas tarefas simultaneamente, pela criatividade, entre outros.

Assim, faz sentido que a ansiedade e a depressão sejam consideradas comorbidades da PDAH (Lamberg, 2003). No entanto, estas poderão então surgir enquanto consequências na ausência de ferramentas adequadas para a autogestão, para a criação de um olhar mais abrangente e compreensivo que ultrapasse a expectativa de performance como fim, construindo funcionalidade como relativa e adaptável.

Os aspetos positivos (ou pontos fortes) da PDAH são tendencialmente negligenciados. Schippers et al (2022) demonstram que alguns dos sintomas base da PDAH são reportados como aspetos positivos. Ou seja, os mesmos sintomas que, por vezes, levam as pessoas a procurar ajuda, podem ser mais tarde percecionados como positivos por pessoas diagnosticadas. Em relação à hiperatividade, as pessoas declararam aspetos como ser “energético(a)” e “entusiasta”. Em relação à impulsividade, as pessoas declararam aspetos como ser “espontâneo(a)” e “impulsivo(a)”. Em adição, a desatenção não foi mencionada; no entanto, opostos foram reportados como “hiperfoco” e “atenção ao detalhe”.

Outras características reportadas positivamente são altos níveis de energia, criatividade, empatia (Mahdi et al, 2017), dinamismo, coragem, humanidade, resiliência, transcendência (Sedgwick et al, 2018), determinação, capacidade de desenvolver interesse e entusiasmo facilmente, disposição para correr riscos (Holthe & Langvick, 2017) e sensibilidade sensorial (Panagiotidi et al, 2020). Considerando a abrangência do termo criatividade, Hoogman et al (2020) verificaram que a capacidade de “pensamento divergente” está associada com a PDAH, ou seja, ter a capacidade de apresentar múltiplas soluções para um problema.

## **2.5. Perturbação do Espectro do Autismo**

Robison (2011) descreve um amplo espectro de experiência, reconhecendo o autismo enquanto diferença neurológica que oferece vantagens e incapacidades: “É o fogo que avança a humanidade, enquanto (...) nos queima.”

Murray (2008) demonstra a forma como as narrativas gerais sobre o autismo (na cultura popular e na medicina) reproduzem apenas assunções e estereótipos que colocam um conjunto de défices nas pessoas autistas, as quais assumem os comportamentos autistas como sofrimento e desconexão social.

### **2.5.1. Propostas Explicativas**

A noção de autismo definida a partir de défices de empatia está relacionada com a “Teoria da Mente”. Esta ideia é utilizada para sugerir que as pessoas autistas não têm padrões de moralidade, mas também um conjunto de outras características atribuídas ao significado de um “ser humano pleno”, como noção de identidade, imaginação, identidade narrativa, integridade, introspeção, criação de significado, socialidade, entre tantos outros (Stenning, 2020: 110).

Segundo esta ideia, a formulação da teoria da mente ajuda-nos a navegar o mundo social quotidiano e a compreender os outros: permite-nos prever e explicar as ações dos outros a partir da atribuição correta de estados mentais. Aplicado às pessoas autistas, há o pressuposto de que têm falta de teoria da mente ou são incapazes de a colocar em prática de forma correta: resultado de um sistema de estimação deficitário. O cérebro autista falha na geração de inferências relevantes ou revisão de expectativas sobre outras mentes (Hipólito, 2020: 198).

Contudo, Hipólito (2020: 204) apresenta a perspetiva enativista como alternativa. Esta perspetiva resiste à ideia de que quem nós somos reside apenas interiormente e que somos somente produto desse “algo” dentro de nós. Quando pensamos em cognição social em termos dos espaços de interação, torna-se claro que o desenvolvimento de interações prolíferas é uma responsabilidade conjunta.

O monotropismo trata de padrões de atenção atípicos como uma característica central do autismo, a partir da qual muitas diferenças sociais surgem (Murray et al, 2005: 139). Os padrões monotrópicos consistem na tendência para localizar a atenção num estímulo específico (enquanto excluem outros potenciais *inputs*). Os padrões politrópicos consistem na capacidade de distribuir recursos de atenção entre vários estímulos simultaneamente (Milton et al, 2018).

Segundo Jurgens (2020: 75), esta diferença explica muitas das diferenças documentadas a nível cognitivo e comportamental (desde desenvolvimento da linguagem, sincronização entre o sensorial e o motor, coordenação em interações sociais, diferenças sensoriais, entre outros). Diferenças incorporadas resultam em diferentes intersubjetividades, pois o mundo social é experienciado de modos estruturalmente diferentes: estes padrões de atenção influenciam a intersubjetividade primária de uma forma que pode explicar as diferenças verificadas a nível de desenvolvimento social e cognitivo (Jurgens, 2020: 82).

Krueger & Maise (2019: 24) falam acerca da dificuldade que os padrões monotrópicos de atenção criam no que toca a aceder a informação socialmente relevante para o enquadramento e responsividade face a práticas e normas institucionais. No desenvolvimento da linguagem, a relação das crianças com o ritmo, atenção e coordenação no contexto conversacional pode, por estas questões, romper com as regras normativas aplicáveis (Jurgens, 2020: 82). Milton (2012) pondera também como as hipersensibilidades e hiposensibilidades sensoriais (som, luz, cheiro, toque) podem ser parcialmente explicadas por monotropismo.

A teoria cognitiva de H. Seng (citado em Rosqvist et al, 2020) sobre o modo de processamento autista é relativo à conexão atípica entre percepção e processamento, implicando também diversidade e variabilidade. Segundo Seng, o pensamento autista separa a conceptualização (ligada ao uso da linguagem) da percepção a nível sensorial. A pessoa autista precisa de abordar o pensamento linguístico e conceptual com base nas suas experiências de percepção: tornando a sua percepção de diferentes conceitos como uma colagem de entidades experienciadas.

H. Markram tem por objetivo trazer uma mudança de paradigma do autismo, enquadrada no que chama “síndrome de mundo intenso”: este paradigma coloca a hipótese de que existe um hiperfuncionamento devido à formação de microcircuitos hiperreativos e hiperplásticos em diferentes partes do cérebro. Esta hipótese é consistente com as descrições na primeira pessoa do autismo (com ênfase na sobrecarga sensorial e cognitiva) em vez das teorias predominantes que colocam o autismo como uma questão de funcionamento social (Tougan, 2018: 68).

### **2.5.2. Inversão da Teoria da Mente: Hipótese da Dupla Empatia**

Leong (2016) apresenta a incapacidade da população alística (não autista) de compreender os processos mentais das pessoas autistas como a “inversão da teoria da mente”. Milton (2012) e Chown (2014) falam sobre este mesmo fenómeno: a incapacidade de pessoas autistas reconhecerem os estados mentais de outras pessoas aplica-se também em reverso. Resumidamente, a Hipótese da Dupla Empatia de Milton (2012) diz que diferentes disposições percepcionais e conceptuais são suscetíveis a criar dificuldades na compreensão mútua.

Milton, Heasman & Sheppard (2018) localizam a principal diferença entre pessoas monotrópicas e pessoas politrópicas. Assim, as incompreensões mútuas podem ser somente uma consequência de um processo transicional e social. O foco monotrópico vai de encontro à ideia de um desencontro empático: a desatenção a deixas sociais, a dificuldade em ultrapassar as barreiras comunicacionais... pode resultar na incapacidade de reconhecer o tipo de empatia que as pessoas autistas experienciam (Stenning, 2020: 112).

Assim, enquanto pessoas autistas podem ter dificuldade em reconhecer intenção no tom, pessoas alísticas têm dificuldade em identificar expressões faciais autistas e fazer sentido do comportamento destes em contextos interativos (Jurgens, 2020: 83).



Numa descrição de Mukhopadhyay de uma experiência sinestética, Tougaw (2018: 104) assume a sua capacidade descritiva do momento como a demonstração de que ele compreendia linguagem além dos básicos que pronunciava, demonstrando também o erro nas noções de que a dificuldade com comunicação verbal significa “ausência de mente”<sup>1</sup>. Indo ainda mais longe, Tougaw afirma “a criança autista percebe mais sobre a cultura neurotípica do que a maior parte das pessoas percebe acerca de autismo”.

Num contexto de experiência de um espectro amplo de sensibilidades e de modos de processamento de estímulos, pode surgir a (in)capacidade de traduzir estímulos sensoriais e da própria realidade experienciada para uma linguagem verbal. Este é um aspeto que rompe no tecido de uma sociedade profundamente enraizada em processos de racionalização. Quando se falam de limitações cognitivas, será realmente um significado direto, ou estarão apenas a considerar a não-verbalidade como equiparável a menor capacidade cognitiva?

## **2.6. Diagnóstico**

Segundo Hipólito et al. (2020: 194), as dificuldades de comunicação social e outros aspetos de “cognição social” são algumas das razões pelas quais pessoas autistas procuram o diagnóstico. No DSM-5 (2022), os estilos de cognição social atípicos são os mais importantes critérios de diagnóstico: no entanto, descreve esta atipicalidade apenas a partir de défice (desde défice na reciprocidade emocional e social a “falhas” na capacidade de desenvolvimento de conversa, a défices em comportamentos comunicativos não verbais).

Resumir os principais critérios de diagnóstico a estilos atípicos de cognição social inviabiliza as experiências de pessoas que melhor “camuflam” as suas características divergentes. Ao considerar este tema, é preciso ter em atenção a distinção entre a capacidade de camuflagem e noções de funcionalidade como estando associadas ao bem-estar.

---

<sup>1</sup> “Mother had to be careful no one was around because she did not want those women to smile at her for trying to explain things to a boy who had not even learned how to talk yet. Their smiles were the color of jaundice yellow, and that yellow was so dense, every color could be choked by its strength. I believed that Mother saw what I saw. And I believed that she was careful because she did not want to be choked by jaundice yellow either.

“You need to talk basic words to him first,” those voices would tell Mother. Basic words included a series of dada, mama, kaka, baba, and so on.

“Only after he masters those words, will he be able to follow explanations like “Try hard to talk.” I would hear their words in their voices of jaundice yellow.

I wondered which colors would go with basic words like dada, mama, kaka, and baba. So I would stand in front of the mirror and mentally say those basic words and wait for the mirror to show me their colors reflected in it. I soon realized that the mirror could not reflect the colors of those basic words.

“Only after it masters how to reflect basic words, will it be able to follow other explanations like, “Try hard to reflect,” I concluded.” (Mukhopadhyay, 2008: 4)

A camuflagem prolongada pode levar a depressão, ansiedade e stress. Podendo, ainda, impedir as pessoas de terem acesso a um diagnóstico (Winter, 2022) ou limitar a percepção clínica de modo a serem atribuídos diagnósticos errados (Lai et al, 2015). Segundo Raymaker et al (2020), no limite, pode levar a um estado de *burnout* distinto de *burnout* ocupacional e depressão clínica: este pode ser descrito pela perda de capacidades, tolerância reduzida a estímulos e exaustão crónica. A recuperação está associada aceitação e apoio social, redução de expectativas e espaço para agir da forma natural para si (em alternativa à performance que camufla as características autistas).

O acesso ao diagnóstico está associado a uma mudança de percepção relativamente ao passado. É criada a capacidade para perceber o presente e planear o futuro de um diferente modo: proporcionando libertação de sentimentos pesados de culpa e incompreensão interna, mas também um renovado sentido de agência sobre a própria vida (o “levantar do nevoeiro”) (Fleischmann & Fleischmann, 2012).

Para Robison, o diagnóstico foi um misto de felicidade, tristeza e alívio: dando uma explicação legítima para a diferença que sempre sentiu. Apesar de a informação ter demorado alguns anos a “assentar”, ele fala acerca de como ler sobre as experiências das outras pessoas o fez compreender muitos dos seus comportamentos com uma nova perspetiva. Esta aquisição de novo conhecimento acarreta também o aspeto interessante de um sentido de agência aumentado: ou seja, não age como uma ferramenta para a desculpabilização por comportamentos que afetam outros negativamente, antes pelo contrário (Tougaw, 2018: 114).

O diagnóstico é conceptualizado como o reconhecimento de uma forma de estar no mundo, acarretando mais ou menos dificuldades ou desvantagens, mas também um valor emancipatório e explicativo para os indivíduos. Para além do aprofundamento da relação interna consigo próprio, pode ser uma ferramenta para contextualizar as relações com os outros. Torna-se uma fonte de autodeterminação e a identificação positiva das razões de certos comportamentos pode levar ao desenvolvimento de alternativas positivas às mesmas (Jackson-Perry, 2020).

### **2.6.1. Autodiagnóstico**

A “neuromania”, segundo Tougaw (2018), envolve a expansão de questões neurocientíficas para outras disciplinas, nomeadamente o exagero e a simplificação excessiva dos contributos da neurociência. No entanto, este fenómeno não está circundado às ciências, tornando-se especialmente perigoso quando estas interpretações simplificadas são utilizadas para educação, legislação e propaganda.

Foi possível verificar a disseminação deste fenómeno nas redes sociais. Aplicado ao autismo e à PDAH, os limites dos critérios aplicados aos sintomas foram progressivamente atenuados (Maleval, 2022). Verificou-se, para todos os efeitos, uma “onda” de autodiagnósticos. Poderemos estar a procurar respostas sobre nós próprios em simbolismos sociais, no “sujeito cerebral”? Um refúgio de volta ao determinismo?

Previamente, a narrativa que informava a visão sobre a neurodivergência estava enclausurada no modelo biomédico. Atualmente, existem vastas comunidades online (ver Tabela A em Anexo) onde são partilhadas experiências subjetivas (entre outras), o que pode contribuir positivamente para o autodiagnóstico a partir de um sentimento de identificação. Lewis (2016) cita alguns testemunhos (tradução própria):

“Senti que podia ter sido a eu a escrever aquilo que estava a ler.”

“Foi um alívio incrível e altamente desconcertante ouvi-los a contar uma versão aproximada da minha vida nas suas próprias palavras, a partir das suas experiências.”

No entanto, à medida que aquilo que “sinaliza” a neurodiversidade se expande com menor controlo científico, a janela para a autoidentificação também cresce. As categorias perdem o seu significado e é preciso repensá-lo.

Muitos adultos sem acesso a diagnósticos formais estão limitados ao autodiagnóstico (Lewis, 2016): é estimado que entre 50% a 60% das pessoas que são consideradas como tendo PEA “de alto funcionamento” vão permanecer sem diagnóstico. Entre as razões para as pessoas não obterem um diagnóstico estão: a falta de profissionais especializados em adultos; a limitação das normas culturais no reconhecimento das condições em adultos; falta de fundos financeiros; ansiedade extrema durante consultas (prevenindo a descrição sintomática adequada); medo de não ser confirmado por não ter uma apresentação “clássica” alinhada com a criança do sexo masculino; descrença acerca de possíveis vantagens em obter o diagnóstico formal; entre outros. Segundo McDonald (2020), as pessoas sem diagnóstico têm uma maior probabilidade de ser mais velhas, mulheres e de estar empregadas do que pessoas com diagnóstico.

No entanto, há riscos envolvidos para a permanência sem algum tipo de diagnóstico, nomeadamente no impacto na qualidade de vida e risco de depressão e ansiedade. Previamente ao autodiagnóstico, as pessoas reportam sentir-se diferentes, isoladas, alienadas: “era como se houvesse alguma língua secreta que eu estava a tentar ver num quarto fechado, através de janelas enlameadas” (Lewis, 2016).

O autodiagnóstico a partir da internet não tem um bom historial num panorama geral (Chen & Tumer, 2010). No entanto, Charlton (2005) considera que, tal como outras formas de diagnóstico clínico, a introspeção deve ser interpretada como uma hipótese, aberta a revisão com base na experiência.

A maior parte dos participantes no estudo de Lewis (2016) afirmaram que ganharam confiança no diagnóstico à medida que estudavam e se informavam, passando até por fases de negação (desconstruídas progressivamente à medida que o conhecimento se foi alargando). O autodiagnóstico apresentou-se como um alívio, proporcionando autoconhecimento e compreensão, juntamente com uma maior capacitação para reconhecer os próprios pontos fortes.

Mesmo sem passar pelas fases mentais reconhecidas e associadas ao diagnóstico formal, as pessoas autodiagnosticadas tendem a descrever elementos de fases tardias como a autoaceitação e o reconhecimento dos seus pontos fortes (Lewis, 2016). É também relevante que, em contextos empíricos, as pessoas sem diagnóstico formal não respondem de forma significativamente diferente daquelas que receberam um diagnóstico formal (Kapp et al, 2013). A maior parte das pessoas sente que, independentemente do tipo de diagnóstico, passa a ter as palavras para descrever algo que antes era impossível (Lewis, 2016).

## CAPÍTULO 3

# Análise Empírica

### 3.1. Metodologia

#### 3.1.1. Considerações metodológicas

O estudo sobre pessoas cujas características são consideradas divergentes e patologizadas foi historicamente marcado por uma perspetiva “de fora para dentro”, segundo a qual a procura pela construção de critérios objetivos, tendeu a excluir as perspetivas das pessoas sobre si mesmas. Isto criou uma produção de conhecimento deficitária sobre formas divergentes de perceber, processar e sentir.

Segundo Colins (1998), a relação entre a metodologia e a informação deve ser escrutinada, procurando perceber de que forma a primeira afeta as formulações retiradas a partir da segunda. Aplicado ao tema em análise, a ideia do “sujeito racional moderno” desconectado do seu contexto social, analisado segundo “critérios impessoais” criou conceções enviesadas cuja metodologia não foi questionada (Josselson & Hopkins, 2015: 221).

Considerando o descrito acima, a presente dissertação afirma-se pela procura de uma alternativa aos moldes em que objetividade científica foi definida face à divergência sociocognitiva. Para isto, exploram-se subjetividades, ponderando as entrevistas como momentos de construção social intersubjetiva. Assim, procuram-se contributos para complexificar visões sobre indivíduos neurodivergentes, o próprio conceito de neurodiversidade, o papel da escola e das dinâmicas de pares na forma como crianças “diferentes” crescem e se constroem enquanto seres humanos.

Chalmers (2010) refere-se ao problema da consciência enquanto fenómeno presente nas dificuldades de traduzir experiência subjetiva em termos concretos. Também extensivamente presente no trabalho de Tougaw (2018), a *qualia* é colocada como um fenómeno de centralidade no estudo para a compreensão da experiência humana. Esta encontra-se exatamente no vazio explicativo entre a experiência subjetiva da existência e os fenómenos biológicos associados.

Propondo o objetivo de explorar as potencialidades da subjetividade na construção de conhecimento, tratam-se questões pouco palpáveis: como percepção e experiência interna do ser. Não se procura distinguir o sintoma do traço de personalidade, a neuroquímica da biologia ou da experiência social... todos permeiam a construção da identidade.

Procura-se, acima de tudo, a elaboração de um exercício de reflexão que não passe somente pela revisão da literatura e levantamento de dados qualitativos, mas também pelo levantamento de um conjunto de questões, de novos ângulos de abordagem.

### 3.1.2. Método

Os entrevistados foram selecionados a partir do método “Bola de Neve”. Considerando o carácter exploratório inerente às necessidades e às questões levantadas, considerou-se prioritária a preservação de laços de confiança entre investigador e entrevistados.

Para a seleção dos entrevistados, foram consideradas pessoas com diagnósticos formais de PEA e PDAH ou pessoas autoidentificadas com estas categorias de diagnóstico (autodiagnóstico). O grupo selecionado frequentou (ou frequenta atualmente) o Ensino Superior, compreendendo idades entre os 20 e os 25 anos, constituindo um objeto empírico que comporta maior capacidade de reflexividade. Foram selecionadas duas mulheres e três homens. As suas identidades foram omitidas, tendo sido atribuídos nomes alternativos para facilitar a compreensão do conteúdo analisado.

*Tabela 1: Caracterização de entrevistados e data de realização de cada entrevista*

	Data da entrevista	Sinalização formal	Categoria médica aplicável
Entrevista A (Ana)	12 de fevereiro	Não	PDAH
Entrevista B (Beatriz)	20 de março	Não*	PDAH/PEA
Entrevista C (Carlos)	11 de julho	Sim	PEA
		Não	PDAH
Entrevista D (Diogo)	21 de março	Sim	PEA
Entrevista E (Eduardo)	11 de abril	Não	PEA

\* Tecnicamente, a Beatriz foi sinalizada com dislexia, diagnóstico que nunca fez sentido para si em criança. Mais tarde, esta inconsistência foi confirmada por uma profissional.

Por dificuldades de agendamento e incompatibilidades horárias, ficou em falta a entrevista à pessoa selecionada com PDAH sinalizado. No entanto, o seu contributo não deixou de informar de alguma forma a pesquisa, devido a conversas preliminares sobre o tema.

Os temas foram revistos conjuntamente com os entrevistados no início de cada entrevista, mas não foi utilizado nenhum guião no decorrer da mesma. Para a concretização da análise, foi utilizado o software MAXQDA 22.6.1, criando categorias consistentes entre todas as entrevistas para facilitar pontos sintéticos para articulação do material – Figura 2.

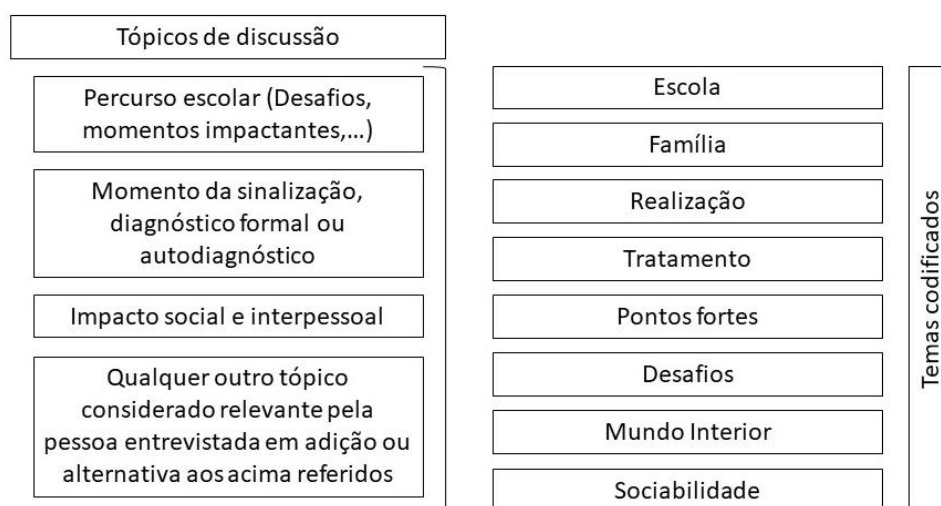


Figura 2: Temas

Para a análise dos segmentos codificados, foi primeiro considerado o enquadramento de cada um na narrativa pessoal do entrevistado e depois cruzado com os restantes para, assim, denotar semelhanças e diferenças entre as experiências de cada um.

## 3.2. Contexto escolar: ambiente, profissionais e consequências

### 3.2.1. Desenquadrados

Não ter os mesmos gostos que os seus pares, ter tendência para “agir de uma maneira diferente”, ter os seus próprios mundos... As sociabilidades de Beatriz, Carlos e Eduardo são marcadas por sentir que algo fazia deles diferentes, juntamente com a falta de identificação com o meio social em que se inseriam<sup>2</sup>. Esta aglomeração de fatores levou à marginalização pelos pares no contexto escolar. Cumulativamente, resultou numa baixa autoestima e no reforço da sensação permanente de desajuste social.

<sup>2</sup> Beatriz, Diogo e Carlos referem habitar mundos interiores vívidos nos quais se perdiam. Beatriz e Diogo falam acerca de como preferiam estes mundos ao convívio com os pares, especialmente no contexto escolar primário.

A complexidade das circunstâncias familiares deteriorou a relação de Beatriz com o contexto escolar, levando também ao aumento das suas dificuldades sociais. A falta de identificação com os colegas levava a que não tivesse interesse em desenvolver relações com os mesmos e acrescentava ao seu desinteresse pelo contexto escolar enquanto todo. Teve de aprender que não era bem visto estar sempre sozinha: aprendeu que era esperado interagir com os colegas da mesma forma como eles interagiam uns com os outros. Assim, escolhia atentamente as pessoas com quem “fazia sentido” para si conviver.

Os sentimentos de insuficiência por não cumprir com os níveis e formas de sociabilidade socialmente aceitáveis, os sentimentos de culpa associados aos mecanismos de defesa que criava para se proteger em contextos sociais...

*“Tudo aquilo que estava a acontecer na minha cabeça, toda a minha reação aos estímulos constantes, à minha dificuldade em expressar-me... Eu culpava-me muito por isso e isso deixava-me extremamente ansiosa e foi parte da razão pela qual eu tive uma depressão aos meus 16 anos.” (Beatriz).*

O Carlos, na sua escolaridade de 1º ciclo do ensino básico, frequentava um espaço alternativo à escola juntamente com outras crianças sinalizadas por terem “comportamentos problemáticos”. Este era um ambiente em que se sentia bem, apresentando-o como um “espaço seguro” para aqueles que o frequentavam. No entanto, no Ensino Básico, este acompanhamento passou a ser realizado no espaço escolar: “no quinto ano, as ‘salas dos deficientes’ são uma marca de ferro na pele”.

Então, passou a viver um ambiente cíclico: não estava bem integrado, então era marginalizado pelos seus pares, tinha repulsa ao ambiente escolar e tinha crises com facilidade devido ao ambiente hostil em que se encontrava. A partir dos 10 anos, começou a tomar Risperidona para “controlar impulsos” (ou seja, as suas crises de irritabilidade). O início da tomada de medicação acontece no auge das suas dificuldades de autorregulação, e corresponde à altura em que o seu ambiente escolar era mais hostil.

A partir do sétimo ano, considera que deixou de ser um alvo tão fácil, então a violência passou para ser perpetuada psicologicamente. Este era um mundo desconfortável, sentia-se um alvo. A dificuldade em fazer leituras sociais e o desenquadramento dos seus interesses pareciam piorar a situação.

Eduardo descreve também um ambiente hostil, com poucas relações positivas com pares e dificuldades na relação com alguns professores. Também num efeito cumulativo, a existência num ambiente social pouco seguro levavam-no à necessidade de camuflar: levando-o a estados de *burnout*. É o único que descreve o agravamento do problema por parte de profissionais escolares.

### **3.2.2. Mudança de ambiente: o momento de viragem**

No ambiente escolar que experienciava, o interesse de Beatriz em desenvolver relações com os colegas era limitado. Alternativamente, na aldeia dos seus avós, tinha mais facilidade e interesse em fazer amigos. Para mais, houve uma mudança de paradigma quando se mudou para uma nova escola: um novo início, a partir do qual ganhou interesse pela escola e se integrou. A sua situação mudou drasticamente: foi mais fácil fazer amigos sem a bagagem que trazia anteriormente; a sua relação com o espaço escolar mudou e passou a ter bons resultados escolares.

Também o Carlos experienciou uma mudança de paradigma com uma mudança de escola. No Ensino Secundário, experienciou um ambiente drasticamente menos hostil e deixou de ter crises em que perdia o controlo. Passou a gostar de estar fora de casa e fala de querer colmatar o que não tinha vivido até aí. Apesar de experienciar alguma resistência de outros para consigo, a passividade com que era concretizada resultou na demora em perceber sequer a sua existência.

Assim, é interessante verificar o benefício da mudança para um ambiente alternativo, a libertação das quaisquer “marcas” sociais impostas, influenciado a forma como os outros interagiam consigo. A deterioração das relações no contexto escolar parece tratar-se de “uma marca de ferro” (nas palavras de Carlos) com repercussões marcantes.

### **3.2.3. A experiência intermédia: diferença e integração**

As suas avaliações de Diogo tinham um mote comum: baixa socialização (preferia brincar sozinho). O próprio o diz:

*“Primeiro, segundo, terceiro ano tinha dificuldades. Não era bem dificuldades, preferia estar sozinho, conviver sozinho”. (Diogo)*

No entanto, esta preferência era problematizada pelos professores. Na sua descrição, passou de brincar sozinho, para querer conviver com os mais velhos (entre o quinto e o sexto ano), para finalmente escolher integrar grupos sociais com os seus pares.

Não reconhecia malícia nas interações com os colegas, mas sim “troça amigável”. No entanto, tinha dificuldade em perceber o tom neste tipo de situações: podendo levar demasiado a sério e irritar-se quando o intuito do outro não era negativo. Apesar de experienciar alguma irritabilidade, esta não era tão presente como para Carlos.

Aqui, surge a importância do contexto. A irritabilidade do Carlos era reativa à hostilidade do ambiente em que se enquadrava – sendo que, quando teve oportunidade de se enquadrar num ambiente escolar semelhante ao descrito por Diogo (pautado por se tratar de um contexto socioeconómico de classe média/ alta) também passou a ter dificuldade em reconhecer situações maliciosas (pela dificuldade de as identificar em forma de discurso passivo, contrastante com a realidade de violência direta que tinha experienciado).



Assim, Diogo foi integrado no contexto escolar sem dificuldades significativas. Apesar de sentir a noção geral de que havia algo diferente em si e que isto, por vezes, era motivo de troça. Apesar das pessoas reconhecerem a sua diferença, integravam-no, limitando-se a atribuir-lhe um certo nível de atipicidade normalizada: “ele é assim”.

#### **3.2.4. Potencial**

Ana relembra o seu perfil na escola enquanto a aluna com potencial, apesar de ter momentos de desatenção. Não tinha problemas de comportamento e cumpria com o exigido. Tinha algumas dificuldades na gestão das expectativas que sentia serem colocadas sobre si e sobre o seu potencial, pois não as conseguia corresponder.

*"Os meus pais chegavam a casa e estava eu em frente à televisão, deitada no sofá de uma forma toda destrambólica, a fazer os trabalhos de casa ao mesmo tempo que estava a ouvir música e estava a fazer mais não sei o quê. Mas ia fazendo, ia fazendo. Achava que tinha de fazer, depois deixei de fazer." (Ana)*

Pelo reconhecimento de potencial em si e pela proximidade com os professores, Diogo alinhava-se também com este sentido de responsabilização para cumprir com os seus deveres escolares.

#### **3.2.5. Profissionais escolares: que papel desempenharam?**

Carlos afirma que o seu acompanhamento no Ensino Especial, tirando o estigma social pesado, era positivo pela competência da profissional educativa que o acompanhou. Para mais, descreve ter encontrado professores compreensivos de uma forma geral.

Já Eduardo tem uma experiência diametralmente oposta. Destaca uma professora de matemática, num cenário em que as suas dificuldades eram reconhecidas como arbitrárias e resultantes de falta de interesse. Assim, ele e os restantes alunos que tivessem 1 em 5 valores eram colocados num canto da sala para não perturbarem o decorrer da aula, assumindo que não queriam aprender.

Beatriz encontra-se numa posição de neutralidade: não foi ajudada, mas também não foi ativamente prejudicada (nomeadamente, porque nunca sentiu qualquer resultado advindo das consultas para ajuda com dislexia que frequentava). De forma geral, considera que os profissionais ao longo do seu percurso não estavam aptos para lidar com todo o tipo de crianças: desde educadores, professores e psicólogos. Elabora acerca de como a escola tem um papel aparentemente pouco informado e falha em perceber as crianças e "tratá-las como pessoas".

Ana e Diogo elaboram acerca de como as suas relações positivas com professores influenciaram positivamente o seu percurso escolar. No caso da Ana, pela escolha de professores em “agarrá-la” (escolher ajudá-la pelo potencial que lhe reconheciam), evitou reprovar no décimo ano por consequência de um processo gradual de desconexão com a escola.

### **3.2.6. Que mote ficou?**

Para Ana e Diogo, nota-se a interiorização de um ideal de potencial por realizar que carregam consigo também na vida adulta.

Beatriz conservou o traço de seletividade das pessoas que quer na sua vida e círculos próximos. As experiências da sua infância dificultam a confiança nos outros, aliando-se à ansiedade social.

Carlos, enquanto o entrevistado com as descrições mais violentas de experiência em escola, é também o que apresenta mais repercussões. A sensação permanente de desajuste e julgamento social leva-o a duvidar das suas capacidades para ler ambientes sociais e agir enquadrado nos mesmos. “Estou sempre a duvidar de mim próprio, da minha perceção da realidade.”

As dificuldades de leituras sociais e medo de errar nas mesmas mantêm-se até hoje. As implicações de fazer leituras erradas eram altas em criança, aumentando os níveis de ansiedade em torno da navegação social e criando muita dúvida acerca do seu julgamento.

### **3.1.8. E se?**

Beatriz pondera o modo como ter um entendimento mais alargado sobre o seu funcionamento poderia ter evitado sofrimento: poderia ter-lhe dado ferramentas para navegar o ambiente social nos seus termos, poderia ter-se expressado e explicado “que eu sou só assim”, poderia ter criado compreensão das restantes pessoas no seu contexto social.

Ana pensa que o conhecimento de um diagnóstico da parte dos pais durante o crescimento é benéfico, pois podem agir consoante isso. Pondera acerca de como se poderia ter sentido menos “alienígena” se os seus pais tivessem sabido. Durante a entrevista, questiona com angústia o porquê de não ter recebido ajuda.

*“Olhando para trás, essa era a minha cena que era... ‘eu preciso de ajuda’. Era o meu grito por ajuda. Fazia merdas... Mas não era de propósito. Eu precisava de ajuda e eu queria ajuda. Mas, pronto, a vida é assim.”. (Ana)*

Fala acerca de como, no secundário, desejava apenas que alguém lhe dissesse o que estava de errado consigo, o porquê de não conseguir “fazer as coisas”. Este é um dos aspetos mais distintivos da sua entrevista: a frustração pelo facto de não ter tido em pleno a ajuda que precisava.

*“Depois, no décimo ano, eu queria conseguir fazer, mas não conseguia. Eu sentava-me à mesa para fazer as coisas e não conseguia. Era como se se sentisse um fogo interno, uma cena dentro de mim, mas estava bloqueada.” (Ana)*

Eduardo, apesar de reconhecer que poderia ter tido desafios diferentes, encara que ter sabido mais cedo teria facilitado o seu percurso pela aceitação e normalização: “Isto não é estranho. Estás só a agir da forma como és e está tudo bem com isso.”.

### **3.3. Aprender a normalidade**

*“Às vezes, sinto que precisava de um manual de instruções para conseguir viver em sociedade. Eu vejo pessoas a agir normalmente e eu questiono-me “como?”.” (Beatriz)*

No secundário, quando Beatriz começa a fazer mais amigos, a ideia de que funciona de forma diferente é consolidada por comparação. Mais tarde, encontrou pessoas que tinham partilhado as suas experiências, compreendiam, identificavam-se e podiam ajudar. Tornou-se um ponto de conforto. Assim, as suas amigadas ajudaram na aquisição de ferramentas e capacitação para superar as crises de ansiedade e depressão que passou.

#### **3.3.1. Mímica: aprender a camuflar**

Diogo aprendeu os guiões de socialização a partir de processos de observação e mímica social. Eduardo também descreve como começou a mimicar maneirismos, expressões e formas de falar para se enquadrar socialmente, estudando a partir da observação dos seus pares, mas também de séries (por exemplo).

Explica também a sua perceção sobre camuflagem. Para si, fazia sentido adaptar-se às pessoas e aos contextos sociais porque “toda a gente é diferente, têm formas de comunicar diferentes, eu tenho níveis de confiança diferentes. E nem toda a gente tem os mesmos interesses”. Assim, sentia necessidade de mimicar determinados maneirismos para facilitar as suas interações.

#### **3.3.2. Normalização comportamental como “cura”**

O acompanhamento de Diogo cessou quando foi considerado que o seu desenvolvimento já estava dentro dos parâmetros esperados para uma criança da sua idade. “Os meus pais consideraram que eu, ao conseguir falar com pessoas, o trabalho estava feito”. A partir daí, a abordagem médica, escolar e parental era a partir de um ângulo que pressupunha algum efeito de “cura”.

No quinto ano de escolaridade, por já ter desenvolvido competências sociais, os aspetos que causavam uma discrepância face aos outros alunos já tinham sido “corrigidos”. Assim, a psicóloga escolar informada do seu diagnóstico não acreditava no mesmo. Para complementar a sua experiência de que era “um puto normal como todos os outros”, os seus pais nunca falaram com ele sobre o porquê de ir a consultas.

O processo de normalização aparente conseguinte da intervenção na infância resultou em falta de conhecimento sobre os próprios processos de funcionamento cognitivo e na falta de inteligibilidade dos mesmos. Anos mais tarde, veio a encontrar os relatórios médicos e escolares, a fazer a sua própria pesquisa e a encontrar respostas que não sabia que precisava. A partir daí, demonstra interesse em compreender melhor o seu funcionamento com ajuda de um profissional, especialmente para os aspetos que são prejudiciais no seu dia a dia, de forma a conseguir chegar ao seu potencial: “deixar o seu contributo”.

### **3.4. O que vem depois?**

Segundo Eduardo, se não fosse pela realização, iria continuar a considerar-se diferente, sem nunca se inteirar plenamente. Entre todos os entrevistados, foi o único que afirmou ter um processo complicado, permeado de “várias camadas de negação”. Ao contrário de Diogo, a crise de identidade surgiu a seguir à realização.

A compreensão dos seus processos trouxe clareza e alívio a Diogo, enquadrando também o seu sentimento de diferença face a outros. No próprio dia da realização, sentiu logo uma diferença positiva em si. A partir daí, procurou pesquisar, compreender tudo o que podia, nomeadamente a partir de vídeos de outras pessoas diagnosticadas. Refere que lhe facilitou a interação social, pois o autoconhecimento age como uma ferramenta a “manobrar”.

Beatriz, a partir de pesquisa independente e autodidata, foi percebendo o modo de funcionamento da sua cabeça e a “forma de lidar com ela”. O processo de aceitação e o encontro de novas explicações aliviou os sentimentos de culpa e inferioridade, especialmente aplicados aos momentos de confronto com a perceção de que não alcançava determinadas expectativas sociais. Assim, a aceitação levantou o peso para cumprir estas expectativas, previamente tão interligado com o valor que a atribuía a si.

Tanto Beatriz como Diogo falam do impacto deste processo nos seus modos de sociabilidade. Diogo passou a saber localizar as diferenças que já sentia, podendo então começar a evoluir neste aspeto. Beatriz viu um aumento da sua confiança e à vontade, facilitando a criação de novas conexões. Isto não se concretizou de uma forma drástica, ou seja, a sua tendência para a introversão mantém-se, apesar de ter agora mais margem na forma como navega socialmente.

### 3.4.1. Agência e responsabilidade

Ana fala acerca de como, a curto prazo, a realização foi também algo de positivo, trazendo sentido às coisas que lhe “saem ao lado” e não correm de acordo com as expectativas. Para mais, sentiu também uma maior agência, pois teve uma tomada de consciência sobre as suas ações e deixou de se desculpabilizar.

*“A partir do momento em que esta coisa surgiu enquanto possibilidade, parece que comecei a tomar mais consciência sobre as minhas próprias ações e a tomar mais iniciativa. Ou seja, quando aparece essa possibilidade e, de repente, começo a identificar-me muito com isso, começo a deixar de me desculpabilizar na minha própria pessoa. Não é que me desculpabilizasse num sintoma, mas na minha própria pessoa. A partir do momento em que eu sei que, se calhar, há aqui uma fonte das coisas, eu começo a ter isso em conta...” (Ana)*

### 3.3.2. “É o que é”: aprender a gerir

Esta expressão foi, curiosamente, proferida por Ana e Beatriz. O contexto foi de reconhecimento da realidade na sua totalidade. Um momento de neutralização: talvez, mudassem algumas coisas, mas “é o que é”.

Beatriz, Ana e Eduardo foram os entrevistados que mais apresentaram esta ideia de totalidade. Ou seja, não estão “reféns” das suas características, pois estas são somente parte de si, podendo trazer-lhes momentos de prazer ou dificuldades, mas existindo num plano de neutralidade. As dificuldades não são sentidas como “invasoras”: são inerentes ao funcionamento e aos termos estabelecidos de interação com o mundo.

Eduardo menciona a ideia de “funcionalidade disfuncional” pelo caráter redutor da ideia de “disfunção”, num discurso muito pautado pela ideia de “sujeito cerebral” presente em Tougaw (2018):

*“Eu não sou uma pessoa com autismo, sou uma pessoa autista. Faz todo o sentido porque não acho que seja um fator separado de mim: é o meu cérebro, sou eu. O meu cérebro é que manda em mim. Não é um componente completamente separado. Não é uma doença, não é algo infeccioso.” (Eduardo)*

Carlos fala acerca de como a PEA foi, para si, uma desvantagem geral à qual foi obrigado a adaptar-se. Beatriz partilha da ideia de adaptabilidade. No entanto, considera que a neurodivergência traz capacidades acompanhadas de desafios, os quais teve de aprender a gerir. Com a aquisição de autoconhecimento, tem hoje uma forma diferente de navegar as dificuldades na gestão de estímulos sensoriais e ansiedade, mesmo no modo como as encara. Ana também identifica este sentimento relativamente à mudança de perspetiva: “Se me sinto impotente... Já me senti mais. É uma questão de estado de espírito”.

*“Depois de uma pessoa ter as ferramentas corretas para aquilo que precisa, o bem-estar muda. Não é automático, mas é quase. Chega a um ponto em que comesças a*

*reconhecer mais e mais coisas, começas a ter uma maior capacidade de conseguires reconhecer aquilo que não gostas, aquilo que te deixa desconfortável. E isso já é um passo para tu conseguires devidamente resolver essas questões e arranjar formas para te acomodares nesse sentido.” (Eduardo)*

### **3.5. Interioridade e subjetividade**

#### **3.5.1. Hiperfoco no quotidiano e gestão da vida adulta**

As vantagens e capacidades de que Beatriz gosta passam pela capacidade de concentração, à capacidade de reconhecimento de padrões, criatividade e processamento sensorial. Estas são características altamente valorizadas por si. O hiperfoco desbloqueia um estado de criação: “o meu cérebro está só a existir e está a criar aquilo que quer criar”. Esta capacidade é integrante na sua perceção do mundo.

No entanto, menciona que é também devido às características da PDAH, (juntamente com as exigências da vida adulta) que, por vezes, tem dificuldade em concentrar-se a esse ponto.

Carlos fala também da necessidade de gestão das condições necessárias para a sua concentração. Apesar de ter a capacidade em concentrar-se em mais de uma atividade ao mesmo tempo, simultaneamente, este é um critério necessário para conseguir desbloquear a sua concentração.

Atualmente, Ana considera que dificuldades na gestão do tempo a mantêm “no mediano”. Mesmo tendo tarefas por cumprir (nomeadamente da lida doméstica), tem dificuldade em romper com momentos de hiperfoco, independentemente do quão trivial possa parecer a atividade, devido ao sentimento de gratificação instantânea proporcionado naquele momento.

*“Aquilo está-me a fazer sentir bem, eu quero só continuar a fazer aquilo. Porque é que eu vou fazer outra coisa? Isto está-me a fazer sentir bem, vou continuar.” (Ana)*

Diogo elabora também acerca da sua dificuldade em gerir as exigências da vida adulta e o tempo. Os momentos que encontra para explorar os seus interesses e desfrutar consigo mesmo acontecem apenas à noite e de madrugada. Para mais, Diogo fala com gosto sobre os momentos em que se perde nos seus interesses especiais como forma de relaxar e como são assuntos sobre os quais gosta de elaborar.

Alternativamente, Carlos refere como nem todas as suas hiperfixações são positivas e a necessidade que sente em elaborar sobre estas pode não ser uma sensação positiva, antes pelo contrário. Sente que é algo que tem de fazer, quase como uma “purja” de pensamentos e raciocínios sobre um dado assunto.

#### **3.5.2. Sensibilidade sensorial**

Face a um psicólogo que lhe disse que tinha de “trabalhar na assertividade”, Beatriz fala acerca de como os seus desafios em ser assertiva passavam por ter de gerir estímulos,

sensações físicas, ansiedade social. No entanto, nunca foi ajudada a navegar estes aspetos nem lhe foi explicado o porquê de acontecerem.

A intensidade dos estímulos sensoriais cria um sentimento de isolamento, pela noção de que não há uma forma de gerar algum tipo de entendimento no outro que lhe permita compreender ou criar empatia com a situação. Aplicado à atualidade, fala da dificuldade de gestão desta intensidade em contextos sociais (“estar num jantar com colegas de trabalho ou um almoço pode despoletar uma crise de ansiedade pelo excesso de estímulos, pelos barulhos intensos, todas as conversas diferentes, toda a informação... até, às vezes, luzes...”).

Eduardo partilha também a experiência com problemas sensoriais, nomeadamente a nível das texturas na comida. Esta tornou-se uma dificuldade que lhe causava vergonha e na qual se sentia isolado. Coloca que, especialmente em criança, era ainda mais difícil viver essa incompreensão: sem ferramentas para expressão e sem compreender bem a própria experiência.

Assim, a sensibilidade sensorial parece ser um aspeto que cria espaço para incompreensões com base em limitações da linguagem existente ou da capacidade de expressão (estando estes aspetos necessariamente interligados). Para acrescentar a este espaço, Eduardo elabora acerca de como as pessoas alísticas têm dificuldade em compreender a comunicação autista, dando uma importância extrema à comunicação verbal, quando esta parece ser o “tipo mais complicado” de comunicação.

### **3.5.3. Comunicação e verbalidade**

A presença de Beatriz nos momentos e a vivacidade com que os experienciava internamente criava situações de choque de realidade com outros: ou seja, apesar de não estar a participar verbalmente, sentia-se presente, mas o seu silêncio era apontado por outros.

Diogo, Beatriz e Eduardo falam sobre os desafios da comunicação verbal. Para Eduardo, passa pela dificuldade de verbalizar um sentimento ou mensagem, especialmente em contextos de dificuldade de interpretação das mensagens recebidas. Diogo descreve também problemas com a expressão e articulação de sentimentos, levando-o a pontos de frustração com consequências negativas no momento “torna-se um desafio: tentar explicar como me sinto quando não o sei pôr por palavras”.

Beatriz, apesar de partilhar esta frustração, fá-lo a partir de um ângulo mais racional. Enquanto Diogo descreve a intensidade emocional como fator desfavorável na comunicação, Beatriz aplica esta ideia de uma forma mais geral: encontra pessoas que descrevem situações nas quais se revê e fica frustrada: “(...) para elas, parece tão simples simplesmente expressar certas coisas que eu penso em como para mim não é, (...)”.

## **3.6. Tratamento e acomodações**

### **3.6.1. Diagnóstico**

Para Ana, a ideia de ter um diagnóstico formal é também algo pouco concebível, considerando que não faria diferença na sua vida e duvidando que lhe fosse reconhecido. Eduardo elabora neste sentido: “Ser já adulto complica o processo ainda mais. Não sendo uma criança, já pode ser muito mais coisas e várias vezes atribuem o diagnóstico errado.”

### **3.6.2. Medicação**

Beatriz já ponderou a medicação, mas a sua experiência anterior com medicação para ansiedade e depressão cria-lhe reticências. Como não encara as suas dificuldades como tendo origem num distúrbio químico, prefere procurar formas alternativas que lhe permitam preservar o carácter ativo e criativo da sua mente. Coloca estes aspetos como mais importantes do que sentir-se “normal”: a medicação é associada a perder uma parte de si que sente conectada à sua essência e a características que a fazem sentir-se alinhada consigo mesma.

Ana partilha desta ideia em como “não lhe faz sentido”. No caso contrário, Carlos (depois de ter tomado medicação em criança) não queria ter de lidar com os efeitos secundários, apesar de reconhecer a importância deste tratamento como benéfico para si pelo auxílio na autorregulação. Atualmente, está a ser acompanhado e a fazer tratamento farmacológico, o qual reconhece ter um efeito positivo na sua vida.

### **3.6.3. Automedicação**

A relação da Ana com a escola começou a piorar entre o oitavo e nono ano, especialmente devido a uma crescente motivação para explorar o mundo fora da escola (processo durante o qual começou a consumir álcool e outras substâncias psicoativas). Segundo Watson (2022), não só é mais comum adolescentes com PDAH terem problemas de abuso de substâncias, como tendem a começar o consumo regular de álcool precocemente. A justificação aceite geralmente para este fenómeno passa pela associação entre impulsividade e tendência para ter “comportamentos de risco”; pela tendência para pessoas com PDAH se automedicarem; entre outros.

No entanto, a Ana dá um testemunho interessante relativo ao consumo de substâncias estimulantes, como *ecstasy* e MDMA. Nota que o efeito em si, ainda hoje, dura vários dias: “é como se fosse remédio, sabes?”. Ao invés de experienciar um “grande pico” durante o consumo, afirma sentir-se “mais normal” nos dias após o mesmo.



É possível substâncias estimulantes como o ecstasy e o MDMA serem cruzadas com a medicação estimulante utilizada no tratamento do PDAH (dextroanfetamina e metilfenidato) ou que estas sejam vendidas no seu lugar. Para mais, a Sociedade Portuguesa de Aplicação Clínica de Enteógenos afirma que o MDMA se assemelha a anfetaminas, pois contém “a estrutura central da fenetilamina”, comum com essa classe de psicoestimulantes. A exploração destes fatores enquanto possibilidades pode alargar o nosso entendimento sobre a relação de pessoas com PDAH e o uso de substâncias estimulantes para a automedicação.

### **3.7. Discussão de Resultados**

Em primeira instância, a presente análise propôs-se a criar entendimento sobre a experiência subjetiva da diferença e da “desviância” sinalizada a nível comportamental. De forma geral, os testemunhos recolhidos proporcionaram uma visão ampla sobre estas questões, salientando especialmente questões relacionadas com a qualidade de vida, bem-estar social, isolamento e a importância da compreensão a nível interno (da pessoa para consigo mesma) e externo (dos outros para consigo).

Quanto à informação proporcionada pelos testemunhos sobre “a origem da diferença”, o funcionamento enquanto divergente parece ser vincado a partir da sua “desnaturalização” a nível social. Ou seja, somos remetidos para a criação social da normalidade a partir de mecanismos de controlo social. No entanto, a “desnaturalização” é relevante exatamente pela naturalidade com que as características repreendidas a nível social surgem de forma intrínseca nos indivíduos. A título de exemplo, podemos considerar a experiência de Beatriz em ter de aprender que não era “normal” não se relacionar com os seus colegas da mesma forma como eles se relacionavam entre si.

O sentimento alienígena surge de forma consistente enquanto um sentimento de diferença difícil de identificar. Pela falta de inteligibilidade na sua origem, pode levar a responsabilização, culpabilização e sentimentos de insuficiência. Estas consequências do desajuste face às expectativas sociais parecem deteriorar com a aplicação de sanções sociais (tanto da parte de pares, profissionais escolares, familiares). A partir desta conjuntura, a baixa autoestima surge enquanto fenómeno comum.

Assim, o bem-estar (ou o seu oposto) parece associado ao nível de hostilidade presente no ambiente escolar. Neste contexto, a proximidade com profissionais escolares parece ter a capacidade para amenizar dificuldades a partir da criação de proximidade e compreensão para com o aluno.

De forma geral, a criação de laços aparenta ter também um papel importante neste sentido: encontrar pessoas com experiências semelhantes, com as quais criar um sentimento de identificação e apoio mútuo pode ajudar a “levantar” o sentimento de isolamento.

Este sentimento pode também ser ajudado pelo autoconhecimento descrito, associado a sentimentos de clareza, alívio, aceitação, agência, confiança. No entanto, urge as questões: Como podemos aproximar as pessoas do conhecimento sobre si mesmas?

Será a patologização o único caminho?

Para alguns dos entrevistados, o seu sentido de “luto” consiste em não terem tido acesso a informação central sobre si mais cedo e o impacto que esta poderia ter tido na sua qualidade de vida. Por outro lado, o tratamento com fim único de “normalização” ou “cura” pode também resultar na mesma desconexão.

Ter desafios e aprender a geri-los é inerente à experiência humana: “é o que é”. Ter desafios acrescidos pode também significar prazeres acrescidos... Ou não. O conjunto de atributos totais constituintes do indivíduo, a sua perspetiva para com a vida, juntamente com o seu contexto social (passado e presente) aparecem associados à forma como a pessoa navega e encara as suas dificuldades, assim como potenciais aspetos positivos.

A sensibilidade sensorial surge dentro desta dualidade: apesar de ser um aspeto com um potencial enriquecedor para o indivíduo, pode também gerar desafios. Por ser uma experiência sensorial, dificulta a sua comunicação a outros e levanta barreiras na criação de compreensão e empatia. O mesmo parece acontecer quando a “intensidade de experiência” se desenvolve a nível emocional.

Presente na literatura como a defesa do direito de autodeterminação enquanto paciente, a atual análise encontrou perspetivas e relações extremamente diferentes com a ideia de tratamento, medicação e criação de acomodações específicas.

## Conclusões

O enquadramento da normalidade enquanto fenómeno social permite o desdobrar o seu entendimento a partir dos mecanismos sociais que a constroem. No presente trabalho, atribuiu-se uma maior centralidade aos mecanismos institucionais, nomeadamente o contexto escolar e na área da medicina.

Para a compreensão da medicina enquanto mecanismo institucional de controlo social para a normalidade, consideramos o processo de formulação de categorias biomédicas naturalizadas com base em défices comportamentais, cognitivos e afetivos. Em alternativa ao modelo da patologização, surge o paradigma da neurodiversidade, partindo da valorização do espectro diversificado de funcionamento humano.

Este paradigma tem também críticas associadas, nomeadamente na criação de categorias dicotómicas que assumem um espaço atribuído à “neurotipicidade”. Assim, remetendo novamente para uma norma de funcionamento desconhecida. No entanto, a identificação com a neurodivergência enquanto categoria social agregadora para experiências divergentes remete para a ideia de que o controlo social para a normalidade não afeta todos da mesma maneira.

Assim, a partir do levantamento das experiências subjetivas de pessoas diagnosticadas e autodiagnosticadas com PEA e PDAH, foi possível verificar o impacto deste controlo na forma como os sujeitos constroem as suas identidades, a sua perceção do mundo e de si próprios, os seus modos de interação social. Os comportamentos “desviantes” são sentidos pelos indivíduos como algo a controlar e a camuflar. Primeiramente, levando a desconexão e falta de inteligibilidade sobre a própria interioridade, mas resultando também em desconexão social (pela limitação da linguagem, do conhecimento existente no senso comum acerca destas questões, entre outros).

Portanto, o que nos dizem as subjetividades sobre a origem da diferença? A desnaturalização de características divergentes é exercitada pelo controlo social, pois estas existem intrinsecamente nos indivíduos. Muitas vezes, profundamente interligadas com a sua forma de “navegar” o mundo, pois existem nos sentidos, na perceção, na cognição, na sociabilidade, na afetividade.

O levantamento de contributos do modelo médico e do modelo da neurodiversidade para criar um entendimento mais alargado sobre questões relativas aos temas centrais, está consistentemente no presente trabalho. No entanto, há um outro aspeto de centralidade, o qual remete para a pertinência destas questões.

O modelo médico é valorizado pelos seus contributos para a criação de bem-estar e saúde (Casanova & Widman, 2021; Pais et al, 2016) e o paradigma da neurodiversidade informa as limitações destes esforços quando aplicados à divergência neurológica, nomeadamente devido a limitações epistemológicas (Kapp et al, 2013; Chapman, 2020; Bovell, 2020). Apesar de divergirem sobre a origem do problema – da justificação pelo défice individual à falta de inclusividade estrutural – há, para todos os efeitos, um enfoque no bem-estar.

Também o levantamento de contributos empíricos subjetivos deixou em evidência esta questão subliminar. Está em discussão o direito à “boa vida”. A definição entre quais são as áreas de investimento público necessário e normal, em oposição às que representam um peso social, é uma escolha política que reflete as estruturas de poder existentes e as prioridades (estabelecidas a partir daqueles que são considerados participantes em sociedade) (Bovell, 2020: 51).

A perspetiva enativista esclarece o modo como o funcionamento institucional afeta o desenvolvimento de identidades e bem-estar: a melhoria das interações nas instituições sociais não pode ter um foco nas individualidades, mas sim a nível das práticas institucionais e sociais (Jurgens, 2020).

Apesar das limitações da defesa de políticas identitárias, o movimento neurodivergente tem conquistado melhorias a nível de qualidade de vida e autoaceitação. No entanto, Belmonte (2020: 173) alerta para a importância de acomodar as diferenças de funcionamento com sensibilidade e eficácia, mesmo quando o limite a partir do qual se define o diagnóstico não é passado. O autor argumenta que “características autistas” existem enquanto contínuo na população. Portanto, a acomodação da diversidade autista é inseparável da acomodação da diversidade de cognição humana de um modo geral.

A procura por reconhecimento de divergências neurológicas deve procurar valorizar o caminho para uma sociedade que é, em si, baseada no pluralismo neurológico (Rosqvist et al, 2020). Para criar políticas verdadeiramente frutíferas é necessário avançar além da categorização fixa entre neurodivergente e neurotípico, aceitando a fluidez da própria realidade (Runswick-Cole, 2014). As políticas transversais são utilizadas como uma alternativa a políticas identitárias, estabelecendo um “nós” coletivo, além de limites de pertença, baseado em solidariedade no estabelecimento de valores comuns emancipatórios. Estas políticas são baseadas no princípio de que a diferença está incluída na igualdade (Yuval-Davis, 2010: 278).

Tougaw (2018: 134) sugere a construção da instituição escolar enquanto “nicho”. O que é um nicho? A reorganização de um ambiente físico para se adequar às necessidades de um determinado organismo. Este modelo apresenta a noção de que os organismos não se encaixam num determinado ambiente, mas sim constroem-no. Aplicado à cultura humana, pode ajudar a compreender a forma como a cultura e a evolução de influenciam reciprocamente (*feedback* eco-evolutivo).

Aplicado à teoria pedagógica, pode descrever a forma como as salas de aula podem ser redesenhadas para habilitar diferenças neurocognitivas a tornarem-se pontos fortes. Segundo o autor, Thomas Armstrong propõe sete elementos: consciência dos pontos fortes, figuras “de exemplo” positivas, tecnologias de assistência, rede de apoio mútuo, estratégias de aprendizagem baseadas nos pontos fortes, aspirações de carreiras “afirmativas”, e modificações ao ambiente em sala de aula. Enquanto prática social, a construção de um nicho implica reformular o ambiente físico, instituições e relações sociais de forma a “capacitar incapacidades” (Tougaw, 2018: 148).

## Fontes

[I resign my roles at Autism Speaks \(jerobison.blogspot.com\)](https://jerobison.blogspot.com)

[What is Autism Masking? | Signs, why?, negative effects & preventing \(cpdonline.co.uk\)](https://cpdonline.co.uk)

[NEURODIVERSITY: SOME BASIC TERMS & DEFINITIONS • NEUROQUEER](#)

[Reddit - Explora tudo o que quiseres](#) Consultado a 20/09/2023

[Ficha de Ecstasy \(psicologia.pt\)](https://psicologia.pt)

[MDMA | SPACE Portugal — Sociedade Portuguesa de Aplicação Clínica de Enteógenos,](#)

[ADHD and Substance Abuse: Alcohol and Drugs Connected to ADHD \(webmd.com\)](https://webmd.com)

## Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatric Association Publishing.  
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Antshel, K. M., Zhang-James, Y., & Faraone, S. V. (2013). The comorbidity of ADHD and autism spectrum disorder. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 13(10), 1117–1128.  
<https://doi.org/10.1586/14737175.2013.840417>
- Bakan, M. B. (2015). “Don’t go changing to try and please me”: Combating essentialism through ethnography in the ethnomusicology of autism. *Ethnomusicology*, 59(1), 116–144.  
<https://doi.org/10.5406/ethnomusicology.59.1.0116>
- Beardon, L. (2017). *Autism and Asperger syndrome in adults*. Sheldon Press.
- Belmonte, M. (2020). How individuals and institutions can learn to make room for human cognitive diversity: a personal perspective from my life in neuroscience. In H. Rosqvist, N. Chown, & A. Stenning (Eds.), *Neurodiversity Studies: A New Critical Paradigm*. Routledge.
- Blackman, L., Cromby, J., Hook, D., Papadopoulos, D., & Walkerdine, V. (2008). Creating Subjectivities. *Subjectivity*, 22(1), 1–27. <https://doi.org/10.1057/sub.2008.8>
- Boorse, C. (1975). On the Distinction between Disease and Illness. *Philosophy & Public Affairs*, 5(1), 49–68.
- Bovell, V. (2020). Is there an ethical case for the prevention and/ or cure of autism? In H. Rosqvist, N. Chown, & A. Stenning (Eds.), *Neurodiversity Studies: A New Critical Paradigm* (pp. 39–54). Routledge.
- Breuer, F., & Roth, W.-M. (2003). *Subjectivity and Reflexivity in the Social Sciences: Epistemic Windows and Methodical Consequences*. <http://www.qualitative-research.net/fqs/>
- Casanova, E. L., & Widman, C. J. (2021). A sociological treatment exploring the medical model in relation to the neurodiversity movement with reference to policy and practice. *Evidence and Policy*, 17(2), 363–381. <https://doi.org/10.1332/174426421X16142770974065>
- Chalmers, D. J. (2010). *The character of consciousness*. Oxford University Press.
- Chapman, R. (2020). Neurodiversity, disability, wellbeing. In H. Rosqvist, N. Chown, & A. Stenning (Eds.), *Neurodiversity Studies: A New Critical Paradigm* (pp. 57–72). Routledge.
- Charlton, B. G. (2005). Self-management of psychiatric symptoms using over-the-counter (OTC) psychopharmacology: The S-DTM therapeutic model – Self-diagnosis, self-treatment, self-monitoring. *Medical Hypotheses*, 65(5), 823–828. <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2005.07.013>
- Chen, Z., & Turner, M. R. (2010). The internet for self-diagnosis and prognostication in ALS. *Amyotrophic Lateral Sclerosis*, 11(6), 565–567. <https://doi.org/10.3109/17482968.2010.513054>

- Cherkaoui, M. (1977). Bernstein and Durkheim: Two Theories of Change in Educational Systems. *Harvard Educational Review*, 47(4), 556.
- Cheyette, B., & Cheyette, S. (2021, June 15). *Why ADHD Should Be Renamed*.
- Chown, N. (2020). Language games used to construct autism as a pathology. In H. Rosqvist, N. Chown, & A. Stenning (Eds.), *Neurodiversity Studies: A New Critical Paradigm* (pp. 27–38). Routledge.
- Clouder, L., Karakus, M., Cinotti, A., Ferreyra, M. V., Fierros, G. A., & Rojo, P. (2020). Neurodiversity in higher education: a narrative synthesis. In *Higher Education* (Vol. 80, Issue 4, pp. 757–778). Springer Science+Business Media B.V. <https://doi.org/10.1007/s10734-020-00513-6>
- Collares, C., & Moysés, M. (2014). Educação na era dos transtornos. In L. Viégas, M. Ribeiro, E. Oliveira, & L. Teles (Eds.), *Medicalização da educação e da sociedade. Ciência ou mito?* (pp. 47–69). Edufba.
- Collins, P. (1998). Negotiating Selves: Reflections on “Unstructured” Interviewing’. *Sociological Research Online*, 3(3). <http://www.socresonline.org.uk/3/3/2.html>
- Cook, J., Hull, L., Crane, L., & Mandy, W. (2021). Camouflaging in autism: A systematic review. In *Clinical Psychology Review* (Vol. 89). Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102080>
- Dyck, E., & Russell, G. (2020). Challenging Psychiatric Classification: Healthy Austistic Diversity and the Neurodiversity Movement. In S. J. Taylor & A. Brumby (Eds.), *Healthy Minds in the Twentieth Century: In and Beyond the Asylum* (pp. 167–188). Palgrave Macmillan. <http://www.palgrave.com/gp/series/14806>
- Engelhardt, H. (1984). Clinical problems and the concept of disease. In B. L. Nordenfelt & I. B. Lindahl (Eds.), *Health, Disease, and Causal Explanations in Medicine* (pp. 27–41). Springer.
- Fenton, A., & Krahn, T. (2007). Autism, neurodiversity and equality beyond the “normal.” *Journal of Ethics in Mental Health*, 2(2), 1–6.
- Ferreira, P. P. (1930). As Crianças Anormais. *A Criança Anormal*, 1(4).
- Filipe, A. (2018). The Emergence and Shaping of ADHD in Portugal. In M. Bergey, A. Filipe, P. Conrad, & I. Singh (Eds.), *Global Perspective on ADHD* (pp. 118–137). Johns Hopkins University Press.
- Filipe, A. M. (2021). Situating attention deficit and hyperactivity in Portugal: Social, historical, and ethical dimensions of an emerging global health issue. In *Cadernos de Saude Publica* (Vol. 36, Issue 12). Fundacao Oswaldo Cruz. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00056420>
- Fleischmann, A., & Fleischmann, R. H. (2012). Advantages of an ADHD diagnosis in adulthood: Evidence from online narratives. *Qualitative Health Research*, 22(11), 1486–1496. <https://doi.org/10.1177/1049732312457468>
- Fleischmann, A., & Miller, E. C. (2013). Online narratives by adults with ADHD who were diagnosed in adulthood. *Learning Disability Quarterly*, 36(1), 47–60. <https://doi.org/10.1177/0731948712461448>



- Flynn, R., & Raymond, L. (1999). Capitalism, disability, and ideology. In *A Quarter-Century of Normalization and Social Role Valorization* (pp. 163–173). University of Ottawa Press.  
<https://doi.org/10.1353/book.6541>
- Ford, J., Mongon, D., & Whelan, M. (1982). *Special Education and Social Control*. Routledge.  
<https://doi.org/10.4324/9780429491153>
- Graham, L. J. (2007). Out of sight, out of mind/out of mind, out of site: Schooling and attention deficit hyperactivity disorder. *International Journal of Qualitative Studies in Education*, 20(5), 585–602.  
<https://doi.org/10.1080/09518390601176705>
- Grandin, T. (1995). *Thinking in Pictures: My Life with Autism* (2010th ed.). Vintage.
- Halls, W. D. (1994). The Educational Legacy of Durkheim. In *Oxford Review of Education* (Vol. 20, Issue 2, pp. 253–257). <https://doi.org/10.1080/0305498940200208>
- Heasman, B., & Gillespie, A. (2019). Neurodivergent intersubjectivity: Distinctive features of how autistic people create shared understanding. *Autism*, 23(4), 910–921.  
<https://doi.org/10.1177/1362361318785172>
- Hillary, A. (2020). Neurodiversity and cross-cultural communication. In H. Rosqvist, N. Chown, & A. Stenning (Eds.), *Neurodiversity Studies: A New Critical Paradigm* (pp. 91–107). Routledge.
- Hipólito, I., Hutto, D., & Chown, N. (2020). Understanding autistic individuals: cognitive diversity not theoretical deficit. In H. Rosqvist, N. Chown, & A. Stenning (Eds.), *Neurodiversity Studies: A New Critical Paradigm* (pp. 193–210). Routledge.
- Huijg, D. (2020). Neuronormativity in theorising agency: an argument for a critical neurodiversity approach. In H. Rosqvist, N. Chown, & A. Stenning (Eds.), *Neurodiversity Studies: A New Critical Paradigm* (pp. 213–217). Routledge.
- Jaccard, R. (1979). *A loucura*. Jorge Zahar Editor.
- Jackson-Perry, D., Rosqvist, H., Annable, J., & Kourti, M. (2020). Sensory Strangers: travels in normate sensory worlds. In H. Rosqvist, N. Chown, & A. Stenning (Eds.), *Neurodiversity Studies: A New Critical Paradigm* (pp. 125–140). Routledge.
- Johnson, T. P. (2014). Snowball Sampling: Introduction. In *Wiley StatsRef: Statistics Reference Online*. Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781118445112.stat05720>
- Josselson, R., & Hopkins, B. (2015). Narrative Psychology and Life Stories. In J. Martin, J. Sugarman, & K. Slaney (Eds.), *The Wiley Handbook of Theoretical and Philosophical Psychology* (pp. 219–233). John Wiley & Sons.
- Jurgens, A. (2020). Neurodiversity in a neurotypical world: an enactive framework for investigation autism and social institutions. In H. Rosqvist, N. Chown, & A. Stenning (Eds.), *Neurodiversity Studies: A New Critical Paradigm* (pp. 73–88). Routledge.

- Kapp, S. K., Gillespie-Lynch, K., Sherman, L. E., & Hutman, T. (2013). Deficit, difference, or both? Autism and neurodiversity. *Developmental Psychology*, 49(1), 59–71.  
<https://doi.org/10.1037/a0028353>
- Krueger, J., & Maiese, M. (2019). *Mental institutions, habits of mind, and an extended approach to autism*. 6, 10–41. <https://doi.org/10.13136/thau.v6i0.90>
- Lai, M. C., Lombardo, M. V., Auyeung, B., Chakrabarti, B., & Baron-Cohen, S. (2015). Sex/Gender Differences and Autism: Setting the Scene for Future Research. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54(1), 11–24.  
<https://doi.org/10.1016/J.JAAC.2014.10.003>
- Lamberg, L. (2003). ADHD Often Undiagnosed in Adults. *Medical News & Perspectives*, 290(12).  
<http://www.addwarehouse.com>
- Lawson, W. (2008). *Concepts of normality: The autistic and typical spectrum*. . Jessica Kingsley.
- Leitner, Y. (2014). The Co-Occurrence of Autism and Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children – What Do We Know? *Frontiers in Human Neuroscience*, 8.  
<https://doi.org/10.3389/fnhum.2014.00268>
- Leong, D. (2016). *Scheherazade’s sea – autism, parallel embodiment and elemental empathy* [Doctoral dissertation]. University of New South Wales.
- Lewis, L. F. (2016). Exploring the Experience of Self-Diagnosis of Autism Spectrum Disorder in Adults. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(5), 575–580. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.03.009>
- Macleod, G. (2010). Identifying obstacles to a multidisciplinary understanding of “disruptive” behaviour. *Emotional and Behavioural Difficulties*, 15(2), 95–109.  
<https://doi.org/10.1080/13632752.2010.480881>
- Maleval, J.-C. (2022). L’émergence des faux autistes. *L’Évolution Psychiatrique*, 87(3), 515–523.  
<https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2022.03.008>
- McDonald, T. A. M. (2020). Autism Identity and the “Lost Generation”: Structural Validation of the Autism Spectrum Identity Scale and Comparison of Diagnosed and Self-Diagnosed Adults on the Autism Spectrum. *Autism in Adulthood*, 2(1), 13–23. <https://doi.org/10.1089/aut.2019.0069>
- Milton, D. E. M. (2012). On the ontological status of autism: the ‘double empathy problem.’ *Disability & Society*, 27(6), 883–887. <https://doi.org/10.1080/09687599.2012.710008>
- Milton, D. E. M., Heasman, B., & Sheppard, E. (2018). Double Empathy. In F. R. Volkmar (Ed.), *Encyclopedia of Autism Spectrum Disorders* (pp. 1–8). Springer New York.  
[https://doi.org/10.1007/978-1-4614-6435-8\\_102273-1](https://doi.org/10.1007/978-1-4614-6435-8_102273-1)
- Murray, D., Lesser, M., & Lawson, W. (2005). Attention, monotropism and the diagnostic criteria for autism. *Autism*, 9(2), 139–156. <https://doi.org/10.1177/1362361305051398>
- Murray, S. (2008). *Representing Autism: Culture, Narrative, Fascination*. Liverpool University Press.  
<https://doi.org/10.2307/j.ctt5vjmwcc>

- Nash, R. (1990). Bourdieu on Education and Social and Cultural Reproduction. *British Journal of Sociology of Education*, 11(4), 431–447. <https://doi.org/10.1080/0142569900110405>
- Nicolaidis, C., Raymaker, D. M., Ashkenazy, E., McDonald, K. E., Dern, S., Baggs, A. E. V., Kapp, S. K., Weiner, M., & Boisclair, W. C. (2015). “Respect the way i need to communicate with you”: Healthcare experiences of adults on the autism spectrum. *Autism*, 19(7), 824–831. <https://doi.org/10.1177/1362361315576221>
- Oliver, M. (1990a). The Ideological Construction of Disability. In *The Politics of Disablement* (pp. 43–59). Macmillan Education UK. [https://doi.org/10.1007/978-1-349-20895-1\\_4](https://doi.org/10.1007/978-1-349-20895-1_4)
- Oliver, M. (1990b). The Ideological Construction of Disability. In *The Politics of Disablement*.
- Orsini, M. (2012a). Autism, Neurodiversity and the Welfare State: The Challenges of Accommodating Neurological Difference. *Canadian Journal of Political Science*, 45(4), 805–827.
- Orsini, M. (2012b). *Autism, Neurodiversity and the Welfare State: The Challenges of Accommodating Neurological Difference*.
- Orsini, M. (2012c). Autism, neurodiversity and the welfare state: The challenges of accommodating neurological difference. *Canadian Journal of Political Science*, 45(4), 805–827. <https://doi.org/10.1017/S000842391200100X>
- Pais, S. C., Menezes, I., & Nunes, J. A. (2016). Saúde e escola: Reflexões em torno da medicalização da educação. *Cadernos de Saude Publica*, 32(9), 1–10. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00166215>
- Pawaskar, M., Fridman, M., Grebla, R., & Madhoo, M. (2020). Comparison of Quality of Life, Productivity, Functioning and Self-Esteem in Adults Diagnosed With ADHD and With Symptomatic ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 24(1), 136–144. <https://doi.org/10.1177/1087054719841129>
- Pina-Camacho, L., Parellada, M., & Kyriakopoulos, M. (2016). Autism spectrum disorder and schizophrenia: boundaries and uncertainties. *BJPsych Advances*, 22(5), 316–324. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.115.014720>
- Purdie, N., Hattie, J., & Carroll, A. (2002). A review of the research on interventions for attention deficit hyperactivity disorder: What works best? *Review of Educational Research*, 72, 61–99.
- Rapp, R. (2011). A Child Surrounds this Brain: The Future of Neurological Difference According to Scientists, Parents and Diagnosed Young Adults. In M. Pickersgill & I. Van Keulen (Eds.), *Sociological Reflections on the Neurosciences* (pp. 3–26). Emerald Group Publishing Limited. [https://doi.org/10.1108/S1057-6290\(2011\)0000013005](https://doi.org/10.1108/S1057-6290(2011)0000013005)
- Raymaker, D. M., Teo, A. R., Steckler, N. A., Lentz, B., Scharer, M., Delos Santos, A., Kapp, S. K., Hunter, M., Joyce, A., & Nicolaidis, C. (2020). “Having All of Your Internal Resources Exhausted Beyond Measure and Being Left with No Clean-Up Crew”: Defining Autistic Burnout. *Autism in Adulthood*, 2(2), 132–143. <https://doi.org/10.1089/aut.2019.0079>

- Rentenbach, B., Prislowsky, L., & Gabriel, R. (2017). *Valuing differences: Neurodiversity in the classroom* (Vol. 98, Issue 8). <https://about.jstor.org/terms>
- Renty, J. O., & Roeyers, H. (2006). Quality of life in high-functioning adults with autism spectrum disorder. *Autism*, 10(5), 511–524. <https://doi.org/10.1177/1362361306066604>
- Robison, J. (2013, November 13). *I RESIGN MY ROLES AT AUTISM SPEAKS*.
- Rosqvist, H. B., Stenning, A., & Chown, N. (2020). Introduction. In B. A. Rosqvist, A. Stenning, & N. Chown (Eds.), *Neurodiversity Studies: A New Critical Paradigm* (pp. 1–12). Routledge. [www.routledge.com/](http://www.routledge.com/)
- Rosqvist, H., Chown, N., & Stenning, A. (Eds.). (2020). *Neurodiversity Studies*. Routledge. [www.routledge.com/](http://www.routledge.com/)
- Rosqvist, H., Orulv, L., Hasselblad, S., Hansson, D., Nilsson, K., & Seng, H. (2020). Designing an autistic space for research: exploring the impact of context, space and sociality in autistic writing processes. In H. Rosqvist, N. Chown, & A. Stenning (Eds.), *Neurodiversity Studies: A New Critical Paradigm* (pp. 156–171). Routledge.
- Rosqvist, H., Stenning, A., & Chown, N. (2020). Introduction. In H. Rosqvist, A. Stenning, & N. Chown (Eds.), *Neurodiversity Studies: A New Critical Paradigm* (pp. 1–11). Routledge .
- Runswick-Cole, K. (2014). “Us” and “them”: The limits and possibilities of a “politics of neurodiversity” in neoliberal times. *Disability and Society*, 29(7), 1117–1129. <https://doi.org/10.1080/09687599.2014.910107>
- Shapin, S. (2012). The sciences of subjectivity. *Social Studies of Science*, 42(2), 170–184. <https://doi.org/10.1177/0306312711435375>
- Sinclair, J. (1993). Don’t mourn for us. *Our Voice*, 1(3).
- Singer, J. (2016). *The birth of an idea*. Amazon Digital Services.
- Slee, R. (1997). Imported or important theory? Sociological interrogations of disablement and special education. *British Journal of Sociology of Education*, 18(3), 407–419. <https://doi.org/10.1080/0142569970180306>
- Sousa, T., & Ribeiro, S. (2022, January 6). Três anos de Regime de Educação Inclusiva. *JPN*.
- Stenning, A. (2020). Understanding empathy through a study of autistic life writing: on the importance of neurodivergent morality. In H. Rosqvist, N. Chown, & A. Stenning (Eds.), *Neurodiversity Studies: A New Critical Paradigm* (pp. 108–124). Routledge.
- Stevens, T., Peng, L., & Barnard-Brak, L. (2016). The comorbidity of ADHD in children diagnosed with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 31, 11–18. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2016.07.003>
- Taylor, S. J., & Brumby, A. (n.d.). *Healthy Minds in the Twentieth Century In and Beyond the Asylum*. <http://www.palgrave.com/gp/series/14806>

- Tougaw, J. (2018). *The Elusive Brain: Literary Experiments in the Age of Neuroscience*. Yale University Press.
- Tuleski, S. C., & Eidt, N. M. (2007). Repensando os distúrbios de aprendizagem a partir da psicologia histórico-cultural. *Psicologia Em Estudo*, 12(3), 531–540.
- Veatch, R. M. (1973). The medical model: its nature and problems. *Hastings Center Studies*, 1(3), 59–76.
- Waltz, M. (2020). The production of the “normal” child: Neurodiversity and the commodification of parenting. In H. Rosqvist, N. Chown, & A. Stenning (Eds.), *Neurodiversity Studies: A New Critical Paradigm* (pp. 15–26). Routledge.
- Winter, R. (2023, April 28). *What is Autism Masking?*
- Yuval-Davis, N. (2010). Theorizing identity: Beyond the “us” and “them” dichotomy. *Patterns of Prejudice*, 44(3), 261–280. <https://doi.org/10.1080/0031322X.2010.489736>
- Zener, D. (2019). Journey to diagnosis for women with autism. In *Advances in Autism* (Vol. 5, Issue 1, pp. 2–13). Emerald Group Holdings Ltd. <https://doi.org/10.1108/AIA-10-2018-0041>

## Anexo

Tabela A: *Número de pessoas por grupo na rede social “Reddit”*

r/ neurodiversity	63 mil membros
r/ autismo	301 mil membros
r/ autismoinwomen	100 mil membros
r/ADHD	1,7 M membros
r/adhdwomen	252 mil membros