

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO**  
**CAMPUS BAIXADA SANTISTA**

**JÉSSICA PORTELA DE SOUSA**

**MEDICALIZAÇÃO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTE:**  
**Diagnóstico de TDAH e a perspectiva dos trabalhadores da saúde da Baixada Santista.**

SANTOS,  
2021

**JÉSSICA PORTELA DE SOUSA**

**MEDICALIZAÇÃO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTE:**

**Diagnóstico de TDAH e a perspectiva dos trabalhadores da saúde da Baixada Santista.**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade Federal de São Paulo como requisito parcial para a obtenção do grau de bacharel em Psicologia.**

**Orientadora: Profa. Dra. Jaqueline Kalmus**

SANTOS

2021

Ficha catalográfica elaborada por sistema automatizado com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Portela de Sousa, Jéssica .  
S725m MEDICALIZAÇÃO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTE:  
Diagnóstico de TDAH e a perspectiva dos trabalhadores da saúde  
da Baixada Santista.. / Jéssica Portela de  
Sousa; Orientadora Jaqueline Kalmus; Coorientador  
. -- Santos, 2021.  
60 p. ; 30cm

TCC (Graduação - Psicologia) -- Instituto Saúde e  
Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, 2021.

1. Medicalização de Crianças e Adolescentes. 2.  
TDAH. 3. Trabalhadores da saúde. I. Kalmus,  
Jaqueline , Orient. II. Título.

CDD 150

Bibliotecária Daianny Seoni de Oliveira - CRB 8/7469

**SOUSA, Jéssica Portela. Medicalização de Crianças e Adolescentes: diagnóstico de TDAH e a perspectiva dos trabalhadores da saúde da Baixada Santista. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Saúde e Sociedade da Universidade Federal de São Paulo para obtenção do título de bacharel em Psicologia.**

**Aprovado em:**

**Banca Examinadora**

**Profa. Dra. Eunice Nakamura**

**Sarah Lemes de Almeida**

**Dedico este trabalho aos meus pais, que pouco tiveram acesso à educação letrada, mas me sonharam estudando desde a minha existência. Também, à todas/os trabalhadoras/es da saúde que diariamente (des)constroem e (re)constroem suas práticas de cuidados de forma ética e crítica.**

## AGRADECIMENTOS

Escrever este trabalho foi um imenso desafio para mim, principalmente por se tratar de um tema que me mobilizou bastante, vejo vidas em cada trecho deste trabalho!

Contei com apoio de muitas pessoas especiais ao longo da escrita deste trabalho, com ele pude me recordar da minha infância, da minha escolarização e de todos os trabalhadores da saúde que me cuidaram até aqui, também, de todas/os professoras/es que fizeram parte da minha escolarização, de todas escolas que frequentei, foi um reencontro com minha própria história.

Gostaria de iniciar os agradecimentos, primeiramente, à minha família Rutinha, José, Jeff e Joy por me ensinarem a sonhar sempre, vocês são preciosos.

À Jaqueline Kalmus, por todas orientações e questionamentos, por todo incentivo de seguir em diante e apoio recebidos. Você é excelente profa.

Um agradecimento especial aos trabalhadores que fizeram parte desta pesquisa, sem vocês eu não teria conseguido, foram encontros virtuais potentes, muitíssimo obrigado.

Aos meus melhores amigos, Thata Novais, Dali Ferreira e Lia Guimarães, vocês são fonte de inspiração e conforto para todas as horas. Também, as minhas amigas queridas que a Unifesp me proporcionou, Gabi Modesto e Malu Lima que sempre estiveram me apoiando em todas as lutas e decisões. Vocês são mulheres incríveis.

Um agradecimento especial à psicóloga Cinthia, por me acompanhar durante esses dois últimos anos, por sempre me ajudar a seguir, seja qual for o caminho.

Ao Gle Crispim por todas palavras de apoio. Às minhas colegas de supervisão, Márcia, Letícia, Ednara e Larissa, muito obrigada meninas por todas as pontuações e discussões construídas em grupo.

Por fim, gostaria de agradecer ao apoio financeiro recebido pelo CNPq, em meio ao ataque à ciência, bolsas de pesquisa representam esperança. Muito obrigada CNPq!

Socorro, não estou sentindo nada  
Nem medo, nem calor, nem fogo  
Não vai dar mais pra chorar  
Nem pra rir

Socorro, alguma alma, mesmo que penada  
Me empreste suas penas  
Já não sinto amor nem dor  
Já não sinto nada

Socorro, alguém me dê um coração  
Que esse já não bate nem apanha  
Por favor, uma emoção pequena  
Qualquer coisa  
Qualquer coisa que se sinta

Tem tantos sentimentos, deve ter algum que sirva  
Qualquer coisa que se sinta,  
Tem tantos sentimentos, deve ter algum que sirva

Socorro, alguma rua que me dê sentido  
Em qualquer cruzamento  
Acostamento, encruzilhada  
Socorro, eu já não sinto nada

Socorro, não estou sentindo nada  
Nem medo, nem calor, nem fogo  
Nem vontade de chorar, nem pra rir

Socorro, alguma alma, mesmo que penada  
Me empreste suas penas

*Já não sinto amor nem dor*

*Já não sinto nada*

*Socorro, alguém me dê um coração*

*Que esse já não bate nem apanha*

*Por favor, uma emoção pequena*

*Qualquer coisa*

*Qualquer coisa que se sinta*

*Tem tantos sentimentos, deve ter algum que sirva*

*Qualquer coisa que se sinta*

*Tem tantos sentimentos, deve ter algum que sirva*

*Socorro- Arnaldo Antunes*



## RESUMO

A pesquisa parte da constatação, demonstrada por estudos recentes, do acirramento do processo de medicalização de crianças e adolescentes nas últimas décadas. Uma das facetas mais visíveis desse fenômeno é o crescimento dos diagnósticos de Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) de crianças e adolescentes com problemas de escolarização, e o conseqüente aumento exponencial da prescrição de fármacos para os diagnosticados. Como resultado, medidas foram tomadas para o controle da dispensação do medicamento referência para o tratamento do TDAH, o cloridrato de metilfenidato. Estudos realizados recentemente apontam para o impacto da adição do metilfenidato a listagem (A3) do controle especial de substâncias, principalmente durante a prescrição do medicamento para o tratamento do TDAH. Ademais, um estudo aponta para o início da substituição do metilfenidato por risperidona na cidade de Santos. Considerando que a biologização de questões sociais, tais como falhas na promoção de condições para a aprendizagem escolar e nas políticas pedagógicas, podem deslocar a discussão política para soluções médicas e medicamentosas, a fim de sanar problemas presentes na sociedade desigual que vivemos, a presente pesquisa tem por objetivo entender como os trabalhadores da rede de saúde de Santos percebem o fenômeno da medicalização de crianças e adolescentes, em especial com relação ao diagnóstico de TDAH. Trata-se de uma pesquisa qualitativa exploratória, baseada em quatro entrevistas semi-estruturadas com trabalhadores da rede pública de saúde da Baixada Santista, litoral do estado de São Paulo. A análise das entrevistas apontou para a equipe multidisciplinar como uma potente fonte de reflexão e compartilhamento de saberes e fazeres entre os trabalhadores, inclusive no tocante a uma visão crítica sobre a produção do fenômeno da medicalização da educação. Ainda assim, há a necessidade da construção de outras estratégias que ampliem as possibilidades de compartilhar e pensar sobre as práticas para além do atendimento aos usuários, mas que incluam a reflexão acerca da própria equipe. Além disso, aparece a necessidade de maior aproximação entre os serviços de saúde e as escolas, além do fortalecimento da rede intersetorial. Cabe ressaltar que, mesmo diante do sucateamento e precarização das condições de trabalho que vêm atingindo os serviços públicos, é visível o compromisso dos trabalhadores entrevistados com seus fazeres, com a população e com a luta contra o desmonte da saúde pública. Também, foi apontada a existência de um fluxo paralelo de encaminhamentos para médicos especialistas dentro da rede pública da região e o aumento de diagnósticos de Transtorno do Espectro Autista como resultado desses encaminhamentos, demonstrando a urgência e relevância da ampliação das discussões acerca da medicalização de crianças e adolescentes. Por fim, foi percebido ambigüidades no discurso dos trabalhadores que se posicionam de forma crítica e ao mesmo tempo, reproduzem discursos medicalizantes em passagens das entrevistas; isso não significa ausência de entendimento ou ignorância acerca do tema, mas aponta para a criação, nem sempre totalmente consciente, de saber feito a partir das ambigüidades que atravessam a própria realidade social que os entrevistados vivem.

**Palavras-chave:** medicalização de crianças e adolescentes; TDAH; trabalhadores da saúde.

## **LISTA DE ABREVIACOES E SIGLAS**

ANVISA- Agencia Nacional de Vigilância Sanitária.

APA- Associao Americana de Psiquiatria.

CAPS- Centro de Ateno Psicossocial.

CPM- Comissão de Padronizao de Medicamentos.

EAD- Ensino  Distância.

ECA- Estatuto da Criança e do Adolescente.

EUA- Estados Unidos da América.

DSM -V - Manual de Diagnstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5.<sup>a</sup> edio

OMS- Organizao Mundial da Saúde.

SUS- Sistema nico de Saúde.

TEA - Transtorno do Espectro Autista.

TCLE- Termo Livre e Esclarecido.

TOD- Transtorno Desafiador de Oposio.

TDAH- Transtorno de Déficit de Ateno com Hiperatividade.

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b>	<b>12</b>
<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>14</b>
<b>3. OBJETIVOS</b>	<b>19</b>
3.1. GERAL	19
3.2. ESPECÍFICOS	19
<b>4. METODOLOGIA</b>	<b>20</b>
4.1 UMA PESQUISADORA PODE SE AFETAR PELA SUA PESQUISA?	21
4.2 A ESCOLHA DOS SUJEITOS DA PESQUISA	22
4.3 OBSERVAÇÕES GERAIS SOBRE A EXPERIÊNCIA DE CONDUÇÃO DAS ENTREVISTAS E DOS ENTREVISTADOS	22
<b>5. ANÁLISE</b>	<b>24</b>
5.1 CONCEPÇÕES ACERCA DO TDAH	24
5.2 A ESCOLAS	26
5.3 INFÂNCIAS	31
5.4 MEDICALIZAÇÃO DAS INFÂNCIAS E ADOLESCÊNCIAS	36
5.5 MEDICAMENTALIZAÇÃO	40
5.6 A CONSTRUÇÃO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR	42
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>48</b>
<b>7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>52</b>
<b>8. APÊNDICE</b>	<b>57</b>
8.1 APÊNDICE I: ROTEIRO DE APOIO ÀS ENTREVISTAS	57
8.2 APÊNDICE II- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	58

## 1. APRESENTAÇÃO

Antes de iniciar a graduação em Psicologia desejava cursar Pedagogia e me especializar na área de Psicopedagogia, tinha interesse em entender como ocorriam os processos de ensino e aprendizagem. Ao ingressar na faculdade entrei em contato com as matérias de Psicologia e Educação, com isso pude olhar de forma mais crítica para o ambiente escolar e o que antes não me saltava aos olhos, me chamou atenção. Realizei visitas de campo em uma escola localizada na cidade de Santos, me deparei com demandas por parte da escola para atender estudantes “laudados”. Além disso, conversando com alguns estudantes do local, o que ressoou das suas falas foi que a escola não fazia sentido: ali era chato, sem atrativo, era uma obrigação estar lá; além disso, alguns já estavam inseridos no mercado de trabalho, tinham que dividir seu tempo entre estudar e trabalhar.

Antes de realizar essas visitas na escola, me aproximei da temática da Medicalização. Durante a apresentação do módulo Trabalho de Conclusão de Curso I da Universidade Federal de São Paulo a Profa. Dr<sup>a</sup> Jaqueline Kalmus mencionou o trabalho de mestrado “*O uso de Cloridrato de Metilfenidato em unidade infantil da rede pública de Santos: remediando ou desmedida?*” (SILVA, 2014), cuja pesquisa apontou para a progressiva substituição da prescrição do fármaco Cloridrato de Metilfenidato, popularmente conhecido como *ritalina*, por Risperidona (antipsicótico atípico) para crianças diagnosticadas com Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). O dado me causou espanto, uma vez que a Risperidona é um medicamento utilizado para o tratamento de transtornos psicóticos. Ao ler o trabalho de Mestrado pude me apropriar de outras questões; dentre elas, em uma das falas de uma das entrevistas realizada pela pesquisadora, o entrevistado utilizou o termo “bola de chumbo”<sup>1</sup> ao se referir a prescrição do Risperidona para crianças diagnosticadas com TDAH.

Fiquei me questionando o que aquilo significaria, quais eram os interesses que estariam por trás da prescrição desses fármacos e se a prescrição de “bolas de chumbo” para as crianças e adolescentes seria realmente necessária. Lembro-me do relato de uma colega que compartilhou em sala que foi diagnosticada com TDAH quando era criança e se recorda que na época se considerava incapaz de realizar qualquer atividade sem o uso da droga.

---

<sup>1</sup> Dissertação de Mestrado: “O uso de Cloridrato de Metilfenidato em unidade infantil da rede pública de Santos: remediando ou desmedida?” (SILVA, 2014)

Também tive a oportunidade de participar de seminário sobre medicalização<sup>2</sup> promovido pelo “Fórum sobre Medicalização da Educação e Sociedade”, realizado em Junho de 2019 na UNIFESP Baixada Santista, e dentro dos debates saltaram bastante as diferenças entre as estruturas escolares entre escolas públicas; novamente me questioneei: se uma das formas de encaminhamento de crianças e adolescentes para avaliação médica é via queixa escolar, até que parte o problema de comportamento ou de aprendizagem é somente responsabilidade da criança ou adolescente? Diante desses questionamentos e sob a orientação da profa Dra<sup>a</sup> Jaqueline Kalmus pude iniciar os estudos no campo da Medicalização, temática que explora de forma crítica a tendência à patologização da vida e a redução de fenômenos sociais, culturais e históricos a problemas de ordem biológica (COLLARES & MOÝSES, 2010).

Este trabalho foi organizado da seguinte forma: a introdução traz uma perspectiva histórica do TDAH, além de informações técnicas do medicamento indicado para tratamento do transtorno, também, articulações de teorias críticas acerca do assunto, contextualização do fenômeno de medicalização de crianças e adolescentes e suas implicações. Nos objetivos foi explicitado o objetivo principal: entender qual a perspectiva dos trabalhadores acerca do fenômeno de medicalização, além de, aproximar-se do cotidiano de trabalho dos entrevistados, investigar quais tipos de articulações intersetoriais ocorrem nos serviços, formas de encaminhamentos e informações sobre a dispensa de medicamentos e substituição de metilfenidato por Risperidona. Na metodologia foi descrito a forma de condução da pesquisa, as adequações feitas devido a situação pandêmica, além de uma pequena discussão sobre o olhar da pesquisadora para a pesquisa, também de que forma foi escolhido os entrevistados e quais foram as observações realizadas a partir da condução das entrevistas. As análises se desdobrou em seis partes: “Concepções acerca do TDAH”; “Escolas”, “Infâncias”; “Medicalização de crianças e adolescentes”; “Medicamentização” e “A construção da equipe multidisciplinar”. Cada um deles com recortes de falas dos entrevistados, discussão e articulações teóricas. Por fim, nas considerações finais, contém uma pequena discussão, olhando para os objetivos da pesquisa e as construções feitas a partir dos materiais analisados, ademais, os limites da pesquisa e quais questões ficaram para estudos posteriores.

---

<sup>2</sup> Seminário: Medicalização da Educação e da vida: enfrentamentos e resistência na luta pela existência.

## 2. INTRODUÇÃO

Segundo Patto (1996) os primeiros especialistas a se ocuparem com os problemas de aprendizagem escolar foram os médicos. Ao final do século XIX e início do século XX houve um grande desenvolvimento das ciências biológicas principalmente da psiquiatria; junto a isso uma intensificação de estudos na neurologia, neurofisiologia e neuropsiquiatria. Ademais, nesse período houve rígidas classificações das “anormalidades”, quando os problemas de aprendizagem escolar começaram aparecer, já havia um espaço “especial” para atender os considerados na época como “duros da cabeça” ou idiotas, que antes disso, eram tratados como loucos. A criação dessa nova categoria facilitou a introdução da noção de anormalidade dos hospitais nas escolas. Desta forma, aquelas crianças que não conseguiam acompanhar o progresso dos demais colegas passaram a ser vistas como *anormais escolares*, cuja origem de tal fracasso estaria em alguma disfunção ou anormalidade orgânica.

No decorrer dos séculos XIX e XX, as dificuldades escolares passaram a ser atribuídas a causas orgânicas, o caráter diagnóstico emerge na tentativa de contornar os fracassos nas intervenções pedagógicas e os olhares se voltam para os comportamentos infantis de desatenção, hiperatividade e impulsividade. Desta forma, os “desvios” comportamentais são tratados como transtornos neurológicos, passando a ser necessário a intervenção médica e medicamentosa (CALIMAN, 2010; BELTRAME et al, 2019).

O que hoje se conhece por Transtorno de Déficit de Atenção, no decorrer dos séculos XIX e XX foi nomeado por “Lesão Cerebral Mínima” e “Síndrome Hiperkinética”. Na história da Psiquiatria Infantil houve várias tentativas de localizar a origem dos tidos como “desvios comportamentais” apresentados por crianças e adolescentes (CALIMAN, 2010). Considerando que a primeira edição *Manual Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais (DSM)*, lançado pela Associação Psiquiátrica Americana (APA) em 1952, esteve sob forte influência da indústria farmacêutica e a cada em lançamento de uma nova edição houve o aumento e/ou retirada de categorias diagnósticas, fica claro que o fenômeno de medicalização está presente desde o nascimento da Psiquiatria Infantil e por isso a necessidade de um olhar mais histórico e contextual para as modificações ocorridas nos critérios diagnósticos de crianças e adolescentes.

De acordo com o psicanalista, historiador e psiquiatra Paul Bercherie (2001), na primeira metade do século XIX o médico francês Philippe Pinel descreveu quatro subcategorias de comportamentos infantis que, quando comparado com o comportamento infantil esperado, destoava em relação ao padrão tido como normal. Esses eram descritos

como: “idiotia”, “demência”, “mania” e “melancolia”. O tratamento moral foi proposto para o tratamento das crianças diagnosticadas por essas categorias, menos para aquelas a que se atribuía “idiotia”, que era considerado um defeito ou interrupção do desenvolvimento, não sendo passíveis de tratamento (BERCHERIE, 2010, *apud* LIMA, 2016).

Caliman (2010) descreveu o quadro de idiotia ou o imbecil moral como comportamentos desviantes dos padrões de desenvolvimento cognitivo e moral em relação à noção de normalidade presente na época. Aos poucos essas manifestações foram convertidas de transtorno de hiperatividade e transtorno neurológico. Ainda segundo a autora, a primeira definição do quadro de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) foi realizada por George Still, pediatra inglês, em um estudo apresentado à *Royal Society of Medicine* em 1902. Still considerou que o TDAH era um déficit de controle moral, que era manifestado em crianças que tinham dificuldades em seguir regras; ele acrescentou em suas descrições a falta de atenção, porém destacou a hiperatividade e impulsividade, colocando essas duas características como pontos centrais para a presença do problema moral.

Eidt (2010) descreve em sua resenha sobre o livro “Hiperatividade, higiene mental e psicotrópicos: enigmas da caixa de pandora”, de Boarini, M. L. & Borges, R. F. (2009), uma epidemia de encefalite letárgica nos Estados Unidos em 1819, e os comportamentos desatentos e hiperativos apresentados pelas vítimas da epidemia foram entendidos pela Medicina da época como consequência de possíveis lesões no Sistema Nervoso Central, ocasionadas pela doença. A partir desse pensamento, foi generalizado a lógica de pensamento que todas as crianças que apresentavam comportamento desatento e hiperativo possivelmente teriam alguma lesão cerebral.

Collares & Moyses (2010) mencionam que o neurologista americano Strauss especulou sobre a existência de uma suposta Lesão Cerebral Mínima que, apesar de não comprometer funções neurológicas, poderia interferir no comportamento e nos processos de aprendizagem. Strauss não teve sua hipótese reconhecida e nem aceita no meio científico e, mesmo obtendo pouca visibilidade na época em que foi formulada, sua hipótese já indicou a tentativa de biologização do comportamento.

Para Caliman (2010), as descrições do quadro disfunção cerebral mínima ou desordem orgânica do comportamento eram diagnósticos totalmente imprecisos e abrangentes antes da publicação do DSM III (1980). Após a publicação do manual, foi incluído com transtorno nas descrições psiquiátricas e passou-se a olhar tanto para excesso de impulsos como para a sua incapacidade de contê-los.

Em 1950, surge o conceito de “síndrome hipercinética”, juntamente ao pensamento de que o tratamento da síndrome deveria ser a base de medicamentos e a comprovação de eficácia do tratamento era pautado na observação empírica de mudança de comportamentos, contado a partir da administração da droga (EIDT, 2010).

A relação entre o TDAH e o ambiente escolar é bem evidenciado dentro da própria descrição do transtorno, presente no DSM-V: afirma-se que os sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade são manifestos principalmente no ambiente escolar (CALIMAN, 2010).

Existem dois conjuntos de classificação diagnósticas que são usadas para o diagnóstico do TDAH, a *Classificação Internacional de Doenças*, 10ª Revisão (CID-10) revisado em 2000 e revisado em 2004, e o *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (5ª Edição) DSM-V publicado em 2014.

Segundo Cruz et al (2016), o DSM, dentre as suas cinco edições, (de 1952 a 2011) descreveu 103 transtornos na primeira edição e na quinta atingiu 300 categorias diagnósticas descritas. Dessa forma, o uso de psicotrópicos na infância é cada vez mais frequente e naturalizado, expandindo ainda mais a especulação e disseminação de novos transtornos.

Collares & Moyses (2010), descrevem que a constante tentativa social de estabelecimento de comportamentos “normais” e eliminação de comportamentos tidos como “desviantes” são os eixos centrais para o entendimento do fenômeno de medicalização e como a aceitação desse fenômeno está relacionado à questão de aceitação social e do anseio de uma padronização da expressão dos comportamentos.

Cerca de 8% a 12% de crianças no mundo são diagnosticadas com Transtorno de Déficit de Atenção (TDAH);, em relação às estimativas no Brasil, foram encontrados dados destoantes que variam de 0,9% a 26,8% de prevalência entre crianças e adolescentes. O TDAH é considerado um dos transtornos neurológicos do comportamento cujo diagnóstico é fundamentalmente clínico, isto é, baseado na observação direta da criança e na sua descrição por terceiros, a fim de pontuar se ela se adequa ou não aos critérios diagnósticos presentes do DSM-V ou CID-10 (Rohde et al., 2000 ; ANVISA, 2012).

O principal medicamento indicado para tratamento do TDAH é o Cloridrato de Metilfenidato, popularmente conhecido como *Ritalina*. A comercialização desse medicamento foi liberada em 1998; quatro anos mais tarde, aparece uma variante com nome comercial de *Concerta* ., Passados menos de 22 anos, o Brasil registra dados preocupantes do uso do Metilfenidato (Rohde et al., 2000 ; Domitrovic & Caliman, 2017).



Inicialmente o Metilfenidato não era destinado para o tratamento de crianças com distúrbios de comportamento, pois a sua invenção não foi decorrente de pesquisas focadas no tratamento de uma patologia específica, não está demarcado por completo os seus mecanismos de ação, seus diversos usos e suas indicações, que vêm sendo descobertos ao longo do tempo (Domitrovic & Caliman, 2017).

Segundo Calazans et al. (2012), entre os anos de 2000 e 2004 houve o aumento de 1.020% de vendas de caixas de metilfenidato. Já no intervalo de 2004 a 2008 o aumento foi de 930%. Os números alarmantes do uso desse medicamento foi pontuado em boletim pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) no ano de 2012, no qual apresentou o aumento de 27,8% para caixas de remédios por mil habitantes com idade entre 6 a 59 anos a 74,9% doses diárias desse medicamento para crianças e adolescentes com idade entre 6 e 16 anos entre 2009 e 2011 (ANVISA, 2012).

Estudos apontam que consumo de metilfenidato por crianças pode criar uma predisposição para dependência de outras substâncias psicoativas, por outro lado, algumas pesquisas negam essa hipótese (MOYSÉS e COLLARES, 2010).

Diante desse cenário, a droga foi padronizada em 2008 pela Comissão de Padronização de Medicamentos (CPM) concedido pela Secretaria de Municipal de Santos, oficialmente constituída pela portaria nº 004/2006, conforme a Portaria nº 344 de maio de 1998. Desta forma, o metilfenidato entrou na lista A3 (substância psicotrópica), cuja a receita está sujeita a notificação de receita A, ou seja, a notificação de receita deve ser obrigatoriamente feita por profissional devidamente inscrito no Conselho Regional de Medicina, de Medicina Veterinária ou de Odontologia, e receita possui validade de trinta dias a partir da data de emissão, sendo válida em todo território nacional. As substâncias sujeitas a controle especial são aquelas que possuem ação no sistema nervoso central e são capazes de causar dependência física ou psíquica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998 ; ANVISA, 2015).

O estudo realizado por Carlini et al (2003) contou com as respostas de 892 médicos, entre eles 463 neurologistas e 411 psiquiatras a um questionário sobre a prescrição do metilfenidato para o Transtorno do Déficit de Atenção e hiperatividade (TDAH). Um dos resultados desse estudo foi que mais da metade dos médicos entrevistados (351 = 57,4%) consideraram que a classificação metilfenidato com exigência de notificação de receita A (amarelo) é inadequada, 152 (24,8%) deixaram a resposta em branco e apenas 109 (17,8%) dos médicos afirmaram a importância do controle e da distribuição dessa droga. Dentre as respostas dos médicos contrários ao controle de prescrição do metilfenidato, os argumentos utilizados foram que esse tipo de receita gera preconceitos em relação à condição dos

pacientes e causa medo em seus parentes. Além disso, relataram que a classificação do medicamento dificulta sua prescrição, diminuindo a disponibilidade da droga nas farmácias e dificultando o trabalho dos profissionais. Por fim, afirmam que torna a adesão ao tratamento menos eficaz devido aos entraves burocráticos de acesso ao medicamento, fazendo com que o metilfenidato se torne a segunda opção para o tratamento de TDAH.

Silva (2014), em sua dissertação de mestrado, entrevistou a equipe multiprofissional do Centro de Valorização da Criança localizado na cidade de Santos, após a revisão dos prontuários de 44 crianças com idade de 6 a 11 anos. Sua pesquisa aponta para o fato de que, progressivamente, está ocorrendo a substituição de prescrição do Cloridrato de Metilfenidato por Risperidona, um antipsicótico atípico geralmente utilizado para tratamento de Esquizofrenia e Transtorno do Espectro Autismo.

Vivemos em uma sociedade desigual, na qual a manutenção dessa desigualdade se dá por meio de um discurso que tenta justificar as diferenças entre os indivíduos a partir de um padrão rígido e único de normalidade. A essência desse discurso está em naturalizar as desigualdades socialmente produzidas e considerar que a sua origem está exclusivamente em cada indivíduo. Ao aplicar essa concepção à escola, deparamos com justificativas que condicionam a não aprendizagem a incapacidade da criança e adolescente de aprender (Garrido & Moysés, 2010).

Segundo Collares & Moysés (2010) a biologização das questões sociais isenta a responsabilidade de todo o sistema social, na escola essa prática ocorre de forma a associar o fracasso escolar com a presença de doenças nas crianças. Deslocando a discussão política pedagógica para causas e soluções médicas e inacessíveis à Educação.

Segundo Brasil e Belisário Filho (2000), além de psicoestimulantes também antidepressivos e antipsicóticos vêm sendo prescritos para o público infanto-juvenil. Estudos recentes apontam para a substituição na prescrição de drogas para o TDAH, principalmente a prescrição de antipsicóticos, em especial, Risperidona (Silva, 2014; Cruz et al., 2016).

Diante desses dados, baseando-se nas pesquisas realizadas por Carlini et al (2003) e Silva (2014), o presente estudo busca entender como os profissionais atuantes na área da saúde da cidade de Santos percebem o fenômeno da medicalização em crianças e adolescentes, além de traçar possíveis hipóteses, junto a eles, sobre os interesses que atravessam a mudança na prescrição da droga referência para o tratamento do TDAH.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. GERAL**

Essa pesquisa tem por objetivo entender como os trabalhadores da Rede de Atenção Psicossocial da Baixada Santista percebem o fenômeno da medicalização de crianças e adolescentes, em especial com relação ao diagnóstico de TDAH.

#### **3.2. ESPECÍFICOS**

- Entender se no cotidiano dos trabalhadores entrevistados atendem crianças com diagnóstico de TDAH e/ou outros diagnósticos;
- Saber como esses diagnósticos são feitos e de quem surge a demanda por estes diagnósticos;
- Investigar a existência de redes intersetoriais e de que forma é estabelecido o contato entre serviços de saúde e escola.

#### 4. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa baseada em entrevistas semi-estruturadas. Em decorrência da Pandemia de Covid-19 foi necessário fazer adequações nos processos de condução da pesquisa, principalmente em relação à condução das entrevistas. Seguindo a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS), que entende que como medida primordial ao combate ao Coronavírus o isolamento social, foram realizadas quatro entrevistas via videochamadas com um aplicativo que permita a gravação dos áudios das entrevistas durante todo o período da Pandemia de Covid-19. Foram escolhidos, inicialmente, entrevistados que eu já tive um contato anterior a pesquisa, seja em aulas da graduação ou em eventos acadêmicos. Os demais foram escolhidos de acordo com a proximidade com o tema e por indicação interna de um dos entrevistados.

Segundo Minayo (2014) a entrevista é uma conversa a dois ou entre vários interlocutores com o objetivo de obter e construir informações pertinentes para um objetivo de pesquisa, a abordagem do entrevistador deve abarcar temas pertinentes ao objetivo da pesquisa. Em relação às entrevistas semi-estruturadas, foi preparado um roteiro prévio para a condução das entrevistas com eixos temáticos que consistiam nos temas: medicalização, critérios diagnósticos, TDAH, intervenção medicamentosa e quais tipos de encaminhamentos mais frequentes aos serviços de saúde e quais são as principais motivações dos encaminhamentos.

Para a condução das entrevistas busquei criar contextos interpretativos para os entrevistados, de forma a ativar seus diversos repertórios, esse nome do procedimento se chama *entrevistas confrontativas* (OLIVEIRA, 1997 *apud* POTTER & WETHERELL, 1987; EDWARDS & POTTER, 1992; POTTER & MULKAY, 1985). Os temas, citados acima, serviram como um norteador das entrevistas, porém o que foi priorizado foi os temas emergentes trazidos pelos entrevistados. Ademais, durante as entrevistas foi exposto dados, leituras, hipóteses que foram construídas ao decorrer dos estudos sobre a temática medicalização, também, realizado uma interlocução entre os entrevistados, preservando o sigilo dos participantes, para que a construção do material de pesquisa se moldasse de forma transversal, ou seja, que abarcasse o máximo de informações considerando as falas de todos

os sujeitos envolvidos na pesquisa. A única entrevista que não foi possível fazer a interlocução entre os sujeitos de pesquisa foi a que realizei com o primeiro profissional de saúde, devido a inexistência de um entrevistado anterior.

Para a análise dos conteúdos das entrevista semi-estruturadas foi feito inicialmente a escuta e transcrição das entrevistas, após isso, como primeira etapa da análise fiz a pré-análise: que consiste na *leitura flutuante* dos conteúdos das entrevistas, anotando a partir do reencontro com o material as hipóteses formuladas ao lado do texto. Na segunda etapa: a partir dos trechos já destacados e feito a *exploração do material* classificando e separação dos recortes temáticos para sistematização em uma tabela. Por fim, com todo esse material bruto sistematizado foi o *tratamento dos resultados obtidos e interpretação* e a articulação das reflexões feitas a partir dos materiais e referenciais teóricos estudados (MINAYO, 2014).

Todos os cuidados éticos foram tomados, todos os voluntários da pesquisa tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido<sup>3</sup> e foi assegurado o sigilo dos entrevistados. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (CAAE: 32477220.00000.5505).

Devido a rede de profissionais da Baixada Santista ter um número reduzido de algumas das categorias profissionais dos participantes da pesquisa, foi necessário um especial cuidado para evitar a identificação dos mesmos; assim, optamos por fazer uma descrição geral de suas profissões e algumas de suas características gerais.

#### **4.1 UMA PESQUISADORA PODE SE AFETAR PELA SUA PESQUISA?**

*(...) eles falavam assim, que pesquisador não pode, como não pode? Eu quero entender como o pesquisador não se envolve com a pesquisa dele, só se o pesquisador usar Ritalina e tomar Risperidona junto, associada, sabe (risos)? (Entrevista 2)*

Dei início a pesquisa com uma preocupação bem real, o uso associado de Metilfenidato e Risperidona em crianças diagnosticadas com TDAH, estudando mais sobre a temática “medicalização” percebi a complexidade do tema e os interesses políticos e econômicos que estão em jogo. E fui afetada, como futura profissional da área da saúde e futura Psicóloga me afetei com cada entrevista que realizei, todas elas trouxeram retratos de vidas e de famílias que também são afetadas, ouvi profissionais que se afetam todos os dias no seu dia a dia de trabalho. Como não me afetar?

---

<sup>3</sup> Vide (Apêndice II).

Escrevo este trabalho com uma inquietação que me surgiu durante a graduação de Psicologia, que me perseguiu até o estágio curricular no qual dei início à atendimentos clínicos individuais a trabalhadores adoecidos, qual seja o peso do diagnóstico na vida das pessoas. Não estou aqui para invalidar toda a categorização diagnóstica vigente, mas para mostrar que existem muitos equívocos. Equívocos que se mostram quando alguém se autointitula como "depressivo", usam a expressão “síndrome do pânico”, “TDAH”, “Autista” ao se referirem às suas vidas. Se enganem aqueles que acham que a descrição posta em um prontuário médico, não possui efeitos sobre a subjetividade do “laudado”. Espero que com a minha inquietação eu possa provocar a inquietação a todos que leem este trabalho...

## **4.2 A ESCOLHA DOS SUJEITOS DA PESQUISA**

A pesquisa foi realizada com profissionais da rede pública da Baixada Santista, o que trouxe preocupações éticas à pesquisa, já que na rede há um número pequeno de categorias profissionais entrevistadas. Além disso, em algumas entrevistas há denúncias que dialogam com questões éticas e políticas. Levando isso em consideração, optei por não identificar nenhum dos profissionais entrevistados, fazendo apenas uma descrição geral. Durante o encontro com os trabalhadores que se dispuseram a pensar sobre seus trabalhos e o impacto das suas práticas na vida de crianças e adolescentes. Essas marcas não se restringem ao diagnóstico descrito em seus prontuários, mas ressoam nas relações dessas pessoas com a escola, a família e a sociedade no geral; dizem respeito ao lugar que essa pessoa pode ocupar e do que ela pode acreditar ser capaz ou não.

## **4.3 OBSERVAÇÕES GERAIS SOBRE A EXPERIÊNCIA DE CONDUÇÃO DAS ENTREVISTAS E DOS ENTREVISTADOS**

Devido ao modo que foi conduzida as entrevistas, por conta das restrições impostas de isolamento social devido a Pandemia de Covid-19 que atinge o mundo desde o ano de 2020, realizei todas as entrevistas por vídeo-chamada e não tive como avaliar por completo a linguagem não verbal dos entrevistados. Alguns se faziam presentes a sua corporeidade por meio da entonação da voz, o mover das mãos ou pela forma pela qual iam conduzindo os assuntos levantados e os questionamentos construídos ali no encontro virtual, cada um da sua maneira.

Foram entrevistados quatro profissionais da saúde atuantes na rede pública da Baixada Santista, sendo dois homens e duas mulheres. Suas profissões eram as seguintes: psiquiatria

(dois), psicologia e farmácia. Quanto aos locais de atuação, temos distintos serviços de saúde mental infanto-juvenil ou de adultos e Unidade Básica de Saúde, sendo que uma das pessoas entrevistadas também atende em consultório particular. Aliás, nos chamou atenção que três dos entrevistados trabalham em mais de um serviço de saúde.

Todos os entrevistados atuaram em mais de uma área dentro do seu percurso profissional e possuem mais de cinco anos de experiência na sua área de conhecimento. Os participantes se fizeram muito presentes em nossos encontros virtuais, construindo questões e compartilhando experiências de trabalho comigo. Além disso, se colocaram de forma crítica ao olhar a sua própria prática profissional, mesmo um dos participantes se atendo a sua área de conhecimento pode refletir e questionar postulados científicos da sua profissão.

## 5. ANÁLISE

### 5.1 CONCEPÇÕES ACERCA DO TDAH

*Eu posso falar para você de transtorno mental do ponto de vista médico científico, eu vou te falar tudo aquilo que você ouviu na aula, de receptores, de neurotransmissores, de áreas do cérebro relacionadas, mas precisa ir um pouquinho mais além, não dá nem para dizer se uma coisa causa a outra ou é a outra que causa outra. (Entrevista 2)*

Os avanços no campo da pesquisa científica e genética e a possibilidade de estudar o cérebro mais a fundo. A partir de 1980 as neurociências permitiram a fusão do social, cerebral e mental. Esse campo trás à luz uma mudança: as doenças neurológicas e doenças mentais passam a ser suscetíveis a serem abordadas como a mesma doença. A possibilidade de “ver o cérebro em ação” graças às técnicas de neuroimagem e às novas técnicas de biologia molecular, trouxe esperanças para o tratamento das patologias mentais (EHRENBERG, 2009).

Nota-se que as concepções do TDAH assumem dimensões distintas de acordo com o olhar do trabalhador. Na entrevista 4 o discurso foi no sentido da dimensão biológica do transtorno, porém, é colocado junto a isso a crítica dos excessos de diagnósticos de TDAH, assim como na entrevista 1. Nas demais entrevistas relacionam o TDAH como um transtorno que não deve ser desvinculado ao contexto que a criança vive, já na entrevista 4, fala-se da patologização dos comportamentos infantis. Na entrevista 1, ao se referir ao diagnóstico é colocado no mesmo plano o conceito de transtorno e doença, ambos remetem ao saber médico.

*É.. então assim.. a minha concepção o meu entendimento a respeito do TDAH, é de que muito raramente a gente pode afirmar que uma criança tem esse quadro, muito raramente. (Entrevista 1)*

*(...) a minha visão a respeito do termo TDAH ou de uma doença, porque a gente está falando de um conceito médico. Quando a gente fala do TDAH, quando a gente fala de hiperatividade essa coisa todo desse conceito, ele muitas vezes ele está alienado de um contexto todo que essa criança está vivendo e essa é uma coisa que precisa ser levada em consideração quando a gente faz análise, por exemplo, de uma criança ou de uma família que precisa de ajuda, por conta do comportamento de uma criança. (Entrevista 1)*

*No caso do TDAH, por exemplo, eu acho que o principal diagnóstico diferencial do TDAH é uma infância normal, é ser criança. (Entrevista 3)*



*O que eu acredito hoje tem bastante estudo, bastante pesquisa principalmente de neuroimagem sobre o TDAH e ele existe, mas ele existe numa proporção muito menor que as pessoas gostariam (Risó). (Entrevista 4)*

O DSM-V (Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais quinta edição) é posto como uma ferramenta que pode levantar dúvidas na hora dos diagnósticos, eles destacam a necessidade de articular os comportamentos ao contexto que a criança está inserida e não somente seguir as categorias diagnósticas do DSM-V.

*Os elementos são: aquela criança que é muito impulsiva, que não termina... Que não consegue concluir as coisas não só na escola, se ela está fazendo um jogo ela não espera, ela atropela os outros, ela não espera os outros terminar ela já muda de atividade rapidamente porque ela não se prende ali, é lógico se é TDAH eles estão jogando videogame eles ficam jogando horas, mas se vai vendo que na maioria das coisas a criança não desenrola e entrega as coisas sem terminar, tem criança que você entra na sala fica um tempo e você consegue perceber muita coisa, com o que a escola fala como o que a família trás. Esses casos que ficam muito claros são muito poucos. (Entrevista 4)*

*Mas é bastante comum você perceber isso e muitas vezes, assim, eu tive no começo quando eu comecei a trabalhar eu fiz muito isso, demora um pouco para você começar ter um feeling, porque de fato esses Manuais, muita gente pensa, mas não é, não é um checklist, que você vai lá isso, isso e isso, então é um transtorno depressivo, por exemplo. Você precisa ter seu jogo de cintura, ter um pouco de bom senso, isso é o “x” da questão mesmo, (...) (Entrevista 2)*

*(...) muitas vezes é claro que esses manuais que orientam o diagnóstico eles têm a sua importância porque de alguma forma a categorização ela te ajuda a orientar o tratamento seja ele medicamentoso ou não, mas isso nunca está dissociado da vivência da pessoa, das coisas que acontecem na vida, no dia a dia, então muita gente. (Entrevista 2)*

A categoria de transtornos do neurodesenvolvimento, descrita no DSM-V, abarca condições que aparecem no início do desenvolvimento, essas condições podem se manifestar antes da criança ingressar na escola, sendo caracterizado por déficits no desenvolvimento que podem acarretar prejuízos no funcionamento pessoal, social, acadêmico ou profissional. Nesta categoria se incluem o Transtorno do Espectro Autista (TEA) e o TDAH, sendo este último destacado como transtorno específico de aprendizagem (APA, 2014).

Estudiosos alertam sobre as inconsistências e deficiências dos manuais diagnósticos, apesar disso eles continuam sendo amplamente usados. Ademais, as definições dos transtornos mentais são categorizados de modo a responder de forma pragmática, clínica ou científica, sendo retirado a dimensão da natureza patológica ou do sintoma ou fundamentações filosóficas ou antropológicas de determinada definição (MALDONADO et al., 2011 *apud* MARTINHAGO & CAPONI, 2019); (DALGALARRONDO, 20000 *apud* MARTINHAGO & CAPONI, 2019).

Nas entrevistas é apontado as fragilidades presentes nos manuais, que na prática clínica se torna insuficiente e até mesmo perigoso, por se tratar da possibilidade de levar a erros de diagnósticos.

## 5.2 A ESCOLAS<sup>4</sup>

*(...) porque a gente vê que a própria escola, por exemplo: aquela criança que não para, que às vezes é um pouco mais difícil do que as outras, ali no processo da aprendizagem, eles já querem colocar que esse é o problema da criança, o TDAH. (Entrevista 4)*

Patto, em pesquisa realizada no final dos anos 1990, pontua que os médicos ocupam um papel central diante da demanda escolar. Passados mais de 30 anos, nossa pesquisa verificou que essa centralidade permanece: uma das entrevistas destaca a exigência por parte da escola de um diagnóstico médico de um de seus alunos encaminhados ao serviço, inclusive considerando insuficiente o trabalho de acolhimento realizado pela equipe multidisciplinar:

*(...) a escola pede muito essa questão do psiquiatra, do médico, quando tem que responder, geralmente, para escola. Às vezes a equipe também responde, mas não é uma coisa muito levada em consideração, acaba que esperam que o médico responda. (Entrevista 4)*

De acordo com as falas de alguns entrevistados, a escola ocupa um papel importante no encaminhamento de crianças e jovens com dificuldades de aprendizagem para os serviços de saúde. Os encaminhamentos para “fora da escola” daqueles alunos que apresentam algum problema de escolarização, apontam para uma dinâmica individualizante e reducionista, na medida em que reduzem a complexidade dos problemas escolares a questões orgânicas, o que mostra um funcionamento que perpetua uma lógica medicalizante.

*(...) As escolas são uma via de encaminhamento muito importante para o CAPS infantojuvenil, então é muito comum, por exemplo, a gente receber o contato de uma escola ou mesmo do conselho tutelar ou de alguma família dizendo que uma criança é hiperativa (...) (Entrevista 1)*

*E no caso do TDAH eu fico muito assustada em ver o que acontece nas escolas, porque isso geralmente é uma demanda da escola, a maior parte é demanda da escola e é uma demanda, que eu acho que é isso que só imagina que aquilo pode ser um transtorno. (Entrevista 4)*

*Porque a gente vê que a própria escola, por exemplo: aquela criança que não para, que às vezes é um pouco mais difícil do que as outras ali no processo da aprendizagem eles já querem colocar que esse é o problema da criança, o TDAH. (Entrevista 4)*

---

<sup>4</sup> O termo "escola" é empregado no plural por considerar justamente as diversas formas de infâncias descritas e discutidas pelos entrevistados.

*Então eu diria para você que existem situações, por exemplo, em que as crianças agitadas precisam de cuidado e de práticas que as ajudem a conviver melhor, mas assim na imensa maioria das vezes o problema não é identificado individualmente [inaudível]). Na maioria das vezes há uma série de fatores que concorrem para que a criança fique muito agitada. (Entrevista 1)*

O psicanalista Mário Eduardo Costa Pereira, professor da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp alerta que as manifestações sintomáticas de uma criança não devem ser vistas de forma separada, como se ela fosse um organismo sem subjetividade. A vida de uma criança e adolescente se reflete na sua maneira de estar no mundo, possui vínculos profundos e estáveis com pessoas no seu meio e de convivência. Ademais, destaca: “Levar em conta os elementos que circundam a criança em cada momento de seu desenvolvimento é algo de que a psiquiatria não deve continuar a abrir mão” (PEREIRA, 2018, p.3 *apud* SORGE, 2020).

A entrevista fala sobre a dificuldade dos pais em fornecer apoio aos estudos dos filhos, colocando como exemplo um pai analfabeto que não teria condições para ensinar o filho por não ter tido acesso a educação formal, também fala sobre o período pandêmico e as dificuldades das crianças se adaptarem ao modelo de Ensino à distância (EaD):

*(...) Se você é um pai esclarecido que seu filho está alfabetizado, que você quer que ele leia que ele vai ter outras demandas, você vê que a dificuldade é maior. Começa a criar hipóteses “nossa será que tem alguma coisa errada com meu filho?”, “será que ele está com alguma dificuldade no comportamento?” Eu acho que às vezes isso tem de diferença na escola pública, todo mundo tem TDAH, todo mundo, e as famílias quando vêm com essa demanda (...) (Entrevista 4)*

*Por exemplo, agora na quarentena eu vejo que as crianças não se concentram para ficar assistindo aula numa mídia social e muitas não têm nem acesso. Então, essas crianças têm problemas de concentração? Não, elas não têm... Não é disso que se trata, ou às vezes o pai analfabeto ou um pouquinho alfabetizado tem que ajudar o filho agora, não consegue, então assim, para essa criança ela também vai piorar, a atenção, o contexto da família, a questão da impulsividade, da reatividade, você vê o jeito que o pai se relaciona com o filho, como as pessoas se relacionam, você não vai colocar certas coisas na conta de um transtorno. (Entrevista 4)*

É destacado que em todos os casos, a criança poderia apresentar comportamentos “disfuncionais” durante sua aprendizagem, e correria o risco de ser diagnosticada com TDAH. O discurso beira entre a culpabilização da família e a crítica a simplificação do jeito de olhar para as problemáticas de ensino aprendizagem. Patto (1993) em “*Das causas do fracasso escolar: um discurso fraturado*” fala sobre as contradições encontradas em pesquisas que procuravam explicar o fracasso escolar à características externas à escola e localizar no aluno e em seu ambiente familiar e cultural as suas causas.

Acerca disso, (Patto, 1997) descreve:

Como regra, o exame psicológico conclui pela presença de deficiências ou distúrbios mentais nos alunos encaminhados, prática que terá resultados diferentes em função da classe social a que pertencem: em se tratando de crianças da média e da alta burguesia, os procedimentos diagnósticos levarão a psicoterapias, terapias pedagógicas e orientação de pais que visam a adaptá-las a uma escola que realiza os seus interesses de classe; no caso de crianças das classes subalternas, ela termina com um laudo que, mais cedo ou mais tarde, justificará a exclusão da escola. Neste caso, a desigualdade e a exclusão são justificadas cientificamente (portanto, com pretensa isenção e objetividade) através de explicações que ignoram a sua dimensão política e se esgotam no plano das diferenças individuais de capacidade (PATTO, 1997, p. 1)

Em nossa pesquisa, a entrevista que afirma a diferença entre escolas públicas e privadas, se por um lado faz uma ultrageneralização desses tipos de escola, por outro lado aponta um jeito repetitivo em lidar com os problemas escolares e questiona a carência de auto reflexão por parte da escola em perceber que o problema não cessa apenas nos alunos:

*Tem paciente que eu dou risada! A família começa a falar e eu pergunto: “qual escola a criança estuda? Fala o nome da escola”. Quando falam, eu falo “óbvio, claro que seria essa escola!” Porque tem uma escola específica que você vê que a dificuldade é total da escola. Eles têm dificuldade total em conseguir fazer um processo de aprendizagem para esses alunos. A escola fala muito de transtorno de aprendizagem, mas ela não questiona a maneira que ela ensina às pessoas, o problema só é na pessoa que aprende. Se você tem uma escola, o esperado é que se as coisas estão sendo ensinadas de uma forma bacana, a grande maioria aprende; se você, na sua escola, a grande maioria não aprende, não se concentra, e está analfabeta, você realmente acha que essas crianças que estão com problema ? (Entrevista 4)*

Beltrame et al (2019) chama atenção para os encaminhamentos feitos para serviços de saúde e atendimento psicológico, destacando a lógica de querer resolver os problemas do contexto escolar fora do âmbito da escola. Isso faz com que quem não consegue se adequar ao ritmo escolar, aulas e conteúdos a serem aprendidos, se destaque por não apresentar o comportamento esperado, podendo ser taxado como portador de supostos transtornos abundantes nos manuais psiquiátricos. Segundo os autores:

As vicissitudes do processo de aprendizagem de crianças e adolescentes têm colocado diversos supostos transtornos como destaque no cenário atual. Com frequência, a dislexia, o TDAH, a disartria, a discalculia, a dislalia, a ecolalia e a agrafia vêm sendo utilizadas como justificativas para o fracasso escolar, no processo de escolarização. A transformação das dificuldades no processo de ensinar e aprender em transtornos são permeados por pressupostos organicistas, que tentam localizar no indivíduo a causa da não aprendizagem, reproduzindo formas de exclusão e silenciamentos, negligenciando a complexidade intrínseca aos processos de escolarização (LIMA & CAPONI, 2011; DECOTELLI et al., 2013; FIGUEIRA & CALIMAN, 2014 *apud* BELTRAME et al, 2019, p.3).

A individualização do problema escolar esteve muito presente nas falas dos entrevistados; alguns deles apontam para a rigidez do modelo escolar. Eles alertam para a falta

de atrativos da escola, para o controle dos corpos que a modelo escolar exerce e para a lógica excludente que se perpetua no âmbito escolar:

*O modelo escolar permanece, praticamente, o mesmo. É muito chato! Poxa eu não sei, eu escapei desse diagnóstico, eu lembro como eu era na minha infância, e eu escapei de ter esse diagnóstico. Mas, de repente, ele surge e ele explica o porquê aquela criança não consegue prestar atenção direito na aula, fica cutucando o colega do lado, manda bilhete para o outro. (Entrevista 3)*

*Isso muitas vezes envolve uma postura da escola, por exemplo, de regência sobre o comportamento e o corpo da criança, não de uma relação dialógica com a criança que contemple as necessidades inclusive de expressão do corpo da criança, entre outras questões (...) (Entrevista 1)*

Estudos recentes sobre as políticas educacionais apontam como o atual modelo neoliberal vem produzindo precarização no trabalho docente, como resultado, o modelo escolar se submeteu a uma lógica de mercado, houve um alinhamento entre empresa e escola, o objetivo da escola passa a ser formar profissionais qualificados para o mercado de trabalho. Desta forma, há formação de uma cultura performática que visa resultados, tem como fim a responsabilização dos alunos pelo seu fracasso, rigidez na estrutura escolar, cobrança por resultados e concorrência (PENTEADO & NETO, 2019, *apud* BALL et al., 2013; ENGUITA, 1991; MAUÉS, 2014; OLIVEIRA, 2012; TARDIF, 2013).

Em uma das falas dos entrevistados, foi apontado o desgaste mental sofrido pelos educadores, somado ao afastamento da ideia de carreira docente como uma forma de realização pessoal;

*Mas assim, você vê a escola os professores maioria deprimidos, afastados, desvalorizados...E também, infelizmente, eu penso assim: quem quer ser professor hoje no Brasil? Infelizmente, acabou sendo uma das coisas mais importantes, acaba na mão de quem não pode fazer outra coisa. Óbvio que tem as pessoas que querem ser professores, que são excelentes professores, mas acabou sendo uma carreira para muitas pessoas que não conseguiriam outras coisas, uma saída, numa das coisas que é uma das coisas mais importantes que existe. (Entrevista 4)*

Acerca do adoecimento docente, diversos estudos apontam para os quadros de adoecimento mental e físico dos docentes. São descritos: tensão muscular, dores de cabeça, dores nas costas, perda de voz, taquicardia, aumento de sudorese, tontura, fadiga, problemas de memória, irritabilidade excessiva, ansiedade, nervosismo, angústia, depressão, além de quadros de Síndrome de Burnout e doenças osteomusculares. Diante disso, o exercício da docência é apontado como atividade de alto risco à saúde (SOUZA, 2018; PENTEADO & NETO, 2019; SOUZA, 2018, *apud* FREITAS, 2007).

Uma das entrevistas fala, por exemplo, sobre a maneira pela qual foi implementada a política de Progressão Continuada e comenta sobre ser um acumulador de problemas de não aprendizagem nos anos consecutivos da passagem de ano.

*(...) porque, por exemplo, tem várias crianças que estão com problemas no processo de aprendizagem, o que é totalmente normal de acontecer. Só que aquilo não é visto, as crianças são passadas de ano compulsoriamente, então, um problema que começou pequeno vai se transformando em uma “bola de neve”. Que atenção que um analfabeto que está na sétima série vai ter em uma aula que ele não acompanha? (Entrevista 4)*

*Não tem um espaço que a criança entenda o porquê ela está ali, porque querem que ela faça parte das coisas. As pessoas também não olham para as crianças. Já me cansei de ter paciente com dezessete anos lá no Caps que não sabe ler, não sabe escrever e não tem retardo mental. A escola abre mão dessas pessoas e quer que a pessoa tenha um interesse, então é muito complicado. (Entrevista 4)*

A ideia de progressão continuada não é nova. Durante a Primeira República, em 1918, Sampaio Dória publicou uma carta aberta com o título “Contra o analfabetismo”, carta escrita no contexto de recém abolição da escravatura (1888) e da República Proclamada (1898), sendo um período de intensas mudanças políticas e sociais, também, período de movimento imigratório no Brasil. Com a carta Sampaio Dória manifestou o seu interesse em “ensinar bem e bastante a todos”, propôs resolver o problema do analfabetismo sem sobrecarregar os cofres públicos com a ampliação de vagas, para isso, seria necessário a implementação do sistema de Promoção Automática. No entanto, somente nos anos 1950 a discussão tomou força, época em que o Brasil caminhava para a sua industrialização, sob o fundo de uma Segunda Guerra Mundial e da declaração dos Direitos Humanos (VIÉGAS, 2008).

Vários expoentes nacionais publicaram trabalhos na Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos a favor e contra a proposta de Progressão Continuada, ideia que não nasceu no Brasil, mas foi importada dos Estados Unidos e da Inglaterra. Diversas recomendações foram discutidas, desde a questão da formação dos professores a questões de ampliação do acesso à educação, no entanto um dos pontos que ficaram evidentes foram de ordem financeira. A repetência de alunos foi apontada como um prejuízo financeiro, sendo um fator que retirava o acesso à educação básica em massa para crianças em idade escolar (VIÉGAS, 2008).

Segundo Antunha, destaca-se alguns pontos acerca da Progressão Continuada, tais como: maior número de vagas; melhor distribuição de alunos pelos anos escolares; diminuição da reprovação e evasão, porém pontua que as justificativas ordem econômica não coerentes:

Não nos parece que a adoção do sistema da promoção automática levaria a uma diminuição dos gastos com a educação. Pelo contrário, para que se possa chegar ao estabelecimento das condições que propiciem o abandono da reprovação, com as vantagens decorrentes, seria necessário que os governantes se apercebessem de que a educação, quando realmente eficiente, a par de ser um investimento altamente rendável, é cara, pois são necessárias aplicações maciças de verbas para construções, material escolar, salários etc. (ANTUNHA, 1962, p. 100 *apud* VIÉGAS, 2008).

Algumas escolas em São Paulo, na região da Lapa, foram testadas modelos experimentais para verificar a proposta da Progressão Continuada, porém, os resultados obtidos pelo modelo apontou que ainda havia falhas na propostas, apesar dos esforços exercidos pelo Grupo Experimental, que haviam reduzido alunos por classe, investido em formação docente compatível com a proposta, mudou os métodos de ensino, programas de avaliação, houve muitas dificuldades para sua concretização. No entanto, essas discussões acaloradas desapareceram durante a implantação da proposta de Progressão Continuada em toda rede escolar, não mais como modelo experimental, mas de forma definitiva, com respaldo legal, que por fim, foram desconsideradas (VIÉGAS, 2008).

O fim da reprovação a qualquer custo implicou em grandes prejuízos para alunos, não se tratava mais de uma exclusão sumária, agora ela ocorria de forma demorada e mais sutil. Em ambos os casos, a responsabilização por ela recairia no estudante (PATTO, 2005 *apud* VIÉGAS, 2015).

Tomamos aqui o exemplo da Progressão Continuada como política contraditória que tenta, de um lado enfrentar os problemas de escolarização, em especial a “pedagogia da repetência” (PATTO, 2000 *apud* RIBEIRO, 1991) de uma maneira que rompesse a lógica individualizante e medicalizante. Por outro lado, sobressaem os interesses financeiros e formas de implementação que até agravam a situação e acabam por responsabilizar ainda mais o aluno. Os efeitos disso são apontados por nossos entrevistados.

### 5.3 INFÂNCIAS<sup>5</sup>

*Eu acho que tem que levar em consideração, também, que as crianças de hoje, não são as crianças de ontem (...)* (Entrevista 3)

Cruz et al., (2005) afirmam que a infância não é uma abstração, mas uma construção discursiva que institui determinadas posições, no qual não envolve apenas a criança, envolve a

---

<sup>5</sup> O termo "infância" é empregado no plural por considerar justamente as diversas formas de infâncias descritas e discutidas pelos entrevistados.

família, os pais, as mães, as instituições escolares, entre outros, que institui determinados modos de ser e viver a infância e não outros.

Uma das entrevistas fala sobre os impactos das condições socioeconômicas no desenvolvimento infantil, usa como exemplo o desenvolvimento da fala e aquisição de vocabulário, que pode se restringir de acordo com a oferta de alimentos em seu meio familiar.

*Porque uma criança que fala um “baba” e ela é aplaudida, em cinco dias ela está falando “bababá”, uma criança que ela fala “baba” e não tem ninguém ali para ouvir e vê-la fazer nenhum progresso ou uma criança que está em uma família que ela pode falar “eu quero comer Danone, batata, arroz, feijão”, uma que está só tem arroz e feijão, até o vocabulário é restrito. (Entrevista 4)*

O desenvolvimento infantil, segundo a entrevista, ficaria prejudicado devido aos estímulos ambientais escassos. Acerca disso, Patto (1993) discute a chamada “Teoria da Carência Cultural”, que a partir dos anos setenta do século XX tentava explicar o fracasso escolar a partir das diferenças de ambiente cultural em que as as crianças ditas de classes “baixa” e “média” se desenvolviam. Baseada em pesquisas de modelo experimental, essa teoria descrevia o as supostas características físicas, sensoriais, perceptivo-motoras, cognitivas, intelectuais e emocionais de crianças de distintas classes sociais e concluía que a pobreza ambiental nas classes baixas produziria deficiências no desenvolvimento psicológico infantil que, portanto, seriam responsáveis pelas dificuldades de aprendizagem e de adaptação escolar.

Essas são pesquisas que centram as causas da não aprendizagem na suposta pobreza do meio que as crianças vivem, a partir de uma visão naturalizada de “meio ambiente” e possuindo um viés preconceituoso e medicalizante das situações de vida das crianças, culminando em um olhar que promove a individualização dos problemas de não aprendizagem.

De acordo com Piaget (1999), o desenvolvimento é um estado de equilíbrio progressiva, uma passagem de um estado de menor equilíbrio para um estado de equilíbrio superior. Cada estágio é caracterizado pela aparição de estruturas originais que se distinguem dos estágios anteriores, correspondem a condutas características momentâneas e secundárias que são modificadas em relação ao estágio anterior, em função da necessidade de melhor organização.

Nesse sentido, a criança tem um padrão de desenvolvimento mental esperado para cada estágio de desenvolvimento e seu desenvolvimento é impulsionado dentro das



dificuldades que ela encontra durante a passagem entre os estágios de desenvolvimento, assim, é possível que uma criança tenha o desenvolvimento mais impulsionado devido uma passagem mais estável de um estágio de desenvolvimento para outro, porém, não é somente isso que lhe garante um desenvolvimento mental satisfatório.

Piaget (1999) continua:

“ A criança, como o adulto, só executa alguma ação exterior ou mesmo internamente interior quando impulsionada por motivo e este se traduz sob a forma de uma necessidade (uma necessidade elementar ou um interesse, uma pergunta etc). p.16 ”

O desenvolvimento infantil não deve ser considerado um linha reta, ele vai se construindo a partir das necessidades e encontros da criança com o seu meio, não há uma garantia de um ambiente ideal para que isso se concretize de forma satisfatória, não há moldes, é um movimento que parte da criança de encontro com seu ambiente que lhe impõe novos desafios e adaptações, isto é, ao olhar para uma criança em desenvolvimento deve-se considerar que ela possui disposições afetivas que a guia durante o seu desenvolvimento mental, no sentido de sempre buscar um estado que a complete, dando-lhe mais equilíbrio em relação à fase anterior de desenvolvimento (PIAGET, 1999).

É importante notar que Piaget, biólogo de formação, (1999) partilha de uma visão que concebe a sociedade como um meio naturalizado. Segundo o autor, o desenvolvimento mental se daria “*em sua organização progressiva como uma adaptação sempre mais precisa à realidade*” (p. 14). Ainda assim, pode-se olhar para as suas contribuições em relação ao desenvolvimento infantil, mas considerando que o sujeito também modifica seu meio, o transforma e não apenas se adapta a ele.

Na fala da entrevista, ressoa a ideia de que a condição socioeconômica da família impactaria diretamente no desenvolvimento da criança. Não queremos menosprezar os determinantes sociais das condições de vida, mas questionar essa relação linear de causa e efeito que afirma que pobreza econômica é equivalente à pobreza de estímulos e isso leva à pobreza no desenvolvimento, acerca das diferenças que demarcam as infâncias Sarmiento (2005) afirma:

As condições sociais em que vivem as crianças são o principal fator de diversidade dentro do grupo geracional. As crianças são indivíduos com a sua especificidade biopsicológica: ao longo da sua infância percorrem diversos subgrupos etários e varia a sua capacidade de locomoção, de expressão, de autonomia de movimento e de ação etc. Mas as crianças são também seres sociais e, como tais, distribuem-se pelos diversos modos de estratificação social: a classe social, a etnia a que

pertencem, a raça, o gênero, a região do globo onde vivem. Os diferentes espaços estruturais diferenciam profundamente as crianças ( p.370).

Nas primeiras fases do desenvolvimento infantil, a criança se vê muito dependente do suporte dos adultos, porém através da experimentação da realidade a criança também se constitui como sujeito, ela é ativa e passiva nesse processo, passiva quando as exigências do ambiente são maiores sua fase de desenvolvimento e ativa ao definir gostos, na sua forma de brincar, nos seus gestos. Desta forma, a sua realidade psíquica não é algo moldável, ela se constitui a partir da experiência da criança como um sujeito em contato com o seu ambiente. (WINNICOTT, 1983).

Na entrevista abaixo é presente a ideia da criança como um “produto” que é moldado a partir dos pais e que demanda cuidados:

*Elas são um grande produto, ela precisa muito desse sujeito que cuide dela, que ajude ela ir significando a vida dela, ela tendo segurança, ela se desenvolvendo (...)* (Entrevista 4)

Segundo Piaget (1999) comparando a criança ao adulto fala-se de uma “pequena personalidade” para mostrar que a criança sabe o que quer e age, como os adultos, em função de um interesse definido, ela descobre o mundo de diferenças nas suas brincadeiras, ou no seu modo de raciocinar. Pode-se afirmar que a criança não é um “pequeno adulto”, mas tem em comum a eles, do ponto de vista funcional, a capacidade de inteligência que procura compreender e explicar, porém, os interesses variam de acordo com a fase de desenvolvimento.

A ideia de "infância" é discutida por Sarmiento (2005), o autor aponta que pelo menos até seus anos iniciais a criança é incapaz de viver sozinha, e isso impõe ela sob os cuidados dos adultos, essa imposição é regulada pela proteção jurídica que toma como base a vulnerabilidade constitutiva da criança. Para sociologia da infância, que vai contra o senso comum, no qual a idade se apresenta como um determinante da infância, a criança pertence sempre a uma categoria geracional, que vai além do grupo etário próprio, é um ator social, que pertence a uma classe social e a um gênero.

As falas dos entrevistados vão no sentido de demarcar as dificuldades enfrentadas pelas crianças que enfrentam em relação a condições socioeconômicas, estrutura familiar e condições de moradia.

*O pai não convivia com ele e no caminho que a gente foi, vivia assim numa situação que é bem característica de muitas famílias, assim de ter muitos parentes próximos, mas a mãe dos meninos viviam uma situação, por exemplo, de exclusão*

*até entre os próprios parentes que moravam como vizinhos deles e tudo mais, a gente recebeu esse menino, por exemplo, para se fazer uma avaliação, achamos um menino assim realmente muito, ele precisava de ajuda, era um garoto que tava sofrendo, pela condição que ele vivia e tudo mais e a condição de convivência dele na escola estava inviável, porque dada a agitação dele... (Entrevista 1)*

*Começo assim, na primeira consulta se foi uma gestação planejada, qual é o contexto dessa família, a escolaridade dos pais, o que eles fazem. Porque aí você vai entender. A criança é isso, se você não entender o contexto dela e assim, a maioria das vezes, a grande maioria das vezes as crianças não estão com problemas, as crianças estão ali. Às vezes com um comportamento que é disfuncional, mas que está disfuncional por conta de todo o entorno. (Entrevista 1)*

*(...) o pai trabalha o dia inteiro, a mãe também, a criança não tem esse espaço para ser criança, às vezes fica com a avó, muito escola naquela região a maioria, para você ver a situação o pai estava preso e isso ia me chocando, as condições da família, as condições da infra-estrutura da casa família e que a criança eram quem sofria as conseqüências vejam, o pai estava preso, a mãe drogada, o pai também, quem cuidava? A avó, uma avó coitada que já tinha problemas de saúde e cuidava de dois, três, quatro, seis netos... Num cubículo, de cortiço, sabe um espaço pequeno que as crianças estavam ali (...) (Entrevista 2)*

Vemos que, mesmo entre profissionais engajados, algumas ideias normativas a respeito das concepções de infância e de família se fazem presentes, o que mostra a força e a permanência dessas concepções na sociedade brasileira. Segundo Mello (1992):

Uma afirmativa muito comum na literatura especializada, educacional, psicológica ou sociológica, é que a migração rompe com a organização familiar, e que as camadas mais pobres das populações urbanas **padecem de uma desorganização familiar acentuada**. Segundo este raciocínio, haveria um modelo de organização familiar, com padrões muito claros de comportamento e ordem, e, a partir dele, uma escala, ao longo da qual estariam situadas as formas de desorganização mais ou menos severas. O modelo que preside esta formulação é o da família nuclear monogâmica, constituída pelos pais e filhos. O pai sustenta a casa e é o único vínculo com o mundo do trabalho. A mãe não trabalha, cuida da casa e dos filhos. Os adultos, em seus papéis respectivos, são exemplares. Ao pai trabalhador e preocupado com o bem-estar de sua família, alia-se a mãe, modelo de virtudes femininas. Juntos ocupam-se dos filhos que, bonitos e alegres, esperam confiantes a chegada do futuro, quando também serão pais, capazes de reproduzir aquilo que viveram. Esse é o modelo dominante de representação da família. Por mais alerta que o pesquisador esteja, ele traz consigo esse modelo para o que vai observar. E o caráter marcante dessa representação é o seu isolamento do social, da história. Mais ainda, é uma família sem conflitos. Ela existe num vazio social, isolada, imutável. Como modelo de relações humanas isentas de conflito, essa família parece um oásis de estabilidade num mundo perturbado e violento (MELLO, 1992, p. 126-127).

Cada família se molda à sua maneira, dentro das suas potências e fragilidades, o ambiente familiar não é um ambiente isento de conflitos, o peso de cada relação se transpõe ali no contato entre os membros familiares (MELLO, 1992).

A autora continua, a existência de modelos familiares não tomariam peso caso eles fossem considerados padrões e o que destoam deles, quebra da normalidade. A desorganização familiar é colocada como a única responsável pelo fracasso escolar e

adaptativo das crianças. Além de ser vista como fonte de violência e da marginalidade dos jovens (MELLO, 1992).

Beltrame et al., (2019) afirma a necessidade da compreensão de fatores macroestruturais para o entendimento da complexidade do fenômeno de medicalização na escola, pois ao reduzir o problema da não aprendizagem ao sujeito, exime todo o contexto social e político que constitui as legitimações e controvérsias a respeito dos ditos transtornos.

#### 5.4 MEDICALIZAÇÃO DAS INFÂNCIAS E ADOLESCÊNCIAS

*(...) eles faziam toda aquela hipótese de diagnóstico, sempre era a hipótese diagnóstica até chegar no diagnóstico levava um tempo, iam classificando a criança, rotulando a criança hiperativa, com esse transtorno e a criança que estava no foco e estava sendo rotulada o tempo todo. (Entrevista 2)*

O crescente número de diagnósticos de transtornos, sua configuração enquanto espectro, e a multiplicação de biomarcadores abrem espaço para a patologização e medicalização da infância e adolescência. O processo de medicalização refere-se à transformação de problemas sociais e institucionais - dificuldades de escolarização - em problemas individuais e em distúrbios orgânicos (MELLO, 2016 *apud* AZEVEDO, 2018; TESSER & NETO, 2010).

Garrido (2010) destaca que institui-se a necessidade de a infância ser gerida. Uma vez que seria indispensável o preparo técnico de prevenção para a produção de indivíduos produtivos, capazes para o trabalho e saudáveis (GARRIDO, 2010 *apud* AZEVEDO, 2018).

O aumento do diagnóstico de TEA em crianças chama a atenção, na entrevista 4 é apontado como um dado socializado estatisticamente. Ao mesmo tempo é questionado, nosso mundo vem gerando mais crianças com Autismo? TDAH e TEA ficam em questão, uma vez que na entrevista 4 é apontado diagnósticos realizados de forma errônea, em todas as falas é possível notar a lógica reducionista que opera de forma a equivaler comportamentos ditos “disfuncionais” / “inadequados” de acordo ao nível de desenvolvimento preconcebido à diagnóstico de transtornos, não se trata de banalizar a importância do acompanhamento do desenvolvimento infantil, mas de olhar para ele de forma crítica e não patológica.

*Infelizmente, eu acabo pegando muita criança com diagnóstico de autismo feito por neurologista e bem incompatível, você fala “mas nossa, autismo?”. E isso vem em muita criança e é motivo de muita confusão, porque imagina uma mãe no qual o filho recebe o diagnóstico de autismo, de muitas coisas que vão desenrolar a*

*partir disso, de laudo, de benefício e você ser a pessoa que vai falar, não é isso não! É complicadíssimo! (Entrevista 4)*

*(...) Esse diagnóstico de autismo, não sei exatamente como ele sai, porque tem crianças que vão ter problemas na fala, não vão falar, mas você vê que a criança não consegue falar, mas ela busca um contato, ela tem interação social, ela não tem comportamentos repetitivos. (Entrevista 4)*

*Eu acho que hoje tem um número absurdo de pessoas que estão sendo diagnosticadas com Autismo, nos EUA se eu não me engano estava lendo esses dias deles colocarem em uma estatística de uma a cada 65 crianças têm autismo, então assim, gente todo mundo tem autismo? Eu acho que a sociedade não percebe que as crianças estão expostas a um fenômeno sociocultural de mundo, então assim, hoje eu acho que a gente se relaciona muito pouco, de fato, com as pessoas de olhar nos olhos, de conversar, de você falar. (Entrevista 4)*

*(...) tem muita criança, por exemplo, com TOD e TDAH e você fica olhando, mas se ela tem o TDAH mesmo importante vai ser uma criança impulsiva, não é TOD e às vezes você vê que esse Transtorno Opositor Desafiador, também, fica ali porque ninguém consegue dar um contorno para essa criança. Então, será que é um transtorno? Porque às vezes tem criança que numa escola é terrível, não presta atenção em nada, vai para outra professora que tem um olhar diferente para criança e ela vira outra criança. Então ela não tem um transtorno, porque se ela tivesse um transtorno a professora ia fazer, fazer e ela ia continuar com muita dificuldade, por isso que é algo que é considerado patológico, porque se for só do manejo ali, não é bem isso. (Entrevista 4)*

Na Entrevista 3 fala do fenômeno de medicalização como algo inserido na sociedade, a busca da resposta em si, unicamente, como a causa dos seus sofrimentos aponta para uma lógica social de individualização do sofrimento. Além da difusão do fenômeno da medicalização em todos os tecidos sociais.

*É uma coisa que é muito fácil você fazer no dia a dia, o principal motivo para isso, além do profissional em si, é o usuário que busca o serviço que já vem com isso na cabeça, que quer remédio, quer tomar remédio para alguma coisa (...) (Entrevista 3)*

*Mas se você não pensa devagar e presta bem atenção, você medicaliza, então é realmente um fenômeno que envolve não só o profissional que prescreve a medicação, mas o usuário que busca ajuda. E na maioria das vezes as pessoas se frustram se a gente não prescreve a medicação, porque a esperança é que aquilo vai resolver mesmo, é muito mais difícil perceber o mundo ao redor do que tomar um remédio e resolver a questão. (Entrevista 3)*

*(...) senão você já deve ter ouvido muita gente às vezes o próprio usuário fala para mim, nossa outro dia eu estava lendo um negócio sobre o Transtorno Bipolar e encaixa certinho em mim e não tinha nada a ver, então é fácil você pegar um manual e ler um negócio e se ver nele. E botar fé que o remédio vai te ajudar. (Entrevista 3)*

De modo geral, as críticas empregadas por diversos estudiosos do fenômeno da medicalização dizem respeito a questões abrangentes- que envolvem muitas áreas de saber, tais como: sociologia, antropologia, psicologia, economia, ciências políticas, história, medicina etc- a um único domínio metodológico de saber: a medicina. A medicalização é uma

expressão que se refere a difusão do saber médico no tecido social, como a ampliação de um conjunto de conhecimentos científicos no discurso comum, como o exercício das práticas médicas num contexto não terapêutico, mas político social (GARRIDO, 2010).

Tanto a medicalização quanto a psicologização operam a partir de um reducionismo, ao deixar a complexidade dos fenômenos, seus aspectos históricos, culturais, afetivos, sociais, e transformá-lo em problema médico ou psicológico - pode ser um transtorno, mas também problemas psicológicos, ideia de família desestruturada, de problemas emocionais - sempre de um sujeito e uma família abstratos, de uma concepção normativa.

Uma das falas dos entrevistados vai no sentido de que as condições ambientais interferem diretamente no comportamento apresentado pela criança, principalmente em relação à sua capacidade de se manter atenta a uma tarefa, usando o exemplo da Pandemia de Covid-19, que atinge o mundo desde 2020. Destaca também, as distinções entre os níveis de escolaridade entre os pais das crianças e a capacidade deles darem suporte aos filhos durante as tarefas EaD durante o período pandêmico.

*Por exemplo, agora na quarentena eu vejo que as crianças não se concentram para ficar assistindo aula numa mídia social e muitas não têm nem acesso. Então, essas crianças têm problemas de concentração? Não, elas não têm... Não é disso que se trata, ou às vezes o pai analfabeto ou um pouquinho alfabetizado tem que ajudar o filho agora, não consegue, então assim, para essa criança ela também vai piorar; a atenção, o contexto da família, a questão da impulsividade, da reatividade, você vê o jeito que o pai se relaciona com o filho, como as pessoas se relacionam, você não vai colocar certas coisas na conta de um transtorno. (Entrevista 4)*

Ao falar sobre a interferência das condições ambientais a capacidade de atender a atenção ao conteúdo ensinado pela escola no formato EaD, o entrevistado retira a individualidade do modelo “atenção”, isto é, ser atento significa a capacidade do indivíduo focar em uma tarefa específica e contextualizando essa capacidade, demonstrando os diversos atravessamentos que o conceito possui.

Nesse sentido, o modelo em debate sobre o TDAH está diretamente relacionado ao fator social e o termo “desatenção” característico do quadro, não deve ser olhado de forma individualizada, uma vez como exposto pelo entrevistado há uma interferência de diversos fatores, socioeconômicos, familiares e culturais.

Freud (1912) definiu como uma das técnicas psicanalíticas a Atenção Flutuante, nela o recomendado é que o analista faça uma escuta geral, sem se ater a elementos específicos da

fala do paciente, a escuta é do sentido geral do que é dito. Pensando nesse modelo de atenção proposto, uma criança que se atenha ao geral do que ocorre na sala de aula, pode ser considerada desatenta, por não ter em detalhes o que é ensinado pela professora. Mas isso significa que ela não possui capacidade de manter a atenção?

Além disso, é sutil o discurso de culpabilização dos pais pelo insucesso do filho, no trecho nota-se a relação estabelecida entre um pai analfabeto e/ou semi analfabeto e o fracasso escolar da criança, também a interface disso com a emissão de comportamentos “inadequados”.

Note a história relatada por Patto em “*A produção do do fracasso escolar*”, obra de referência no campo da Psicologia Escolar crítica (1991):

Naiton, um menino de nove anos cursava pela terceira vez a primeira série, foi encaminhado para o ambulatório de Saúde Mental, como resultado foi diagnosticado com Oligofrenia leve<sup>6</sup> e indicado a necessidade de uma série de exames. Naiton gostava muito de brincar, era criativo na construção de pipas e persistente em armar as arapucas para pegar passarinhos. Os anos de reprovação e de atendimento médico fizeram com que o rótulo de “nervoso”, “chorão”, passasse a ser reproduzido pela família introjetado pelo próprio Naiton. Ao mesmo tempo, Glória, a mãe, olha e vê um garoto muito esperto, capaz de cuidar dos irmãos pequenos, de cozinhar o que comer quando sente fome, “não é bobo nada”. Glória não entendia porque o filho não aprendia a ler. O pai de Naiton dizia que seus os filhos eram espertos e que haviam tido uma criação humilde, mas eram “normais”. Ao falar, Naiton revela que sofreu na escola uma série de injustiças, desde a festa junina que levou comida, porém, tinha que pagar para comer, vendas de rifas que prometia prêmio e que no final ele recebeu em troca ser o noivo da quadrilha da festa junina. A escola propõe um concurso de pipas e Naiton fica desconfiado. “*Eu acho que eles não vão devolver a pipa. Não sei se eles vão dar alguma coisa para quem ganhar*”, acaba por concluir que não vão devolver a pipa e nem dar prêmio nenhum. A mãe nota que os filhos chegavam da escola apertados, afirmando que iriam “estourar”. Nem ao banheiro podiam ir, como vão aprender assim? Notar tudo isso parece não ser suficiente para que Naiton não seja diagnosticado. Com a medicalização a palavra que vale é a do médico, pouco sabe a família dos seus filhos, pouco sabe Naiton das suas críticas à escola e injustiças sofridas. Essa passagem demonstra a força do discurso

---

<sup>6</sup> Oligofrenia leve diz respeito à deficiência intelectual sem grandes prejuízos para a aprendizagem (PATTO, 1991).

competente: “aquele que pode ser proferido, ouvido e aceito como verdadeiro ou autorizado porque perdeu os laços com o lugar e o tempo de sua origem” (CHAUÍ, 1993, p. 7, *apud* KALMUS, 2000). O discurso competente, enquanto discurso do conhecimento, é o discurso do especialista (e seu lugar na hierarquia); não é inspirado em idéias ou valores, mas na suposta realidade dos fatos e eficácia dos meios de ação; como tal, dissimula a dominação (CHAUÍ, 1993 APUD KALMUS, 2000, p.5).

Quando Glória questiona, não sabendo o motivo do seu filho não aprender, ela ao mesmo tempo aceita e recusa o discurso médico e da escola, que justifica a sua não aprendizagem por conta de uma suposta Oligofrenia Leve que acomete Naiton: “inteligente ele é; mas é muito nervoso” (p.325). Glória recusa a ideia de falta de inteligência do filho, mas aceita a ideia de que ele teria alguma doença. Ou seja, existe uma relação de saber- poder imposta, no qual o conhecimento leigo de Glória não tem lugar social e político para dizer respeito ao seu filho. Essa figura externa, alheia à família, tem um lugar de mais prestígio para dizer, afirmar e até por escrito rotular o comportamento de quem seja. Assim se medicaliza!

## 5.5 MEDICAMENTALIZAÇÃO

*Isso é uma faceta, desse processo de medicalização, que na verdade é um processo muito mais amplo do que a questão da prática com medicamentos e da prática médica, embora a prática médica seja muito importante nesse processo e o uso do medicamento também, mas quando a gente tenta é encerrar em um indivíduo, é um processo que é muito mais amplo que esse e colocando a sua questão de saúde mental como causa, a gente pode estar falando, por exemplo, de um processo de medicalização... (Entrevista 1)*

Ao definir que o problema que um indivíduo apresenta possui causa biológica, nesse sentido, a medicamentação entra como um dos desdobramentos da medicalização, uma vez que se diagnostica, a cura se direciona para a intervenção medicamentosa.

Em relação ao uso abusivo de medicamentos, um entrevistado questiona se isso seria uma conduta correta, uma vez que ele costuma encontrar nos prontuários dos usuários um medicamento prescrito para queixa relatada - ainda que de confunda os termos "medicamentalização" com "medicalização":

*Mas realmente tem, infelizmente, profissionais que medicalizam quase tudo, eu percebo assim por exemplo: Às vezes eu pego um paciente que eu comecei daquele momento dar o seguimento, mas o usuário já é usuário do serviço, ele tem uma lista de medicamentos, cinco, seis tipos de medicamentos numa prescrição só, você vai percebendo que para cada queixa um medicamento entrou, cada vez que apareceu uma queixa entra um novo medicamento. (Entrevista 3)*



Além disso, um dos entrevistados relata que há uma prática local que favorece esse modelo medicalizante e o uso de medicamentos: sendo uma rede paralela ao serviço de Saúde Mental e da Atenção Básica que encaminha para especialistas (neuropediatras), conduta que desvia o atendimento do modelo de atenção multiprofissional, aumentando a probabilidade dessas crianças receberem o diagnóstico de TDAH e de consumir o medicamento indicado para o transtorno.

*No município de (local omitido), por exemplo, já começa a existir um fluxo para uma prática medicalizante, envolvendo o uso de remédios para crianças com essa condição e que não recebem prescrição, por exemplo, seja de Risperidona... Seja do Metilfenidato, existe um fluxo paralelo ao fluxo do CAPS que é os encaminhamentos, por exemplo, para Neuropediatras. Então, assim como a gente tem a RAPS e o sistema mental na cidade, existe também as especialidades em saúde que se concentra, por exemplo, no ambulatório da cidade onde um neuropediatra ou um neurologista atende em um formato que é muito diferente da proposta do CAPS e muitas crianças tem sido medicadas, por exemplo, por esses neuropediatras depois, por exemplo, de ou as famílias não aderiram ao tratamento ou a própria escola entender que existe esse caminho. (Entrevista 1)*

*Um médico generalista tem condições inclusive de medicar transtornos que são muito comuns, transtornos simples, ele tem condições. Mas isso não acontece, fica muito esse pedido do psiquiatra. (...) Atenção Básica ela tem que resolver pelo menos 80% dos casos, isso não acontece. Essa crença de que as pessoas precisam estar sempre com um especialista isso é uma deturpação e qualquer coisa que pareça que é psiquiátrico... (Entrevista 4)*

Em relação ao trabalho nos serviços de saúde mental, os entrevistados comentam sobre as singularidades das condutas médicas adotadas em relação a prescrição de medicamentos, além da mobilização da equipe multiprofissional para que os impactos da conduta médica sejam minimizados por outras formas de cuidados produzidos em equipe.

*Houve momentos muito difíceis, porque esse menino, num primeiro momento, foi bastante sedado mesmo e foi um embate na época com a médica que tinha uma concepção do tratamento muito diferente da médica que hoje está conosco. Então era uma médica que tinha muita dificuldade, por exemplo, em compartilhar o cuidado e relativizar as indicações dela pro caso, sabe?! (Entrevista 1)*

*(...) era uma equipe muito unida em suas atividades e elas só passavam para o médico - porque eles sabiam o seguinte: se mandar para o médico ele vai prescrever a Ritalina - , então vamos dar aqui todas as condições para essa criança se desenvolver; a família, vamos na escola e tentar fazer todo o movimento para que essa criança não faça uso da droga. Então eles se articulavam muito bem, a escola era muito próxima dessa unidade de saúde e eu fiquei muito feliz quando percebi que tudo isso rolava de uma maneira mais harmoniosa entre profissionais, entre os familiares, a criança, o médico e a escola. (Entrevista 2)*

*(...) já tinha esse combinado que a equipe ia fazer todo um esforço e que a articulação com a escola é fundamental, porque os profissionais da unidade, eles iam até a escola e acompanhavam a aula com a criança, observavam a criança, como era o comportamento do professor, porque muitas vezes o professor tem muitas crianças na sala e já está em uma condição complicada, já não tem aquela paciência, vamos dizer assim, para atender tanta criança ... (Entrevista 1)*

*E mesmo considerando essa equipe, eles tinham certa aproximação, de ter esse cuidado, de usar a droga o mínimo possível, mas a gente nota que é preciso mais, efetivamente ele precisa estar inserido nesse processo, ser mais um técnico, ele (médico) também é um técnico como todos nós somos, desmistificar esse rótulo. (Entrevista 2)*

Com o exposto, as entrevistas demonstram que a prática de cuidado à saúde mental realizada em equipe multidisciplinar possui muita potencialidade de oferecer aos usuários alternativas à medicamentação. Os diversos olhares que compõem a equipe, resultam em uma prática mais complexa e compartilhada de cuidado.

## 5.6 A CONSTRUÇÃO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

*(...) mas eu acho que essa minha experiência com a equipe e essa oportunidade que eu tive em entrar nesse outro campo me ajudou bastante a desenvolver melhor essa coisa da não medicalização. (Entrevista 3)*

A Lei nº 10.216/2001 foi instituída no país há 20 anos e é a materialização legal de uma luta política que ocorre desde pelo menos os anos 1980. Nela, é proposto um modelo humanizado de atenção integral na rede pública de saúde, que mudou o foco do modelo hospitalar de internação como único recurso de cuidados em saúde mental. O tratamento, de acordo com o que é previsto após a reforma psiquiátrica, deve ser pautado em uma concepção de saúde compreendida como processo e não meramente como ausência de doença (SIMÕES et al, 2013, p. 276 *apud* BRASIL, 2004).

A Reforma psiquiátrica constitui um marco para o pensamento sobre a Saúde Mental; se originalmente os “loucos” eram destinados a hospitais gerais e Santas Casas de Misericórdia datados do período Clássico destinado aos “marginais”<sup>7</sup> e posteriormente aos manicômios, a estruturação da Rede de Atenção Psicossocial integrante do Sistema Único de Saúde (SUS) muda radicalmente a concepção asilar e biomédica da loucura. Se antes a preocupação centrava-se na terapêutica das enfermidades pautados na ideia de “cura”, aos poucos o que passa ser objeto dos trabalhadores da saúde é a promoção da Saúde Mental. A complexificação do olhar para a patologia mental é essencial, pois a doença mental apresenta

---

<sup>7</sup> Segundo Amarante (2010) na época clássica os marginais eram os leprosos, prostitutas, ladrões, loucos, vagabundos, todos aqueles que simbolizavam ameaça à lei e à ordem social.

uma dupla constituição: a biológica e a social da espécie humana, condição que possibilita a nossa vida psíquica e se mistura intrinsecamente (AMARANTE, 2010; EHRENBURG, 2009).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) se apresentam como uma possibilidade de desenvolver o cuidado da Atenção Psicossocial de forma articulada com o território do usuário e sem o privar do convívio com seus pares e com a sociedade em geral, além do cuidado ocorrer em equipe multidisciplinar:

(...) os CAPS devem constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária e funcionar segundo a lógica do território e independente de qualquer estrutura hospitalar. Além disso, devem articular todas as instâncias de cuidados em saúde mental desenvolvidas na atenção básica em saúde, no Programa de Saúde da Família, na rede de ambulatórios, nos hospitais, bem como as atividades de suporte social, como: trabalho protegido, lazer, lares abrigados e atendimento das questões previdenciárias e de outros direitos (LUZIO & L' ABBATE, 2006 *apud* BRASIL 2002, p.238).

Na entrevista 3 é usada a expressão “ser levado” a fazer algo ao falar sobre a conduta de alguns trabalhadores da saúde que centralizam o cuidado no médico, a expressão diz respeito a um processo de não total domínio e compreensão dos comportamentos emitidos. Outra fala remete a uma dificuldade profunda, de trabalhadores de um município em especial, em reconhecer o que são transtornos mentais. Ambas falam de um processo velado que permeia a prática de assistência em saúde mental, dizem respeito à memória da Reforma Psiquiátrica.

*Eu vejo que é uma coisa sistêmica, isso não vem só do médico. Eu vou te dar um exemplo, eu vivo chamando a atenção, a gente sempre tem reuniões de equipe e nas reuniões geralmente o discurso que é um discurso de equipe mesmo, da importância de cada um e tal. (Entrevista 3)*

*Mas a própria equipe centraliza no médico, é uma coisa que está muito presente. E eu trabalho com pessoas bastante esclarecidas, muitas delas com uma história de vivências nesse sentido bem longa e interessante, mas parece que é levado a fazer isso. Uma situação de momento, então apesar do discurso ser de um trabalho multiprofissional, todos os membros da equipe acabam tendo um papel na manutenção dessa hierarquia. (Entrevista 3)*

*As questões técnicas de saúde mental aqui em (local omitido) são muito complicadas, é isso que eu percebo. Porque parece que existe um grande problema em apontar que tem coisas que realmente são transtornos (...) (Entrevista 4)*

A Reforma psiquiátrica foi um movimento plural, que englobou discussões e práticas diversas, exigindo mudanças de paradigmas consistentes e não apenas alterações pontuais no cuidado e na postura dos profissionais. Nesse sentido, o momento pós reforma psiquiátrica é um processo que caminha a passos curtos e que também retrocede, podendo causar dificuldades aos trabalhadores de saúde mental na apreensão e na aplicação dos seus preceitos

no cotidiano de trabalho junto aos usuários. As realidades dos serviços de saúde mental impõe ao trabalhador constantes desafios para sua concretização, vide o modelo idealizado. Ou seja, é necessário que se olhe tudo como um grande e constante processo, sem recair em práticas e discursos reacionários (SIMÕES et al, 2013).

A dimensão do cuidar em saúde mental se torna uma grande rede de ligação, nela a dimensão dos profissionais de saúde mental se torna essencial, mas também os demais trabalhadores, surpreendentemente, para o entrevistado, ocupam um papel de cuidado muito importante.

*(...) o pessoal da limpeza eles acabam desenvolvendo coisas também até terapêuticas, até de cuidado sem perceber; aquele paciente que ninguém consegue acessar, de repente o cara da limpeza estabeleceu uma relação que o médico não conseguiu, que o técnico de referência não conseguiu (...) (Entrevista 3)*

O modelo biomédico é pouco a pouco desconstruído e o cuidado em saúde mental vai se capilarizando, a formação de equipe multidisciplinar amplia o olhar para as problemáticas enfrentadas pelos usuários e garante um cuidado mais integral, dessa forma, a equipe se mobiliza para avaliar qual a necessidade de encaminhamento para o médico e de que forma esse encaminhamento pode impactar a vida do usuário.

*Então, por exemplo, esse compartilhamento de saberes, essa intenção de que a nossa prática fosse efetivamente... [áudio inaudível] inclinar nesse momento muito importante do cuidado, fez com que, por exemplo, encaminhamentos que anteriormente partiam de um único profissional para o médico, fossem minimizados, dá para entender o que estou dizendo? (Entrevista 1)*

*(...) e o trabalho interdisciplinar no CAPS, por exemplo, no caso de crianças agitadas ou hiperativas é compreender esse contexto todo onde a criança está e o que é possível se fazer para melhorar a saúde mental e a qualidade de vida dela. Envolve você articular saberes e também articular pontos de cuidados para que essa visão do que possa ser feito com a criança se amplie para algo que não seja mais danoso, do que benéfico, entende?! (Entrevista 1)*

*É esse tipo de prática, por exemplo, é uma coisa que a gente foi na medida em que foi pensando, aprimorando um jeito, por exemplo, de dentro do processo de trabalho no CAPS de fazer, por exemplo, com que a equipe se implique de um jeito mais ativo, na busca por soluções e que o médico também ou a médica, nesse momento é uma médica, tenha condição de participar tanto desses momentos de avaliação quanto também de pensar numa estratégia medicamentosa não como a primeira ou segunda estratégia, no sentido do cuidado da criança. (Entrevista 1)*

Apesar dos esforços, alguns serviços de saúde mental continuam a reproduzir uma forma de cuidado reduzida à figura do médico e a precarização do trabalho desses profissionais se torna cada vez mais acentuada. Diversos fatores contribuem para isso, tais como: sobrecarga de trabalho, tempo reduzido para o atendimento e alta demanda, além da carência de profissionais disponíveis na rede pública.

*Vínculo com a equipe e vínculo com as crianças, vínculo com a família. O vínculo qual era? Subir com a criança, eu vi.. eu participei... fui acompanhando, a criança chegava, a unidade a recebia, punha a criança para fazer uns desenhos ali na recepção, quando tinha consulta com o médico elas subiam com a mãe, ficavam com o médico cinco minutos/ dez minutos na consulta. (tom de voz que expressa desânimo). Cadê aquele trabalho com a equipe de que ele senta e escuta a equipe... ele até fazia isso, mas me parece, muito raramente. (Entrevista 2)*

*Isso é uma coisa muito comum de acontecer e não é fácil para o profissional fugir disso, porque custa muito tempo de você explicar para pessoa que aquilo não vai resolver com remédio e tudo mais, e tempo é uma coisa que quase não tem na saúde pública, então às vezes fica uma frustração por parte do profissional e do usuário que está buscando o atendimento.( Entrevista 3)*

*Na verdade, eu sou locado no (local omitido), mas teve um momento que eles me colocaram, dividiram minha carga horária e me colocaram no (local omitido) também para cobrir uma defasagem de profissional e ficou assim, desde então, desde 2012. (O entrevistado sorri, nesse momento). (Entrevista 3)*

*Mas como eles são contratados para atuar? Para você ver: psiquiatra está em falta no mercado, ainda continuamos em falta na rede municipal. Eles vêm só no horário... esse médico trabalhava no Guarujá, em Santos, Cubatão e ainda ia para São Paulo, então imagina como seria... (Entrevista 2)*

Segundo as entrevistas, há grande resistência da escola e família dos usuários em compreender que o cuidado em saúde mental pode ser produzido por outros trabalhadores da saúde; o médico não é visto como parte da equipe, mas ocupa um papel de mais responsabilidade e autoridade diante dos demais profissionais:

*E assim, o que mais me choca é isso, a gente vê que tem muito rótulo ainda ... a criança fica nesse meio, o adolescente e a escola forçando... o médico para dar Ritalina,;os pais forçando, porque a escola também está e o médico fica nessa de, como ele só prescreve, “desculpa aí”, mas não tem um acompanhamento mais aprofundado e a gente precisaria ter uma equipe também multiprofissional, multidisciplinar para poder dar... Esse médico teria que estar fazendo parte dessa equipe mesmo, inserido nesse contexto. Ele não teria que estar assim: “você segura a onda e quando for o caso mesmo vocês me chamam que sim, aí eu vou prescrever”, não é isso. Eu acho que a gente teria que avançar, com esse médico estar acompanhando mesmo nos movimentos que estão acontecendo, nessa dinâmica, não ele estar afastado na sala dele, entende ? (Entrevista 2)*

Para além da equipe multidisciplinar é urgente a prática de um das diretrizes básicas do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição de 1988, o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais, o que podemos chamar de “integralidade”. De acordo com o texto constitucional, estaria a cargo do Estado a tarefa de garantir a saúde para todos, através das “políticas sociais e econômicas, que visavam acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde” (BRASIL, 1988, art 198 *apud* MATTOS, 2009).

O primeiro sentido de integralidade esteve atrelado com o movimento que ficou conhecido como medicina integral, associado ao ensino da medicina nos Estados Unidos. Em suma, a medicina integral se contrapunha à visão fragmentária de cuidado aos pacientes, que privilegiava as especialidades médicas, construídas a partir de diversos aparelhos anátomo-fisiológicos e a tendência do saber médico em “recortar analiticamente seus pacientes”, focando em apenas o sistema ou aparelho em que se especializou (MATTOS, 2009).

Pensar nas questões levantadas no decorrer das entrevistas, sob a luz do conceito de integralidade, é favorecer uma escuta atenta às demandas dos usuários dos serviços públicos que não demandam apenas atendimento especializado, mas um cuidado integral. Cabe a indagação, em quais sentidos pensar a integralidade dentro da rede?

Mattos (2009) nos ajuda a pensar:

A integralidade emerge como um princípio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde, que se caracterizaria pela busca também contínua de ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional. Ampliação que não pode ser feita sem que se assuma uma perspectiva de diálogo entre diferentes sujeitos e entre seus diferentes modos de perceber as necessidades de serviços de saúde (p. 61).

Ao destacar que a figura do médico deve fazer parte da equipe e não continuar apartado em suas salas, a fala da entrevista 2, recusa da posição reducionista que objetifica os sujeitos e retira a possibilidade de integração dos cuidados em saúde. Para tanto, cabe o questionar se a integralidade é uma atitude de certos profissionais ou marca de práticas de toda equipe?

Pensar em “atitude” carrega um sentido individualista, como uma característica própria desses sujeitos, algo limitado a eles. A ampliação dessa prática de integralidade se faz em equipe e na sua organização de trabalho. Contando com a postura desses trabalhadores que se colocariam à disposição, em conjunto, a realizar a inclusão e redefinições mais radicais da equipe de saúde e de seus processos de trabalho (MATTOS, 2009).

Transpondo a própria noção de integralidade ao cuidado em rede, podemos olhar para a necessidade para além da articulação em equipe de saúde: o diálogo intersetorial, que deve se basear na proposta de promoção de saúde, de tal forma a oferecer a quem busca os serviços acessos, aos mais diversos recursos que essa população venha necessitar, inclusive que isso

seja uma prática incorporada pelos equipamentos de saúde e pelas as demais pontes de integração para além dos serviços.

Os equipamentos de saúde não devem estar limitados a responder exclusivamente às doenças/ transtornos de uma população, apesar disso ser uma das suas atribuições. Cabe a esses serviços se organizarem de forma a realizar uma apreensão ampliada das necessidades da população ao qual atendem. Somente assim, pode-se pensar em uma prática em saúde mental não medicalizada (MATTOS, 2009).

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para além das respostas aos questionamentos postos inicialmente no objeto de estudo, esta pesquisa abriu-se em seis subtemas: concepções acerca do TDAH; escolas; infâncias; medicalização das infâncias e adolescência; medicamentação e a construção da equipe multidisciplinar, dialogando de forma intersetorial com o objetivo da pesquisa de entender qual a perspectiva dos trabalhadores da saúde acerca do fenômeno de medicalização de crianças e adolescentes. Com isso foi possível compreender os olhares dos trabalhadores entrevistados e suas especificidades de acordo com sua área de saber.

Vislumbrou-se o que dá corpo ao dia a dia dos trabalhadores. Para isso, foram realizadas entrevistas dialogadas, em que compartilhei com os entrevistados a literatura estudada previamente à condução das conversas e também os questionamentos construídos no decorrer das próprias entrevistas. Dessa forma, foi possível que os participantes dialogassem entre si, mesmo que indiretamente, sobre suas práticas, além de explicitarem problematizações a partir das suas vivências como trabalhadores sob a luz da sua área de atuação.

Em relação às concepções acerca do diagnóstico do TDAH, notou-se muitas diferenças entre os discursos dos entrevistados. Por exemplo, na entrevista 4, ficou evidente uma visão mais biológica a respeito do suposto transtorno; já outras entrevistas apontaram contradições encontradas nos manuais diagnósticos e na própria concepção do TDAH.

Os entrevistados afirmam que a padronização em manuais diagnósticos deveria ser vista como um facilitador da prática, uma vez que padroniza em uma linguagem comum a todos trabalhadores, as categorias diagnósticas, porém, na atuação desses trabalhadores ele foi apontado como um fator confusional e insuficiente para abarcar a complexidade das vidas de usuários atendidos pelos trabalhadores entrevistados. Mais que isso, os manuais representam determinados interesses e concepções muitas vezes reducionistas, atuando para ampliar os processos de medicalização. Afinal, por trás dos manuais existe uma tensa relação entre interesses da indústria farmacêutica, já descritos na literatura; quanto maior a confusão, maior o número de diagnósticos, a dispensa de medicamentos e, conseqüentemente, maior o lucro (CAPONI & MARTINHAGO, 2019).

Nossa pesquisa corrobora estudos anteriores que apontam que as escolas são uma via importante de encaminhamentos para equipamentos de saúde mental. Essa questão se presentifica nas falas de várias entrevistas, muitas vezes de modo crítico, ao questionarem a



lógica reducionista e simplificadora que encaminha estudantes com problemas de escolarização a equipamentos de saúde mental na expectativa de receberem diagnósticos de TDAH ou TEA, ou ainda de reduzirem tais problemas de escolarização a outras causas individuais, familiares ou de ordem socioeconômica, sem uma compreensão mais ampla dos processos de produção do fracasso escolar.

Assim como não podemos tratar a infância no singular - neste trabalho “infâncias” - o mesmo podemos dizer em relação às famílias, também plurais. No entanto, as entrevistas mostram a força da concepção de criança como algo que deve ser “moldado” e que precisa de um ambiente rico em estímulos para que se desenvolva de forma saudável - sendo que esses estímulos são entendidos a partir de uma concepção normativa e limitada. Diante de tais concepções, se faz presente, de forma sutil, a culpabilização da família ou das próprias condições socioeconômicas por supostas falhas no desenvolvimento da criança. Mello (1992) nos ajuda a romper essa concepção normativa de família e que cada família se constrói à sua maneira, dentro das suas potencialidades e fragilidades, seus conflitos e afetos. Patto (1993) acrescenta com a ideia de que as “teoria de carência cultural” foram amplamente difundidas como justificativa para o fracasso escolar. A ideia de uma suposta carência do meio ambiente tende a justificar a ineficiência do indivíduo ao seu não acesso às condições básicas e socialmente necessárias para um desenvolvimento saudável. Dessa maneira, reforça a ideia de indivíduo/ família como inadequados e os culpabiliza.

Deslocar esse olhar para um contexto político e social amplo se faz urgente, uma vez que não é possível pensar os sujeitos e famílias isentos dos atravessamentos sociais, das condições de classe, raça e gênero, frutos de uma sociedade desigual que tende a individualizar as problemáticas sociais, culturais, políticas e econômicas apresentadas pelos sujeitos (GARRIDO & MOYSÉS, 2010). A ideia naturalizada de família tradicional cria uma contraposição entre “famílias disfuncionais” e “famílias ideais”, discussão relevante ao se falar sobre medicalização de crianças e adolescentes, uma vez que o que se desvia da norma/normal é associado ao disfuncional, ineficiente reduzido-se a manifestação patológica e individual de quem destoa.

Uma das facetas da medicalização é a medicamentação. Nossa pesquisa revelou que a questão do aumento do consumo de medicamentos psicotrópicos por crianças e adolescentes na Baixada Santista, dentre eles o metilfenidato e a risperidona, parece estar associada existência de um fluxo de encaminhamento paralelo aos serviços de Saúde Mental

e à rede de Atenção Básica para médicos especialistas, especificamente neurologistas e neuropediatras, o que foi indicado como um causador do aumento da tendência de diagnósticos de TDAH e TEA, inclusive em crianças menores de quatro anos. Esse fenômeno do fluxo paralelo de encaminhamentos de crianças e adolescentes merece maior investigação.

Em relação ao aumento dos diagnósticos de TEA, o que chama atenção é justamente a perpetuação da lógica medicalizante. Mudam as roupagens, permanece a lógica. Assim, vemos que, em cada época há o suposto transtorno “da vez”: que o diagnóstico que antes era chamado de Lesão Cerebral Mínima e hoje é denominado como TDAH passa a ganhar um novo nome, TEA, que opera a partir do reducionismo e individualização do problema. Com isso, fica visível que todos os tecidos sociais são passíveis de recorrer a essa lógica, inclusive os próprios trabalhadores entrevistados.

Questionamos ao longo da pesquisa os sentidos desses discursos ambíguos que não dizem respeito a uma mera reprodução das práticas, representações e formas de consciência dominantes, mas de uma aceitação e recusa da cultura dominante; trata-se de interiorizar e negar, reproduzir e afastar, nele há a possibilidade de questionar, mesmo que não totalmente consciente, a própria dominação (CHAUI, 1986 *apud* KALMUS, 2010).

Na escuta e análise das entrevistas, ficaram marcadas algumas falas que eram críticas e muito potentes, iam contra a reprodução da medicalização; ao mesmo tempo, tinham teor de culpabilização da família, a partir de um modelo normativo, o que pode ser entendido como uma das formas de medicalizar o contexto de vida dos usuários dos serviços. A partir disso, nota-se que o discurso ambíguo não representa ausência de entendimento ou ignorância do fenômeno da medicalização pelos entrevistados; no entanto, suas vozes contém leituras de mundo ambíguas, paradoxais, contraditórias. que partem uma criação de saber, nem sempre totalmente consciente, que fala sobre as ambiguidades encontradas no nosso meio social (CHAUI, 1986 *apud* KALMUS, 2010). Vale enfatizar: as contradições encontradas nas falas não implicam em confusão, ignorância ou erro dos entrevistados, mas mostram as contradições da própria sociedade e a força do discurso ideológico, que é reproduzido, ao menos parcialmente, mesmo quando os sujeitos atuam e defendem uma postura desnaturalizante do mundo. Ou seja, nossos entrevistados carregam as marcas de viverem nesse mundo.

A análise das entrevistas apontou para a equipe multidisciplinar como uma potente fonte de reflexão e compartilhamento de saberes e fazeres entre os trabalhadores, inclusive no tocante a uma visão crítica sobre a produção do fenômeno da medicalização da educação. Ainda assim, há a necessidade da construção de outras estratégias que ampliem as possibilidades de compartilhar e pensar sobre as práticas para além do atendimento aos usuários, mas que incluam a reflexão acerca da própria equipe. Falou-se das hierarquias dentro da própria equipe que causam uma centralização de cuidados em torno dos da figura médica, demonstrando que apesar das tentativas, o modelo médico-centrado ainda está presente nos serviços de saúde mental.

Faz-se urgente a construção de uma prática que se molde a partir da integralidade, seja uma postura ética e política dos trabalhadores da saúde ou como uma forma que se estrutura a própria atuação de todos dentro dos equipamentos de saúde. Pensar os serviços de saúde apenas a partir de um olhar reduzido que busca atender demandas de ordem da doença/transtornos, é um modo reducionista de conceber as necessidades da população atendida.

Além disso, aparece a necessidade de maior aproximação entre os serviços de saúde e as escolas, além do fortalecimento da rede intersetorial. Durante a nossa pesquisa foi comentado sobre a existência do programa “Saúde na Escola”, como sendo um programa estratégico que poderia ajudar a problematizar as dificuldades apresentadas por crianças e adolescentes em idade escolar, entretanto, na prática o programa virou mais uma via de encaminhamento para serviços de saúde mental. Se faz necessário acompanhar o programa avaliando as suas potencialidades e fragilidades.

Em meio o sucateamento e precarização das condições de trabalho que vêm atingindo os serviços públicos, é visível o compromisso dos trabalhadores entrevistados com seus fazeres, com a população e com a luta contra o desmonte da saúde pública.

Com a pesquisa, nos deparamos com concepções diferentes acerca do TDAH, mesmo na presença de diversas contradições e lacunas encontradas em pesquisas que afirmam a existência de biomarcadores do transtorno. A ciência possui lacunas! Não é possível desconsiderar que estamos mergulhados numa lógica de funcionamento mundial de uma sociedade desigual. Ainda assim, existe a possibilidade de olhar de novo e construir uma prática não medicalizante, de forma crítica, a partir do compartilhamento de saberes. Os próprios entrevistados nos indicaram alguns caminhos, que precisam ser ampliados e perpetuados.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA nacional de vigilância sanitária (ANVISA). **Informações sobre Receituários, Talonários e Medicamentos Controlados**, 19 Mai de 2015. Disponível em: <[http://www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/dicas/receituarios\\_talonarios\\_medicamentos/informacoes\\_sobre\\_receituarios\\_talonarios\\_medicamentos.htm](http://www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/dicas/receituarios_talonarios_medicamentos/informacoes_sobre_receituarios_talonarios_medicamentos.htm)>. Acesso em: 13 de out 2019.

AGÊNCIA nacional de vigilância sanitária (ANVISA). Portaria no 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o regulamento técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. **Diário Oficial da União**, 1998. Disponível em: <[http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2718376/PRT\\_SVS\\_344\\_1998\\_COMP.pdf/a3e82d3-315c-43b1-87cf-c812ba856144](http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2718376/PRT_SVS_344_1998_COMP.pdf/a3e82d3-315c-43b1-87cf-c812ba856144)>. Acesso em: 16 out de 2019.

AGÊNCIA nacional de vigilância sanitária (ANVISA). Prescrição e consumo de metilfenidato no Brasil: identificando riscos para o monitoramento e controle sanitário. **Boletim de farmacoepidemiologia do SNGPC**. nº 2, Jul/dez de 2012. Disponível em: <<https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=ZGVmYXVsdGRvbWFpbntxtZWRpY2FtZW50b3Nub3N1c3xneDplZjU2ZjYwOGZkOTNmNTY>>. Acesso em: 14 out de 2019.

Almeida, Maíra Lopes e Neves, Anamaria Silva A Popularização Diagnóstica do Autismo: uma Falsa Epidemia?. **Psicologia: Ciência e Profissão**. 2020, v. 40, e180896. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-3703003180896>>. Acessado 9 Junho 2021

AMARANTE, Paulo. Revisando os paradigmas do saber psiquiátrico: tecendo o percurso do movimento da reforma psiquiátrica. In: **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**, 2nd. ed. rev. and enl. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995. 136 p.

ARAÚJO, Álvaro; NETO, Francisco. A nova classificação americana para os transtornos mentais- o DSM-5. **Jornal de Psicanálise (Online)**. São Paulo, 99-116. 2013. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/jp/v46n85/v46n85a11.pdf>>. Acesso em 30 de Jan. 2021.

Azevedo, Luciana Jaramillo Caruso de Medicalização das infâncias: entre os cuidados e os medicamentos. **Psicologia USP**. 2018, v. 29, n. 3, pp. 451-458.

BARRETTO, Elba Siqueira de Sá; MITRULIS, Eleny. Trajetória e desafios dos ciclos escolares no País. **Estud. av.**, São Paulo, v. 15, n. 42, pág. 103-140, agosto de 2001.

BELTRAME, Rudinei Luiz; GESSER, Marivete; SOUZA, Simone Vieira de. Diálogos sobre medicalização da infância e educação: uma revisão de literatura. **Psicol. Estud.**, Maringá, v. 24, e42566, 2019.

BRAGA, Cláudia Pellegrini; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. Políticas públicas na atenção à saúde mental de crianças e adolescentes: percurso histórico e caminhos de participação. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 401-410, Feb. 2019.

BOURDIEU, P.; CHAMPAGNE, P., Os excluídos do interior. In: **A miséria do mundo** / sob direção de | Pierre Bourdieu; com contribuições de A. Accardo et al., 7ª ed., Petrópolis, RJ: Vozes, 2008, p. 481-486.

CALIMAN, L. V. (2010). Notas sobre a história oficial do Transtorno do déficit de atenção/hiperatividade TDAH. **Psicologia: Ciência e Profissão**, 30(1), 46-61.

CARLINI, Elisaldo A. et al. Metilfenidato: influência da notificação de receita A (cor amarela) sobre a prática de prescrição por médicos brasileiros. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 11-20, 2003.

CONSELHO regional de psicologia. GARRIDO J; MOYSÉS M.A. Uma panorama nacional dos estudos sobre medicalização da aprendizagem de crianças em idade escolar. In: **Medicalização de crianças e adolescentes conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

CONSELHO regional de psicologia. GARRIDO J; MOYSÉS M.A. Dislexia e TDAH: uma análise a partir da ciência médica. In: **Medicalização de crianças e adolescentes conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

CRUZ, Lilian et al., Infância e políticas públicas: Um olhar sobre as práticas Psi. **Psicologia & Sociedade**, 17 (3), 42-49; set-dez: 2005, (pp.271-312). Rio de Janeiro: Relume Dumará.

DSM-V-TR™ - **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Trad Cláudia Dornelles; - 4.ed. rev. - Porto Alegre: Artmed,2002. Disponível em:< <http://www.niip.com.br/wp-content/uploads/2018/06/Manual-Diagnostico-e-Estatistico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5-1-pdf.pdf> >. Acesso em 27 dez de 2019.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília: Diário Oficial da União, 1990.

EHRENBERG, Alain. O sujeito cerebral. **Psicol. clin.**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 1, p. 187-213, 2009 .

FREITAS-SILVA, Luna Rodrigues; ORTEGA, Francisco. A determinação biológica dos transtornos mentais: uma discussão a partir de teses neurocientíficas recentes. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 32, n. 8, e00168115, 2016 .

KALMUS, Jaqueline; PATTO, Maria Helena Souza. **A produção social da deficiência mental leve**. 2000. Dissertação (Mestrado)Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

KALMUS, Jaqueline; a. **Ilusão, resignação e resistência: marcas da inclusão marginal de estudantes das classes subalternas na rede de ensino superior privada**. 2010.Tese (doutorado), Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

HADDAD, Sérgio et al. Analfabetismo entre jovens adultos no Brasil. **Revista Brasileira de Alfabetização- ABAlf**. Vitória- ES, v.1, p.88-110. Jul/ Dez 2015.

LUZIO, C. A.; L'ABBATE, S.A. A reforma psiquiátrica brasileira: aspectos históricos e técnico-assistenciais das experiências de São Paulo, Santos e Campinas. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.** v.10, n.20, p.281-98, jul/dez 2006.

MARTINHAGO, FERNANDA e CAPONI, SANDRA Controvérsias sobre o uso do DSM para diagnósticos de transtornos mentais. Physis: **Revista de Saúde Coletiva**. 2019, v. 29, n. 02, e290213.

MARTINHAGO, Fernanda; CAPONI, Sandra. Breve história das classificações em psiquiatria. **INTERthesis** (Online). Florianópolis, v.16, n.1, p.74-91. Jan-Abr 2019.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R.A. (Orgs.) **Os sentidos da integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde**. Rio de Janeiro: Uerj, IMS: Abrasco, 2001.

MELLO, Sylvia Leser de. Classes populares, família e preconceito. **Psicol. USP**, São Paulo , v. 3, n. 1-2, p. 123-130, 1992 .

MINAYO, Maria Cecília Souza. Parte V fase de análise do material qualitativo. *In: MINAYO MCS. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 14ª edição revista e aprimorada.* São Paulo: Hucitec; 2014.

OLIVEIRA, Fabio de. **A Construção Social dos Discursos sobre o Acidente de Trabalho.** 1997. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997. doi:10.11606/D.47.2018.tde-17042018-172051.

PATTO, Maria Helena Souza. Para uma Crítica da Razão Psicométrica. **Psicol. USP** , São Paulo, v. 8, n. 1, pág. 47-62, 1997.

PATTO, Maria Helena. Raízes históricas das concepções sobre o fracasso escolar: um triunfo de uma classe e sua visão de mundo. *In: A produção do fracasso escolar histórias de submissão e rebeldia.* São Paulo. T. A Queiroz, editor, 1996, (p. 10-53).

PENTEADO, Regina Zanella; SOUZA NETO, Samuel de. Mal-estar, sofrimento e adoecimento do professor: de narrativas do trabalho e da cultura docente à docência como profissão. **Saúde soc.**, São Paulo , v. 28, n. 1, p. 135-153, Mar. 2019 .

PIAGET, Jean. Seis estudos de psicologia. *In: O desenvolvimento mental da criança.* 1999 (13-65).

RESENDE, Marina Silveira de; PONTES, Samira; CALAZANS, Roberto. O DSM-5 e suas implicações no processo de medicalização da existência. **Psicol. rev.** (Belo Horizonte), Belo Horizonte , v. 21, n. 3, p. 534-546, set. 2015 .

Ribeiro, Sérgio Costa. A pedagogia da repetência. **Estudos Avançados.** 1991, v. 5, n. 12 , pp. 07-21.

SARMENTO, Manuel Jacinto. Gerações e alteridade: interrogações a partir da sociologia da infância. **Educ. Soc.**, Campinas, vol.26, n.91, p. 361-378, Mai/ Ago. 2005.

SILVA, Izabel Penteado Dias da; BATISTA, Cecília Guarnieri. Crianças agitadas/desatentas: modelos de explicação. **Pro-Posições**, Campinas , v. 31, e20170184, 2020 .

SILVA, Maria José. **O uso do cloridrato de metilfenidato em unidade infantil da rede pública de Santos: Remediando a desmedida?** 2014. 91 f. Dissertação (Mestrado Ensino em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de São Paulo, Santos.

SIMÕES, Cristiane Helena Dias; FERNANDES, Rafael Aiello; AIELLO-VAISBERG, Tania Maria José. O profissional de saúde mental na reforma psiquiátrica. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 30, n. 2, pág. 275-282, junho de 2013.

SORGE, Marco Antonio Coutinho. TDAH: transtorno ou sintoma ?. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.** , São Paulo, v. 23, n. 1, pág. 157-160, março de 2020.

VIÉGAS, Lygia de Sousa. Progressão Continuada e Patologização da Educação: um debate necessário. **Psicologia Escolar e Educacional**. 2015, v. 19, n. 1. pp. 153-161.

WINNICOTT, D.W. **O ambiente e os processos de maturação. Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**. Porto Alegre: Artmed, 1983.



## **8. APÊNDICE**

### **8.1 APÊNDICE I: ROTEIRO DE APOIO ÀS ENTREVISTAS**

É importante ressaltar que todas as entrevistas foram realizadas de forma remota, via vídeo chamada, por conta da pandemia de Covid-19.

#### **Roteiro de apoio às entrevistas**

As perguntas utilizadas para nortear a conversa foram:

Quais os principais motivos de encaminhamento de crianças e adolescentes para o serviço em que atua?

O que o trabalhador entende por medicalização?

A entrevista busca conhecer quais as percepções do entrevistado acerca do TDAH, quais as formas mais frequentes de encaminhamento para o serviço que ele (a) atua, em relação a esse diagnóstico, questioná-lo (a) se há uma relação entre o serviço que ele (a) atende e a instituição escolar e de quais formas essa relação se dá.

Quais são as suas percepções acerca do crescimento do diagnóstico de TDAH e da medicamentação de crianças e adolescentes?

Questionar se o profissional conhece crianças ou adolescentes que fazem uso algum medicamento, visando entender se esse uso ocorre há muito tempo e qual a percepção do profissional, em relação ao uso dessa (s) droga (s). Caso o trabalhador responda afirmativo, questionar se ele atende ou conhece alguma criança ou adolescente que iniciou o tratamento consumindo metilfenidato e passou a usar risperidona ou se o primeiro medicamento prescrito para o tratamento de TDAH foi risperidona. Explorar se o entrevistado percebe alguma mudança comportamental decorrente da substituição do medicamento e quais as mudanças ele percebe, buscar compreender qual a percepção do entrevistado acerca do processo de substituição ou da queda no consumo de algum medicamento.

## 8.2 APÊNDICE II- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

O TCLE foi disponibilizado via formulário eletrônico aos entrevistados, por conta da pandemia todas atividades da pesquisa foram realizadas de modo remoto. Abaixo estão descritas as informações contidas no TCLE eletrônico: [https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfoCBkPUhovMUW65v-Yz5MR8ICxFQHAqqP-OyLfsoRrJHUIw/viewform?usp=sf link](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfoCBkPUhovMUW65v-Yz5MR8ICxFQHAqqP-OyLfsoRrJHUIw/viewform?usp=sf_link)>.

Consideramos que se você responder o questionário é porque concordou com a participação como voluntário(a) de pesquisa. Que foi devidamente informado(a) e esclarecido(a) sobre o objetivo desta pesquisa, que leu os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de sua participação e esclareceu todas as suas dúvidas. Foi garantida a sua possibilidade de recusar a participar e retirar seu consentimento a qualquer momento, sem que isto lhe cause qualquer prejuízo, penalidade ou responsabilidade. Consideramos que você autorizou a divulgação dos dados obtidos neste estudo mantendo em sigilo sua identidade. Enviaremos uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o seu e-mail.

**Esclarecimento:** Em decorrência da Pandemia de Covid-19 foi necessário fazer adequações nos processos de condução da pesquisa, principalmente em relação às entrevistas. Seguindo a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS), que entende que como medida primordial ao combate ao Coronavírus o isolamento social, serão aplicados os TCLE por formulário eletrônico e realizadas as entrevistas via videoconferências com duração média de uma hora, com um aplicativo que permita a gravação dos áudios das entrevistas. Garantindo a total segurança do voluntário e seu sigilo.

E-mail:

Nome Completo:

Voluntário, você está sendo convidado a participar dessa pesquisa, cujo objetivo geral é entender como os profissionais da saúde da cidade de Santos percebem o fenômeno da medicalização em crianças e adolescentes, em especial com relação ao diagnóstico de TDAH, dentro da sua prática profissional.

Sua participação nesse estudo é voluntária e você tem plena liberdade para solicitar a qualquer momento a interrupção da nossa conversa ou retirar seu consentimento. Em todos esses casos você não será prejudicado, penalizado ou responsabilizado de nenhuma forma.

As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros entrevistados, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante, inclusive você. Você pode e deve fazer todas as perguntas que julgar necessárias antes de concordar em participar do estudo, assim como a qualquer momento. A você será assegurado o direito de, a qualquer momento, se for de seu interesse, ter acesso a todas as informações obtidas a seu respeito neste estudo, ou a respeito dos resultados gerais do estudo, quando estes forem conhecidos. Não há despesas pessoais em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

Trata-se de uma pesquisa de Iniciação Científica desenvolvida por Jéssica Portela de Sousa, sob a orientação da Profa. Dra. Jaqueline Kalmus, do Departamento de Políticas Públicas e Saúde Coletiva da Universidade Federal de São Paulo, Campus Baixada Santista. Em qualquer etapa da pesquisa você terá acesso à pesquisadora responsável, a mesma Profa. orientadora, que pode ser encontrada no endereço: R. Silva Jardim, 136 Vila Mathias - Santos/SP – Tel.: (13) 3878-3731 / (13) 3878-3867 - e-mail:jkalmus@unifesp.br. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP (CEP/UNIFESP) – Rua Botucatu, 740, cep 04023-900, Vila Clementino, São Paulo/SP. E-mail <cep@unifesp.br>. Os telefones são 011-5571- 1062 e 011-5539-7162; horário de atendimento telefônico e presencial: Segundas, Terças, Quintas e Sextas, das 9 às 12hs.

Em relação aos riscos e benefícios, o pesquisador declara:

**Riscos:**

Os riscos da presente pesquisa podem ser imediatos e tardios e se referem:

- a) ao desconforto ou desassossego porventura provocado pela gravação da entrevista, que pode abarcar aspectos carregados de carga emocional;
- b) à quebra de sigilo, ainda que não intencional;
- c) à explicitação de conflitos até então latentes entre os sujeitos e equipe profissional. Para minorar esses riscos, o TCLE é um instrumento que procura garantir o anonimato e a

interrupção da pesquisa na medida em que surjam desconfortos ou mal-estar. Também a pesquisadora estará atenta aos efeitos do processo de pesquisa e da divulgação de seus resultados junto aos sujeitos, dispondo-se a solucionar os problemas que porventura apareçam.

Havendo algum dano decorrente da pesquisa, o participante terá direito a solicitar indenização através das vias judiciais e/ou extrajudiciais, conforme a legislação brasileira (Código Civil, Lei 10.406/2002, Artigos 927 a 954; entre outras; e Resolução CNS nº 510 de 2016, Artigo 19).

**Benefícios:**

Os benefícios, da perspectiva dos sujeitos envolvidos diretamente (entrevistados) referem-se à possibilidade de compartilhar olhares diferenciados construídos a partir da sua prática e formação profissional, diante o fenômeno da medicalização de crianças e adolescentes. Além disso, contribuirá para o levantamento de dados acessados a partir das vivências desses profissionais. Do ponto de vista do serviço de Saúde Mental, o estudo pode promover uma maior aproximação e sensibilidade diante as práticas medicalizantes que perpassam toda a sociedade. No âmbito acadêmico, o estudo pode contribuir para elucidar uma questão pouco estudada com relação ao fenômeno da medicalização de crianças e adolescentes diante o olhar dos profissionais da saúde.

Acredito ter sido suficientemente informado(a) a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo a pesquisa “**Medicalização de crianças e adolescentes: diagnóstico de tdah e a perspectiva dos trabalhadores da rede de saúde de Santos**” ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo pessoal.

Comprometo-me a divulgar os resultados da pesquisa, em formato acessível ao grupo ou população em que foi pesquisada (Resolução CNS nº 510 de 2016, Artigo 3º, Inciso IV).