

UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE – UNIVALE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM GESTÃO
INTEGRADA DO TERRITÓRIO

Fúlvia Cristina do Carmo Alves

VIVÊNCIAS TERRITORIAIS DE CRIANÇAS EM RELAÇÃO AO USO DE
PSICOFÁRMACO

Governador Valadares, MG

Abril de 2020

FULVIA CRISTINA DO CARMO ALVES

**VIVÊNCIAS TERRITORIAIS DE CRIANÇAS EM RELAÇÃO AO USO DE
PSICOFÁRMACO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós
Graduação *stricto sensu* em Gestão Integrada
do Território da Universidade Vale do Rio
Doce - UNIVALE, como requisito parcial à
obtenção do título de Mestre em Gestão
Integrada do Território.

Orientadora: Profa. Dra. Marileny Boechat
Frauches Brandão

Governador Valadares, MG

Abril de 2020

Ficha Catalográfica - Biblioteca Dr. Geraldo Vianna Cruz (UNIVALE)

A474v Alves, Fúlvia Cristina do Carmo.
Vivências territoriais de crianças em relação ao uso de psicofármaco [manuscrito] / Fúlvia Cristina do Carmo Alves. – Governador Valadares, MG : UNIVALE, 2020.
166 f. ; 29,5 cm.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Vale do Rio Doce, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Gestão Integrada do Território – GIT, 2020.
Orientadora : Prof. Dra. Marileny Boechat e Frauches Brandão

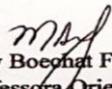
1. Medicalização Infantil. 2. Território. I. Boechat, Marileny. II. Brandão, Frauches III. Título.

Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Gestão Integrada do Território
ATA DA BANCA EXAMINADORA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE
FULVIA CRISTINA DO CARMO ALVES

Matrícula N° 2.619

Ao vigésimo sétimo dia do mês de maio de dois mil e vinte (27/05/2020), às 14 (quatorze) horas, por meio de tecnologias de reunião à distância, utilizando como recurso o Google Meet, sob a coordenação do Prof.ª Dr.ª Marileny Boechat Frauches Brandão, Professora Orientadora, reuniram-se os membros efetivos da Banca Examinadora da Dissertação de Mestrado intitulada: "**Vivências territoriais de crianças em relação ao uso de psicofármaco**", elaborada pela discente Fulvia Cristina do Carmo Alves, do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Gestão Integrada do Território da Universidade Vale do Rio Doce – GIT/Univale – Nível Mestrado Acadêmico, Linha de Pesquisa: Território, Sociedade e Saúde. A Banca Examinadora foi composta pelos(as) professores(as): Prof.ª Dr.ª Maria Celeste Reis Fernandes de Souza (GIT/Univale) e Dr.ª Shyrleen Christieny Assunção Alves (Centro Universitário do Leste de Minas Gerais - UNILESTE-MG). A professora orientadora iniciou a sessão informando que a reunião seria gravada, depois fez a apresentação dos componentes da Banca Examinadora e informou que a discente atendeu as exigências do Art. 82 do Regulamento do Programa. Em seguida, apresentou a discente, leu o título da dissertação e lhe passou a palavra. Feita a apresentação por parte da mestrande, os avaliadores fizeram questionamentos e comentários. Em todos os momentos foi dado o direito à discente de responder aos questionamentos. Por fim, a Banca se reuniu sem a participação da discente e do público, decidindo pela: (x) Aprovação; () Aprovação com solicitação das revisões, constantes nas "observações", no prazo máximo de 60 dias; () Reprovação. O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Presidente da Banca. **OBSERVAÇÕES:** A banca destacou a relevância do objeto de estudo e as contribuições para o campo da Psicologia, da Educação, da Saúde e para os estudos territoriais pela abordagem interdisciplinar.

Nada mais havendo a tratar, a Presidente encerrou a reunião e lavrou a presente ata, que será assinada por todos os membros participantes da Banca Examinadora.


Dr.ª Marileny Boechat Frauches Brandão
Professora Orientadora


Dr.ª Maria Celeste Reis Fernandes de Souza
Avaliadora


Dr.ª Shyrleen Christieny Assunção Alves
Avaliadora



UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE
Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Gestão Integrada do Território

FULVIA CRISTINA DO CARMO ALVES

“Vivências territoriais de crianças em relação ao uso de psicofármaco”

Dissertação aprovada em 27 de maio de 2020,
pela banca examinadora com a seguinte
composição:

Prof.^a Dr.^a Marileny Boechat Frauches Brandão
Orientadora – Universidade Vale do Rio Doce - UNIVALE

Prof.^a Dr.^a Maria Celeste Reis Fernandes de Souza
Examinadora – Universidade Vale do Rio Doce - UNIVALE

Prof.^a Dr.^a Shyrleen Christieny Assunção Alves
Examinadora – Centro Universitário do Leste de Minas Gerais - UNILESTE-MG

À todos que estiveram ao meu lado nesse tempo de dedicação e renúncia.

À quem me encorajou, quando eu estava exausta.

Às minhas filhas que me inspiram a estudar, pesquisar e lutar pelo direito da criança ser
criança.

Às crianças que, infelizmente, não são enxergadas e nem escutadas.

AGRADECIMENTOS

Minha primeira gratidão é a Deus, que me presenteou com a vida e saúde e que permitiu tudo isso acontecesse, me mostrando sempre que Ele é o maior mestre que pude conhecer.

Gratidão eterna aos meus pais, que são meu suporte, em todas as situações e em todas as circunstâncias. Obrigada pelo café semprequentinho que me fortalecia e as palavras encorajadoras nos momentos de exaustão.

Gratidão ao Rodrigo, meu companheiro de vida. Obrigada pelas infindáveis leituras e correções, pelo incentivo nas horas de desânimo e cansaço, por estar comigo acordado sem precisar nas madrugadas enquanto eu estudava. Obrigada por me ajudar a passar por essa experiência da forma mais leve que conseguimos e muito obrigada por estar com nossas filhas nos momentos que eu estava ausente. Ah, e não posso esquecer de agradecer pelos chocolates que me aliviaram bastante nos momentos de loucura.

Gratidão às minhas filhas que, mesmo pequenas, me inspiraram a escolher o tema desse estudo. Obrigada por compreender a ausência em muitos momentos, obrigada Sara e Helena, por muitas vezes desenhar em meu caderno e escrever o quanto me amavam... vocês não têm ideia como isso é revigorante e acolhedor.

Gratidão a prof. Dra. Marileny, minha orientadora, pela orientação, apoio e confiança e muito obrigada por me apresentar um mundo fantástico e desafiador da pesquisa. Agradeço pelo empenho dedicado à elaboração deste trabalho.

Gratidão a todos os meus queridos professores do mestrado, por me apresentarem um mundo novo, não só da pesquisa, mas do ser professor, com certeza o ensinamento de cada um de vocês contribuiu na minha formação acadêmica e profissional.

Gratidão à minha querida UNIVALE, para mim, mais do que uma universidade, um lugar que me possibilitou por duas vezes, grandes conquistas.

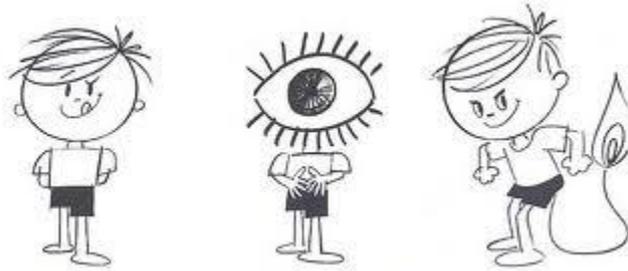
Gratidão à direção acadêmica, coordenador de Extensão e minha coordenadora do curso de psicologia da Faculdade Única que permitiram a realização da pesquisa na Clínica Escola e que, de forma tão amigável, estiveram sempre disponíveis para o que fosse possível.

Gratidão aos meus colegas de trabalho, prof. Arilton e prof^a Vanessa que me auxiliaram nos aspectos técnicos da elaboração deste trabalho.

Quero agradecer aos participantes da minha banca de qualificação, Prof^ª. Dra. Maria Celeste Reis Fernandes de Souza e Prof. Dr. Carlos Alberto dias, pelos apontamentos pertinentes que contribuíram para esse estudo e aproveito a oportunidade para também agradecer aos membros da banca de defesa dessa dissertação, Prof^ª. Dra. Maria Celeste Reis Fernandes de Souza e Profa. Dra. Shyrllleen Christieny Assunção Alves, por atenderem ao convite, dispondo de seu tempo e conhecimento para analisar este trabalho e por enriquecê-lo.

E por fim, não posso de externar a minha gratidão às minhas amigas e parceiras de mestrado, Anelise, Fabiane e Marisa, pela companhia, troca, suporte, apoio, escuta, acolhimento em momentos de angústia, incentivo, pelas risadas e pela companhia no café.

Era uma vez um menino maluquinho
Ele tinha o olho maior do que a barriga
E tinha fogo no rabo



E foi aí que
todo mundo descobriu
que ele
não tinha sido
um
menino
maluquinho

ele tinha sido era um menino feliz!



RESUMO

Os transtornos de comportamento e de aprendizagem interferem em diversos aspectos da infância e como uma das possibilidades de intervenção, tem-se a opção medicamentosa em concomitante à psicoterapia. Segundo registros do Ministério da Saúde, têm crescido a cada ano o número de crianças em fase escolar, que fazem uso da medicação psicotrópica. Tal fenômeno denuncia um olhar exclusivamente biológico para as mais variadas questões da infância e gera um questionamento quanto ao diagnóstico. Assim, a infância tem sido patologizada, estigmatizada e medicalizada e a Medicina, em especial a Psiquiatria, tem contribuído para este processo. Esta pesquisa teve como objetivo conhecer a percepção de crianças escolares de 7 a 11 anos atendidas em uma Clínica Escola sobre o uso e os efeitos do psicofármaco em sua vida. Trata-se de um estudo descritivo, transversal, de abordagem qualitativa, pela modalidade de estudo de caso. A amostra foi composta por oito crianças de 7 a 11 anos que estiveram em atendimento psicológico no período de 2017 a 2019 na Clínica Escola da Faculdade Única de Ipatinga/MG e que fazem ou já fizeram uso de psicofármacos. A coleta de dados foi realizada por meio da análise das fichas de inscrição e dos prontuários disponibilizados pela Clínica Escola e uma entrevista com o responsável pela criança. Posteriormente foi realizada uma entrevista com a criança seguindo um protocolo: *rapport*, aplicação do pictograma e aplicação do Procedimento do Desenho-Estória com Tema. Os dados quantitativos coletados foram organizados em uma planilha do Microsoft Office Excel 2016 e agrupados, levando-se em consideração as variáveis do estudo. Para identificação do perfil das crianças e seus responsáveis, informações sobre o tipo e uso do psicofármaco, bem como a percepção do responsável quanto ao uso do psicofármaco e o sentimento da criança em relação ao uso do psicofármaco em seus diversos contextos (família, escola e social) por meio do pictograma, foi utilizada a análise descritiva. A identificação da percepção da criança quanto ao uso do psicofármaco com a utilização do Procedimento Desenho-Estória com Tema (PDE-T) foi realizada por meio da análise qualitativa, especificadamente, utilizando o método fenomenológico. Destaca-se que a criança e seu responsável percebem que o psicofármaco contribui para uma mudança de comportamento, no que tange ao contexto escolar. No entanto, a criança apresenta sentimentos negativos em relação ao uso do psicofármaco, devido ao gosto ruim e as reações adversas provocadas pelo mesmo. O responsável aceita como verdade absoluta o discurso médico e não abre espaço para que a criança expresse o que sente pelo uso do psicofármaco. Conclui-se que é importante que os profissionais de saúde, escola e família estabeleçam e mantenham um diálogo que permita construir uma visão mais ampla sobre o processo saúde/doença e a prática de uma clínica ampliada, favorecendo um olhar para além do sintoma, respeitando, ouvindo e valorizando a subjetividade da criança. Ainda que se faça necessário propor articulações com grupos e pessoas da sociedade como um todo para conhecer, discutir, enfrentar e superar o fenômeno da medicalização, propondo uma reflexão que poderá ser benéfica não só para as crianças, mas para toda a sociedade. A expectativa é que esta pesquisa possa fomentar discussões que conscientizem sobre a concepção do uso racional de psicofármacos, banalização do diagnóstico infantil e a possível inclusão do profissional da Psicologia no contexto escolar a fim de promover saúde e o desenvolvimento de todos os atores envolvidos no processo ensino-aprendizagem.

Palavras-chave: Medicalização infantil. Educação. Geografia da Infância.

ABSTRACT

Child behavior and learning disorders interfere in several aspects of childhood and as one of the possibilities for intervention, there is the drug option in parallel to psychotherapy. According to records from the Ministry of Health, the number of school-aged children using psychotropic medication has grown every year. This phenomenon denounces an exclusively biological look at the most varied issues of childhood and generates a question about the diagnosis received. Thus, childhood has been pathologized, stigmatized and medicalized and Medicine, especially Psychiatry, is knowledge that can contribute to these processes. This research aimed to identify how school children aged 7 to 11 years seen at a School Clinic perceive the use and effects of the psychotropic drug in their lives. This is a descriptive, cross-sectional study with a qualitative approach, using the case study modality. The sample consisted of eight children aged 7 to 11 years who were or are still in psychological care in the period from 2017 to 2019 at the School Clinic of Faculdade Única de Ipatinga / MG and who use or have already used psychiatric drugs. Initially, data collection was performed through the analysis of registration forms and medical records provided by Clínica Escola and an interview with the child's guardian. Subsequently, an interview was conducted with the child following a protocol: rapport, application of the pictogram and application of the Drawing-Story Procedure with Theme. The quantitative data collected were organized in a Microsoft Office Excel 2016 spreadsheet and grouped, taking into account the study variables. To identify the profile of children and their guardians, information about the type and use of the psychotropic drug, as well as the guardian's perception of the use of psychotropic drugs and the child's feelings regarding the use of psychotropic drugs in their different contexts (family, school and through the pictogram, descriptive analysis was used. The identification of the child's perception regarding the use of the psychiatric drug using the Drawing-Story with Theme Procedure (PDE-T) was carried out through qualitative analysis, specifically, using the phenomenological method. It is noteworthy that the child and their guardian perceive that the psychotropic drug contributes to a change in behavior, with regard to the school context. However, the child has negative feelings regarding the use of the psychotropic drug, due to the bad taste and the adverse reactions caused by it. The guardian accepts the medical discourse as an absolute truth and does not open space for the child to express what he feels about the use of the psychotropic drug. It is concluded that it is important that health professionals, school and family establish and maintain a dialogue that allows to build a broader view on the health / disease process and the practice of an expanded clinic, favoring a look beyond the symptom, respecting , listening and valuing the child's subjectivity. Although it is necessary to propose articulations with groups and people from society as a whole to know, discuss, face and overcome the phenomenon of medicalization, proposing a reflection that could be beneficial not only for children, but for the whole society. The expectation is that this research can foster discussions that raise awareness about the conception of the rational use of psychotropic drugs, trivializing child diagnosis and the possible inclusion of the psychology professional in the school context in order to promote health and the development of all actors involved in the process teaching-learning.

Key words: Child medicalization. Education. Childhood Geography

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 Brincadeira de criança de Ivan Cruz de 1990
- Figura 2 As meninas de Diego Velásquez de 1656
- Figura 3 Escola do Povoado em 1848 de Albert Anker em 1896
- Figura 4 Leito de Procusto
- Figura 5 Cena de família de Adolfo Augusto Pinto de 1891
- Figura 6 Palhacinhos na Gangorra de Cândido Portinari de 1957
- Figura 7 Criança pertencente ao Movimento Sem Terra do fotógrafo Sebastião Salgado em 1996
- Figura 8 Campanha United Colors of Benetton (Crianças) do fotógrafo Oliviero Toscani em 1983
- Figura 9 Favela de Paraisópolis do fotógrafo Tuca Vieira em 2004
- Figura 10 Frame do filme The Wall de 1971 da Banda Pink Floyd
- Figura 11 Sala de aula em uma escola do estado do Paraná por Luiz G. Motta em 2018
- Figura 12 Fluxograma da metodologia empregada
- Figura 13 Desenho realizado pela criança 01 da pesquisa
- Figura 14 Desenho realizado pela criança 02 da pesquisa
- Figura 15 Desenho realizado pela criança 03 da pesquisa
- Figura 16 Desenho realizado pela criança 04 da pesquisa
- Figura 17 Desenho realizado pela criança 05 da pesquisa
- Figura 18 Desenho realizado pela criança 06 da pesquisa
- Figura 19 Desenho realizado pela criança 07 da pesquisa
- Figura 20 Desenho realizado pela criança 08 da pesquisa

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Variáveis do estudo

LISTA DE TABELAS

| | |
|----------|--|
| Tabela 1 | Ranqueamento de consumo de psicofármacos no Brasil em 2017 |
| Tabela 2 | Quantidade de Metilfenidato vendidos no Brasil por ano |

LISTA DE ABREVIações E SIGLAS

| | |
|-------------|---|
| Anvisa | Agência Nacional de Vigilância Sanitária |
| APA | Associação Psiquiátrica Americana |
| CFP | Conselho Federal de Psicologia |
| CID | Classificação Internacional de Doenças |
| CRP | Conselho Regional de Psicologia |
| CRAS | Centro de Referência em Assistência Social |
| CREA | Centros de Referência Especializado em Assistência Social |
| CSN | Conselho Nacional da Saúde |
| DA | Distúrbio de Aprendizagem |
| DCN | Diretrizes Curriculares Nacionais |
| DSM | Manual de Diagnóstico e Estatística de Doenças Mentais |
| ECA | Estatuto da Criança e do Adolescente |
| EUA | Estados Unidos da América |
| GIT | Gestão Integrada do Território |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| IMSH | Intercontinental Medical Statistics Health |
| ISMP-Brasil | Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos |
| MEC | Ministério da Educação e Cultura |
| MG | Minas Gerais |
| MS | Ministério da Saúde |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| PDE-T | Procedimento Desenho-Estória com Tema |
| Rename | Relação Nacional de Medicamentos Essenciais |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| TDAH | Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade |
| TOD | Transtorno Opositor Desafiador |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| UNIVALE | Universidade Vale do Rio Doce |
| USP | Universidade de São Paulo |

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 15 |
| 2 INFÂNCIA, CRIANÇA E TERRITÓRIO | 19 |
| 2.1 A VISÃO DE INFÂNCIA NA PSICOLOGIA | 19 |
| 2.2 A HISTÓRIA DA INFÂNCIA | 22 |
| 2.3 VISÃO TERRITORIAL DA INFÂNCIA | 30 |
| 2.4 A CRIANÇA E O ESPAÇO FAMILIAR | 36 |
| 2.5 A CRIANÇA E O ESPAÇO ESCOLAR | 38 |
| 2.6 A CRIANÇA E OS OUTROS ESPAÇOS SOCIAIS | 42 |
| 3 AS FACES DA MEDICALIZAÇÃO: CONCEITOS, HISTÓRIA E CONSEQUÊNCIAS | 44 |
| 3.1 O LIMIAR DA NORMALIDADE | 45 |
| 3.2 CONCEITO DE MEDICALIZAÇÃO | 48 |
| 3.3 A HISTÓRIA DA MEDICALIZAÇÃO | 54 |
| 3.4 ELEMENTOS FOMENTADORES DA MEDICALIZAÇÃO..... | 57 |
| 3.4.1 O retorno ao biologicismo | 56 |
| 3.4.2 A patologização da existência | 60 |
| 3.4.3 As estratégias de marketing da indústria farmacêutica | 60 |
| 3.5 A MEDICALIZAÇÃO NO CONTEXTO ESCOLAR..... | 67 |
| 3.6 CONSEQUÊNCIAS DA MEDICALIZAÇÃO | 73 |
| 3.7 ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DA MEDICALIZAÇÃO | 76 |
| 4 A QUESTÃO DO (PSI)DIAGNÓSTICO | 76 |
| 4.1 CONCEITO E HISTÓRIA | 81 |
| 4.2 A EPIDEMIA E A BANALIZAÇÃO DO (PSI)DIAGNÓSTICO..... | 83 |
| 4.2.1 Por detrás do (psi)diagnóstico | 90 |
| 4.3 O (PSI)DIAGNÓSTICO ENQUANTO UM DISPOSITIVO DE PODER | 92 |
| 4.4 UMA VISÃO INTERDISCIPLINAR PARA O (PSI)DIAGNÓSTICO | 96 |
| 5 METODOLOGIA | 99 |
| 5.1 ASPECTOS ÉTICOS | 99 |
| 5.2 TIPO DE ESTUDO E ABORDAGEM | 99 |

| | |
|--|------------|
| 5.3 FLUXOGRAMA DA METODOLOGIA EMPREGADA | 100 |
| 5.4 UNIVERSO E LOCAL DO ESTUDO | 101 |
| 5.5 AMOSTRA..... | 103 |
| 5.5.1 Critérios de inclusão/exclusão | 98 |
| 5.6 ESTUDO PILOTO..... | 104 |
| 5.7 COLETA DE DADOS | 105 |
| 5.8 ANÁLISE DOS DADOS | 110 |
| 6 RESULTADOS E DISCUSSÃO..... | 109 |
| 6.1 DESCRIÇÃO DOS CASOS | 114 |
| 6.2 ANÁLISE DOS DADOS | 123 |
| 6.2.1 Análise do perfil das crianças e seus responsáveis..... | 118 |
| 6.2.2 Análise da percepção da mãe em relação ao uso do psicofármaco na vida da criança..... | 122 |
| 6.2.3 Análise da percepção da criança em relação ao uso do psicofármaco em sua vida | 124 |
| 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 137 |
| 8 LIMITES E PERSPECTIVAS DA PESQUISA | 142 |
| REFERÊNCIAS..... | 143 |
| APÊNDICE | 150 |
| ANEXO | 163 |

1 INTRODUÇÃO

Estudar a infância foi uma escolha desafiadora, pois é uma fase do ciclo de vida complexa. Mas justamente por sua complexidade torna-se uma escolha encantadora, porque a infância é marcada por descobertas.

Quem é a criança na contemporaneidade? Quem escuta a sua voz? Quais desafios a infância da atualidade tem enfrentado? Por que e para que uma criança usa psicofármacos¹? O que disseram para ela sobre o seu uso? Essas e outras perguntas fazem parte de um incômodo, e a partir dele, foi despertado o interesse em estudar o fenômeno da medicalização na infância.

O presente estudo refere-se à compreensão da medicalização na infância e suas implicações nos diversos contextos da vida da criança. De acordo com Braghini (2016), a medicalização é um processo que transforma questões não médicas em problemas médicos.

As mais variadas problemáticas relacionadas à infância têm sido compreendidas unicamente pelos discursos e práticas do saber médico-psiquiátrico e transformadas em psicopatologia². Como proposta de tratamento para os transtornos mentais e de comportamento, tem-se o uso de medicamentos, a psicoterapia e/ou outras intervenções. A prescrição de psicofármacos está sendo tratada como o principal recurso defendido pela Psiquiatria na contemporaneidade (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2012; BRASIL, 2015).

A busca pelo consumo de psicofármacos tem aumentado nos últimos anos, porque comportamentos de diferentes ordens estão sendo interpretados como “doenças”, “transtornos”, “distúrbios” e podem mascarar questões políticas, sociais, educacionais, culturais e/ou afetivas que afligem a vida das pessoas. Outro elemento da medicalização refere-se à transformação de questões coletivas que são tomadas como individuais, e problemas sociais e políticos recebem explicações do ponto de vista biológico. Nesse processo, que pode gerar sofrimento psíquico, a pessoa e sua família são

¹ Os psicofármacos são agentes químicos que atuam sobre o sistema nervoso central e estão em condições de alterar diversos processos mentais, gerando alterações na conduta, na percepção e na consciência (CORDIOLI, 2015).

² Ramo da medicina que tem como objetivo fornecer a referência, a classificação e a explicação para as modificações do modo de vida, do comportamento e da personalidade de um indivíduo, que se desviam da norma e/ou ocasionam sofrimento e são tidas como expressão de doenças mentais (HOUAISS, 2001).

responsabilizadas por tais “problemas”, enquanto governos, autoridades e profissionais são eximidos (BRASIL, 2015).

A medicalização na infância tem invadido o espaço social, familiar e escolar. A sociedade, de um modo geral, defende a ideia que as crianças consideradas “não ideais” ou “desviantes” da normalidade e que apresentam comportamentos considerados atípicos, tendem a ser destacados nesses espaços. Deste feito, as crianças são classificadas, diagnosticadas e medicadas para que se tornem as mais “normais” dentro do possível. Há mais de uma década, Moysés (2001) já aponta que o medicamento vem sendo visto e usado como um dispositivo regulador sobre o qual a sociedade contemporânea tem delineado como o normal e o patológico.

Em se tratando da escola, as dificuldades de aprendizagem e/ou de comportamento que se manifestam principalmente no espaço escolar têm se resumido a uma explicação exclusivamente fisicalista e biologizante. A infância tem sido revestida por diagnósticos psicopatologizantes. Muitas vezes, essas avaliações são realizadas de forma reducionista e até mesmo banalizada. O ato de medicar o “fracasso escolar” tem sido uma opção mais fácil do que repensar o olhar que a escola e a sociedade de forma geral lançam sobre estes alunos (MOYSÉS, 2008).

As crianças que não se adequam e que não correspondem ao esperado socialmente, geralmente são encaminhadas para avaliação médica. Conforme salientado por Braghini (2016) existe uma preocupação pertinente em relação ao aumento do número de queixas sobre o comportamento e/ou desempenho escolar de crianças, o que pode levar a entender que existe um olhar enviesado sobre essa criança, que sobre si é depositada toda a centralização dos problemas, é como se o seu meio social, familiar e escolar não exercessem nenhuma interferência em seu comportamento. Pode-se refletir a partir dos autores e da proposição medicamentosa, que há uma intolerância em lidar com uma criança com comportamentos típicos da idade, que antes estes eram vistos de forma mais complacente, redefinindo o limiar de normalidade apregoada na sociedade atual.

O processo de medicalização na infância acarreta consequências para a criança, como descreve Moysés (2001) como o apagamento da subjetividade do sujeito, que passa a ser um objeto inerte, um corpo apenas biológico, um corpo “sem vida”, como se fosse uma marionete a ser manipulada pelas expectativas sociais. Maciel (2013) reporta que pesquisar o fenômeno da medicalização da vida e da infância torna-se relevante

porque, além das consequências psicológicas em torno da criança medicalizada, se apresenta uma proporção elevada das prescrições de psicofármacos pelos serviços de saúde mental infanto-juvenil. Essa realidade é preocupante, pois a maior parte dos medicamentos prescritos não é adequada para uso em crianças.

Este estudo refere-se a uma investigação científica sobre a percepção de crianças escolares sobre o uso e os efeitos de psicofármacos em sua vida. Este trabalho parte do pressuposto que a criança não é um ser passivo quanto à experiência do uso do psicofármaco. A criança constrói uma ideia a respeito, sendo influenciada pelos adultos que a cercam (pais, profissionais de saúde e professores), que nomeiam e significam essa experiência para ela. Portanto, a criança escolar constrói uma percepção sobre o uso do psicofármaco.

Para estudar esta temática torna-se fundamental adentrar em diversas áreas do conhecimento, como: Psicologia, Educação, Medicina, Geografia, Sociologia, Direito e Saúde, o que evidencia uma abordagem interdisciplinar para o estudo do tema. Paul (2011) reportou a abordagem plural, enfatizando que a interdisciplinaridade pressupõe troca e cooperação entre saberes, perfazendo um diálogo produtivo, o que leva a uma exigência humanista e integrativa.

Morin (2001) citado por Paul (2011) identificou um novo espírito científico no século XX e propôs a necessidade de comunicação entre as Ciências para a compreensão da complexidade da realidade. É preciso observar simultaneamente a unidade e o diverso, sem hierarquizar saberes, perceber a unidade humana em meio às diversidades individuais e culturais.

A execução deste trabalho percorreu os seguintes caminhos: realizou-se um levantamento dos conceitos da infância no campo do saber da Psicologia, visto que a infância foi objeto deste estudo. Em seguida, foi descrito o resgate histórico da infância sob a ótica da História Social da Infância, o que abriu espaço para a Geografia da Infância, estudando as territorialidades infantis, e como ela apresenta nos diversos contextos sociais e culturais, assinalando os espaços nos quais a criança transita: a família, a escola e os outros espaços sociais. Assim, é lançada uma proposta para estudar a infância de uma maneira mais ampla e interdisciplinar, levando em conta também a visão territorial.

Seguiu-se então com a conceitualização e resgate histórico do fenômeno da medicalização da vida, especialmente sobre a medicalização da infância e a

manifestação desse fenômeno no contexto escolar. Assim apareceram elementos que fomentam a medicalização, a epidemia, a banalização do (psi)diagnóstico infantil, a influência comercial da indústria farmacêutica e a análise das relações de poder que permeiam o (psi)diagnóstico.

Diante disso, esta pesquisa teve por objetivo geral conhecer a percepção de crianças escolares de 7 a 11 anos, atendidas numa Clínica Escola de Psicologia sobre o uso e efeitos de psicofármacos em sua vida. O estudo teve ainda por objetivos específicos realizar uma caracterização sócio-demográfica das crianças estudadas e seus responsáveis, levantar informações que envolvem o diagnóstico e o psicofármaco usado e conhecer a percepção destes responsáveis sobre o uso e efeito do psicofármaco na vida da criança.

Existem diversas publicações na literatura sobre a medicalização com foco na visão dos pais, dos professores e demais profissionais que compõem o universo dessa temática (MOYSÉS, 2008; BRZOZOWSKI; CAPONI, 2013; MOYSES; COLLARES, 2013; SANCHES; AMARANTES, 2014; MARTINHAGO; CAPONI 2015; ANTONELI; GARCIA, 2018; BENEDETTI, ET AL, 2018). No entanto, encontrou-se uma lacuna em relação à percepção da própria criança sobre a medicalização em sua vida. Dessa forma, a meta foi identificar nas falas que as crianças constroem em relação ao uso e os efeitos do psicofármaco em sua vida.

2 INFÂNCIA, CRIANÇA E TERRITÓRIO

2.1 A VISÃO DE INFÂNCIA NA PSICOLOGIA

“Todo homem traz dentro de si o menino que foi.”

Antoine de Saint-Exupéry

Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) considera-se criança a pessoa de idade do nascimento até os doze anos de idade incompletos (BRASIL, 2019). No entanto, mais do que uma marca de idade cronológica, a infância é uma das fases do ciclo vital³ caracterizada por constantes transformações. Mudanças essas ocasionadas por fatores que correspondem às variáveis internas ao ser humano (questões biológicas) como também pelas variáveis externas e simbólico-sociais (ambiente social, cultural, educacional etc).

No campo da Psicologia existem diferentes olhares sobre a infância. A Psicologia é um saber, por si só, interdisciplinar⁴. Neste ensejo, foi escolhida uma vertente psicológica para apresentar a concepção de infância, a linha da Psicologia Existencial, e foi trazido para essa discussão autores que alicerçam essa linha teórica.

A criança é um ser biopsicossocial, um ser de potencial e de possibilidades, um ser ativo e que está inserido em uma rede de interações sociais, que compõem sua composição histórico-cultural (AGUIAR, 2015; PAPALIA; FELDMAN, 2013).

A criança, de acordo com Aguiar (2015), é uma unidade indivisível, que se constrói a partir das relações humanas, ou seja, ela é essencialmente relacional, que cresce e se desenvolve ao longo do tempo na e a partir da relação com os outros. O ser humano, do nascimento até a morte, transforma-se e transforma o seu entorno.

Aguiar (2015) também apresenta outra característica da criança, que é a sua complexidade, ou seja, para compreendê-la é fundamental ir além de suas características isoladas, e vincular fatores emocionais, cognitivos, biológicos, comportamentais e sociais. Tais fatores mantêm uma relação entre si de interdependência, influenciando o modo de ser de cada criança.

³ As fases do ciclo vital são: infância, adolescência, jovem adulto, adulto, adulto da meia idade e idoso (PAPALIA e FELDMAN, 2013).

⁴ Na psicologia existem correntes teóricas diferentes como a Psicanálise, Behaviorismo, Existencialismo, Humanismo, Teoria cognitiva.

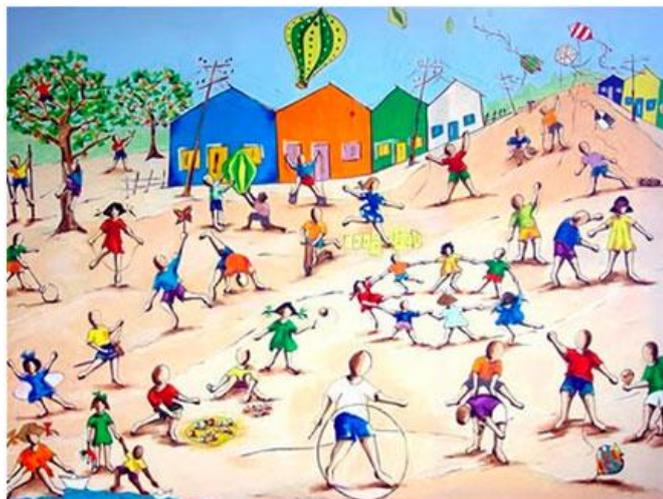
A criança também é contextual, pois a sua infância está atravessada por vários elementos territoriais dos quais ela faz parte, como simbólicos, culturais, sociais, econômicos, históricos e geográficos. Elementos esses que afetam sua relação consigo mesma, com o outro e com o mundo, formando uma teia de forças e de influências (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

Confluindo com a teoria existencial fenomenológica tem-se a ótica de Vygostky (2007) para a criança, o qual a compreende como um sujeito sócio-cultural, e o seu desenvolvimento ocorre em função das interações sociais e condições de vida a que está inserida, sendo afetado pelas crenças e valores culturais. O desenvolvimento humano é conduzido pela aprendizagem e permeado pela linguagem, sendo esta o instrumento que media o eu e o outro, considerada a base da constituição da subjetividade humana. O ser humano quando nasce já se vê envolto em um mundo inerentemente social e, por se encontrar em um ambiente cultural e histórico a criança sobrevive e se desenvolve, mediante a ação da cultura em que se processa.

A linguagem, de acordo com Vygotsky (2007) tem um papel central no processo de desenvolvimento da criança, pois a libera das impressões imediatas sobre um objeto, possibilitando representar para si algo que não tenha visto, mas que consegue pensar nele. Então, a linguagem possibilita a criação e a imaginação, e por meio destas a criança consegue internalizar os conceitos, sem necessariamente a presença concreta de objetos. A linguagem favorece o relacionamento com o outro e permite à criança se constituir e na interação se completar.

A criança se expressa também pelo brincar. A brincadeira é a linguagem da infância e o brinquedo é entendido como um recurso que estimula o seu desenvolvimento. A brincadeira permite à criança internalizar conceitos do meio social e modificar suas funções psicológicas (atenção, memória, linguagem, percepção, entre outros). É pela brincadeira que ela se desenvolve, e é por meio do brinquedo que atinge uma definição funcional de conceitos ou de objetos, e as palavras se tornam parte de algo concreto (VYGOTSKY, 2007). Ver figura 1.

Figura 1 – Brincadeira de criança de Ivan Cruz de 1990



Fonte: www.ivancruz.com.br/galeria Acesso em 27/01/2020

Papalia e Feldman (2013), se inspirando em Vygostsky, também abordam a importância do brincar na infância e como essa experiência influencia o desenvolvimento da criança, em duas dimensões: uma cognitiva e a outra social.

O brincar é importante para o desenvolvimento saudável do corpo e do cérebro. Ele permite que as crianças envolvam-se com o mundo à volta delas, usem sua imaginação, descubram formas flexíveis de usar objetos e solucionar problemas e preparem-se para papéis adultos. O brincar contribui para todos os domínios do desenvolvimento. Por meio dele, as crianças estimulam os sentidos, exercitam os músculos, coordenam a visão com o movimento, obtêm domínio sobre seus corpos, tomam decisões e adquirem novas habilidades (PAPALIA; FELDMAN, 2013, p. 296).

Não existe um único modo de brincar. As crianças das mais diversas idades, em contextos sócio-econômicos e de culturas distintas, brincam de forma diferente, com objetos díspares e passam quantidades de tempo diferentes em vários tipos de brincadeiras (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

Entretanto, essa visão apresentada não é a única forma de compreensão da infância, é um modo. A proposta deste trabalho é que se percorra ao longo da história para conhecer a visão de infância que permeou a sociedade e, posteriormente há um convite para que se preste mais atenção aos contextos culturais e territoriais para a compreensão da infância.

2.2 A HISTÓRIA DA INFÂNCIA

“Diante dela, o mundo deveria parar para começar um novo encontro, porque a criança é o princípio sem fim e o seu fim é o fim de todos nós”.

Herbert de Souza

Ao longo da história, a infância recebeu outros conceitos, percorreu outros espaços e pautou outros discursos, como o econômico, político e do campo da saúde. Por muitos séculos a concepção de infância tal como se tem na atualidade, foi ignorada pela sociedade. O resgate histórico a cerca da infância começará pelo período medieval e findará sobre a visão da infância na contemporaneidade.

Aqui é apresentada a perspectiva de Phillippe Àriés (1981), um historiador que estudou a família e a infância, e também são trazidos outros os estudos de outros autores que fazem uma releitura desse historiador, agregando outras discussões.

A organização social e política da sociedade medieval (século V a XV) não abria espaço para a existência da infância. Naquele período, não eram exigidas nenhuma preparação ou qualificação dos adultos para lidarem com as crianças. “A criança não chegava a sair de uma espécie de anonimato” (ÀRIÈS, 1981, p.10).

Lima e Vieira (2014) reportam que nesta época, a criança era vista como um adulto em miniatura e participava do mundo dos adultos (por meio de vestimentas, jogos e trabalho, dentre outros), sendo exposta aos mesmos costumes dos adultos, como pode ser ilustrada na figura 2.

Figura 2- As meninas de Diego Velásquez de 1656



Fonte: encurtador.com.br/dhmnz Acesso em: 27/10/2019

A criança era entendida apenas como um dos membros de uma família. A criança se relacionava com maior frequência com a comunidade, até mais do que com a família. Assim, a educação da criança era responsabilidade do grupo social. Não havia reconhecimento de sua singularidade e de suas necessidades (saúde, educação, lazer e cuidados especiais), não havia um tratamento diferenciado e nem um mundo próprio (AGUIAR, 2015).

Segundo Guimarães e Lopes (2019, p. 314) as crianças “faziam parte da vida pública, participavam do tecido social e, nessa medida, elas não eram segregadas nem confinadas no espaço doméstico”. As crianças participavam do espaço público e ocupavam o mundo social de forma diferente, pois elas estavam inseridas em espaços com menos coerção, segregação e regras.

A infância era considerada um período de transição, que era superada rapidamente e não tinha muita importância. Até nesse momento da história, a concepção de criança foi marcada como passiva e sem valor. O tempo de duração dessa fase da vida era reduzido, quando uma criança conseguia algum vigor físico, era colocada nos trabalhos junto aos adultos (ÁRIÈS, 1981). Importante enfatizar que, segundo Lopes (2008), não quer dizer que as crianças eram negligenciadas ou abandonadas, mas o que não havia era a consciência de uma particularidade infantil.

De acordo com Áriès (1981), na Idade Moderna, compreendida entre os séculos XV a XVIII, a ideia de infância começa a ser modificada e as crianças passaram a ser enxergadas pelos adultos de modo diferente. Vários marcos históricos contribuíram para essa mudança de visão: o advento do capitalismo, as reformas religiosas, a criação dos Estados Nacionais e o surgimento da burguesia. A partir desses acontecimentos, a criança adquire gradualmente um valor social e começa a exercer importância na sociedade. Mas isso só ocorre efetivamente quando o adulto passa a percebê-la enquanto riqueza econômica em potencial – o trabalhador do futuro.

Neste momento histórico, os valores individuais ganharam maior destaque e a criança tornou-se “um investimento lucrativo para o Estado”, podendo proporcionar lucro a longo prazo. Nesse panorama social, político e econômico, a escola e a família se tornaram responsáveis pela formação da criança (LIMA; VIEIRA, 2014). Surge então a instituição escolar para regular, educar e normalizar a criança para o convívio social, como pode ser exemplificado na figura 3.

Figura 3 - Escola do Povoado em 1848 de Albert Anker em 1896



Fonte: www.arrebol-guadalajara.com Acesso em 27/10/2019

Com o início da escolarização, segundo Ariés (1981), a criança se separa do mundo do adulto para se preparar para o futuro. Ela deixa de aprender diretamente com os adultos e passa a aprender na escola. No entanto, ela se mantém reclusa em internatos, sendo privada da liberdade que antes tinha entre os adultos.

A escola substituiu a aprendizagem como meio de educação. Isso quer dizer que a criança deixou de ser misturada aos adultos e de aprender a vida diretamente, através do contato com eles. Apesar das muitas reticências e retardamentos, a criança foi separada dos adultos e mantida a distância numa espécie de quarentena, antes de ser solta no mundo. Essa quarentena foi a escola, o colégio (ARIÉS, 1981, p. 10).

Áriés (1981) também afirma que a escola surge como um recurso para separar as crianças dos adultos como resposta ao movimento de moralização da sociedade, defendido pela Igreja (reformadores católicos e protestantes), em consonância com as Leis e ao Estado.

A partir dessa mudança de panorama, surge a necessidade de cuidar e educar mais essa criança (AGUIAR, 2015). Esse fenômeno é chamado por Áriés (1981) de “sentimento da infância”, na qual a família percebe a criança como fraca, inocente e carente e inicia-se uma relação afetiva e constitutiva com ela. O sentimento da infância possibilitou um olhar para a particularidade da criança, para o tempo da infância e também para o futuro. Segundo Guarido e Voltolini (2009) o sentimento da infância embasa a ideia de um novo adulto buscado pelas nações em construção e que este adulto constituiria uma “população saudável, letrada e produtiva, desde suas primeiras

experiências de vida, encontrando nestas, seu bom destino ou a desgraça de seu futuro” (p. 243).

Giusti (2016) faz uma análise da entrada da criança nesse novo universo, a escola, e afirma que ao entrar pela primeira vez numa instituição escolar, a criança se depara com um novo cenário, bem diferente daquele que, até então, ela conhecia. O aprendizado vai além da alfabetização, e envolve regras de convívio, posturas de comportamento e limites aos quais ela deverá que se encaixar. Dessa maneira, o contexto educacional exerce o controle sobre o corpo e o comportamento das crianças através de padrões de normalidade ou do que é considerado aceitável de acordo com as normas que foram estabelecidas dentro daquela instituição de ensino. Este modelo se mantém até os dias atuais, claro fazendo a devida contextualização.

A imposição de padrões em vários campos do saber, inclusive a educação, pode ser remetido ao mito de Procusto⁵, a qual Moysés (2015) apud Giusti (2016), fez uma comparação deste mito com a prática da medicalização da infância. Para essa autora, a tentativa de homogeneizar os comportamentos e o desempenho escolar mostra-se como um leito de Procusto, conforme mostrado na figura 4.

Figura 4 - Leito de Procusto



Fonte: <https://almanaquenilomoraes.blogspot.com/2017/08/leito-de-procusto.html>
Acesso em 26/01/2020

⁵ Para a mitologia grega, o leito de Procusto tinha o tamanho exato de um corpo harmônico e ideal. No entanto, como ninguém se ajustava a essa imposição, todos estavam condenados (MOYSÉS, 2015 apud GIUSTI, 2016).

Guimarães e Lopes (2019) abordam que com a institucionalização da infância (surgimento da escola) os espaços de participação social da criança começam a ser restritos.

Isso ocorreu em virtude da institucionalização e da privatização delas em instituições educativas sob os cuidados de educadores e nas casas sob os cuidados da família. Isso tem uma repercussão cada vez maior na participação das crianças nos espaços sociais e no decorrente processo de restrição espacial ao qual elas têm sido submetidas na contemporaneidade (GUIMARÃES; LOPES, 2019 p. 313).

Lopes e Vasconcelos (2006) relatam que a escola começa então a compartilhar com a família as responsabilidades sobre a infância recém inventada. Para Áriés (1981), um fato que até então era desconhecido, é que os pais passam a se interessar pelos estudos de seus filhos, acompanhando-os em seu desenvolvimento. Dessa forma, a família se organiza em torno da criança, tirando-a de um lugar de invisível.

Figueira e Caliman (2014) apontam que a família passou a ter importância central no desenvolvimento da criança. Giusti (2016, p. 137) corrobora com essa afirmação e diz que a partir desse momento, a família, agora é o “(...) principal núcleo da sociedade, berço da educação e da assistência; da segurança e da felicidade de todos os seus membros”, conforme ilustrado na figura 5.

Figura 5 - Cena de família de Adolfo Augusto Pinto de 1981



Fonte: www.itaucultural.com.br Acesso em: 27/10/2019

No entanto, paradoxalmente, a família não era considerada capacitada devidamente para educar seus filhos. Assim, era necessário instruir, capacitar e munir a família dos conhecimentos que ela naturalmente não possuía ou resistia a conhecer, por conta dos velhos costumes. Então, a Medicina entra na intimidade da família, e influenciou na organização da nova dinâmica familiar, classificando a família como competente ou incompetente, ignorante ou esclarecida em relação às normas higiênicas desejadas (FIGUEIRA; CALIMAN, 2014).

A infância se tornou um momento específico da constituição humana, que precisa de cuidado para resultar em indivíduos saudáveis e adequados para o trabalho. Assim, nasce a necessidade da Medicina em gerenciar a infância (BRZOZOWSKI; CAPONI, 2013).

Segundo Lopes (2008, p. 72), surgem nessa época vários “escritos sobre “como se comportar”, como a “criança aprende”, como “educar”, como aparato simbólico que constrói uma forma de ver e perceber a criança a partir da ótica adulta”. Mello e Garcia (2018) também corroboram com essa ideia e afirmam que a criança começa a ser vista com destaque por ser considerada o “futuro da nação” e “esperança de um mundo melhor”, fazendo com que ocorra um aumento dos discursos com caráter científico sobre a criança.

Surge o desenvolvimento de conhecimentos específicos para a infância como o livro de pediatria de Thomas Raynald, que rendeu sete edições antes de 1600 e foi publicado até 1676. Escritos sobre “como se comportar”, como “a criança aprende”, como “educar” e outros organizam um aparato simbólico que constrói uma forma de ver e perceber a criança a partir da ótica adulta (LOPES; VASCONCELOS, 2006, p. 115).

Nesse momento histórico, conforme salientado por Lopes (2008), começam a aparecer roupas específicas à criança, jogos infantis e brinquedos contribuindo para a manutenção da noção de infância, conforme ilustrado na figura 6.

Figura 6 - Palhacinhos na Gangorra de Cândido Portinari de 1957



Fonte: www.itaucultural.com.br Acesso em: 27/10/2019

Nos séculos XIX e XX surge uma atuação mais ampla e sistemática em relação à infância, por meio da criação do Estatuto da criança e a necessidade de uma educação mais formal com o desenvolvimento e o entrelaçamento entre a Pedagogia, Pediatria e as demais especializações em torno da criança (LIMA; VIEIRA, 2014).

De acordo com Guarido e Voltolini (2009) nessa época a sociedade começa a se preocupar com os hábitos higiênicos, de alimentação, de contato físico e de trocas afetivas tanto na família como nas escolas. O saber médico se fortalece, espalhando socialmente o seu conhecimento para embasar e sustentar práticas de cuidado e educação para que as crianças consigam ter um desenvolvimento considerado pela Medicina como adequado e saudável. Um arsenal de disciplinas sobre a infância começa a se apresentar para a família. Teorias e práticas de vários profissionais como pediatras, psiquiatras, psicólogos e pedagogos, sustentam as intervenções que visam subsidiar o cuidado e a moralização das crianças realizadas pela família e escola.

Assim, a infância tornou-se uma fase preponderante para todo o desenvolvimento humano e “atraiu o interesse de instituições que visaram seu controle, gerenciamento e disciplina. A criança vem assumindo o lugar principal na cultura, imperando o discurso traçado e pautado na vitalidade da infância” (LIMA; VIEIRA, 2014, p. 203). A concepção da infância, como uma etapa particular da vida, de acordo com Guimarães e Lopes (2019), foi disseminada e enraizada, tornando-se uma visão aceita e compartilhada no mundo ocidental, e essa ideia é concebida até os dias atuais.

Méllo e Garcia (2018) descrevem que esta concepção ainda permanece na contemporaneidade, quando a sociedade aceita culturalmente que a criança é alguém que vai crescer e que ainda não está pronta. A teoria desenvolvimentista concorda que o “acabado” refere-se a uma fase posterior à infância, chamada de adulto. Essa perspectiva evidencia que a criança é importante por se tratar do “futuro da nação”, “esperança de um mundo melhor”, projetada então como um adulto ideal.

Para Angerami (2011), no decorrer da história a infância adquire um papel diferente ao que lhe fora atribuído durante toda a antiguidade. Além do reconhecimento da infância, há uma legislação que assegura seus direitos e deveres. No entanto, muitas crenças do passado ainda se fazem presentes e perpetuam preconceitos, como por exemplo, o mito da criança ser um selvagem que precisa ser civilizado e domesticado. Angerami (2011) retoma a Platão, o qual classifica as crianças enquanto seres irracionais (da mesma forma que as mulheres e escravos), dominados pelas paixões e que precisam ser controlados pela razão. O preconceito se instaura no próprio significado da palavra infância, “que em sua origem semântica, tem o prefixo “*in*”, que significa negação, e “*fantia*”, que significa fala ou linguagem” (p. 263), ou seja, aquele que não fala.

Para Guarido e Voltolini (2009) a criança e a infância tornam-se objeto de estudo da Medicina e da Psicologia para compreensão do desenvolvimento e do psiquismo, os quais influenciam as ações pedagógicas, conferindo à infância como um tempo fundamental na formação do homem. A infância é vista como momento específico para a prevenção de doenças mentais. As crianças passam a ser necessariamente assistidas em seu desenvolvimento. O saber sobre a infância “tem sido orientado à prevenção, à saúde mental e às políticas educativas que legitimam a intervenção médica na esfera privada, especialmente nas relações familiares e na criação das crianças” (AZEVEDO, 2018, p. 9).

Ao final do século XIX, um novo feixe passa a interagir no ser infância: o da cientificidade; os trabalhos de Sigmund Freud, de John Dewey, associados a outros no século XX, como de Jean Piaget, ao consolidarem as bases para a Psicologia do desenvolvimento transformam a infância num conceito científico e universal, possível de ser apreendido e pesquisado e, ao que parece, irrefutável (LOPES; VASCONCELOS, 2006, p. 115)

Giusti (2016) relata que ainda na atualidade a infância continua sendo vista como período fundamental para a prevenção de doenças mentais, sendo responsabilidade da família e da escola (especialmente dos professores e agentes da educação), identificar as doenças e corrigi-las a tempo.

Como contraponto, é importante apresentar a visão de Borba e Lopes (2012) e Corsaro (2011) quanto à criança, enquanto uma pessoa, um ator social, que não é só um receptáculo de cultura, mas a produz. Um ser de direitos e sujeita de seu processo de socialização.

2.3 VISÃO TERRITORIAL DA INFÂNCIA

“Triste de quem não conserva nenhum vestígio da infância.”

Mário Quintana

Lopes e Vasconcelos (2006) afirmam que mesmo a infância tendo conceitos semelhantes na sociedade, é notável perceber modos diferentes de apropriações desse conceito, variando de acordo com os interesses de quem a utiliza. Ou seja, o modelo de infância sofre variações em função das diferentes camadas sociais, estabelecendo outros modos percorridos para se chegar à vida adulta. Para Lopes (2013) a compreensão da infância se dá por meio de variáveis como gênero, classe e etnia.

De acordo com Guimarães e Lopes (2019) a cultura constrói o sentido da infância. São os aspectos culturais que faz a gestão da infância por meio da difusão e consentimento, de modo distinto, nos diversos contextos históricos e geográficos.

Como enfatizado por Guimarães e Lopes (2019) os modos como a criança está no mundo não são fixos e imutáveis, mas podem se reconfigurar conforme os acontecimentos das transformações sociais e também do modo como a própria criança se posiciona diante de tais transformações.

É importante enfatizar que as interações entre as crianças e os lugares não são apenas uma interação física, mas uma relação permeada de sentido e mediada por outros sujeitos, crianças e adultos, que ocupam esses lugares (LOPES; VASCONCELOS, 2006). Nessa perspectiva, esses autores diferenciam infância e criança. “A infância

seria o lugar que cada grupo social destina para suas crianças. O lugar concebido em todas as suas dimensões, com toda rede simbólica que o envolve” (p. 122).

Ou seja, existe na produção das culturas infantis uma ancoragem territorial que não apenas emoldura o contexto no qual se edifica a infância, mas, para além disso, oferece o próprio substrato material a produção da existência. Esse processo faz emergir junto à ideia de culturas infantis a existência de territorialidades infantis que são a base da produção dessa cultura (LOPES ; VASCONCELOS, 2006, p. 110).

Lopes e Vasconcelos (2006) afirmam que a infância é do lugar onde a criança está, onde as condições materiais e simbólicas influenciam a existência das crianças deste determinado lugar. Não há uma única cultura específica da criança, mas é necessário compreender as culturas infantis, ou seja, levando em conta a pluralidade dos modos de ser criança. A infância é produzida em um lugar, e esse lugar é produzido pela criança. “Toda criança é criança de um lugar. Do mesmo modo, toda criança é criança em algum lugar” (p. 110).

Segundo Guimarães e Lopes (2019) a criança é um sujeito histórico, que se constitui e ao mesmo tempo é constituída em um processo considerado complexo e multifacetado. Assim, o sentido de infância é atravessado não só pelo espaço, mas também pelo tempo.

A infância não pode ser vista como um fenômeno universal, linear e único; mas, ao contrário, a concepção de infância sofre mudanças e variações, no que tangem aos aspectos históricos, econômicos, sociais e culturais. Conforme assegura Lopes (2008), as crianças ocupam diferentes lugares numa mesma época e numa mesma sociedade, considera-se então que existem várias infâncias e não somente uma. Para entender o significado de infância é necessário caminhar pelas dimensões do tempo e do espaço, e que, reconhecendo que como grupo social as crianças “produzem diferentes arranjos culturais e diferentes traços simbólicos” (p. 67).

(...) se a infância é uma construção social, uma concepção sistematizada em diferentes sociedades, ela apresenta uma dimensão que é plural, pois não me é possível falar em uma única infância, mas na pluralidade de sociedades que cobrem a superfície terrestre; existe uma pluralidade de infâncias que se configuram (LOPES, 2008, p. 290).

De acordo com Lopes (2008) o conhecimento produzido pela infância vai além daquele construído pelas sociedades dominantes, que perpetuam a ideia de um “padrão de criança”, sendo esta ocidental e etnocêntrica. Esse autor convida para uma desconstrução desse modelo padrão e indica pensar a infância enquanto uma “constituição social, como uma representação elaborada socialmente pelas diversas comunidades em diferentes épocas e lugares, demarcando assim uma diferença entre infâncias e crianças” (p. 73). Como pode ser exemplificado nas figuras 7 e 8, abaixo apresentadas.

Figura 7 - Criança pertencente ao Movimento Sem Terra do fotógrafo Sebastião Salgado em 1996



Fonte: www.institutoterra.org Acesso em 27/10/2019

Figura 8 - Campanha United Colors of Benetton (Crianças) do fotógrafo Oliviero Toscani em 1983



Fonte: www.propagandashistoricas.com.br Acesso em: 27/10/2019

Guimarães e Lopes (2019) afirmam que as desigualdades sociais que marcam as crianças, durante toda a história, não podem ser esquecidas. E muitas vezes essas desigualdades estão presentes em uma mesma localidade geográfica. Em outro estudo Lopes e Vasconcelos (2006) relatam que a organização e as demarcações de limites e fronteiras entre as diferenças tornam “(...) possível o processo de territorialização e de identificação, constituindo suas identidades locais, criando uma estreita relação entre identidade infantil e os territórios de infância” (p. 119), conforme pode ser exemplificado na figura 9.

Figura 9 - Favela de Paraisópolis do fotógrafo Tuca Vieira em 2004



Fonte: www.tucavieira.com.br – Acessado em 09/12/2019

No entanto, os limites e fronteiras nem sempre são assim bem definidos e claros. Nem sempre a demarcação de um território é preciso e estável. Os diferentes territórios podem se misturar, se sobrepor, se cruzar e se fundir e revelar, muitas vezes, conflitos latentes ou manifestos por diferentes grupos sociais em suas espacialidades, possibilitando a construção simbólica dos limites (LOPES; VASCONCELOS, 2006).

É nessa dimensão simbólica do território “(...) onde perpassa a tensão entre a singularidade dos indivíduos que nele habitam e os arranjos sociais da coletividade, e não somente uma racionalidade cartesiana em sua apropriação” (LOPES; VASCONCELOS, 2006, p. 119).

Um aspecto fundamental para a compreensão das crianças, conforme ressaltam Lopes e Costa (2017) é considerá-las constituintes e constituídas pelos espaços do mundo, ou seja, as crianças são protagonistas geográficas, na conexão dos mundos infantis e dos mundos adultos.

(...) infâncias que se presentificam na história de um país e que emergem de forma desigual pelos espaços geográficos do mundo e do território nacional. Crianças vivendo diferenciadas infâncias e se inserindo, de forma diversificada, nas redes e estruturas materiais e imateriais, físicas e simbólicas que forma a sociedade (LOPES; COSTA, 2013, p. 117).

De acordo com Lopes (2008, p. 68), a compreensão de criança se dá pelo fato delas serem “agentes produtores do espaço que gestam e dão significados as suas especialidades, construindo lugares, territórios e paisagens”.

“Toda infância é um território” (LOPES; COSTA, 2013, p. 117). Esses autores chamam a atenção para o fato de que a infância é uma expressão geográfica, de forma que ao redor das crianças, os mais diferentes setores, “(...) implicam-se, imbricam-se e tensionam intensas relações sociais, políticas e econômicas” (p.117). E acrescentam que as crianças não são passivas a esse relacionamento, mas elas podem não aceitar as escolhas que são feitas para elas.

As crianças têm participação ativa no mundo e possuem seus próprios pontos de vista e agem de forma própria e intencional no tempo e nos espaços, por meio das relações que estabelecem com seus pares e com os adultos (BORBA; LOPES, 2013). Dessa maneira, é importante sublinhar que, independente da perspectiva do adulto, uma visão adultocêntrica, a criança e a sua cultura devem ser estudadas em si mesmas.

Corsaro (2011) defende que a criança é um ser completo, é a criança do hoje e não do futuro, do amanhã. A criança é um ser que produz cultura, e não mais o adulto em miniatura. Agora, a criança pode ser entendida como criança.

Ampliando a compreensão da infância é necessário caminhar pelos espaços nos quais a criança se relaciona: o familiar, o escolar e outros espaços sociais. Espaços esses que formam uma rede de relações indissociáveis. Para essa discussão serão entrelaçados conhecimentos de dois campos teóricos: Psicologia e Geografia.

2.4 A CRIANÇA E O ESPAÇO FAMILIAR

“A família não nasce pronta; constrói-se aos poucos e é o melhor laboratório do amor. Em casa, entre pais e filhos, pode-se aprender a amar, ter respeito, fé solidariedade, companheirismo e outros sentimentos.”

Luis Fernando Veríssimo

De acordo com Bacelar (2002) família é um organismo ativo, complexo e funciona como um grande sistema, onde cada membro busca o equilíbrio em meio a uma heterogeneidade de elementos, que são as influências sócio-históricas e culturais. E o entrelaçamento das várias histórias de vida das pessoas compõem o todo familiar.

É possível à família ter a entrada e saída de componentes a qualquer momento, dando a ela a característica de ser um sistema aberto. Essa possibilidade permite novas configurações familiares surgidas ao longo dos séculos (AGUIAR, 2015).

Para Papalia e Feldman (2013) para entender a criança na família é preciso olhar para ambiente familiar, no que diz respeito à sua atmosfera, ou seja, grau de cuidado, se é amorosa ou se é dominada por conflito. A atmosfera familiar, ou também chamado de dinâmica familiar, influencia a saúde mental das crianças. O ambiente familiar é afetado também pelo que acontece além dos limites do lar, ou seja, fala-se de níveis mais amplos de influência (trabalho, nível socioeconômico dos pais, tendências sociais, como urbanização, alteração no tamanho da família, divórcio e novo casamento). A cultura também influencia nos ritmos da vida familiar e nas funções dos membros da família.

Aguiar (2015) afirma que as crianças nascem e já estabelecem a primeira interação social com a figura materna. Do contato estabelecido entre ambas (criança e

mãe), passará o resto da vida em comunicação, numa reciprocidade onde a criança será afetada e influenciada pelo meio e irá afetá-lo e influenciá-lo também. Essa afetação entre os membros da família ressoa na vida de cada um deles, onde o comportamento irá corresponder a uma resposta e reação à expectativa do outro. Compreender essa ideia é importante para identificar os sintomas apresentados pelas crianças e sobre a visão do que seja família saudável, que será definido pela qualidade da interação entre os membros da família.

Aguiar (2015) também afirma que onde houver uma pessoa que se envolve mais com um membro do que o outro, o curso de energia do sistema familiar estará em prejuízo, o que poderá denotar algum tipo de comprometimento. Os sintomas, ou algum tipo de comportamento considerado naquele contexto como diferente, devem ser entendidos como uma maneira que um membro da família tenta reagir a uma situação de desconforto e tenta buscar o equilíbrio. Então, o quadro apresentado por uma criança não necessariamente representa uma disfunção do seu desenvolvimento, mas pode ser o reflexo de uma dinâmica familiar conflituosa.

Existem ambientes familiares, seja de configuração convencional ou não, que não oferecem condições de suprir as necessidades físicas e afetivas de seus membros e as carências significativas podem prejudicar o curso saudável do ciclo vital das crianças (BACELAR, 2002). Diferentes configurações familiares apontam para um reflexo no comportamento das crianças. Mas é importante deixar claro que, conforme é reportado por Aguiar (2015) não importa a família ser convencional ou não, o caráter saudável é conferido pela qualidade das relações estabelecidas entre os membros, os lugares ocupados na dinâmica familiar e as funções desenvolvidas por eles.

A família é parte fundamental na construção do eu (identidade) da criança. O forte vínculo existente entre família e criança, aponta para a necessidade mais essencial ao longo do desenvolvimento infantil, que é a de ser confirmada pelo outro. Tal necessidade emerge como sendo fundamental para estabelecer a maneira como a criança poderá interagir com o mundo. É dentro do contexto familiar e da forte dependência deste âmbito, que as introjeções ocorrem, e atender ou não a tal necessidade irá revelar as características da criança frente ao mundo e ao tipo de funcionamento que terá, podendo ser saudável ou não (AGUIAR, 2015).

Para Bacelar (2002) a família é a primeira instância onde se desenvolve o processo de subjetivação do indivíduo. É o primeiro espaço onde a criança se constitui

enquanto sujeito, a partir da diferenciação entre quem ela é e quem é o outro. Nessa diferenciação de si e do outro, associado às experiências vividas, as atitudes dos pais em relação à criança, o tipo de afeição e envolvimento emocional, resultará na maneira como a criança se percebe no mundo. Conforme dito por Antony (2006) o desenvolvimento infantil ocorre através das sucessivas interações entre a criança, os objetos e os outros.

Papalia e Feldman (2013) evidenciaram que antes mesmo da criança nascer, durante o período da gestação, já existem alguns elementos de sua constituição pré-estabelecidos, como se fosse uma “pré história” de sua vida, formada pelas experiências vivenciadas pela mãe que afetam o feto. Antes do nascimento, o feto funciona como um filtro emocional e nutricional. Antony (2006) completa afirmando que após o nascimento, a conexão biológica é rompida e a criança, agora em um ambiente externo, vive novas sensações, inicia-se com a mãe uma conexão psicológica, com a ausente consciência da diferenciação entre si e o outro.

Rogers e Kinget (1975) postulam sobre a consideração positiva como fundamental para a saúde mental da criança. Além de influenciar a autoestima da criança, a família deve confirmar todo e qualquer tipo de sentimento e necessidade vindo da criança. Com a introjeção de aspectos depreciativos, a criança pode iniciar a formação de um autoconceito negativo e uma possível distorção de si mesma que, por sua vez, produzirá padrões de contato com o mundo não saudáveis.

Os bebês não nascem com percepções negativas sobre si mesmo, mas essas percepções são constituídas pelo afeto oferecido pelos cuidadores. As mensagens vindas de seus pais/cuidadores são traduzidas e reforçam a percepção que a criança constrói de si, ou seja, a noção do eu se dá em decorrência das atitudes parentais (OAKLANDER,1980).

Ao discutir a infância no campo da Geografia, pode-se fazer referência ao que Claval (1999) destaca que as crianças por meio da observação ao seu redor, assimilam os conhecimentos, as atitudes e os valores e começam a imitar o que observam. Elas reproduzem o que aprenderam com os adultos que a cercam e os símbolos dos lugares onde estão inseridas, torna-se também um aspecto da cultura. Os primeiros aprendizados da criança acontecem nas relações estabelecidas com o espaço, e esse aprendizado não se finda.

2.5 A CRIANÇA E O ESPAÇO ESCOLAR

“Há escolas que são gaiolas e há escolas que são asas.”

Rubem Alves

O espaço escolar é um outro espaço percorrido pela criança, além do espaço familiar. Esse espaço, segundo Postic (1993) é organizado e tem um funcionamento próprio, diferente da família. Na escola existe a regulação do tempo, ou seja, do dia de aula, da semana e dos anos escolares e diante desse controle, a criança pode sentir-se protegida ou oprimida.

Papalia e Feldman (2013) abordam que no contexto escolar a criança se mostra, se relaciona e constrói redes de relacionamento e se coloca em contato com o mundo fora do ambiente familiar, sujeita a olhares, pressões e julgamentos do outro e é na escola que a criança terá suas primeiras provas de convivência. Cerezer e Outeiral (2011) destacam que o cotidiano da sociedade se revela na escola, e pode evidenciar contradições. De acordo com os estudos de Claval (1999) sobre território vivido, é possível fazer uma articulação e pensar o ambiente escolar e considera-lo como um território vivo, pois a escola é um espaço de interação e de relações, espaço intenso e dinâmico, potencializado pela criança e sua bagagem sócio-cultural.

Segundo Sanches e Amarante (2014) o processo de escolarização não pode ser considerado um processo individual e isolado, mas deve ser compreendido de forma contextual, que está inserido em um momento histórico, social e político, ou seja, é um processo complexo, multifacetado e que envolvem muitos atores sociais.

Silva e Schuchter (2019) salientam que a escola é um espaço de articulação entre as diferenças culturais, que abrem possibilidades para um hibridismo cultural. É um entrelugar, onde “alunos e professores expressam suas ideias, seus significados, suas dúvidas, seus medos, seus anseios, suas crenças e suas culturas. O entrelugar permite o diálogo tão necessário entre as culturas” (p. 65).

(...) a escola, como local privilegiado de circulação de culturas, precisa, sobretudo, ser entendida como uma fronteira onde existem culturas híbridas. Essa fronteira traz um encontro com o novo, pois há sempre uma relação e uma negociação entre as culturas existentes e suas diferenças (SILVA; SCHUCHTER, 2019, p. 65).

De acordo com Lopes e Costa (2013) a escola é um espaço privilegiado de encontro para as crianças e a maneira como as crianças interpretam e compreendem suas vivências no cotidiano da escola é influenciada por sua condição geográfica.

Para Cerezer e Outeiral (2011) a escola precisa ser um tempo e um espaço seguro e criativo para a criança desenvolver o olhar, o brincar e o pensar. A escola na contemporaneidade vem abandonando a universalidade do discurso e a crença em uma verdade absoluta, e vem assumindo um papel de ensinar a pensar de forma mais criativa e crítica. A relação com o saber vem se modificando, aberto para ser apreendido e transformado, de acordo com a construção subjetiva de cada um. Porém, essa ideia não é unânime entre os autores estudados. Giusti (2016) apresenta outro pensamento a respeito da realidade da escola na contemporaneidade.

O espaço escolar, enquanto instância de incentivo e promoção de ações, visando à construção de conhecimento para a formação de sujeitos críticos e participativos, na contemporaneidade tornou-se uma importante instância que tem priorizado a ação de homogeneizar, adequando os indivíduos às concepções e comportamentos coletivos (GIUSTI, 2016, p. 146).

A escola é um espaço de encontro entre o aluno e o professor, que se unem para refletir sobre as questões que vão para além dos livros. O professor não pode ser visto como um simples transmissor de conhecimento, da mesma forma que o aluno não pode ser reconhecido como um mero receptor. Mas ambos são partes de um processo educativo, que só acontece de forma positiva quando professor e aluno se respeitam e reconhecem a importância deles nesse processo. Esse processo educativo é um processo “social” e “socializado”. O conhecimento e o aprender são acontecimentos de natureza social (LUENGO, 2010).

O papel do professor sofre diferentes interpretações, de acordo com o cenário político, histórico, econômico e social. A forma como cada professor compreende o que é seu papel, tem como cenário, aspectos subjetivos. Para Postic (1993) a figura do professor é de representar a lei, e a criança aprende a se comportar de acordo com as expectativas do professor, levando em conta um maior ou menor grau de tolerância. Já segundo Cerezer e Outeiral (2011) o sentido de autoridade vem se dissolvendo e ganhando outras dimensões. O professor, não é mais o detentor do saber, aquele que “tudo sabe”, mas o professor é aquele que media e constrói junto com o aluno o

conhecimento. Ele possibilita “um espaço e um tempo protegido para que a experiência se torne aprendizagem” (p. 45). A educação não pode mais ser pensada como realidade fixa, imutável e transmitida, mas ao contrário disso, deve ser compreendida como um processo vivo, dinâmico e construído em conjunto.

(...) Por isso que além de ser um pensante, no sentido lato do termo, o professor deve possibilitar ao aluno o aprendizado de como pensar, ou seja, ensinar a pensar (se temos licença para uma afirmação como essa). É dar as armas e depois desejar ser atacado por seus aprendizes; é poder deixar-se matar SIMBOLICAMENTE pelo saber próprio do aluno (CEREZER; OUTEIRAL, 2011, p. 46).

Além da relação estabelecida com o professor, a criança também se relaciona com seus pares, onde cada criança assume papéis sociais de acordo com seu modo de ser oriundos das influências familiares, sociais e culturais. A escola então desempenha um papel além do cognitivo, um papel psicossocial no desenvolvimento da criança e na construção de sua personalidade. Neste contexto, é no espaço escolar que a criança vai lidar com conflitos de natureza diversa (cognitivos, de valores, sociais, de identidade, dentre outros). Os conflitos surgem da interpretação feita da diferença. A reação quanto ao conflito pode ser passiva (inércia) ou ativa (agressividade e/ou transgressão). Assim, considera-se a escola um lugar de confronto com o mundo social, que auxilia na construção do eu (POSTIC, 1993).

Foucault é outro que permite ver o espaço escolar como território. A escola, segundo Foucault (2013) é considerada um espaço em que vigora o dispositivo disciplinar. A ação da disciplina é regular os instrumentos normalizadores a favorecer a docilidade de um corpo que pode ser manipulado, modelado, treinado, para obedecer e para corresponder aos desejos dos detentores do poder, seja escola, família e sociedade de forma geral.

Postic (1993, p. 29-30) destaca que o espaço escolar é “(...) um entrelaçamento de grupos de diferentes tamanhos (...) regidos por um sistema de normas, de regras de funcionamento, que fixam imposições, estabelece limites”.

A escolarização impulsionou a “ordem e o progresso científico e social, com o intuito de eliminar atitudes viciosas e de inculcar hábitos salutarés” (LUENGO, 2010, p. 48). A disciplina se faz muito presente na instituição escolar, o que influencia as condutas dos professores dentro da sala de aula. Corroborando com essa afirmação,

Guimarães e Lopes (2019) ressaltam que a escola, desde o seu início, foi modelada para ser um espaço seguindo a lógica da disciplina e da organização, baseada nos modelos das Ciências Naturais. Giusti (2016) relata com detalhamento as normas disciplinares: resolução de atividades obrigatórias, regras de comportamento, horários pré-definidos, espaços para refeições em conjunto, recursos de distração para seus participantes, etc.

No interior das instituições escolares (...), encontramos regras de convívio, horários para a realização de atividades, espaços apropriados para aulas, esportes, recreação, reuniões, biblioteca, sala da diretoria, dentre outros. Independente da metodologia de ensino adotada pela instituição, o caráter normativo se faz presente no cotidiano escolar em todas as suas atividades, relação social com a equipe dirigente e entre os alunos (GIUSTI, 2016, p. 145).

Nesse espaço, a criança é introduzida para que se inicie o preparo para o futuro. A escola, salvo as devidas proporções, ainda mantém a organização de seu espaço e de seu tempo, de forma semelhante daquela de sua origem (MOYSÉS; COLLARES, 2014).

2.6 A CRIANÇA E OUTROS ESPAÇOS SOCIAIS

“Sou hoje um caçador de achadouros da infância.
Vou meio dementado e enxada às costas cavar no meu quintal
vestígios dos meninos que fomos.”

Manuel de Barros

A criança é agente social, pois influencia o meio em que vive e, como ressonância, recebe influência desse meio, estabelecendo relações de troca, que não se interrompem (AGUIAR, 2015).

Pode-se observar, assim, que há momentos em que as crianças subvertem, há momentos em que interpretam, reproduzem o espaço e seus objetos, e há momentos de criação, de invenção, transformando-os, reorganizando os princípios da forma, função, localização, organização, representação e outros, a partir de suas ações (LOPES, 2008, p. 78).

A criança desempenha um papel ativo na sociedade, capaz de transformar o mundo, o outro e também a si mesma. Ela é um ser histórico e social, com condições de ser crítica, criativa, autônoma, capaz de agir no seu meio e transformá-lo. São produtoras de suas próprias culturas e desde o seu nascimento, um sujeito social (LOPES, 2008).

A ideia de que a criança tem o poder de transformar seu meio não se afina com a perspectiva de criança frágil, imponente e à mercê das forças que parecem se encontrar profundamente enraizado em nossa cultura. Porém, se observarmos as crianças desde o nascimento, verificamos que elas sempre exercem seu poder criador e transformador (AGUIAR, 2015, p. 32).

Para Guimarães e Lopes (2019) a criança é rodeada por adultos (família, professores, médicos, fonoaudiólogos, psicólogos etc) que ditam para ela como é e como deve ser, formando assim uma expectativa social em torno dela. Segundo Lopes e Vasconcelos (2006) as crianças, relacionam-se com seus pares (outras crianças) formando uma relação horizontal e relacionam-se também com os adultos, formando uma relação vertical. Essas relações influenciam sua identidade, possibilitando à criança viver a sua infância “(...) não como se quer, mas como se pode dentro da lógica de organização social do grupo” (p. 111).

O processo de interação da criança com o meio se dá de forma singular, pois ela “se constrói com base nas relações que estabelece, nas experiências pelas quais passa e nas circunstâncias com as quais precisa lidar, sua configuração final a cada momento é única” (AGUIAR, 2015, p. 32). Papalia e Feldman (2013) considera a criança única e particular, mesmo diante de aspectos comuns a cada faixa etária em que se insere, as regularidades, isto é, aquilo que se espera a cada fase do ciclo vital, o que não invalida o atravessamento de elementos dos mais diversos contextos e de transformações peculiares fundamentais para o desenvolvimento da singularidade, ou seja, a sua especificidade.

Lopes e Vasconcelos (2006) relatam que o processo de tornar-se criança, só é possível de compreender, dentro de um grupo social. Esse processo é influenciado pelo processo de endoculturação, isto é, “processo de aprendizagem e de humanização dos sujeitos dentro dos grupos sociais em que se inserem” (p. 124). E com a relação entre as diferentes combinações culturais é que se pode estabelecer o que é ser criança.

Para então se conceituar infância é preciso enxergá-la como experiência humana e não apenas um momento transitório da vida. De acordo com Redin, Muller e Redin (2007) a infância é plural em sua concepção, inserida em um discurso histórico em variados contextos. Assim, as infâncias devem ser compreendidas de diferentes formas, de acordo com o lugar que ocupam na sociedade. Fala-se de infâncias diversificadas, multiculturais, constituídas em diferentes contextos sociais, tempos e espaços, marcadas pelas diferenças no que tange aos direitos e deveres, ao acesso a privilégios, a faltas e às restrições.

De acordo com Lopes (2008) é preciso ver a criança como alguém que participa ativamente dos processos sociais. É necessário ouvir sua voz, a fim de romper com a forma tradicional de infância, “que historicamente teve sua linguagem negada, compreendida fora de seus contextos culturais e geracionais, e afastadas dos centros decisórios das coletividades que se insere” (p. 80).

E por fim, conforme salientado por Guimarães e Lopes (2019) o modo da criança de estar no mundo não é fixo e imutável, mas, ao contrário disso. A maneira de ser e de estar se reconfiguram conforme as transformações sociais ocorridas e do modo como as próprias crianças imaginam e ocupam o espaço.

3 AS FACES DA MEDICALIZAÇÃO: CONCEITOS, HISTÓRIA E CONSEQUÊNCIAS

3.1 O LIMIAR DA NORMALIDADE

“Pássaros criados em gaiola, acreditam que voar é uma doença”.

Alejandro Jodorowsky

O ser humano se comporta de maneira tanto diversificada como também semelhante uns aos outros. Ao mesmo tempo que cada indivíduo apresenta modos de ser de forma semelhante e esperada para grupos que possuem características demográficas semelhantes, esse mesmo indivíduo também pode se comportar de forma estritamente singular (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

A sociedade organiza e classifica os comportamentos humanos em categorias normal ou anormal, ou seja, separa aqueles que estão dentro dos padrões e os que são desviantes da norma que ela mesma estabelece como a indicada. Desvio de comportamento é considerado qualquer conduta que destoe do que é socialmente desejável. Muitos desses desvios são considerados atualmente transtornos mentais e de comportamento (BRZOZOWSKI; CAPONI, 2013).

Os desvios são divididos em categorias de julgamentos sociais atribuídos com um sentido negativo, como se fosse indicativo de patologia e que são construídos e aplicados em contextos sociais aos quais os indivíduos pertencem. “Grupos sociais criam regras e impõem suas definições para outros membros por meio do julgamento e da aprovação social; por isso, o desvio é contextual, e a definição e a aprovação do desvio envolvem relações de poder” (BRZOZOWSKI; CAPONI, 2013, p. 210 apud Conrad; Schneider, 1992).

Um comportamento considerado indesejável pela sociedade é, além de contextual, é temporal, isto é, o que é considerado “desejável em uma cultura ou em um período do tempo pode ser considerado abusivo em outro contexto (...) o comportamento socialmente desviante pode mudar, de acordo com a época e o meio em que se vive” (BRZOZOWSKI; CAPONI, 2013, p. 215).

Esses autores citados ainda afirmam que o indivíduo com um comportamento considerado desviante pelo seu contexto social só se considera como “desviante” quando esta avaliação do comportamento é legitimado pelo posicionamento médico, confirmando que seu comportamento não é adequado e é reforçado quando ainda é endossado pela sociedade na qual está inserido. Assim, esse indivíduo que tem atitudes diferentes daquelas que o meio social a qual pertence julga como inadequado, ele se submete ao que é dito por esse profissional e sociedade. Conrad e Schneider (1992 apud BRZOZOWSKI; CAPONI, 2013) afirmaram que o indivíduo desenvolve uma relação de subordinação com um agente oficial de controle (no caso, o médico). E essa relação se dá na tentativa de mudança do comportamento “desviante”.

Martinhago (2019, p. 110) faz uma indagação importante: “em que parâmetros os profissionais estão se baseando para definir o que é patológico ou não?” E completa dizendo que as ações da Medicina estão invertidas, convertendo pessoas que são saudáveis em pacientes. Essa autora fala sobre a forma correta da intervenção.

“(…) Alertar às pessoas que não necessitam de tratamento que o evitem, e para aqueles que realmente estão enfermos que o procurem. Muitas pessoas são prejudicadas por excesso de tratamento médico e outras são negligenciadas” (MARTINHAGO, 2019, p. 110).

Segundo Moysés e Collares (2013), a sociedade ocidental, ao longo de sua história, sempre catalogou os comportamentos das pessoas que não se submetem aos padrões aceitos como comportamentos anormais. Tal classificação fica a cargo de um grupo que se incomoda com o diverso. Os comportamentos distintos, que estão fora dos padrões, incomodam a maioria, considerada docilmente submetida a esses padrões vigentes.

Essa relação de poder é discutida também por Elias e Scotson (2000), que descrevem os mecanismos de diferenciação entre grupos humanos, classificando-os em aliados ou adversários, melhores ou piores, mais ou menos humanos. O que expressa uma dicotomia entre os “nós” e os “eles”, onde o “nós” se produz pela desqualificação do outro. Os autores chamam de estabelecidos (nós) e *outsiders* (eles), ambos ligados no tempo e no espaço. Os estabelecidos são grupos de pessoas consideradas de valor humano superior, que pertencem a uma classe dominante, que detém maior poder, que

podem ditar as normas e os padrões de comportamento de uma sociedade. E os *outsiders* correspondem ao grupo de pessoas que estão fora da norma social posta, os que estão à margem dos padrões previamente estabelecidos como o aceitável.

Moysés e Collares (2013) mostram que a normalidade é uma questão de “estatística, definida por frequências e um raciocínio probabilístico, não por acaso coincidente com a norma socialmente estabelecida, é transformada em critério de saúde e doença” (p. 12). Em outra obra, Moysés (2008) demonstra que a descrição de um comportamento desviante, se dá em oposição ao modelo de homem saudável, ou homem médio, que está definido pelos padrões estatísticos. Dessa forma, a Medicina assume, por meio da normatização da vida, uma ordem social.

A medicina será o campo científico a ocupar, privilegiadamente, esse espaço, passando mais e mais a legislar sobre a normalidade e a anormalidade, a definir o que é saúde e o que é doença, o que é saudável e o que não é, o que é bom e o que é ruim para a vida. E a definição do comportamento desviante, ou anormal, será feita em oposição ao modelo de homem saudável, ou homem médio, estatisticamente definido (MOYSÉS; COLLARES, 2013, p. 12).

Ferreira (2015) conceitua o normal como duplicidade, ou seja, se de um lado, refere-se a uma média estatística, do outro refere-se a um juízo de valor. Dessa maneira, “abre-se um campo de saber que poderá dizer à população o que se deve fazer, em termos de cuidado com a saúde e com o corpo, para adequar-se a essa norma, a essa normalidade” (p. 591-592).

Como contraponto, Augras (2002) traz outra perspectiva para a questão da normalidade, que é descrita como a capacidade adaptativa do indivíduo, frente às diversas situações de sua vida, sendo o normal àquele que consegue superar os conflitos, criando-se dentro de sua liberdade e que consegue atender às situações repressoras da realidade. Por outro lado, patológico não é um estado fixo e permanente de uma pessoa, mas é o momento em que o indivíduo permanece preso a uma mesma estrutura, sem mudança e sem criação. Saúde e doença não representam condições opostas, mas etapas de um mesmo processo.

A saúde de uma pessoa será avaliada no que tange à sua habilidade para manter o equilíbrio e superar a crise, que porventura esteja vivenciando. Para isso, a pessoa deverá lançar mão de sua capacidade criadora para transformar o meio inadequado em

um meio satisfatório para si. Saúde não é um estado fixo e definitivo, mas é um processo, em que o organismo vai se atualizando em conjunto com o mundo, transformando-o e atribuindo-lhe significados à medida que ele próprio se transforma (AUGRAS, 2002).

Os comportamentos indesejados ou desviantes são chamados de transtornos mentais e de comportamento e são considerados pela Classificação Internacional de Doenças (CID – 10)⁶ como alterações no funcionamento mental e comportamental de um indivíduo. De acordo com Trinca (1984) para a compreensão desses transtornos é necessário levar em consideração toda uma complexidade e articulações entre os processos sociais, históricos, familiares e subjetivos do ser humano.

3.2 CONCEITO DE MEDICALIZAÇÃO

“Mas olha aqui, você está com um ar abatido! O que você está precisando é de um grama de Soma. (...) E se alguma vez, por algum acaso infeliz, ocorrer de um modo ou de outro, qualquer coisa de desagradável, bem, então há o Soma, que permite uma fuga da realidade. E sempre há o Soma para acalmar a cólera, para nos reconciliar com os inimigos, para nos tornar pacientes e nos ajudar a suportar os dissabores”.

Trecho do livro Admirável Mundo Novo – Aldous Huxley

O tratamento dos transtornos mentais e do comportamento tem como alternativas a Psicoterapia e o uso de psicofármacos. No entanto, a medicação psicofarmacológica tem sido vista pela sociedade como a principal e, muitas vezes, até como a única forma de tratamento, desconsiderando as outras práticas terapêuticas desenvolvidas por outros profissionais. Os psicofármacos estão sendo tratados como o principal recurso disponibilizado pela Psiquiatria (BRAGHINI, 2016).

⁶ A Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, frequentemente designada pela sigla CID (em inglês: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - ICD) fornece códigos relativos à classificação de doenças e de uma grande variedade de sinais, sintomas, aspectos anormais, queixas, circunstâncias sociais e causas externas para ferimentos ou doenças. (www.cid10.com.br)

Nesse cenário a medicalização se instaura e se perpetua. Braghini (2016) entende a medicalização como um processo que transforma questões não médicas em problemas médicos. As problemáticas relacionadas à infância têm sido compreendidas exclusivamente pelos discursos e práticas do saber médico e transformadas em psicopatologia.

Segundo Garcia, Borges e Antoneli (2014) na sociedade existem muitas formas de controlar, disciplinar e conduzir os modos de ser. A medicalização da vida é uma dessas formas. Medicalização é um processo social que se sustenta na razão médica, enquanto gestão da vida humana em todas as suas instâncias.

Foucault (2017), um autor de referência neste tema e conceitua medicalização como a prática hegemônica de explicar o modo de ser, viver, sentir e agir, em uma relação majoritariamente biomédica, em detrimento de outros aspectos que compõem a promoção da saúde.

A medicalização é um ato que vai além da prescrição de um remédio. Garcia Borges e Antoneli (2014) afirmam que esse fenômeno abarca desde intervenções químicas no organismo até intervenções terapêuticas ou pedagógicas que objetiva à transformação do indivíduo, com a justificativa de enquadrá-lo à norma construída e aceita em um determinado tempo e espaço. Antoneli e Garcia (2018) abordam que existe na contemporaneidade um discurso enraizado na sociedade de que o homem atual tem uma visão de si mesmo medicalizado. Os acontecimentos que envolvem a sociedade de modo geral, sejam eles de ordem coletiva ou particular, tendem a ser interpretados de maneira que elimina a subjetividade do homem, olhando para o seu corpo de forma separada do seu contexto sócio-cultural.

Para Azevedo (2018, p. 11) “o processo de medicalização refere-se a um fenômeno cultural multifacetado, multifatorial, que denota a ampliação da jurisdição da Medicina para campos não médicos”. Martinhago (2019) também confirma essa informação, destacando que a jurisdição médica está sendo expandida, devido ao fato de que muitos problemas que não eram médicos passaram a ser considerados como tal.

Galindo et al. (2016) descrevem que a medicalização resulta em um modo simplista para explicar acontecimentos complexos na vida humana, ocorrendo uma desconsideração dos aspectos culturais, socioeconômicos, históricos e políticos, ao justificar o adoecimento do indivíduo. Esses autores chamam a atenção para a crescente expansão da medicalização na sociedade, onde as práticas de saúde mental e os

discursos cotidianos recaem sobre os psicofármacos. Nas opções terapêuticas, os medicamentos são dominantes, isto é, os cuidados com a saúde mental tornaram-se problemas farmacológicos com expectativas de cura e/ou alívio para as problemáticas fabricadas no cotidiano, tais como os eventos inesperados, trágicos e frustrações.

O CFP (2012) se posiciona em relação à medicalização, considerando, como já dito anteriormente, como um processo de transformação de questões não médicas em problemas médicos e acrescenta que o fenômeno da medicalização é a transformação de questões coletivas reduzidas a aspectos ou características individuais. As questões da existência são interpretadas como doenças, transtornos, distúrbios ou desvios e se utilizam do psicofármaco para “tratar” essas questões.

Moysés e Collares (1994) e Lima e Vieira (2014) corroboram com essa declaração do CFP, afirmando que questões medicalizadas são vistas como problemas individuais, o que exclui o seu caráter coletivo. “Omite-se que o processo saúde-doença é determinado pela inserção social do indivíduo, sendo, ao mesmo tempo, a expressão do individual e do coletivo” (MOYSÉS; COLLARES, 1994, p. 25). Anos depois Moysés (2008) afirma que o que está fora das normas, o que é considerado como não está bem ou não funciona como deveria, é transformado em problema biológico, em uma doença do indivíduo. “(...) a medicalização ocorre segundo uma concepção de ciência médica que discute o processo saúde-doença como centrado no indivíduo, privilegiando a abordagem biológica” (LIMA; VIEIRA, 2014, p. 204).

Lima e Vieira (2014) não fazem críticas sobre a eficácia das medicações, mas sim em relação à maneira como é usada, o significado atribuído pela sociedade ao psicofármaco e a banalização do uso deste. Muitas vezes o psicofármaco tem sido entendido mais como um “instrumento de modelização subjetiva, de formatação de padrões de normalidade” (p. 205), ou seja, a medicação é utilizada no esforço para que o indivíduo viva sem nenhum conflito, angústia ou limitação.

Para Sanches e Amarante (2014) a medicalização é um processo político e cultural, que, de forma reducionista, transforma as mais diferentes situações cotidianas, em um raciocínio de ordem médica, e assim, patologizando-as e rotulando os indivíduos. Dessa maneira, o indivíduo e toda a sua manifestação da diversidade humana é enxergado como portador de uma doença. Esses autores referenciam a Conrad (1992), sociólogo americano que desde 1975 estuda este tema, e define que medicalizar é a definição de um determinado problema em termos médicos, que o descreve,

utilizando-se de uma terminologia médica e tratando-o por meio de uma intervenção médica. A medicalização não é um processo unidirecional, mas trata-se de uma interação social complexa, que envolve múltiplos atores, onde o ser medicalizado é posto como passivo.

Outros autores como Brzozowski e Caponi (2013) também fazem referência a Peter Conrad (1992) quando ele define que a medicalização é o processo de enxergar um problema pelo viés médico, utilizando uma linguagem médica, com explicações nesse campo e propondo um tratamento para a condição considerada “problema”. A medicalização faz presença no cotidiano da sociedade, responsabilizando o indivíduo por questões de ordens bem mais amplas, que envolvem, por exemplo, o contexto social. De modo que as explicações das causas de problemas sociais complexos são buscadas apenas a nível individual. E afirma que medicalizar é uma forma de desconsiderar o que o comportamento está tentando expressar.

Guarido e Voltolini (2009) contribuem para o entendimento da medicalização. Esses autores afirmam que as questões cotidianas deveriam ser analisadas por vários vieses, de forma inter e transdisciplinar, como a Sociologia, a Antropologia, a Psicologia, a Economia, as Ciências Políticas, a História e também a Medicina para que com diversos olhares sobre o sujeito se consiga uma visão mais real sobre a sua condição. Mas há uma redução na forma de análise, restringindo-se a “um único domínio metodológico disciplinar: a medicina” (p. 241). A medicalização é uma forma de regular a subjetividade de um indivíduo, é um “elemento químico que reordena a desordem de um corpo não adaptado a uma lógica discursiva que define ideais de produção e satisfação” (p. 256).

Moysés (2008) enfatiza que a atuação medicalizante da Medicina só ganha força e se perpetua quando ela infiltra no cotidiano da sociedade, mais especificadamente, nos valores, conceitos, crenças e juízos das pessoas.

Giusti (2016) afirma que a medicalização funciona como uma justificativa científica para a normalização da vida, a fim de buscar o aumento das capacidades individuais para um melhor desempenho esperado socialmente.

O fenômeno da medicalização envolve toda a sociedade. No entanto, não ocorre de forma uniforme nos mais diversos estratos da sociedade. Galindo et al. (2016, p. 350) afirmam que “as disparidades na construção da política pública de saúde no Brasil, apontam para quadros de baixa à extrema medicalização, dependendo da cidade, da

região e das classes”. Para Monken (2008) os estudos de situação de saúde devem expressar as condições características de um grupo social, associadas à maneira como este se insere socialmente em determinado período histórico, bem como nas circunstâncias naturais. Além dessas variáveis, a situação de saúde de uma população está sob influência das formações econômicas e da experiência da própria população.

Moysés e Collares (1994) abordam que o processo da medicalização se destaca nas sociedades ocidentais. Nos estudos de Brasil (2019) apontam que este fenômeno aparece de forma mais evidente a um determinado público: crianças em idade escolar, adolescentes e adultos em privação de liberdade, usuários que necessitam de atenção à saúde mental e pessoas com mais de 60 anos de idade. Esta pesquisa se propõe a compreender a medicalização para este primeiro público, crianças em idade escolar.

Segundo o Ministério da Saúde, houve um crescimento de 775% no consumo de psicofármacos em 10 anos, especialmente o metilfenidato. O Brasil tem ocupado o 2º maior mercado do mundo no uso desse tipo medicamento (BRASIL, 2015). O Brasil tem se destacado no consumo de psicofármaco numa escala mundial, conforme descrito na tabela 1:

Tabela 1 – Ranqueamento de consumo de psicofármacos no Brasil em 2017

| Psicofármaco | Ranking |
|----------------------------|---------|
| Clonazepam ⁷ | 1º |
| Diazepam ⁸ | 1º |
| Midazolam ⁹ | 1º |
| Bromazepam ¹⁰ | 2º |
| Fenobarbital ¹¹ | 2º |
| Zolpidem ¹² | 2º |
| Alprazolam ¹³ | 3º |
| Nitrazepam ¹⁴ | 3º |

Fonte: Elaboração própria de dados retirados de: www.saude.gov.br/bvs - Acesso em 23/04/2019

Dessa forma, a medicalização infantil é considerada um tema contemporâneo e relevante, pois segundo Maciel (2013) existe uma proporção elevada das prescrições de psicofármacos nos serviços de saúde mental infanto juvenil (crianças de 0 a 12 anos). E a maior parte os medicamentos prescritos não são adequados para uso em crianças.

⁷ Usado inicialmente como anticonvulsivante, passou mais recentemente a ser utilizado nos transtornos de ansiedade e na ansiedade associada a diversos outros transtornos em virtude de suas ações ansiolíticas (CORDIOLI, 2015, p. 439).

⁸ Substância utilizada no tratamento da ansiedade em diversos transtornos psiquiátricos e em outras condições médicas. Os efeitos adversos incluem sedação excessiva, comprometimento psicomotor e, ocasionalmente, excitação paradoxal. Com o uso de longo prazo, podem ocorrer tolerância, dependência e reações de retirada (CORDIOLI, 2015, p. 595).

⁹ Fármaco indutor do sono, com sua função de hipnótico (CORDIOLI, 2015, p. 1119).

¹⁰ A eficácia do bromazepam foi comprovada no controle de ataques de pânico; no tratamento da ansiedade aguda e no tratamento do Transtorno de Ansiedade Generalizado (CORDIOLI, 2015, p. 285).

¹¹ Substância usada como anticonvulsivante, hipnótico e sedativo (CORDIOLI, 2015, p. 699).

¹² Fármaco hipnótico e indutor do sono (CORDIOLI, 2015, p. 1836).

¹³ Demonstrou eficácia no tratamento dos sintomas de Transtorno de Pânico. É eficaz na redução dos ataques de pânico e na atenuação da ansiedade antecipatória (CORDIOLI, 2015, p. 149).

¹⁴ Apresenta propriedades sedativas, ansiolíticas e anticonvulsivantes (CORDIOLI, 2015, p. 1220).

3.3 A HISTÓRIA DA MEDICALIZAÇÃO

“A saúde da alma, bradou ele, é a ocupação mais digna do médico.”

Machado de Assis, O alienista.

A medicalização não é um fenômeno recente. Segundo Foucault (2017) desde o século XVIII já se percebia o início da medicalização na França, Alemanha e Inglaterra. Com o nascimento dos conglomerados urbanos na França, surgiu a necessidade de práticas higienistas (uma medicina urbana) marcando-se a emergência da medicalização e que vem se inserindo progressivamente na sociedade. As práticas higienistas eram os ensinamentos que os médicos passavam às pessoas, como orientações básicas de higiene, para trazer benefícios a elas próprias e para às pessoas que as cercavam. Conseqüentemente, o médico era visto como um grande conselheiro e especialista do corpo. O objetivo era normalizar socialmente o país por meio da medicalização, para unificação do corpo urbano.

Moysés (2008) afirma que as mudanças ocorridas na sociedade promoveram uma nova maneira de ocupação de espaço físico, surgindo as cidades. Com o aparecimento destas, vieram outros problemas, como as doenças, e estas eram atribuídas à ignorância das pessoas. Então era entendido que era preciso ensiná-las.

(...) A ignorância seria a grande responsável pelas altas prevalências de doença. Daí, a solução só poderia ser pelo ensino. A medicina exercerá seu papel normatizador com grande eficiência, difundindo ideias que perduram até hoje, inclusive na formação de profissionais (MOYSÉS, 2008, p. 2).

Foucault (2017) assinala que na Alemanha, no século XVIII, houve a normalização da prática e saber médico e a criação de um corpo administrativo para controlar as atividades médicas. Na Inglaterra, no século XIX, emerge a Medicina dos pobres, focando na saúde dos trabalhadores, ao promover saúde e higiene aos mais pobres, conseqüentemente protegem os mais ricos, pois estes últimos não serão vítimas de epidemias vindas dos primeiros. A outra função da Medicina dos pobres era a necessidade de transformar a classe pobre pronta para o trabalho, tornando-a útil à industrialização e dócil à exploração do capitalismo.

Continuando com os estudos de Foucault (2017), a necessidade de medicalizar a sociedade, não se restringia apenas a um contingente populacional, mas também, ao nível individual.

De acordo com Galindo et al. (2016), concomitante ao surgimento do sentimento de infância, surge a emergência da valorização dessa fase, principalmente no que tange à resolução do problema da mortalidade infantil. Havia necessidade de garantir a sobrevivência dessas crianças, para que elas se tornassem adultos úteis para o trabalho. Então era preciso adentrar “o universo familiar, fazendo deste um espaço de formação de um ser humano maduro e sadio. (...) a saúde passa a ser o centro das atenções e a família, o agente mais constante da medicalização” (p. 348).

Benedetti (2018) evidencia que com o surgimento de uma nova visão sobre a infância no século XVIII, surge também uma outra concepção de família, com uma nova ordem familiar, com outras divisões de papéis e responsabilidades. Moysés e Collares (2014) completa destacando que com esse novo olhar para a saúde da criança, surge a puericultura, de modo que as ações sejam voltadas para prevenção e promoção da saúde da criança, para que ela consiga chegar à vida adulta de forma mais saudável possível, a fim de que se torne um adulto produtivo. Com o discurso de civilizar os menos favorecidos, as crianças foram o primeiro alvo dessa intervenção, que primeiramente levava senhoras burguesas à periferia a fim de ensinar as mães pobres a cuidarem de seus filhos, alimentá-los e educá-los.

Importante destacar conforme ressaltado por Moysés (2008) que a atuação normatizadora da vida começa a ser realizada pela Medicina, o que antes era realizado pela religião. A segregação daqueles que destoavam da maioria era legitimada e sustentada pela religião, que era responsável pela definição dos critérios que deveriam ser considerados para avaliar um comportamento. Esses critérios serviriam para excluir os divergentes do convívio social. No entanto, com o advento da Ciência moderna, no século XVI, com o estabelecimento da Medicina no estatuto de Ciência, os critérios religiosos foram substituídos pela Psiquiatria e depois pela Neurologia.

Posteriormente, no século XX, Illich (1975), filósofo austríaco, criticou a Medicina, enquanto instituição social, alertando que a extensão e a ampliação do poder médico diminuem as possibilidades das pessoas lidarem com os próprios sofrimentos e perdas decorrentes da vida, transformando as dores da existência em doenças. O sistema médico medicaliza a vida, buscando ter autoridade sobre pessoas. Os processos

medicalizantes têm um caráter nocivo à saúde dos indivíduos. Ele nomeia como iatrogênese ¹⁵, e divide em aspectos clínicos, culturais e sociais. A iatrogênese clínica é causada pelos cuidados que resultam em danos atribuídos à falta de segurança, ao abuso de tecnologias médicas e de drogas. A iatrogenia cultural trata-se de uma perda na capacidade de pessoas e comunidades em lidarem com a própria doença, dor e morte. E a iatrogenia social, considerada como uma forma de medicalização da vida e os efeitos no social. Esses níveis de iatrogêneses afetam a autonomia dos indivíduos, que para cuidarem de sua saúde, se tornam dependentes do saber de especialistas.

Segundo Moysés e Collares (2013), esse processo foi bastante discutido por Michel Foucault (1977, 1980), autor fundamental na discussão de medicalização. Para ele, a Medicina faz uma dupla promessa, ao se declarar capaz de curar e prevenir as doenças, para construir um futuro sem doenças. Mesmo na impossibilidade de realizar essas promessas, a Medicina ainda mantém esse discurso. Destaca-se no Brasil, Cecília Donnangelo (1976), socióloga e professora da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), que foi uma das primeiras autoras a discutir a medicalização aqui no país. Esta pesquisadora estudou as relações entre saúde e sociedade, analisando as consequências da medicalização na sociedade e apontou as formas pelas quais se concretiza nos tempos atuais, destacando a extensão da prática médica como elemento primordial.

Ferreira (2015) relembra que nas décadas de 1960 e 1970 houve um avanço da tecnologia e dos estudos de psicofármacos e esse panorama começou a trazer uma nova configuração à sociedade. As novas medicações prometiam eliminar os sintomas, de uma forma mais eficaz e rápida e os processos psicoterapêuticos considerados de longa duração foram perdendo espaço entre as indicações médicas. Esse fenômeno foi chamado de “revolução farmacológica”.

Dessa maneira, o fenômeno da medicalização se expande, fortalece e se aloja na sociedade contemporânea, invadindo a todas as faixas etárias, independente do nível socioeconômico.

¹⁵ Doença com efeitos e complicações causadas como resultado de um tratamento médico. O termo deriva do grego e significa de origem médica, e pode-se aplicar tanto a efeitos bons ou maus. Em Farmacologia, iatrogenia refere-se a doenças ou alterações patológicas criadas por efeitos colaterais dos medicamentos. Geralmente a palavra é usada para se referir às consequências de ações danosas dos médicos, mas também pode ser resultado das ações de outros profissionais. (www. <https://www.significados.com.br/iatrogenia/>)

3.4 ELEMENTOS FOMENTADORES DA MEDICALIZAÇÃO

3.4.1 O retorno ao biologicismo

“Não sois máquina! Homens é que sois”

Charles Chaplin

Ferraza e Rocha (2011) afirmam que existe um entendimento do transtorno mental e de comportamento pelo viés exclusivamente biológico. Eles alertam que nessa configuração positivista, conferiu-se um efeito de “verdade científica” à concepção de que a única explicação válida para qualquer tipo de desconforto psíquico é a descrição fisicalista, sob a qual a vida psíquica do homem é reduzida à sua estrutura biológica.

A medicalização origina-se, dentre vários fatores, de uma hegemonia do biologicismo. “(...) um biologismo extremo que não dá qualquer valor à complexidade dos processos subjetivos do ser humano” (CFP, 2012, p. 17). Assim, qualquer comportamento que destoa da dita normalidade apregoado pela sociedade, tende a ser patologizado tendo como referência um manual normatizador de doenças. A psicopatologização da existência é pautada na concepção de que a única explicação consolidada para qualquer tipo de sofrimento psicológico é pela via fisicalista, onde “a vida psíquica do homem é reduzida a sua estrutura biológica” (MOYSÉS; COLLARES, 1994, p. 26) ou como ressaltado por Moysés (2008), as questões humanas de diferentes ordens são reduzidas ao mundo da natureza, e a pessoa é vista apenas como um corpo biológico e genérico.

Entende-se como “retorno”, pois conforme destacam Ferraza e Rocha (2011) essa visão estava presente no século XIX. O discurso da Psiquiatria fundamentava-se na concepção de um determinismo biológico, em que o comportamento visto como inadequado era classificado como um problema orgânico e hereditário. Essa visão, formulada em tempos passados, retorna na atualidade com o “surgimento das tecnologias de mapeamento genético e da descoberta de drogas psicofarmacológicas que poderiam ajustar aqueles comportamentos indesejados” (p. 240).

Caponi (2012) aborda sobre a teoria degeneracionista, que defende que a doença psicopatológica é transmitida pelos genes. A hereditariedade passa a ocupar o lugar de explicação das causas das doenças mentais, realizando uma radical transformação nos estudos da origem da doença mental. Pensa-se as causas da doença mental, como

atribuídas a uma lesão orgânica, ao invés dos desequilíbrios sociais e/ou familiares. Os sintomas de ordem moral não são mais os critérios definidos para estabelecer as entidades nosológicas, mas agora são definidos a partir de uma causalidade física. Dessa forma, as mais variadas patologias são explicadas somente pelo viés das bases biológicas, anatômicas, funcionais e genéticas, procurando dentro do corpo as possíveis disfunções.

Giusti (2016) menciona que o olhar psiquiátrico está direcionado para a procura pelas patologias no interior do corpo, mais específico a um órgão, o cérebro. Que passa a ocupar o ponto nodal das explicações sem se afastar do eixo temático da degeneração e da herança.

Nesta perspectiva, Brzozowski e Caponi (2013) afirmam que o que sustenta a visão biologicista para os transtornos mentais e de comportamento são o avanço da tecnologia nas Ciências da Saúde e a busca da Medicina pelas “evidências, objetivação dos sintomas e uso de medicamentos psicotrópicos como base para o tratamento dos sofrimentos humanos” (p. 212).

As novas descobertas científicas aparecem como as explicações mais aceitas para os diferentes comportamentos, sensações e sofrimentos humanos. A ciência acaba aparecendo como portadora da verdade, por meio de um discurso que ela mesma diz ser impessoal e ateuico (BRZOZOWSKI; CAPONI, 2013, p. 214).

Oliveira (2013) também aborda essa questão da evolução das pesquisas neurológicas e neurocomportamentais, que vem dar uma resposta ao comportamento desviante baseada nos processos neuronais e bioquímicos, e isto fortalece a medicalização da vida. Porém, essas respostas são explicações desarticuladas do contexto social e cultural.

A psiquiatrização do discurso que permeia as relações familiares e escolares assinala que a diferença entre adultos e crianças parece ser quase inexistente, no que tange a Psiquiatria biológica, visto que a dimensão histórica do indivíduo não aparece (GUARIDO, 2007).

A biologização da vida é fundamentada em uma visão determinista, onde os diferentes aspectos da vida são reduzidos pelas estruturas biológicas e que mantém distante do ambiente, retira da perspectiva o componente histórico, cultural, social,

valores, afetos, dentre outros. “Essa redução da vida, em toda sua complexidade e diversidade, a apenas um de seus aspectos – células e órgãos, tomados de maneira estatística e determinista – é uma característica fundamental do positivismo” (MOYSÉS; COLLARES, 2013, p. 13).

Guarido e Voltolini (2009) reportaram que a subjetividade humana está sendo compreendida pelos termos neuroquímicos, desfazendo o aspecto simbólico de constituição humana, o que reduz a capacidade de crítica. Para Ferreira (2015) a Neurociência, a Neuropsicologia e a Neuropsiquiatria produzem novos tipos de conhecimentos que colocam o cérebro, o biológico, como central na descrição do sofrimento humano. Coser (2010) também observa isso, quando aborda o apogeu da Ciência do Cérebro ou Ciência Neural, considerada uma abordagem unificada do estudo do comportamento humano. Essa abordagem entende que todo comportamento resulta da função cerebral.

No que se refere à tecnologia, a visão biologicista é hegemônica nas Ciências da Saúde, o que sustenta uma medicina que busca evidências, objetiva sintomas e utiliza medicamentos psicotrópicos como base para o tratamento dos sofrimentos humanos (AZEVEDO, 2018, p. 6).

A análise sobre a medicalização da vida não vem negar ou criticar os avanços das pesquisas biológicas e os tratamentos de doenças, mas chamar a atenção para a redução de perspectiva que a biologização promove para um fenômeno tão complexo quanto o comportamento humano. Como também não é o propósito desta pesquisa rechaçar um campo científico que, inegavelmente, trouxe muitas contribuições para o tratamento dos sofrimentos psíquicos e muito menos não é promover o abandono das pesquisas, mas “exercer com cuidado a crítica de seus efeitos quando disseminados no espaço social como visão hegemônica da subjetividade” (GUARIDO; VOLTOLINI, 2009, p. 249).

3.4.2 A patologização da existência

“Dizem que sou louco, por pensar assim
 Se sou muito louco, por eu ser feliz
 Mas louco é quem me diz,
 E não é feliz, não é feliz”

Os mutantes

Outro aspecto relevante para essa discussão é sobre a patologização da existência, nos quais sentimentos humanos como tristeza, raiva, alegria, etc, ou qualquer mal-estar social, ou comportamento(s) considerado(s) “inadequados”, ou qualquer outra questão de ordem psicológica existencial tem sido transformada em doença e consequentemente resultando em um diagnóstico psiquiátrico. Ferraza e Rocha (2011) afirmam que os mais elementares sinais de sofrimento psicológico podem ser indicativos de uma patologia, cujo tratamento é a indicação imediata de psicofármacos.

Segundo Luengo (2010) a expressão patologização é uma derivação de patologia, que tem origem da palavra grega *phatos* que pode ser traduzida em assujeitamento ou passividade. No latim, *patere*, que significa sofrimento.

A patologização da vida traz um imperativo contemporâneo onde a saúde passa a ser um ideal a ser buscado, “(...) ganhando dimensão de dogma e doutrina religiosa, na medida em que as prescrições de produzir corpos saudáveis parecem ser mandamentos invioláveis” (GALINDO et al., 2016, p. 351/352). Para o início do tratamento, não precisa mais haver uma constatação de uma doença, basta uma *possibilidade* de “doença” (grifo dos autores) (p. 357).

Kamers (2013) mostrou que o discurso do médico-psiquiatra sustenta que a angústia ou o mal-estar sentido pelo indivíduo é traduzido em doença e para cada doença codificada existe um medicamento específico com a promessa de aplacar o mal-estar.

Para Lima e Vieira (2014) a prática de patologizar refere-se à catalogação das pessoas que se apresentam fora dos padrões considerados normais. Essa ideia influencia a sociedade a instituir um pensamento de ser humano baseado num modelo socialmente predominante, polarizando entre normal-patológico.

A patologização da existência se justifica pelo destaque dado aos sintomas, os quais são enxergados, como ressaltado por Sanches e Amarante (2014, p. 507), “os

determinantes da doença, representando, assim, um sinal de patologia e não uma tentativa de solução”. Illich (1975) afirma que a medicalização é incorporada à cultura popular quando aceita como algo natural, o fato de os indivíduos terem ou sentirem necessidade de cuidados médicos ao longo da vida. A cultura da medicalização vem ganhando força e por consequência, diminui a capacidade das pessoas em gerenciar os seus próprios sofrimentos, enfraquecendo a confiança em potencial próprio como mecanismo para enfrentar sofrimentos e tristezas inerentes à vida.

Cada vez mais problemas, sofrimentos e experiências, que, usualmente, eram administradas no interior das famílias, estão passando para a arena de atuação externa às mesmas e trazendo um futuro promissor ao processo de medicalização (SANCHES; AMARANTE, 2014, p. 513).

Conforme mencionado por Ferreira (2015), a patologização da existência humana mostra implicitamente um ideal de vida, em que a Psiquiatria contribui em formatar, ou seja, “(...) uma caricatura de pessoas perfeitas para a sociedade capitalista: produtivas, auto-centradas e desenvolvidas para consumir” (p. 596).

Caponi (2012) chama de patologização da normalidade aquilo que antes era pertencente à variabilidade humana e justifica esse fenômeno pelo alargamento das fronteiras do saber psiquiátrico, que se separou do campo “psi” e vinculou-se ao terreno do “bio”.

3.4.3 As estratégias de marketing da indústria farmacêutica

“A meta do Marketing é conhecer e entender o consumidor tão bem, que o produto ou o serviço se molde a ele e se venda sozinho”.

Peter Drucker

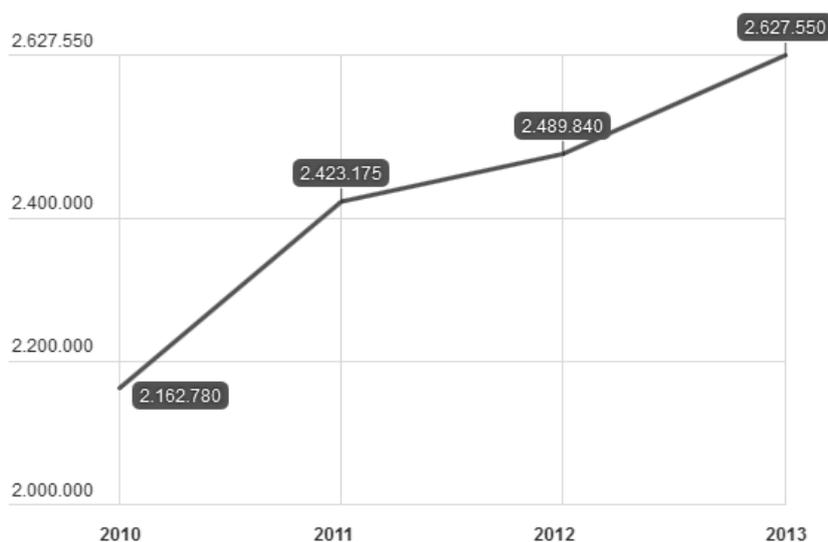
Estudos indicam que a medicalização responde a um interesse econômico da indústria farmacêutica (COSER, 2010; BRANDT E CARVALHO, 2012; GARCIA, BORGES e ANTONELI, 2014 e LIMA e VIEIRA, 2014; BRAGHINI, 2016; GALINDO et al., 2016;). A medicalização torna-se um objeto de consumo rápido e de

resultado de curto-prazo, um parceiro conectável e desconectável ao alcance das mãos. O remédio, nesses casos, constitui-se de um dispositivo de prazer efêmero, fabricado e comercializado em larga escala (BRANDT; CARVALHO, 2012).

Segundo o CFP, (2012 p. 5) “(...) a indústria farmacêutica é a segunda em faturamento no mundo, perdendo apenas para a indústria bélica.” Confirmando essa afirmação, o próprio CFP (2012), apresenta os seguintes dados: para o tratamento farmacológico do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) a medicação mais prescrita no Brasil tem sido o metilfenidato, substância dada para crianças e adolescentes com a pretensão de diminuir o chamado “déficit de atenção” na escola, subiu de 70.000 caixas vendidas em 2000 para dois milhões de caixas em 2010.

Dados da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) apontam crescimento de 21,5% na venda do metilfenidato, de 2,2 milhões de caixas em 2010 para 2,6 milhões em 2013 (último dado disponível)¹⁶, conforme mostrado na tabela 2.

Tabela 2 - Quantidade de Metilfenidato vendido no Brasil por ano



Fonte: Ministério da Saúde (2019). Acesso em 08/01/2020

¹⁶ Disponível em: <http://www.mpggo.mp.br/portal/noticia/governo-quer-protocolo-para-conter-uso-de-ritalina-por-criancas>

Coser (2010) afirma que a indústria farmacêutica não busca apenas produzir substâncias farmacológicas, mas produzir medicamentos de sucesso, ou seja, revolucionar e influenciar gerações, a fim de alavancar as vendas de medicamentos. Este autor usa a expressão “*blockbuster drug*, para referenciar os medicamentos que geram mais de um bilhão de dólares de lucro por ano” (p. 35).

Para Coser (2010) a ação da indústria farmacêutica, por meio das estratégias da publicidade psicofarmacológica¹⁷ é criar necessidades na sociedade para o aumento da prescrição do psicofármaco e, conseqüentemente, o seu uso. A indústria farmacêutica busca atrair o consumidor e convencê-lo, por meio dos seus profissionais propagandistas¹⁸, trazendo a mensagem que seus produtos são os mais eficientes e eficazes, potencializando esses efeitos para objetivos que vão além da promoção de saúde. O resultado, focado na visão mercadológica, tem sido o desenvolvimento e o surgimento de um número excedente de psicofármacos no mercado.

As maiores estratégias de marketing são defendidas pelos propagandistas e representantes farmacêuticos, e representam a aliança entre a indústria e os médicos. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) a propaganda farmacológica engloba atividades informativas e de persuasão realizadas pelos fabricantes e distribuidores, que tem como efeito influenciar a prescrição, fornecimento, compra ou uso de medicamentos (HEKIS et al., 2014).

Para Coser (2010) os medicamentos estabilizam sentimentos, humores, pensamentos e ações, e condicionam a conduta da sociedade. O marketing da indústria farmacêutica aqui no Brasil tem algumas especificidades, referenciadas em dispositivos legais que regulamentam os fabricantes quanto à propaganda de seus medicamentos, que está restrita aos médicos¹⁹. São para esses profissionais que as peças publicitárias são produzidas.

¹⁷ Área da publicidade voltada para a divulgação de medicamentos psicotrópicos nas revistas especializadas. As propagandas reproduzem as informações científicas produzidas pelas indústrias que divulgam e também criam novas informações ou novos usos possíveis, para os produtos anunciados (COSER, 2010).

¹⁸ “A profissão de propagandista vendedor de produtos farmacêuticos foi regulamentada em 14 de julho de 1975 através da Lei nº 6.224 e desde então este profissional passou a ser alvo dos setores de recursos humanos dos laboratórios farmacêuticos. A indústria depende exclusivamente desse profissional para realizar uma excelente comunicação com os médicos e gerar maior lucratividade nas vendas, bem como os médicos dependem deles para receber informações sobre novas pesquisas, novos produtos e outras informações atualizadas oriundas do mercado” (BRITO, 2006).

¹⁹ Lei 6.360/76 – Artigo 58 - § 1º - Quando se tratar de droga, medicamento ou qualquer outro produto com a exigência de venda sujeita a prescrição médica ou odontológica, a propaganda ficará restrita a

As pessoas buscam a solução de problemas pela via medicamentosa, e os meios de comunicação fortalecem a ideia de que utilizar medicamento é eficaz, saudável e necessário. Importante salientar que a indústria farmacêutica tem um investimento alto em marketing (BRASIL, 2019, p. 13).

Para Galindo et al. (2016) a medicalização é sustentada e nutrida, dentre outros fatores, pela relação de confiança que os especialistas médicos depositam no psicofármaco, solidificada na veiculação do marketing, baseado em promessas de felicidade e saúde perfeita. Coser (2010) relata que os psicofármacos cumprem uma função no imaginário social, que é de complemento da alma, atingindo a felicidade.

3.5 A MEDICALIZAÇÃO NO CONTEXTO ESCOLAR

“Quando a educação não é libertadora, o sonho do oprimido é ser o opressor”.

Paulo Freire

É no espaço escolar que certos comportamentos da criança e o seu desempenho escolar são enxergados, tradicionalmente, como “problemáticos”. Na escola que a criança é observada e, muitas vezes, identificada como uma criança “atípica”. O professor informa aos responsáveis pela criança, que ela se mostra diferente do esperado, e que é “necessária” uma ajuda médica (MOYSÉS, 2008).

Para Kamers (2013) existe um círculo repetitivo que envolve os encaminhamentos realizados: a escola, muitas vezes, sente-se desafiada com as dificuldades de aprendizagem ou indisciplina do aluno, solicita à família uma avaliação médica. O médico (neuropediatra ou psiquiatra infantil) diagnóstica e prescreve a medicação, de acordo com a descrição da família do comportamento da criança, e por muitas vezes prescreve algum medicamento que irá funcionar mais como uma contenção ou domesticação do comportamento da criança que, talvez, poderia não estar precisando do mesmo.

A psicopatologização da infância tem invadido os espaços escolares. A figura da escola se apresenta como reforçadora das doenças do não aprender e é apontada como

uma das maiores encaminhadoras de crianças para avaliação médica/psicológica nos serviços de saúde (BRAGHINI, 2016). Fenômeno esse que, muitas vezes, exclui os alunos, mas mantém um discurso maquiado de inclusão (MOYSÉS, 2008).

Moysés e Collares (1994) afirmam que esse encaminhamento funciona, muitas vezes, como uma transferência de responsabilidades, que desloca a preocupação do coletivo para o individual, onde questões de ordem pedagógica, cultural ou social ficam mascaradas pelo diagnóstico. Esse processo culmina na culpabilização do aluno pelo seu “mal” desempenho ou comportamento considerado inadequado. Dessa maneira, a educação vem sendo invadida pelo efeito da medicalização em grande escala, onde o fracasso escolar torna-se elemento essencial desse processo. Esse dito “fracasso” envolve a busca frenética por resultados creditados como positivos em avaliações e assim, acredita-se que a medicalização poderá de certa maneira “ajudar” no “sucesso” escolar. A aprendizagem e a não-aprendizagem têm sido compreendidas somente à nível individual, ou seja, como se fosse inerente ao aluno, ou a um elemento característico localizado em seu cérebro, ao qual o professor e família não têm acesso e que, por isso, também não tem responsabilidade.

De acordo com Giusti (2016) os comportamentos considerados “problemas”, que mais levam as escolas a encaminharem os alunos à Psiquiatria são: a desatenção, a impulsividade, a agressividade e a hiperatividade.

Neste cenário, a escola é o elemento chave no processo de medicalização da infância, ao deixar para o segundo plano os aspectos relacionais e/ou pedagógicos, mas enfatizando as hipóteses biomédicas sobre as dificuldades dos alunos (AZEVEDO, 2018). Giusti (2016) aborda sobre a parceria entre escola e a Medicina na busca de respostas para os problemas de aprendizagem e de comportamento que rodeiam o cotidiano escolar.

Para Garcia, Borges e Antoneli (2014) o processo de medicalização da infância é refletido na escola, e faz parte de um processo maior, a medicalização da vida. Na escola, o discurso psiquiátrico aparece como pano de fundo para a construção de um modelo de aluno.

Moysés (2008) relatou que foi na transição entre os séculos XIX e XX que a Medicina toma para si, como seu objeto de estudo, a aprendizagem. O não-aprender tona-se foco do olhar clínico do médico. A Medicina então, se coloca capacitada para resolver as “doenças” do não aprender e do comportamento infantil, reforçando a ideia

de que é necessária no ambiente escolar para garantir a aprendizagem adequada. A educação está sendo medicalizada, e os problemas pedagógicos e políticos foram transformados em questões biológicas, médicas. A medicina “(...) cria as entidades nosológicas²⁰ das doenças do não aprender e para elas propõe solução” (p. 11).

Kamers (2013) também confirma esse fato, ao destacar a mudança de olhar para a criança no ambiente escolar. Que a intervenção médico-psiquiátrica tem substituído o campo assistencial, psicológico e educativo. Para Sanches e Amarante (2014, p. 508) “essa manobra coloca o problema em um plano onde somente especialistas podem discuti-lo, retirando, assim, a população do debate”.

O saber médico defende a ideia da existência de crianças incapazes de aprender, e que só conseguirão aprender se forem submetidas à uma intervenção médica, especificadamente, psicofarmacológica. Como por exemplo, a inteligência, que é vista como objeto inato e independente do próprio sujeito. Grande parte das experiências cotidianas de comportamento de crianças no contexto educacional é tida como prováveis transtornos psiquiátricos (MOYSÉS, 2008). Esse ideário desconsidera a influência das desigualdades sócio-econômicas, da herança cultural e do ambiente familiar no percurso escolar dos alunos (GIUSTI, 2016).

Muitas vezes, a escola tem criado instâncias de diagnóstico e de avaliação de alunos que apresentam dificuldades no processo de escolarização ou que tenham “problemas de comportamento”, desconsiderando outros elementos que podem estar incidindo sobre a vida da criança, como por exemplo, o próprio sistema educacional. “Medicalizar o fracasso escolar é limitar a questão para uma esfera médica” (SANCHES; AMARANTE, 2014, p. 509).

Giusti (2016) afirma que na escola a disciplina é vista como um dispositivo de poder, e a medicalização é uma forma de “disciplinar” a criança que se destoa da normalidade, tornando um instrumento disciplinador. Por meio da disciplina, os alunos são colocados em um molde criado pela sociedade e quando alguns possíveis desvios acontecem, o recurso utilizado atualmente para o retorno à normalidade é a medicalização. Foucault (2013) aborda que a disciplina é uma forma de dominar os

²⁰ Modelo categórico para analisar a psicopatologia. Espécie de um julgamento clínico sobre a presença ou não de uma configuração de sintomas significativos. As entidades nosológicas, também chamado de classificação nosológica, é uma avaliação realizada pelo Psiquiatra em parceria com o Psicólogo, chegando a um código classificatório, facilitando a comunicação entre profissionais (CUNHA, 2007).

corpos e que se mostra muito presente nas instituições, que detém o controle e sujeição dos corpos, tornando-os mais dóceis.

Ferreira (2015) e Sanches e Amarante (2014) enfatizam que a medicalização de crianças provém de uma relação de poder, seja da escola, seja dos profissionais de saúde. Brzozowski e Caponi (2013, p. 7) destacam que “(...) a medicalização dos processos de aprendizagem pode representar uma ajuda em sala de aula, pois resulta em crianças mais calmas e concentradas”, evidenciando uma normatização das crianças como uma forma de controle social.

A medicalização da infância tem o intuito de transformar certos modos de ser e de aprender em psicopatologias, em que o aluno desviante só o é assim quando é comparado com outras crianças, tendo como cenário um sistema de regras. Dessa maneira, o processo de medicalização da infância é um dispositivo para enquadrar esses alunos nessas regras que criam o limite entre normalidade e anormalidade (GARCIA; BORGES; ANTONELI, 2014).

A medicação tem sido enxergada e utilizada não apenas como o principal caminho para o “tratamento” da criança, mas compreendida como um dispositivo de vigilância e controle que as diversas instâncias de cuidado alicerçam sobre a família e a criança (KAMERS, 2013), conforme pode ser ilustrada na figura 11.

Figura 11 – Frame do filme The Wall de 1971 da Banda Pink Floyd



Fonte: <https://bit.ly/2Y7zEzC> acesso em 15/12/ 2019

Importante enfatizar que a figura 11 refere-se a uma crítica da disciplina escolar na década de 70, e a figura 12 refere-se a um retrato da disciplina da sala de aula do ano de 2018.

Figura 12 – Sala de aula em uma escola do estado do Paraná por Luiz G. Motta em 2018



Fonte: <https://congressoem/foco.uol.com.br/opinia0/colunas/revolucao-na-educacao-uma-escola-sem-salas-nem-aulas/> Acesso em: 18/03/2020

Conforme enfatizado por Amatto e Alves (2016), a educação tem transferido para a saúde e para o aluno, um problema que envolve todo um sistema educacional. “Verifica-se que a escola – tantas vezes com efeitos excludentes – acaba por reproduzir efeitos remediativos encarregando à medicina de responder onde o ensino fracassou” (PAIS; MENEZES; NUNES, 2016, p. 2).

A medicalização da infância enquanto uma forma de disciplinar, de controlar e de normatizar a criança “desviante”, torna-se um dispositivo de poder, um meio de controle social. A Medicina já se estabeleceu como fonte de solução para a questão do “aluno-problema”. “Indissociável da esfera social e política, tende a verificar-se que há muito que a Medicina se socorre do conhecimento científico como recurso a partir do qual a profissão médica mobiliza a opinião pública e o Estado” (PAIS; MENEZES; NUNES, 2016, p. 2), ou seja, a Medicina tem se ocupado de uma posição indiscutível e soberana no que tange à questão do não aprender.

Para Giusti (2016) ao estudar o fenômeno da medicalização da infância afirma que não se pode restringir para o controle e normalização apenas das crianças, mas

deve-se também ampliar o olhar para a família, que também é alvo da medicalização. Por isso, acredita-se que é necessário compreender a instituição familiar, pois ela é uma peça fundamental ao sistema disciplinar. Na família que a norma e a disciplina também se fazem presentes.

(...) a família será o elemento de garantia de funcionamento do sistema disciplinar. Quando esse elemento se enfraquece, surgem outros dispositivos disciplinares para substituí-lo e agirem de forma quase pseudo-familiar. Esses substitutos nascem no seio da psiquiatria (...) (GIUSTI, 2016, p. 138)

Garrido (2007) relata que o olhar da Psiquiatria para as questões escolares é tão presente, que a visão e o discurso dos profissionais da educação são marcados pela mesma.

O olhar psiquiátrico sobre toda sorte de questões relacionadas à infância e adolescência, está fortemente presente na instituição escolar, e seus agentes educacionais apoiam-se cada vez mais em explicações médicas sobre o funcionamento do cérebro e suas disfunções como resposta a todos os problemas comportamentais e cognitivos. Os transtornos mentais que explicam os motivos de determinados comportamentos e dificuldades que as crianças apresentam na escola, bem como o nome de alguns psicofármacos utilizados para o tratamento dos mesmos, fazem parte do vocabulário dos professores (GIUSTI, 2016, p. 187).

No entanto, é importante ressaltar que o contexto escolar tem experienciado várias situações, que, conseqüentemente, acabam por intensificar o fenômeno da medicalização. Situações essas confirmadas pela realidade brasileira que registra o aumento das queixas oriundas do universo escolar. Essa realidade brasileira citada é marcada por desigualdades de ordem social e econômica, pelo descompasso entre o uso de metodologias de ensino e o contexto onde a escola está inserida, pela desvalorização dos professores enquanto classe trabalhadora, pelo pouco investimento na educação, dentre outros elementos. A escola está sobrecarregada com atribuições de outros campos da sociedade (AMATTO; ALVES, 2016).

Dessa maneira, o CFP (2012) salienta que é de fundamental importância uma revisão do sistema educacional, a fim de proporcionar uma melhoria na qualidade do processo ensino-aprendizagem, deslocando o foco da atenção do que a criança não

consegue e as suas limitações, mas enxergá-las em suas possibilidades e potencialidades. É necessário ampliar o olhar para esta questão, deixando de fixar a atenção somente para a patologia (e questionar muitas vezes se de fato é) e alcançando uma atuação interdisciplinar entre educação, sociedade, família e instituição escolar.

3.6 CONSEQUÊNCIAS DA MEDICALIZAÇÃO

“(...) há dez mil modos de pertencer à vida e de lutar por ela”.

Nise da Silveira

A medicalização pode resultar em várias consequências para a vida da criança, em todas as suas dimensões: físico, familiar, escolar e social, podendo afetá-la diretamente ao longo de seu ciclo de vida. Em relação às consequências na dimensão física, em seu organismo, pode-se trazer como exemplo os efeitos do psicofármaco mais consumido pelas crianças, o metilfenidato (MOYSÉS; COLLARES, 2013).

O mecanismo de ação do metilfenidato e das anfetaminas é exatamente o mesmo da cocaína: poderosos psicoestimulantes. Com estrutura química semelhante, aumentam os níveis de dopamina no cérebro, neurotransmissor responsável pela sensação de prazer. Como consequência desse aumento artificial, o cérebro torna-se dessensibilizado a situações comuns da vida que provocam prazer, como alimentos, emoções, interações sociais, afetos, o que leva à busca contínua do prazer artificial provocado pela droga, culminando na drogadição. Além disso, especula-se se aumentos desnecessários da dopamina durante a infância poderiam alterar o desenvolvimento do cérebro. (...) Afetam todos os aparelhos e sistemas do corpo humano, com destaque para sistema nervoso central (psicose, alucinações, agitação, suicídio, convulsão, insônia, sonolência, etc); sistema cardiovascular (arritmia, hipertensão, taquicardia, parada cardíaca, etc) e sistema endócrino-metabólico (alteração dos hormônios controlados pela neurohipófise, como hormônio do crescimento e hormônios sexuais). Ainda em relação ao sistema nervoso central, merece destaque o efeito “zumbi-like”, em que a pessoa fica contida em si mesma, obediente, “tranquila” (MOYSÉS; COLLARES, 2013, p. 16).

Além dos impactos no corpo da criança, a medicalização aborta os incômodos, silencia os questionamentos e paralisa os movimentos, o que representa a limitação de possibilidades para a construção de um futuro diferente (CFP, 2012).

Uma das grandes consequências da medicalização para uma criança é, segundo o CFP (2012), o estigma da “doença”, acarretando em uma segunda exclusão. A primeira exclusão acontece pelo fato da criança apresentar comportamentos ou desempenhos escolares diferentes das outras crianças, ou seja, são excluídas social, afetiva, educacionalmente. E depois do diagnóstico uma outra exclusão disfarçada por discursos de inclusão.

Corroborando com essa afirmação, Benedetti (2018) demonstra que os rótulos se alojam e a partir disso, o sujeito pode encontrar dificuldades, marcado por obstáculos e sofrimentos que se instalam na relação do sujeito com o mundo onde está inserido.

A criança vista como “desviante”, ganha nome, classificação e um (psi)diagnóstico, por vezes, questionável, na tendência de avançar com possíveis diagnósticos ou “fabricar etiquetas”, como salientam Pais, Menezes e Nunes (2016). O rótulo fomenta a estigmatização, que segundo Elias e Scotson (2000), é o desprezo acentuado por outras pessoas enquanto indivíduo, um preconceito, um estigma de desonra e fantasia coletiva, que enfraquece o grupo menos poderoso (*outsiders*).

Inevitavelmente, o rótulo permite não apenas designar a pessoa, como facilitar a aceitação social do próprio, dado que as expectativas sociais a seu respeito estabilizam. O rótulo ou diagnóstico validado por aqueles que detêm o conhecimento e o poder médico provocam, em nível psicossocial, uma série de consequências e respostas sociais relativas à posição, aos papéis sociais, à autoimagem e autoestima da própria pessoa (PAIS; MENEZES; NUNES, 2016 p. 2).

A maneira como são rotulados e estigmatizados pelos estabelecidos, os *outsiders* se veem como inferiores e incorporam e reforçam em si mesmos o papel desviante. Um grupo só pode tratar o outro grupo de forma estigmatizada, quando o primeiro se situar em uma posição de poder adquirido enquanto o segundo está em posição excludente (ELIAS e SCOTSON, 2000). “Essa atitude de localizar o problema na criança leva, por conseguinte, à estigmatização da própria criança, pela incorporação desse rótulo” (PAIS; MENEZES; NUNES, 2016, p.6).

Antoneli e Garcia (2018) abordam que o rótulo é construído e fortalecido pelo relacionamento e atravessamento dos múltiplos discursos de profissionais da Psiquiatria, da Pedagogia, da Psicologia, e da área jurídica. Enfatizam que a fala do

médico, reforça os discursos da família e da escola, evidenciando “(...) uma rede medicalizante, que se retroalimenta destes diversos discursos” (p. 675).

São comuns os discursos de pais, professores e outros agentes escolares acerca da necessidade de certas medicações, que têm por objetivo fazer os ‘ajustes necessários’ para que o aluno aprenda: acredita-se que as crianças que demonstram comportamentos destoantes do considerado normal só têm capacidade de aprender se estiverem sendo tratadas, medicadas, controladas e contidas (ANTONELI; GARCIA, 2018, p. 675).

Moysés (2001) ressaltou outros efeitos da medicalização, que é o apagamento da subjetividade do sujeito, que se objetiva, tornando-se um corpo biológico e sem vida. A medicalização infantil, segundo Lima e Vieira (2014) anula o sujeito infantil, deixando-o assujeitado ao discurso do médico, da família e da escola, na tentativa de controlar a criança, na justificativa de torná-la ajustada socialmente. Na remediação do comportamento “inadequado” na criança, a intenção é normatizar, submetendo a criança ao desejo do outro e, assim, aniquilando a sua singularidade.

Conforme salientado por Sanches e Amarante (2014) a criança medicalizada submete-se às orientações de pedagogos e profissionais da saúde, que passam então a gerenciar a sua vida, como se fosse domesticá-la, para então classificá-la e “que passa a pertencer, ao longo de sua existência, a celas específicas e especializadas” (p. 508). O tratamento com psicofármacos convém mais para alívio para quem convive com ela (família e escola), do que de fato trazer conforto para a criança.

De acordo com Brzozowski e Caponi (2013) a medicalização em crianças funciona como uma espécie de justificativa de alguma atitude por conta do “transtorno”. A família da criança e até ela mesma pode se considerar capaz ou incapaz de realizar alguma atividade apenas se estiver em tratamento psicofarmacológico e quando a criança se tornar adulta, pode se manter dependente do diagnóstico, agindo de acordo com o que se espera enquanto como “portadora do transtorno”.

A medicalização da infância, muitas vezes é vista de forma positiva pelos agentes da educação e pela família, que tem a esperança de que o psicofármaco resolva os problemas manifestados no cotidiano da escola e que, de alguma forma, perturbam a tentativa de padronização que a escola busca. Com o diagnóstico fechado e a prescrição de psicofármacos, o “aluno-problema” adormece, a disciplina funciona e a aula

acontece. A crítica sobre o ensino se esvazia quando o psicofármaco é enxergado com a única solução (GIUSTI, 2016).

É importante salientar que a crítica aqui feita não é sobre o uso de medicamentos, porque, conforme ressaltado por Ferreira (2015) em determinados casos, o uso de medicamentos pode trazer benefícios a quem devidamente necessita. No entanto, a crítica é quanto ao uso indevido e ao abuso de psicofármacos, que retiram “(...) do indivíduo suas experiências de constituição de subjetividade que é formada por conflitos, histórias e narrativas que vão muito além de processos biológicos” (p. 593).

3.7 ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DA MEDICALIZAÇÃO

“O mundo não quer que eu me distraia. Distraído estou salvo”.

Paulo Leninski

O propósito deste trabalho não é criticar todo o tratamento medicamentoso, mas discutir o uso abusivo do psicofármaco e a visão limitante e restrita que patologiza a infância.

O CFP (2012, p. 26) faz um convite para “(...) articular entidades, grupos e pessoas para o enfrentamento e superação do fenômeno da medicalização, bem como mobilizar a sociedade para a crítica à medicalização da aprendizagem e do comportamento”.

O CFP (2012) buscando uma interlocução com a sociedade civil propõe: ampliar, popularizar e democratizar o debate sobre a medicalização infantil, mas sem perder o rigor científico; estabelecer um canal de comunicação com a Academia, por meio da discussão entre profissionais das diversas áreas (saúde, educação, farmácia, direito etc); fomentar cursos de educação continuada dentro da temática medicalização e continuar o apoio da construção de currículos que busquem práticas de educação e de saúde mais humanizadas; socializar na comunidade, na família e na escola o significado da medicalização, suas consequências e desmistificar os pseudos benefícios; incentivar a produção científica no campo da crítica à medicalização e participar na formulação de políticas públicas.

Destaca-se também o movimento realizado pelo Ministério da Saúde (MS) e de vários conselhos de profissionais da saúde como de Psicologia e Farmácia para discutir, refletir e propor ações que visem informar e conscientizar os diversos segmentos da sociedade sobre os impactos da medicalização infantil. Existem várias práticas para combater a medicalização, práticas de promoção de saúde, de maneira a ofertar cuidado integral e multidisciplinar para além da prescrição medicamentosa, mas que considere o acesso a outras formas de tratamento. E isso inicia-se necessariamente pela mudança na cultura social (BRASIL, 2019).

O MS realiza campanhas de cunho educativo, informativo e regulatório a fim de conscientizar a concepção do uso racional de medicamentos. Entende-se por uso racional de medicamentos a situação em que os pacientes recebam “medicamentos adequados às suas necessidades clínicas, em doses que atendam às suas necessidades, por um período de tempo adequado e ao menor custo para eles e sua comunidade” (BRASIL, 2019, p. 13).

O uso racional de medicamentos está entre os objetivos e diretrizes da Política Nacional de Medicamentos e da Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Essa temática vem ganhando expressão ao longo dos últimos anos tanto na agenda nacional, quanto na internacional. Nesse sentido, se reforça a importância da oferta de informação sobre medicamentos que seja independente, sem conflitos de interesse e pautada na imparcialidade como subsídio para a promoção do uso racional de medicamentos em todas as esferas do governo e da sociedade civil (BRASIL, 2019, p. 6).

O Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade é composto por entidades, movimentos e pessoas que têm interesse no tema e afinidade com seus objetivos. Apresenta caráter político, de atuação permanente, constituindo-se a partir da qualidade da articulação de seus participantes e suas decisões são tomadas, preferencialmente, por consenso. O fórum fundamenta-se nos seguintes princípios: contra os processos de medicalização da vida; defesa das pessoas que vivenciam processos de medicalização; defesa dos Direitos Humanos; defesa do Estatuto da Criança e Adolescente; direito à Educação pública, gratuita, democrática, laica, de qualidade e socialmente referenciada para todas e todos; direito à Saúde e defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) e seus princípios; respeito à diversidade e à singularidade, em especial, nos processos de aprendizagem; valorização da

compreensão do fenômeno medicalização em abordagem interdisciplinar e valorização da participação popular ²¹.

Para Lima e Vieira (2014) é fundamental construir reflexões críticas sobre o imperialismo do discurso psiquiátrico e da indústria farmacêutica, e assim, possibilitar a libertação das crianças dos “destinos previstos nos prognósticos médicos, orientando para uma nova forma de tratamento que considere a subjetividade de uma maneira não normalizante” (p. 202).

Sanches e Amarante (2014) recomendam aos profissionais da saúde e educação que adotem uma postura que permita à criança ser o que ela de fato é, ajudando-a a tornar-se um adulto. Recomenda-se que a escola seja “(...) um espaço de abertura para novos valores, oferecendo às crianças e aos jovens uma pluralidade de pensamentos, além de informações importantes para o seu crescimento e o convívio social” (p. 514). Torna-se necessário à família recuperar internamente a capacidade de buscar soluções para os conflitos da vida, e recomenda-se que a sociedade entenda e multiplique a ideia de que ser diferente não é doença, mas é diversidade. A sociedade precisa ser autônoma no gerenciamento e cuidado com a própria saúde, identificando que certos incômodos são inerentes à existência humana e que podem ser passageiros, sendo importante o uso de recursos próprios para lidarem com ele. “(...) De outra forma, fica-se mais dependente de especialistas e menos conhecedores de nós mesmos e do outro” (p.513).

É importante valorizar a capacidade que as pessoas têm para conhecer melhor seus problemas e participar ativamente do seu plano terapêutico, negociado em conjunto com o profissional de saúde, valorizando seu discurso, sua voz, seu potencial e, assim, poder usufruir melhor dos serviços de saúde quando eles realmente forem necessários. Dos profissionais de saúde, espera-se, também, que não alimentem no paciente a sua dependência e a atual compulsão por consumo de serviços de saúde, o que acaba gerando mais demanda por atenção e enfraquecimento do sujeito (SANCHES; AMARANTE, 2014, p. 513).

Martinhago e Caponi (2015) afirmam que a medicalização da infância se põe contrária às propostas da Reforma Psiquiátrica no Brasil, a qual defende a atenção e

²¹ Disponível em: <http://medicalizacao.org.br/manifesto-do-forum-sobre-medicalizacao-da-educacao-e-da-sociedade/>. Acessado em 07/08/2019

suporte aos que possuem algum sofrimento psíquico, por meio da rede de atenção psicossocial e denominam esse fenômeno como retrocesso à saúde mental.

Brzozowski e Caponi (2013) alertam para a necessidade de debate sobre outros tipos possíveis de abordagem que não seja restritamente a biológica, mas que seja ampliada a visão para a criança, sobre e com ela, a fim de propor diferentes caminhos na promoção de saúde.

4 A QUESTÃO DO (PSI)DIAGNÓSTICO

4.1 CONCEITO E HISTÓRIA

“Você nunca achará o arco-íris, se você estiver olhando para baixo”.

Charles Chaplin

Os profissionais de saúde são responsáveis, dentre várias outras atividades, realizar o diagnóstico sobre algum incômodo, dor e/ou mal estar que aflige o ser humano. Cada área do conhecimento do campo da saúde investiga, avalia, diagnostica e indica a terapêutica conforme o seu campo do saber. Neste trabalho será discutido sobre o campo do saber psi (que refere-se ao diagnóstico psicológico realizado por psicólogos e psiquiatras).

O diagnóstico psicológico é uma das atribuições do psicólogo na sua prática clínica que lhe é conferida pelo Conselho Federal de Psicologia, inscrita no Código de Ética. Sendo assim o profissional:

Atua na área específica da saúde, colaborando para a compreensão dos processos intra e interpessoais, utilizando enfoque preventivo ou curativo, isoladamente ou em equipe multiprofissional, em instituições formais e informais. Realiza pesquisa, diagnóstico, acompanhamento psicológico, e intervenção psicoterápica individual ou em grupo, através de diferentes abordagens teóricas. (...) Realiza avaliação e diagnóstico psicológicos de entrevistas, observação, testes e dinâmica de grupo, com vistas à prevenção e tratamento de problemas psíquicos (CFP, 2008)²².

De acordo com Trinca (1984) a palavra diagnóstico tem origem no vocábulo grego *diagnōstikós*, que significa discernimento, faculdade de conhecer, de ver através de. Trata-se do estudo aprofundado da personalidade de um indivíduo ou grupo e é realizado para conhecer determinado fenômeno ou realidade psicológica, por meio de um conjunto de procedimentos teóricos, técnicos e metodológicos. É um tipo de avaliação psicológica, com propósitos clínicos que envolvem princípios teóricos e técnicos, por meio das técnicas de investigação: entrevista e observações clínicas, testes

²²site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2008/08/atr_prof_psicologo.pdf Acesso em 11/10/2019

psicológicos, técnicas projetivas, jogos, desenhos, histórias, o brincar, etc. A escolha das estratégias e dos instrumentos a serem utilizados pode ser realizada em coerência com o referencial teórico, o objetivo e a finalidade da avaliação.

O diagnóstico psicológico é um processo que configura uma situação com papéis bem definidos entre o psicólogo e o paciente. Dispõe de uma duração limitada de tempo para conseguir uma descrição e compreensão acentuada da personalidade do paciente e/ou do grupo familiar, e para tal pode utilizar algumas das técnicas descritas acima. O de psicodiagnóstico abrange tanto os aspectos passados, presentes, como futuros da vida de um indivíduo para a melhor compreensão de sua personalidade. Essa prática pode auxiliar na identificação prévia dos possíveis transtornos que o paciente apresenta para que assim, o psicoterapeuta consiga formular hipóteses diagnósticas mais precisas relacionadas às demandas levantadas. O psicodiagnóstico derivou da prática da Psicologia Clínica, foi introduzido pelo psicólogo estadunidense Lighter Witmer no ano de 1896, e criado sobre a tradição da Psicologia acadêmica e da tradição médica (CUNHA, 2007).

A origem do psicodiagnóstico é atribuída a três autores, que deram os primeiros passos nos estudos no final do século XIX e no início do século XX. Sendo eles, Galton, que introduziu o estudo das diferenças individuais, Cattell, a quem se deve as primeiras provas, designadas como testes mentais e Binet, que propôs a utilização do exame psicológico (por meio de medidas intelectuais). Então, atribui-se ao psicodiagnóstico duas heranças: uma do modelo médico e a outra do modelo psicométrico, que se refere a avaliação psicológica feita por meio dos testes psicológicos (TRINCA, 1984 e ANCONA-LOPEZ, 1984).

Posteriormente essa prática ganhou força com o advento da Psicanálise linha de pesquisa proposta pelo médico neurologista, austríaco, Sigmund Freud, que ofereceu um novo enfoque para o entendimento e a classificação dos transtornos mentais, destacando a subjetividade do homem (CUNHA, 2007).

Outra influência à prática do psicodiagnóstico foi a corrente de pensamento humanista que se contrapõe à visão positivista (a qual se baseia a tradição médica e psicométrica) e surge questionando a aplicação do método das Ciências naturais às Ciências humanas. O humanismo apoia que não é possível uma total separação entre o sujeito e o objeto de estudo, pois a subjetividade é essencial: o sujeito constitui o objeto e é constituído por ele. Essa corrente filosófica utiliza o método fenomenológico para

compreender o homem, defendendo a participação da sua subjetividade no processo de avaliação (ANCONA-LOPEZ, 1984).

4.2 A EPIDEMIA E A BANALIZAÇÃO DO (PSI)DIAGNÓSTICO

“Se não vejo na criança uma criança, é porque alguém a violentou antes,
e o que vejo é o que sobrou de tudo que lhe foi tirado”

Herbert de Souza

Tornou-se uma tarefa dos profissionais da saúde a busca por detectar precocemente os transtornos mentais e de comportamento na infância. E esses “transtornos” são a cada dia, mais numerosos. A infância tem sido invadida pelos diagnósticos de transtornos de aprendizagem e/ou de comportamento. Muitas vezes, estas classificações são realizadas de forma reducionista onde as ações de cunho político, social, psicológico e educativo são limitadas ao campo das ações biologizantes e assim, medicalizantes. É numa concepção limitante da criança que se faz presente a medicalização, pois se torna uma maneira mais rápida de resolução de “problema”, de forma a tentar simplificar, para se obter o controle da situação de forma muito mais fácil do que refletir sobre a questão. Nesse prisma, a criança é percebida apenas como um organismo biológico e não como um ser complexo, um ser biopsicossocial, inserido no coletivo, numa sociedade que influencia a formação da subjetividade (MOYSÉS; COLLARES, 2013).

A crítica se concentra na banalização do (psi)diagnóstico, em que profissionais da saúde (essencialmente médicos psiquiatras e neurologistas) que realizam uma investigação sem aprofundamento, mensurando poucas variáveis, de forma precoce e até imprudente e, muitas vezes, reducionista. A atuação médica assume de forma crescente um modo mais técnico, onde as consultas são realizadas de forma rápida, para que se consiga atender um maior número de pacientes. O diagnóstico tem sido realizado de modo apressado e impreciso, pois os médicos têm pouco tempo para ouvir os seus pacientes e desconsideram as singularidades de cada caso. Como consequência a medicalização tem ocorrido de maneira ostensiva (AZEVEDO, 2018).

Em uma medicina capturada pela lógica de mercado, não há espaço para o clínico acolher psicologicamente os pacientes em sofrimento, porém, tentam suavizar o desamparo destes através da medicalização dos seus sintomas. A prescrição massiva de psicotrópicos e antidepressivos solapou a escuta atenta das queixas, corroborando com o processo de medicalização (AZEVEDO, 2018, p. 10).

Como exemplo do que foi exposto, destaca-se o diagnóstico do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), que é considerado o transtorno mais estudado e medicalizado na infância (FERRAZA e ROCHA, 2011; BRANT e CARVALHO, 2012; BRAGHINI, 2016). O modo como se realiza o diagnóstico desse transtorno, tem sido alvo de críticas e questionamentos.

Embora muito se fale sobre os supostos transtornos como no caso do TDAH, os modelos diagnósticos apresentados são precários e insatisfatórios, por se basearem em questionário, de caráter opinativo, preenchidos por professores ou respondidos pelos pais. (...) As questões postas para diagnosticar o TDAH são pontuais, destacam aspectos que ressaltam que determinados comportamentos, como os de organização, são sinônimos de atenção, simplificando os aspectos sociais, históricos e culturais que constituem os comportamentos humanos em seus diversos contextos e situações, e que comparecem de forma distinta em diversas faixas etárias, aspecto não considerado no questionário (CFP, 2012, p. 11).

O CFP (2012) afirma que na atualidade existe uma proliferação de diagnósticos, onde muitos têm aprisionado e rotulado a criança ao invés de libertá-la e ajudá-la na indicação do melhor tratamento ao caso específico, mais eficaz, e assim, contribuindo para a melhora da qualidade de vida da criança. E completa enfatizando que “(...) nessa epidemia de diagnósticos, o mundo e a vida são olhados por prismas em que o que não se enquadra em rígidos padrões e normas é doença a ser tratada, medicada” (p. 18).

A epidemia de (psi)diagnóstico pode promover uma visão mais restrita e limitante do comportamento humano e de sua subjetividade. As lentes de avaliação utilizadas em muitas situações são baseadas em um rígido padrão normativo social (CFP, 2012). Kamers (2013) também aborda sobre a epidemia de diagnósticos infantis na contemporaneidade, destacando o aumento do número de diagnósticos na infância, principalmente o de TDAH, tem tomado grandes proporções, o que pode nomear como uma epidemia.

Segundo Meira (2012), essa ‘epidemia’ de diagnósticos produz como consequência e, na mesma medida, outra ‘epidemia’ de tratamentos, os quais, muitos deles, podem ser considerados prejudiciais à saúde, principalmente se for o caso em que não seria de fato necessário.

A “epidemia” de diagnóstico surge, dentre vários fatores, pelo o que se entende por “transtorno” mental e/ou de comportamento. Para exemplificar esse fenômeno, um fato recorrente ocorre quando a família da criança e a sua escola estão frente a uma situação vista socialmente como “problemática” e buscam uma nomeação, uma classificação do comportamento “desviante”, a fim de ter uma resposta para saber o que é e como lidar com tal criança/situação. Muitos pais e professores ao perceberem em seus filhos e alunos comportamentos indesejados por eles ou diferentes do esperado, como: timidez ou agitação, desatenção, dificuldades para aprender, desinteresse pelos estudos ou dificuldade no relacionamento interpessoal, recorrem à Medicina em busca de uma “cura” imediata, e assim, encontram na medicação uma solução que proporciona o resultado desejado. As escolas tem buscado na medicalização uma forma de preencher os anseios dos pais pelo desempenho dos filhos, sendo que não é muito incomum a própria instituição de ensino sugerir a procura por médico psiquiatra que apresenta estas possíveis patologias (MOYSÉS; COLLARES, 2013).

Uma vez classificadas como “doentes”, as pessoas tornam-se “pacientes” e conseqüentemente “consumidoras” de exames, tratamentos, terapias e medicamentos, que transformam seu corpo e sua subjetividade em problemas, alvos da lógica medicalizante, que deverão ser sanados individualmente. Por sua vez, supor que diagnosticar é atribuir um nome, leva-nos a um caminho pouco rigoroso, porque desconhece a variabilidade das determinações daquilo que é nomeado. Assim, um movimento de uma criança pode ser considerado normal ou patológico segundo o observador, bem como as dificuldades de linguagem podem ser localizadas como um “transtorno” específico ou como sintoma de dificuldades vinculares, segundo aquele que esteja “avaliando” essa criança. Portanto, as classificações tendem a agrupar problemas muito diferentes somente porque sua aparência é similar (CFP, 2012, p. 17, aspas do original).

Moysés e Collares (1994) afirmam que em muitos casos, o diagnóstico realizado é centrado exclusivamente na criança, chegando ao máximo até sua família, mas sem muita profundidade. O especialista, muitas vezes, não busca conhecer com mais propriedade a instituição escolar e a política educacional onde a criança está inserida.

A prática do médico-psiquiátrica infanto-juvenil prescinde quase que somente da escuta da fala/visão dos pais sobre seus filhos, cujo olhar médico, recai exclusivamente, no quadro sintomático relatado pelos pais. A causa é relacionada a um tipo de erro do funcionamento do corpo, ou mais especificamente a uma falha no sistema cerebral e seus mecanismos neuroquímicos, o que fundamenta a medicalização (KAMERS, 2013). Caponi (2012) confirma essa prática a qual a Psiquiatria moderna adentrou-se por caminhos em que a escuta dos relatos de angústias ou sofrimentos dos pacientes foi perdendo seu espaço cada vez mais.

Para Brzozowski e Caponi (2013), atribuir à uma criança um diagnóstico por meio da análise de comportamentos indesejados e/ou dificuldades de aprendizagem, pode levar a sociedade a ver a criança como doente. Dessa maneira, podem acontecer duas possíveis consequências: os adultos à sua volta podem relacionar-se com ela de forma mais paciente e condescendente com seus atos ou ações, ou a criança pode começar a justificar seu comportamento por causa do diagnóstico recebido e viver em condição deste, e agir de acordo com o que se espera dela, ou seja, a criança assume um papel social que diz respeito a sua condição psicológica que lhe foi atribuída. O diagnóstico pode ser visto como uma forma de limitar a criança de sua responsabilidade pessoal por suas escolhas e comportamentos.

Os comportamentos agressivos de uma criança que antes eram tolerados, já fazem parte do universo psiquiátrico, sendo estes considerados indicadores de risco para possíveis doenças mentais na vida adulta, se não forem tratados na infância (AZEVEDO, 2018).

Crianças que poderiam ser descritas como peraltas, mal-educadas, indisciplinadas ou desmotivadas, começaram a ser tomadas como acometidas por uma disfunção nos circuitos cerebrais. Paulatinamente, a “experiência de si” foi contaminada pelo reconhecimento, nos critérios diagnósticos de um transtorno, apresentando novas leituras para antigas dificuldades pessoais (AZEVEDO, 2018, p. 9).

Para Benedetti (2018), a família, na grande maioria das vezes, não questiona o (psi)diagnóstico recebido pelo médico-psiquiatra, pois percebem como uma forma de vantagem em poder controlar os problemas advindos do comportamento e/ou do baixo rendimento escolar do filho. Azevedo (2018) aponta que os pais têm aderido fortemente

ao diagnóstico e à medicalização das questões dos filhos, pois o diagnóstico médico tem sido a primeira explicação sobre o comportamento e/ou desempenho do filho e o psicofármaco o primeiro recurso para tratamento.

Nessa perspectiva, armados de manuais diagnósticos e estatísticos, não mais questionamos o que acontece nas instituições escolares, na família, ou em outros espaços sociais e centramos nossos diagnósticos na criança, que necessariamente deve ser medicada e, sobretudo, silenciada (MÉLLO; GARCIA, 2018, p. 154).

A epidemia e a banalização do (psi)diagnóstico fomenta a medicalização na infância e esse se concretiza com o uso do Manual de Diagnóstico e Estatística de Doenças Mentais (DSM), sistema de classificação de diagnósticos em Psiquiatria da Associação Psiquiátrica Americana (APA), código que tem o significado de conter a verdade sobre o estado mental de um indivíduo. Martinhago (2019) descreve que o DSM teve sua criação para atender a necessidade de organizar e catalogar uma classificação diagnóstica. Essa organização se dá no estabelecimento das patologias em categorias padronizadas. Um dos objetivos do manual é estabelecer uma comunicação clara e consensual entre os profissionais de saúde.

De acordo com Ferreira (2015) o DSM, passou por transformações. Nas duas primeiras versões, lançadas em 1953 e 1968, com forte influência da Psicanálise, havia uma separação entre transtornos orgânicos e não orgânicos. Os transtornos de bases não orgânicas recebiam tratamentos não farmacológicos. Tais versões compreendiam pouco mais de 100 transtornos e consistiam de um glossário de categorias diagnosticadas e descrições clínicas dos transtornos mentais. A terceira versão, publicada em 1980 rompia com a Psicanálise e a concepção de transtorno não orgânico era excluída, o que abriu caminho para a total biologização da Psiquiatria moderna. A mudança na forma de entender a classificação diagnóstica favoreceu o aumento das categorias diagnósticas, chegando a 350 na quarta versão, o que culminou na criação de novos medicamentos. Os processos medicalizantes ganharam força quando a Psiquiatria se apoiou no modelo positivista, adotando um sistema classificatório com bases biológicas.

A última edição do DSM (quinta edição) publicada em maio de 2013 reportou um aumento no número de categorias diagnósticas, pautado na ideia de que é importante prevenir os transtornos mentais e identificar os comportamentos ditos de “risco”, que

são as patologias leves, adicionando-as às já existentes (FERREIRA, 2015). Embora esse manual faça parte da prática dos psiquiatras brasileiros para o diagnóstico psiquiátrico, existem muitas críticas sobre o mesmo (CAPONI, 2014 e RESENDE; PONTES; CALAZANS, 2015).

As "patologias" que provocam o fracasso escolar têm crescido ao longo dos anos, com critérios diagnósticos vagos e imprecisos, levando a rotulação de crianças consideradas "normais" e também tem contribuído um sentimento de inabilidade ou limitação por parte do professor, por estarem cada vez mais rodeados com tantas "patologias" e "distúrbios" e podem se sentirem menos apto a lidar com elas (MOYSÉS; COLLARES, 1994).

De acordo com Guarido (2007), existe uma inversão da metodologia psiquiátrica, pois a produção dos psicofármacos é que tem determinado a fabricação de diagnósticos. "Há aí uma inversão não pouco assustadora, pois na lógica atual de construção diagnóstica, o remédio participa da nomeação do transtorno" (p. 154).

Para o CFP (2012) a prática do (psi)diagnóstico se tornou mais comum e de mais fácil acesso à população devido aos avanços do conhecimento médico e das tecnologias que tem possibilitado diagnósticos mais precoces e precisos. Esse aspecto não se pode negar e nem criticar, como foi mencionado no capítulo anterior. Mas é preciso compreender que esse avanço contribui também para a epidemia e banalização do diagnóstico.

Os progressos tecnológicos, os quais permitem a produção de equipamentos e testes capazes de fazer diagnósticos de indivíduos que ainda não apresentam sintomas de doenças, aliados a alterações contínuas dos valores de referência utilizados para se diagnosticar doenças, têm como consequência principal a transformação de grandes contingentes de pessoas em pacientes potenciais (MEIRA, 2012, p. 136).

Lima e Vieira (2014) acreditam que os hábitos da infância da atualidade podem gerar novas questões que refletem na escola e conseqüentemente podem contribuir para o aumento do número de diagnósticos. Como por exemplo, esses autores citam o expressivo número de crianças sendo medicadas, e em idades cada vez mais cedo; a erotização que aparece nas músicas que a criança tem fácil acesso, no vestiário infantil e o crescente poder de consumo destinado à criança.

Brzozowski e Caponi (2013) salientam que, quando uma criança encaminhada à uma avaliação médica, ela retorna à escola com um diagnóstico, na posse de um laudo e consequentemente ocorre uma mudança na forma de se relacionar com a ela. O diagnóstico possibilita uma compreensão que até então não se conseguia fazer. A produção de diagnósticos, em muitas situações, simplifica o sofrimento ocorrido na infância, contribuindo para que existam cada vez mais crianças fazendo uso de psicofármacos. Por exemplo, quando diagnosticada, a criança e a sua família permanecem presas ao nome do “transtorno” e julgam-se capazes ou incapazes de realizar certas atividades, apenas quando e se a criança estiver em uso do psicofármaco, podendo esse modelo de atitude perdurar até a fase adulta.

Figueira e Caliman (2014) chamam o diagnóstico de biodiagnóstico, por se restringir à esfera biológica e acreditam que ele tem um poder nos diferentes âmbitos da sociedade, pois produz sentidos, identidades, sociabilidades, legitimidade e garante direitos.

Para Caponi (2012) o diagnóstico é a porta de entrada para a higienização e regeneração de pacientes portadores de alguma patologia. A Psiquiatria diagnostica pequenos desvios de conduta, estados alterados de humor ou sofrimentos de condições cotidianas da vida, como síndromes ou transtornos mentais a fim de proporcionar à criança um tratamento medicamentoso para que se estagne ou elimine a patologia.

O diagnóstico psiquiátrico tem a função de exercer a estratégia disciplinar. Com o enquadramento diagnóstico, a criança recebe explicações biológicas para seu comportamento e/ou desempenho e passa a fazer uso do medicamento, ou seja, por meio de um dispositivo médico-disciplinar ela se reintegra ao grupo de crianças portadoras do comportamento e/ou desempenho escolar desejado (GUARIDO, 2007). Pode-se fazer um paralelo ao que Claval (1999) denominou de sentimento de identidade, alicerçado pela sensação de pertencimento.

Ferreira (2015) chama a atenção sobre uma função do (psi)diagnóstico que é oferecer um lugar social para a criança desviante. Todo ser humano tem a necessidade de pertencimento social, de diferentes naturezas. No caso de uma criança que se destoa do que é considerado padrão, há um pertencimento social relacionado ao seu sofrimento.

Para Giusti (2016) a medicalização, manifestada pela banalização e proliferação de diagnósticos em transtornos mentais, obedece mais à lógica do mercado do que a da própria saúde.

4.2.1 Por detrás do (psi)diagnóstico

“Tristeza não tem fim
Felicidade sim”

Toquinho

Brzozowski e Caponi (2013) afirmam que o modelo médico divulga uma visão otimista para o tratamento do comportamento desviante, pregando a promessa de um resultado imediato. Dessa maneira, impulsiona as pessoas a buscarem o tratamento medicamentoso, com a expectativa de alívio rápido para suas dores e conflitos. A medicalização tem emergido na cultura do imediatismo, que busca resposta e alívio para o sofrimento rapidamente.

Para Ferreira (2015) o que está por detrás da necessidade de diagnosticar e tratar pela farmacologia é a “(...) a necessidade de se silenciar o sofrimento a qualquer custo” (p. 588). O sofrimento é visto pela sociedade contemporânea como algo que não deve, de maneira alguma, fazer parte da existência humana e que a única forma possível de se viver, é ser “saudável”, mas atribui-se o sentido de saudável como a ausência completa de sofrimento.

O conceito de bem-estar defendido na contemporaneidade refere-se a um “sentir-se mais do que bem”, que, por meio do uso de dispositivos de controle, busca-se, não apenas a eliminação do sofrimento, mas a otimização das potencialidades vitais. No entanto, paradoxalmente, o sofrimento psíquico e a dor continuam presentes nas vivências (AZEVEDO, 2018).

Apesar de nos defrontarmos com um imperativo cultural de felicidade que dita um roteiro a ser seguido, e das sucessivas tentativas de extirpar o sofrimento psíquico e a dor da experiência humana, ainda não logramos êxito nesta trajetória. A dor e o sofrimento permanecem como elementos inerentes à natureza humana, podendo denunciar tanto lesões orgânicas como exprimir sua origem psicogênica. De fato, para quem sofre, estes elementos que

perpassam o sofrimento e a dor são bem mais do que meros fenômenos neurológicos. Mesmo quando se encontram associados às enfermidades, estabelecidas a partir de critérios biomédicos, a dor e o sofrimento dispõem de múltiplas facetas simultaneamente diferentes, intensas e verdadeiras, possuindo caráter trágico, portando certezas excepcionais, de valor incomunicável, igualmente incontestável e inacessível ao termo que a designa clinicamente (AZEVEDO, 2018, p.6).

A produção e o uso de psicofármacos não podem ser vistos como pertencentes somente ao campo científico e da prática médica, mas “(...) apresentam-se como novos bens a consumir, associados à uma condição para desenvolver bem-estar, felicidade e realização” (GUARIDO; VOLTOLINI, 2009, p. 251). Essa ideia de satisfação é construída pela lógica do capitalismo, endossado pelo saber médico. O tratamento exclusivamente psicofarmacológico é um caminho encontrado “na cultura para negar um mal-estar estrutural” (p. 260).

Méllo e Garcia (2018) apontam que a infância na contemporaneidade está inserida em uma sociedade hedonista, ou seja, que está proibida de sofrer. A sociedade dissemina a mensagem que se deve viver constantemente momentos de felicidade, e “(...) que diante do menor sintoma de tristeza devemos, na obrigação de sermos felizes, buscar alívio rápido com soluções milagrosas: tomar medicamentos para isso” (p. 155).

Ferreira (2015) enfatiza que o saber médico aliado à indústria farmacêutica, além de normalizar as pessoas que estão fora dos padrões definidos pela sociedade, defende e dissemina a ideologia que a felicidade só será atingida por meio do uso de psicofármacos. Azevedo (2018) completa afirmando que na contemporaneidade há uma reconfiguração da busca pela felicidade, que antes era uma aspiração, mas que agora torna-se um dever.

4.3 O (PSI)DIAGNÓSTICO ENQUANTO UM DISPOSITIVO DE PODER

“A natureza parece quase incapaz de produzir doenças que não sejam curtas.
Mas a medicina encarrega-se da arte de prolongá-las”.

Marcel Proust

Segundo o CFP (2012) há uma ampliação e extensão do poder médico na sociedade, enfraquecendo as possibilidades das pessoas de lidarem com os sofrimentos e perdas decorrentes da própria vida, transformando as dores da vida em doenças.

O exame psiquiátrico (diagnóstico) tem o papel de legitimar, por meio do conhecimento científico, a condição da criança, e que decisões são tomadas devido ao resultado dado nesse exame. Essas decisões tem o objetivo de normalizar a criança através de práticas corretivas, de readaptação ou de reinserção, visando à cura da criança considerada desviante (BRZOZOWSKI; CAPONI, 2013).

Sobre o exame psiquiátrico, Foucault (2013) refere-se como sendo um instrumento do olhar hierárquico, que tem a função de sancionar a norma, permitindo levantar todo um campo de conhecimento sobre o sujeito. Para ele, o exame psiquiátrico possui a função de controlar e de vigiar, e que, por meio dele, é possível qualificar, classificar e punir.

Para Amatto e Alves (2016) a criança, conforme é diagnosticada e medicada, perde a liberdade de escolher sua forma de ser, pois esta passa a ser determinada pelo parecer médico.

As demandas sociais estão sendo respondidas pelo saber médico-psiquiátrico, as quais foram a ele endereçadas. Essa resposta dada pela Medicina é o diagnóstico do desvio comportamental e a prescrição do psicofármaco é a tentativa de normatização (KAMERS, 2013). Essa questão também é abordada por Vorcaro (2011), quando destaca que o discurso médico-psiquiátrico tem sido considerado a resposta final a cerca do comportamento humano. “Assim, ao mal-estar provocado pela criança, que não pode ser reconhecido pelo saber pediátrico, pedagógico ou parental, a clínica psiquiátrica diagnostica” (p. 221). O (psi)diagnóstico vem responder o que não é reconhecido pelo ideal familiar, escolar e social, e vem indicar os tratamentos terapêuticos, cuja promessa é de retornar a criança para o caminho da normalidade, por meio da adaptação dessa criança ao meio social a qual está inserida.

Hoje, os biotécnicos dizem, em grande parte, quem somos e quais responsabilidades e direitos temos; são novos oráculos, nos quais somos devorados pelas encomendas de novas formas de vida criadas através da afetação de tecnologias médicas sobre o corpo, que estabelecem normas de uma boa saúde (GALINDO, et al, 2016 p. 355).

Illich (1975) remete ao diagnóstico como forma de controle social onde o indivíduo perde sua autonomia, disseminando o papel de doente, e se torna passivo e dependente da autoridade médica. Brzowski e Caponi (2013) conceituam controle social como uma maneira que a sociedade utiliza para minimizar, aniquilar ou normatizar o comportamento fora do padrão pré-estabelecido por ela mesma. Além do (psi)diagnóstico, o controle social da Medicina expande para as recomendações médicas, e quando não há o cumprimento dessas orientações, é percebido como um comportamento inadequado.

Brandt e Carvalho (2012) chamam a atenção para o fato de que a substância química prescrita e usada pela criança para o controle de seu comportamento ou para o aumento de seu desempenho escolar passa a ter o *status* de medicação, na qual a concepção marginal e negativa da “droga” é perdida, por causa da legitimidade que a sociedade e as esferas institucionais lhe concedem. A criança deixa de ser usuária e passa a ser chamada de doente.

Nessa perspectiva, o (psi)diagnóstico é considerado um dispositivo de poder regulado pelo governo da vida e das condutas, ou seja, uma forma de controlar os corpos e as subjetividades, por meio de técnicas de vigilância. O poder disciplinar sobre o corpo é a docilização do mesmo, submetendo, utilizando e transformando-o. O poder exercido sobre o corpo se dá por meio de limitações, proibições ou obrigações, controlando gestos, movimentos, atitudes e desempenho (FOUCAULT, 2013). O poder para Foucault não é algo que se tem, mas o poder é relacional e não pode ser visto como um ponto central, mas se manifesta em forma de uma rede.

Foucault (2017) demonstra que a sociedade capitalista exerce seu controle sobre os indivíduos por meio de intervenções no corpo, no biológico e conclui afirmando que o corpo é uma realidade biopolítica. Moysés e Collares (2013) corroboram dizendo que a vigilância se faz presente na sociedade, por meio de novos critérios de inclusão e exclusão das categorias diagnósticas, dos novos transtornos que surgem, das novas e sofisticadas formas de avaliação e tratamento.

Brzozowski e Caponi (2013) afirmam que o poder exercido pela Medicina, especialmente a Psiquiatria, acompanhado da Neurociência e Farmacologia, é legitimado pela sociedade como um todo, incluindo o Sistema de Saúde, que indica e recomenda como a única prática resolutiva. Moysés e Collares (2013) também abordam essa questão e afirmam que a sociedade se submete de forma acrítica e dócil ao saber médico-psiquiátrico, pois internaliza e naturaliza os padrões ideais de comportamento. Tal submissão é o que alimenta e mantém esse poder.

A lógica da prevenção e da medicalização se fortalece em meio ao discurso proferido pela Psiquiatria dos possíveis riscos que um comportamento desviante oferece ao indivíduo e à sociedade, caso ele não seja diagnosticado e tratado (medicado). A Psiquiatria mantém uma fala de alerta para a população sobre um perigo sempre eminente, em que uma patologia na infância pode desencadear problemas sérios na vida adulta. O termo “risco” ecoa como uma ideia padrão e invade os diferentes contextos sociais. Então, o processo de medicalização da infância é uma forma de prevenir o risco. A lógica é controlar o perigo, por meio da eliminação do comportamento desviante, ou seja, pela via da medicalização e assim “(...) proteger o corpo social de um futuro indesejável. A criança, pelos olhos da Psiquiatria, carrega o perigo em seu cérebro. E esse perigo significa desordem, descontrole, ameaça” (GIUSTI, 2016, p. 112).

Foucault (2017) afirma que a sociedade é induzida a adotar determinadas formas de viver, de pensar e de se comportar, baseados na produção do discurso do saber médico, ganhando o título de estatuto da verdade. Moysés (2008) informa que a Medicina legisla sobre as minúcias da vida, como hábitos de alimentação, vestuário, habitação e higiene e que adota um discurso genérico, aplicável a todas as pessoas, ou seja, elimina toda a possibilidade da subjetividade aparecer. “Abole, ainda, as particularidades de cada um; é preciso abolir as particularidades, o subjetivo, a imprecisão, para que o pensamento racional e objetivo se imponha” (p.1).

Martinhago (2019) reporta à Psiquiatria um papel paradoxal em relação à infância, pois tenta “resgatar” uma infância saudável ao passo que ela mesma constrói uma infância problemática, constituindo as patologias infanto-juvenis.

O poder do discurso da Medicina não é recente, data-se no século XVIII, ela assume seu *status* de Ciência Moderna, tendo a competência de legislar e normatizar sobre a saúde e a doença. Com base a sua herança positivista, rege a normalidade definindo o “homem modelo” (MOYSÉS; COLLARES, 2013). Foucault (2013)

corroborar com essa informação e completa que a Medicina, a partir do séc. XVIII passa a controlar e reger os comportamentos tanto a nível individual quanto coletivo. A Medicina define regras que orientam a vida, e vai além do que tange à doença, mas abrange as formas de comportamento sexual, fecundidade, fertilidade e outros.

Para Moysés (2008) o discurso médico, vestido de discurso científico está em concordância com as demandas dos grupos hegemônicos, o que fortalece ainda mais o seu poder. Azevedo (2018) aborda que o saber e as práticas da Medicina penetram o tecido social, modelando o pensamento e o comportamento dos indivíduos e a sociedade como um todo. “O poder da medicina opera como uma força que produz realidades, criando determinadas práticas e discursos que engendram novas maneiras de os indivíduos entenderem, regularem e experimentarem os seus corpos e sentimentos” (p.3).

Em relação às condições sócio-econômicas, a Psiquiatria não seleciona os alunos de classes menos favorecidas ou de elite para exercer seu poder de controle, e não leva em conta os contextos políticos e sociais para aplicar as suas práticas. O que se evidencia é um número crescente de crianças e adolescentes de diferentes classes e contextos sociais, que receberam os mesmos diagnósticos e indicações de tratamentos psicofármacos. Entretanto, há uma diferenciação no que se refere ao tipo de assistência médica, se pública ou privada que irá atender essa criança e o tempo que se leva para ter acesso ao tratamento indicado. Tais fatores estão estreitamente ligados ao nível do poder econômico, do grau de escolaridade de seus familiares e instituição de ensino que a criança está inserida. No que tange ao diagnóstico psiquiátrico, as crianças, de elite e as de baixa renda, recebem as classificações dentro das mesmas categorias diagnósticas (GIUSTI, 2016).

O discurso dos especialistas, torna-se “voz da verdade”. São vários os profissionais que atuam no processo de medicalização da criança, mas dois deles são considerados os principais: psiquiatras e neurologistas. Esses especialistas se colocam como mediadores deste processo e monopolizam a informação como a discussão de critérios de inclusão e de exclusão de características e o que é ou não sintoma. A população só tem acesso às informações sobre como reconhecer, como tratar e como lidar (BRZOZOWSKI; CAPONI, 2013).

Para Figueira e Caliman (2014) no que tange o processo de escolarização, os diagnósticos, concretizados pela via do laudo médico, e os medicamentos são

considerados recursos essenciais do processo de aprendizagem das crianças ditas anormais, mas até mesmo as crianças normais.

4.4 UMA VISÃO INTERDISCIPLINAR PARA O (PSI)DIAGNÓSTICO

“O todo é maior do que a simples soma das suas partes”.

Aristóteles

A proposta deste trabalho não é criticar a prática do (psi)diagnóstico, até porque, é fundamental diagnosticar desde que seja a partir de uma análise detalhada do que o sujeito diz, de suas produções e de sua história, abordando a pessoa de forma contextualizada e abarcando os aspectos biopsicossociais. Diagnosticar vai além de simplesmente rotular; mas envolve um processo que se constrói ao longo do tempo e que pode ter variações, porque todos os indivíduos passam por transformações, em se tratando principalmente de crianças e adolescentes (CFP, 2012:18).

É central levar em conta as vicissitudes da constituição subjetiva e a trajetória complexa que supõe a infância e a adolescência, bem como o papel do contexto. Assim sendo, existem estruturações e reestruturações sucessivas que vão determinando um percurso em que se sucedem mudanças, progressões e retrocessos. As aquisições vão se dando em um tempo que não é estritamente cronológico. É por isso que os diagnósticos apresentados como rótulos podem ser claramente nocivos para o desenvolvimento psíquico de uma criança, fazendo com que esta tenha um “transtorno” para a vida toda (CFP, 2012 p. 18).

O CFP (2012) enfatiza que é necessário lançar um olhar mais atento a essa prática, sendo necessária uma análise crítica em relação aos (psi)diagnósticos realizados.

O (psi)diagnóstico da criança deve ser feito por uma análise minuciosa, levando em conta o seu contexto familiar, escolar e social, sendo necessário a realização de um processo dinâmico e de análise situacional, pois a criança está em constante transformação (TRINCA, 1984).

Meira (2012) alerta para a necessidade de uma análise crítica sobre as relações entre os fenômenos que ocorrem na educação, no contexto histórico-social e no ambiente familiar para realizar o (psic)diagnóstico. “Sem essa reflexão, o resultado é inevitável: muitas crianças absolutamente normais podem iniciar uma “carreira” de portadores de dificuldades de aprendizagem” (p. 138).

A ação de produzir diagnósticos é identificar e compreender o modo de existência da criança, no seu relacionamento com o ambiente (escolar, familiar e social), em determinado momento histórico. Estabelecer diagnóstico é identificar em que ponto do processo saúde/doença se encontra a criança, destacar as possíveis zonas de estagnação ou de desordem, mas também avaliar as suas possibilidades de expansão e de criação. Não se trata da rotulagem ou de interpretações estereotipadas. O diagnóstico vem dizer em que ponto da existência da criança se encontra e que significados ela constrói sobre si e sobre mundo. Ela será a medida de sua própria normalidade (AUGRAS, 2002).

Augras (2002) apresenta a perspectiva fenomenológica²³ para a realização de (psi)diagnósticos, pois o método fenomenológico postula o reconhecimento da subjetividade daquele que participa ativamente do processo de avaliação. Essa participação ativa da pessoa avaliada, que no caso da criança envolve família e escola, o que se é falado é considerado, a manifestação da realidade, e como tal deverá ser investigado. Através da fala, “(...) serão trazidos a lume as suas vivências: a sua história (o tempo), o seu corpo (o espaço), a sua estranheza (o outro), o seu fazer-se (a obra)” (p. 25).

De acordo com Araújo (2010) o (psi)diagnóstico é construído a partir do sujeito e com o sujeito. A criança não se “encaixa” nele, mas o diagnóstico vai se constituindo a partir da história de vida desta. A relação entre avaliado e avaliador também deve ser repensada. Ao invés de um relacionamento vertical e hierárquico, marcado por relações de poder, a relação é construída a partir de um relacionamento horizontal, onde a autoridade é depositada na experiência vivida pela criança.

Azevedo (2018) aborda sobre a relação médico-paciente e afirma que esta precisa considerar as condições psicológicas, sociais, histórias, dentre outros aspectos

²³ Ciência que aborda o fenômeno, aquilo que se manifesta por si mesmo. A fenomenologia interroga e descreve o fenômeno, a fim de captar a sua essência. Estuda o fenômeno tal qual ele se apresenta a consciência. O método fenomenológico consiste na realização da descrição sistemática dos fenômenos até chegar a sua essência, ao ponto final e irredutível da percepção (ARAÚJO, 2010).

da criança, viabilizando outras possibilidades de interpretação sobre a questão da criança apresentada pela família e/ou escola. Dessa maneira, ambos, médico-paciente, trabalhariam em conjunto, a fim de buscar uma melhora clínica com foco na conquista progressiva da autonomia.

5 METODOLOGIA

5.1 ASPECTOS ÉTICOS

Para realização deste estudo foram respeitadas as normas éticas estabelecidas pela Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde e Resolução nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde – Ciências Humanas e Sociais. Esta pesquisa foi submetida à Plataforma Brasil, e foi iniciada após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Vale do Rio Doce – UNIVALE, sob protocolo 3.775.382 (ANEXO 1).

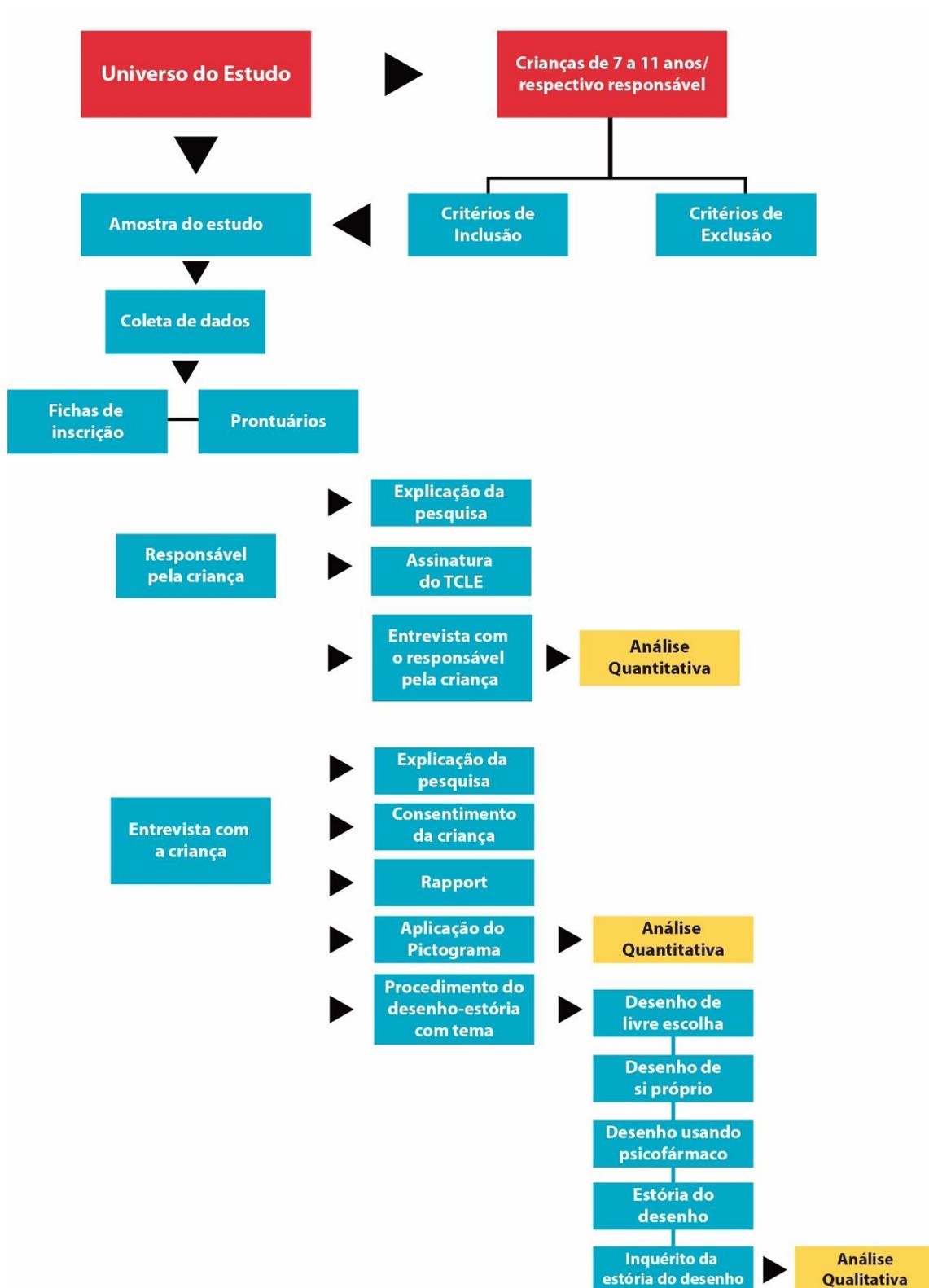
5.2 TIPO DE ESTUDO E ABORDAGEM

A realização deste projeto teve como base de referência a pesquisa descritiva, que tem como objetivo:

(...) A descrição das características de uma determinada população. Podem ser elaboradas também com a finalidade de identificar possíveis relações entre variáveis. (...) São incluídas nesse grupo as pesquisas que tem por objetivo levantar as opiniões, atitudes e crenças de uma população (GIL, 2010 p. 209).

Tratou-se de um estudo exploratório que proporcionou uma visão geral, de tipo aproximativo, acerca de um determinado fato. E também do tipo transversal, ou seja, realizada em um período de tempo determinado (GIL, 2010), com uma abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa trabalha “com universo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas” (MINAYO, 2002 p. 22). A modalidade desta pesquisa se deu por meio de estudo de caso, que consistiu em um estudo aprofundado de poucos sujeitos, mas que permitiu adquirir um conhecimento amplo e detalhado sobre a temática escolhida (GIL, 2010).

5.3 FLUXOGRAMA DA METODOLOGIA EMPREGADA



5.4 UNIVERSO E LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada com crianças escolares atendidas na Clínica Escola da Faculdade Única de Ipatinga/MG, que se localiza nas dependências da própria instituição de ensino. Essa Clínica integra o Programa de extensão e de responsabilidade social desta faculdade. Foi implantada em 2008 visando oportunizar o desenvolvimento de atividades educativas e práticas para os discentes dos cursos da área da saúde (Fonoaudiologia e Psicologia), proporcionando ações interventivas e de caráter preventivo.

A Clínica Escola conta com sete salas para atendimento psicológico, todas climatizadas, mobiliadas com uma mesa e três cadeiras. Todas essas salas possuem ante salas com espelhos vazados que refletem em apenas um lado. Conta também com uma brinquedoteca, onde são armazenados os materiais lúdicos usados para o atendimento infantil. A Clínica possui uma sala onde estão localizados os armários onde são guardados os prontuários dos pacientes que estão em atendimento e os que já foram atendidos, sendo estes guardados por dois anos. A entrada da Clínica é uma recepção, com cadeiras para espera, revestido, bebedouro, mesa da secretária, com telefone, computador e impressora. Nessa recepção há também um armário e um quadro onde são afixados informativos de saúde, além do banheiro.

A criação da Clínica Escola atende a um requisito da Diretriz Curricular Nacional (DCN) do curso de Psicologia, que aborda sobre o critério indispensável para a formação do futuro profissional, que seja oferecido práticas em Clínicas Escolas conforme enfatiza o artigo 25, que reporta:

O projeto de curso deve prever a instalação de um Serviço de Psicologia com as funções de responder às exigências para a formação do psicólogo, congruente com as competências que o curso objetiva desenvolver no aluno e a demandas de serviço psicológico da comunidade na qual está inserido. (DCN, 2004).

A Clínica Escola foi planejada, dispendo de equipamentos tecnológicos para avaliação fonoaudiológica e psicológica, protocolos de tratamento e prevenção de agravos, garantindo qualidade nos atendimentos realizados. Os atendimentos são realizados de segunda-feira à sexta-feira, ocorrendo nos turnos vespertinos e noturnos

no horário compreendido entre 12 às 22 horas. Atualmente conta com duas secretárias, nove supervisores de estágio, sendo quatro da Fonoaudiologia e cinco da Psicologia. Há um total de 139 estagiários, sendo 64 estagiários do curso de Fonoaudiologia e 75 do curso de Psicologia. No ano de 2019 estavam em atendimento 187 pacientes, sendo 39 da Fonoaudiologia e 148 da Psicologia.

Na Clínica Escola os estagiários vivenciam na prática as experiências da profissão. Nesse ambiente, com a supervisão de docentes da própria Faculdade, os alunos atendem a comunidade realizando procedimentos de triagem, diagnóstico, tratamento/acompanhamento e alta/término do tratamento. Os alunos do curso de Psicologia realizam estágio supervisionado obrigatório na Clínica Escola a partir do 8º período, com carga horária de 75:00h e no 9º e 10º períodos, com carga horária de 150:00h em cada período. Os estagiários atendem dois pacientes semanais, obedecendo a ordem da fila de espera e ainda realizam a supervisão. As supervisões acontecem em sala na própria Clínica Escola e com a frequência semanal, cumprindo assim uma diretriz da DCN do curso de Psicologia, que é a realização de práticas integrativas voltadas para o desenvolvimento de habilidades e competências em situações de complexidade variada, representativas do efetivo exercício profissional, sob a forma de estágio supervisionado.

Art. 20. Os estágios supervisionados são conjuntos de atividades de formação, programados e diretamente supervisionados por membros do corpo docente da instituição formadora e procuram assegurar a consolidação e articulação das competências estabelecidas. Art. 21. Os estágios supervisionados visam assegurar o contato do formando com situações, contextos e instituições, permitindo que conhecimentos, habilidades e atitudes se concretizem em ações profissionais, sendo recomendável que as atividades do estágio supervisionado se distribuam ao longo do curso (DCN, 2004).

Esta Clínica Escola recebe pessoas de todas as idades, sexo e escolaridade, moradoras da região metropolitana do Vale do Aço. As pessoas podem buscar os serviços da Clínica Escola espontaneamente ou chegam por encaminhamentos feitos por escolas públicas, Unidades Básicas de Saúde (UBS) e de Centros de Referência em Assistência Social (CRAS) e Centros de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS) da região. Os serviços são ofertados de forma parcialmente gratuita.

5.5 AMOSTRA

Para esta pesquisa a amostra foi constituída por crianças escolares de 7 a 11 anos de idade, de ambos os sexos, e seu respectivo responsável. Considerou-se o responsável, o adulto que é o cuidador da criança no momento da pesquisa. Os encaminhamentos das crianças para a Clínica Escola foram realizados por profissionais da Saúde e/ou Educação atuantes em escolas públicas, UBS, CRAS e CREAS ou livre demanda, ou seja, responsáveis que buscaram espontaneamente o serviço de Psicologia na Clínica Escola da Faculdade Única.

A escolha da faixa etária se justificou considerando que a partir dos 07 anos a criança já é capaz de realizar operações concretas, ocorrendo numerosas mudanças na sua capacidade mental. A representação mental das ações passa a fazer parte de suas capacidades cognitivas (PIAGET; INHELDER, 2001). Assim espera-se que crianças escolares nessa faixa etária apresentem função cognitiva satisfatória/preservada para responderem aos instrumentos que serão utilizados na coleta de dados. De acordo com Papalia e Feldman (2013) crianças em idade escolar tendem a ser capazes de compreender e interpretar melhor os diversos canais de comunicações verbais e não verbais, assim conseguem fazer-se entender melhor. Nessa fase do ciclo vital, a linguagem está mais sofisticada e torna-se progressivamente usual.

As crianças maiores normalmente dão uma visão preliminar com informações introdutórias sobre o contexto (...), indicando também, claramente, mudanças de tempo e lugar ao longo do relato. Constroem episódios mais complexos do que as crianças menores, com menos detalhes desnecessários (PAPALIA; FELDMAN, 2013, p. 338).

5.5.1 Critérios de inclusão/exclusão

Crianças escolares, de ambos os sexos, de 7 a 11 anos de idade que estiveram ou que ainda estão em atendimento psicológico no período de 2017 a 2019 na Clínica Escola da Faculdade Única de Ipatinga/MG e que fazem ou já fizeram uso de psicofármacos. Como critérios de exclusão foram considerados: crianças que apresentavam comprometimento neurológico e/ou cognitivo; as que por qualquer motivo estivessem impossibilitadas de desenhar, crianças cujas fichas de inscrição e

prontuários não estavam preenchidos adequadamente e aquelas cujos responsáveis não autorizaram sua participação na pesquisa.

Para constituição da amostra foi realizado um levantamento dos prontuários e fichas de inscrição das crianças de 7 a 11 anos que foram atendidas na Clínica Escola pesquisada no período de 2017 a 2019. Observou-se um total de 62 crianças, sendo que destas a partir da avaliação dos prontuários, considerando os critérios de inclusão/exclusão foram selecionadas 24 crianças aptas a participarem da pesquisa.

Por meio de contato telefônico, a pesquisadora principal, convidou os responsáveis pelas crianças selecionadas a participarem desta pesquisa. Das 24 crianças selecionadas, conseguiu-se contato com 13 responsáveis, sendo que destes oito concordaram em participar da pesquisa. Por motivos diversos, como mudança de endereço, telefone desligado, falta de interesse em participar da pesquisa, as outras dezesseis crianças não puderam compor a amostra. Com a aceitação do convite, marcou-se uma entrevista inicial com a criança e seu responsável, onde obteve-se a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido/TCLE (APÊNDICE 2) e também o consentimento da criança em participar da pesquisa.

5.6 ESTUDO PILOTO

Com o objetivo de verificar o modo de aplicação dos instrumentos propostos na pesquisa, adequações necessárias para a coleta de dados e o tempo gasto nessas etapas foi realizado um estudo piloto com 02 crianças, que estavam em atendimento psicológico na Clínica Escola da Faculdade Única/MG e que obedeciam aos critérios de inclusão/exclusão, escolhidas aleatoriamente. Os dados obtidos nesta etapa não foram incluídos no estudo principal.

Marconi e Lakatos (2007) atribuem a importância na realização do estudo piloto à possibilidade que ele estabeleça a verificação da fidedignidade, validade e operacionalidade dos dados obtidos, além de fornecer uma estimativa sobre futuros resultados.

5.7 COLETA DE DADOS

Inicialmente foi realizada uma reunião com o diretor acadêmico da Faculdade Única, com o coordenador do Núcleo de Extensão e com a coordenadora do curso de Psicologia detalhando os objetivos da pesquisa e a metodologia utilizada no desenvolvimento do estudo. Na oportunidade, foi solicitada uma autorização para realização da pesquisa (APÊNDICE 1).

Após a obtenção da autorização para o desenvolvimento da pesquisa, foi realizada uma análise documental das fichas de inscrição e dos prontuários²⁴ das crianças atendidas na clínica escola, observando os critérios de inclusão/exclusão para a constituição da amostra. Para a coleta dos dados foram identificadas as variáveis: sexo, idade, tipo de sistema educacional frequentado, escolaridade, endereço, responsável pela criança, tipo de encaminhamento realizado, profissional que fez o encaminhamento, queixa principal, diagnóstico, profissional que realizou o diagnóstico e prescreveu o psicofármaco, psicofármaco prescrito e o responsável pela administração do mesmo.

Posteriormente, os responsáveis pela criança foram contatados por telefone pela pesquisadora principal e convidados para comparecerem à Clínica Escola em dia e horário agendado de acordo com sua disponibilidade. As entrevistas ocorreram em fevereiro e março de 2020 e foram agendadas em horário separado para cada criança e seu respectivo responsável, porém no mesmo dia. Com cada responsável foi realizado um encontro explicando o desenvolvimento da pesquisa, destacando seus objetivos e metodologia. Os responsáveis autorizaram a participação das crianças escolares na pesquisa e foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido/TCLE (APÊNDICE 2) para leitura e assinatura. Os pacientes que não puderam/quiseram fazer parte do estudo continuaram em atendimento psicológico na Clínica Escola da Faculdade Única.

²⁴ Prontuários são definidos como arquivos, em papel ou informatizados, cuja finalidade é facilitar a manutenção e o acesso às informações que os pacientes fornecem durante o atendimento. Isso pode ocorrer em ambiente ambulatorial ou hospitalar, assim como em clínica, e inclui os resultados de avaliações e procedimentos realizados com finalidade diagnóstica ou de tratamento. O preenchimento dos prontuários é obrigatório e deve conter a identificação do usuário/instituição; avaliação de demanda e definição dos objetivos do trabalho; registro da evolução dos atendimentos, de modo a permitir o conhecimento do caso e seu acompanhamento, bem como os procedimentos técnico-científicos adotados; registro de Encaminhamento ou Encerramento; cópia de outros documentos produzidos pelo psicólogo para o usuário/instituição do serviço de psicologia prestado, que deverá ser arquivada, além do registro da data de emissão, finalidade e destinatário) (CFP, Resolução 001/2009).

Neste mesmo encontro foi realizada com os responsáveis uma entrevista guiada por um roteiro semi-estruturado (APÊNDICE 3) com o intuito de traçar um perfil sociodemográfico destes. As variáveis incluídas foram: sexo, data de nascimento, endereço, estado civil, grau de parentesco com a criança, nível escolar, situação de trabalho do informante, faixa salarial, estrutura familiar, diagnóstico da criança, nome do psicofármaco utilizado, profissional que prescreveu o psicofármaco, tempo de uso do psicofármaco, quem administra o psicofármaco e a percepção do responsável quanto ao uso do psicofármaco na vida da criança. Ressalta-se que algumas dessas informações foram coletadas na ficha de inscrição e/ou no prontuário da criança participante da pesquisa, mas neste momento esses dados foram atualizados.

Para Alves e Silva (1992) ao se pretender realizar uma análise qualitativa é fundamental verificar como deve acontecer a coleta de dados, e o mais pertinente é que seja em formato de entrevistas semi-estruturadas, que indicam uma composição de roteiro com tópicos selecionados e elaborados de maneira a serem abordados com todos os entrevistados.

Enquanto a entrevista acontecia com o responsável, a criança estava na sala lúdica da Clínica Escola aguardando o seu momento. Posteriormente, ela era chamada para a sala de atendimento e foi realizada uma conversa informal e com linguagem acessível, explicando as atividades que iria realizar e se gostaria de participar da pesquisa. Informou-se à criança que ela tinha a liberdade para interromper ou encerrar a entrevista quando quisesse. A entrevista foi realizada numa sala com acústica isolada, livre de estímulos sonoros e visuais e climatizada, com uma mesa e duas cadeiras, uma pia e itens de higienização das mãos e com iluminação adequada, local no qual elas estavam familiarizadas, pois são ou já foram atendidas nestas salas. O ambiente da entrevista garantiu que ela se sentisse confortável física e psicologicamente. Nesse momento, a criança estava sem a presença do responsável que aguardava a finalização da entrevista na sala de espera da Clínica Escola. Caso a criança se recusasse a separar deles, os responsáveis foram instruídos para entrar na sala, mas não conversar ou tentar ajudá-la durante a entrevista. No entanto, essa situação não aconteceu com nenhuma criança entrevistada.

Após o aceite e autorização da criança em participar da pesquisa, foi realizada uma entrevista seguindo um protocolo previamente elaborado pela entrevistadora (APÊNDICE 4), seguindo as seguintes etapas:

1ª Etapa: Inicialmente foi estabelecido um *rapport* com a criança, que foi um momento de aproximação cordial entre a entrevistadora e a criança, com a finalidade de facilitar o diálogo durante a coleta de dados. Esse momento inicial possibilitou à criança um desembaraço quanto ao primeiro contato com a entrevistadora e assim ela se sentiu mais à vontade, a fim de quebrar ou diminuir resistências. A entrevistadora ajustou o seu vocabulário e forma de abordagem das perguntas se atentando para a idade e o estágio de desenvolvimento de cada criança. A atitude da entrevistadora foi de cordialidade e empatia e não assumiu uma postura sugestiva ou indutiva. Percebeu-se que todas as crianças estavam bem à vontade e interessadas nas atividades.

2ª Etapa: Posteriormente, foi apresentado à criança cinco cartões com pictogramas correspondentes a expressão de sentimentos, com opções variando numa escala de 1 a 5 (escala tipo *likert*). Os pictogramas transmitem sentimentos desde “muito feliz, feliz, neutro, triste e muito triste”. Estes pictogramas tiveram por objetivo proporcionar visualmente subsídios à criança para se expressar, sem a necessidade de verbalizar ou escrever seu sentimento. Cada pictograma facial foi impresso em formato de fichas, em papel cartão, tamanho 10x15 cm e com acabamento plastificado. A impressão foi feita em policromia, buscando matizes de cores saturadas para assim estimular visualmente as crianças. A entrevistadora mostrou os pictogramas à criança e a perguntou qual face representava o seu sentimento em relação a questões diárias como: o que ela sente quando toma sorvete, qual o sentimento dela quando toma uma vacina, quando brinca de bola com amigos e quando estuda. Essas perguntas fizeram parte de um aquecimento, a fim de identificar se esta conseguia reconhecer quais são os sentimentos expressados nas fichas. Depois foi perguntado à criança o que ela sente quando ela usa o remédio²⁵ levando em consideração o contexto familiar, escolar e social.

3ª Etapa: Realizou-se posteriormente o Procedimento Desenho-Estória com Tema (PDE-T). A entrevistadora solicitou à criança realizar três desenhos, um a um, na seguinte ordem: (1) desenho livre de sua escolha, (2) desenho de si próprio (3) desenho de como ela se sente ao usar o psicofármaco. Os dois primeiros desenhos serviram para aumentar a confiança da criança em relação à entrevistadora, facilitando a execução do terceiro desenho que foi o da criança fazendo uso do psicofármaco.

²⁵ O nome mais adequado a ser utilizado é psicofármaco, porém foi escolhido dizer para a criança participante da pesquisa o termo “medicamento” ou “remédio” para facilitar o entendimento.

Explicou-se que o desenho feito não seria avaliado em nenhum aspecto, seja de elementos estéticos ou na destreza do traçado. Para essa atividade foram disponibilizados folhas de papel sulfite, gramatura 75g, na cor branca, tamanho A4 (27,9 x 21 cm), lápis preto nº 2, caixa com 12 lápis de cor para colorir e borracha branca.

Depois da execução dos três desenhos, foi solicitado que a criança contasse uma estória sobre o terceiro desenho. Nessa estória estava incluído o pensamento, o sentimento e o imaginário/fantasia sobre o uso do psicofármaco. Explicou-se à criança que poderia acrescentar outros detalhes que considerasse importante. Nesse momento, percebeu-se que uma criança demonstrou um pouco de resistência em desenhar, alegando que era uma atividade para crianças pequenas. No entanto, a entrevistadora reforçou que não seria avaliado o desempenho dela no traçado e que muitos adultos também desenhavam. A criança mostrou-se mais aberta para a atividade e aceitou desenhar.

A técnica do desenho foi escolhida, pois, conforme definido por Prudenciatti, Tavano e Neme (2013) os desenhos são excelentes meios de ativação de associações e de expressão infantil. O desenho é

uma atividade geralmente fácil para ser realizado, dificilmente é recusado pela criança. É, portanto, um instrumento útil e bastante empregado em pesquisas e procedimentos psicológicos clínicos com crianças de diferentes faixas etárias, com diferentes objetivos, dentre os quais, a identificação e a compreensão das vivências infantis (PRUDENCIATTI; TAVANO; NEME, 2013, p. 280).

O PDE-T utilizado neste estudo foi desenvolvido como um instrumento para auxiliar no diagnóstico psicológico. Ele apresenta possibilidades de conhecer as características individuais e particulares. Segundo Trinca (2003) o PDE-T é apropriado como recurso psicológico de aproximação ao mundo da criança, o que permite compreender suas fantasias, desejos, angústias, afetos e sentimentos.

No PDE-T foi escolhido manter a grafia “estória”, no lugar de “história”. A expressão “estória” diz de uma narrativa de ficção e o termo “história”, se refere a uma narrativa de acontecimentos reais. No entanto, como ambas se integram, usa-se hoje

apenas a grafia história, porém, nesse trabalho se mantém a forma original usada na técnica.

Ao final da estória, a entrevistadora fez intervenções (inquérito) para esclarecer e enriquecer a estória criada pela criança, que foi registrado no protocolo de entrevista com a criança (APÊNDICE 4). Durante o relato da criança, a entrevistadora assumiu uma atitude de escuta integral, que procurou ouvir com atenção genuína o que a criança estava dizendo, sem julgamento ou reforçadores. O uso de palavras pertencentes ao vocabulário infantil foi necessário para que houvesse melhor compreensão. Para que esta atividade não se tornasse um interrogatório, foi necessária a condução em um formato de um diálogo com liberdade e espontaneidade. As perguntas que constituíram o inquérito foram resultantes do estudo teórico que sustentou o processo de investigação e de toda a informação que foi buscada sobre o fenômeno pesquisado.

Esta etapa foi registrada eletronicamente por meio de um gravador de voz digital com consentimento do responsável e da criança. Logo após o término da entrevista, as falas das crianças foram transcritas, o que permitiu maior fidelidade à transcrição sendo que os textos não sofreram correção linguística, preservando o seu caráter espontâneo. Este procedimento visou obter o registro de todo relato da estória, apresentando uma fidelidade quanto à fala das crianças e viabilizando o retorno ao material sempre que se fizesse necessário para as análises posteriores. Para preservar a identidade dos entrevistados, as falas foram identificadas pelo número conforme a realização da entrevista.

Também se observou durante a entrevista o comportamento não-verbal da criança, pois representa uma fonte de informações adicionais aos relatos verbais. Ao término da entrevista a entrevistadora agradeceu a participação da criança e indagou sobre o que achou desta experiência.

5.8 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados quantitativos coletados foram organizados em uma planilha do Microsoft Office Excel 2016 e agrupados (APÊNDICE 5), levando-se em consideração as variáveis do estudo (Quadro 1). Para identificação do perfil das crianças e seus responsáveis, informações sobre o tipo e uso do psicofármaco, bem como a percepção

do responsável quanto ao uso do psicofármaco e o sentimento da criança em relação ao uso do psicofármaco em seus diversos contextos (família, escola e social) por meio do pictograma, foi utilizada a análise descritiva.

Quadro 1 - Variáveis do estudo

| Dimensão | Variáveis |
|----------------------------|---|
| Criança | Sexo |
| | Idade |
| | Escolaridade |
| | Tipo de escola |
| | Endereço (bairro) |
| | Chegada à Clínica Escola (Busca espontânea ou encaminhamento) |
| | Origem do encaminhamento |
| | Diagnóstico: Sim ou Não |
| | Qual diagnóstico |
| | Profissional que realizou o diagnóstico |
| Uso do psicofármaco | Psicofármaco utilizado |
| | Profissional que prescreveu o psicofármaco |
| | Tempo de uso do psicofármaco |
| | Quem administra o psicofármaco |
| Responsável | Sexo |
| | Data de nascimento |
| | Endereço (bairro) |
| | Estado civil |
| | Grau de parentesco com a criança |
| | Nível Escolar |
| | Situação de trabalho |
| | Faixa salarial |
| | Estrutura familiar |
| | Percepção do responsável quanto ao uso do psicofármaco na vida da criança |

| | |
|---|--|
| Pictograma | Categoria 1: Sentimento ao usar o psicofármaco |
| | Categoria 2: Sentimento ao não usar o psicofármaco |
| | Categoria 3: Quando usa o psicofármaco, sentimento em relação ao seu desempenho escolar |
| | Categoria 4: Quando usa o psicofármaco, sentimento em relação ao seu comportamento na escola |
| | Categoria 5: Quando usa o psicofármaco, sentimento ao estar com a família |
| | Categoria 6: Quando não usa o psicofármaco, sentimento ao estar com a família |
| | Categoria 7: Quando usa o psicofármaco, sentimento ao estar com os colegas da escola |
| | Categoria 8: Quando não usa o psicofármaco, sentimento ao estar com os colegas da escola |
| Procedimento do Desenho-Estória com Tema | Categoria 1: Importância de tomar psicofármaco |
| | Categoria 2: Sentimento ao tomar o psicofármaco |
| | Categoria 3: Desejo em parar de tomar o psicofármaco |

Fonte: Elaboração própria, 2020.

Para análise inicial foi realizada uma descrição breve dos casos estudados, organizando os resultados, por meio das informações encontradas na coleta de dados.

A identificação da percepção da criança quanto ao uso do psicofármaco com a utilização do PDE-T foi realizada por meio da análise qualitativa, especificadamente, utilizando o método da descrição fenomenológica. A fenomenologia, que é um método de pesquisa desenvolvido pelo matemático, cientista e pesquisador Edmund Husserl no século XIX, contestando o método experimental adotado pela ciência positivista e

propõe um “voltar às próprias coisas” ou às raízes do conhecimento, ao fundamento do inegável. (...) A fenomenologia não é um conjunto de ensinamentos, mas um método que pretende chegar ao fenômeno por visão categorial, para capturar a sua essência (FORGHIERI, 1984, p. 15).

Para Alves e Silva (1992) a análise qualitativa busca apreender os significados na fala dos entrevistados, interligada ao contexto em que eles se inserem e delimitada pelo arsenal teórico do pesquisador. Na redação da análise, a sistematização é baseada na qualidade de cada caso estudado, até porque um estudo desta natureza “não tem a pretensão de atingir o limiar da representatividade” (p.65).

A análise fenomenológica do PDE-T foi baseada em Aguiar (2004) e Aguiar (2015). Essas duas autoras fundamentam seus estudos na obra de Oaklander (1980), que se destaca na origem da literatura sobre a Gestalt-terapia com crianças desde sua origem até a atualidade aqui no Brasil, na qual a tradução se deu em 1995. Assim, nesta data foi introduzido teoricamente o tema da formação de um grupo de estudos com este enfoque, composto por gestalt-terapeutas de São Paulo no Instituto Sedes. Atualmente, no campo da Psicologia fenomenológica-existencial infanto-juvenil, Aguiar (2004) e Aguiar (2015) são referências, como exemplo pode-se citar os estudos de Pajaro e Andrade (2018), Lima e Souza (2014) e Oliveira (2014).

“A leitura fenomenológica possibilita a compreensão do desenho por meio de sua descrição, o que só pode ser feito pelo próprio autor” (PAJARO; ANDRADE, 2018, p. 207). O método de investigação descritivo postula que o fenômeno ao se mostrar será conhecido sem suposição a priori. A metodologia fenomenológica propõe que é a criança, autora do desenho, a “melhor intérprete de sua criação, reposicionando-a em um papel ativo perante sua produção” (AGUIAR, 2004, p.30). O exercício fenomenológico é ler por de trás das racionalidades postas, na busca constante pelas singularidades e conexões da criança com o mundo (PAJARO; ANDRADE, 2018, p. 2013). Isto é, não se buscará uma análise interpretativa das produções gráficas das crianças em si, mas sim compreendê-los a partir de suas próprias verbalizações.

Assim, a análise da percepção das crianças em relação ao uso e efeitos do psicofármaco pela criança se desenvolveu pelo conteúdo verbalizado pela própria criança, bem como os sentimentos expressos. Quanto ao PDE-T, depois de lida e analisada as respostas da entrevista realizada com a criança, as histórias e as respostas ao inquérito foram agrupados os temas semelhantes e organizados em categorias temáticas, que foram descritas e analisadas. As categorias foram, a saber: importância de usar o psicofármaco, sentimento ao usar o psicofármaco e o desejo em parar de usar o psicofármaco. Por meio desta análise foi possível identificar as vivências/percepções das crianças participantes em relação ao uso do psicofármaco.

Para Alves e Silva (1992) o discurso dos entrevistados flui naturalmente no momento em que entrevistador e entrevistado se encontram e por meio de perguntas abertas, estas possibilitam a evocação e uma verbalização da maneira de pensar ou de agir da pessoa entrevistada, surgindo a possibilidade de investigar crenças, sentimentos, valores, numa captação, na íntegra, da fala dos sujeitos.

Dessa forma, acredita-se que esta forma de conhecer a percepção da criança se faz juntamente com a criança e não sobre a criança, como defendido por Corsaro (2011), que ressalta que a infância deve ser construída com a criança e não somente sobre ela. Esse autor propõe uma abordagem metodológica que reconheça as crianças como sujeitos do conhecimento sobre si mesmas. Ele considera a importância da participação das crianças nas pesquisas, reconhece a capacidade que elas têm de dar respostas verdadeiras quando são perguntadas sobre suas experiências, principalmente quando as perguntas referem-se a eventos que são significativos em suas vidas.

Dessa forma, a análise das histórias contadas pelas crianças e dos esclarecimentos obtidos no inquérito posterior permitiu conhecer a percepção das crianças participantes sobre o uso e efeitos dos psicofármacos em sua vida.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo serão apresentados os resultados, a análise e discussão dos dados coletados com as oito crianças e seus responsáveis selecionados para esta pesquisa.

Por meio de contato telefônico, a pesquisadora principal, convidou os responsáveis pelas crianças selecionadas a participarem desta pesquisa. Das 24 crianças selecionadas, conseguiu-se contato com oito responsáveis que aceitaram participar da pesquisa. Por motivos diversos, como mudança de endereço, telefone desligado, falta de interesse em participar da pesquisa, as outras dezesseis crianças não puderam compor a amostra. Com a aceitação do convite, marcou-se uma entrevista inicial com a criança e seu responsável, onde foi assinado o TCLE e obtido o consentimento da criança em participar da pesquisa.

6.1 DESCRIÇÃO DOS CASOS

Criança 01: sexo masculino, 09 anos, cursa o 5º ano do Ensino Fundamental I. Estuda em escola pública e reside em um bairro periférico da cidade. Seu responsável e acompanhante, a mãe, possui 28 anos, possui Ensino Médico completo, mantém união estável, estrutura familiar não convencional, não possui outros filhos, trabalha numa empresa da cidade e a renda mensal familiar é de dois salários mínimos.

Relato da mãe: A criança foi encaminhada à Clínica Escola pelo psiquiatra da UBS, com a queixa relacionada ao comportamento e faz atendimento psicológico desde 2018. Apresenta diagnóstico de autismo, realizado pelo psiquiatra aos sete anos de idade, que prescreveu os psicofármacos Sertralina e Risperidona. A criança faz uso desses psicofármacos há mais de um ano, a mãe é responsável pela administração do mesmo. Quando perguntada sobre a reação do filho ao usar o psicofármaco diz que a criança não demonstra resistência. Ao ser perguntada sobre sua percepção em relação ao uso do psicofármaco, relata que percebe uma mudança no comportamento do filho e diz que *“dorme melhor e está mais sociável com os coleguinhas da escola”*. Quando indagada se conversa com o filho sobre o uso do psicofármaco diz: *“nunca nem pensei nisso não, ele tem que tomar, ué”*.

Figura 14 – Desenho realizado pela criança



Fonte: Dados da pesquisa, 2020

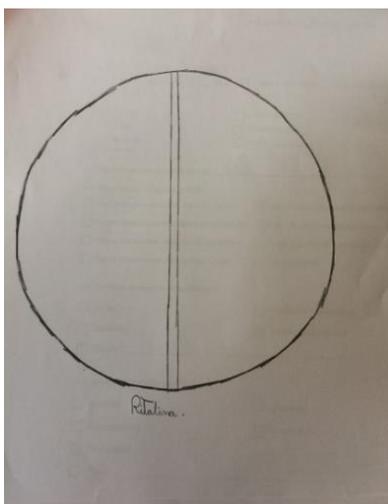
Estória:

“Era uma vez o menino que não gostava da escola. Ele não gosta de ninguém de lá. A mamãe do menino levou ele no médico, e o médico falou pra tomar um remédio pra ele gostar da escola. Não funcionou (risos). E ele quer jogar no lixo o remédio”.

Criança 02: sexo feminino, 10 anos, cursa o 6º ano do Ensino Fundamental II. Estuda em escola pública e mora em um bairro na região periférica da cidade. Seu responsável e acompanhante, a mãe, possui 31 anos, possui o Ensino Médio completo, casada, estrutura familiar convencional, possui outra criança de idade mais tenra, trabalha como autônoma e sua renda mensal familiar é de até dois salários mínimos.

Relato da mãe: Criança chega à Clínica Escola por busca espontânea com a queixa sobre o desempenho escolar e comportamento da criança e faz atendimento psicológico desde 2019. Apresenta diagnóstico de TDAH, realizado pelo psiquiatra em 2019, que prescreveu o psicofármaco Ritalina. A criança faz uso do psicofármaco há aproximadamente três meses, a mãe é responsável pela administração do mesmo. Quando perguntada sobre a reação do filho ao usar o psicofármaco diz que a filha não apresenta resistência. Ao ser perguntada sobre sua percepção em relação ao uso do psicofármaco, relata que, mesmo em pouco tempo de uso, percebe uma mudança no comportamento da filha e diz que ela *“está mais concentrada na escola”* e só não foi reprovada porque tinha o laudo do médico e foi avaliada por um relatório da professora. Quando indagada se conversa com a filha sobre o uso do psicofármaco diz que é para *“tomar o remédio para não ficar doente e morrer”*.

Figura 15 – Desenho realizado pela criança



Fonte: Dados da pesquisa, 2020

Estória:

“Uma vez uma menina, foi no médico. Ela foi porque ela estava bem doente. A mamãe dela tava preocupada e levou ela no médico pra passar um remédio pra ela ficar boa na escola. A professora da menina, a tia... disse que ela precisa ficar mais concentrada e o remédio vai fazer isso (muda o tom da voz para imitar a professora). O remédio é redondo, branco, tem um risco no meio e tem um gosto ruim. Mas a menina tem que tomar todos os dias pra passar de ano e pra não morrer”.

Criança 03: sexo masculino, 11 anos, cursa o 7º ano do Ensino Fundamental II. Estuda em escola pública e mora em uma cidade pertence à região metropolitana do Vale do Aço. Seu responsável e acompanhante, a mãe, possui 35 anos, possui o Ensino Fundamental completo, divorciada, estrutura familiar não convencional, tem mais dois filhos mais novos, do lar e sua renda mensal familiar é de um salário mínimo.

Relato da mãe: Criança foi encaminhada à Clínica Escola pelo psiquiatra com a queixa sobre o desempenho escolar e comportamento, está em atendimento psicológico desde 2017. Apresenta diagnóstico de TDAH, realizado pelo psiquiatra aos oito anos de idade, que prescreveu os psicofármacos Rivotril e Risperidona. A criança não faz uso desses psicofármacos há quase um ano, mas quando fazia o uso, a mãe era a responsável pela administração do mesmo. A mesma relata que interrompeu a administração dos medicamentos, pois a receita médica perdeu a data de validade e não possui condições financeiras para pagar pela consulta com o psiquiatra. Está aguardando “a consulta sair pelo posto”. Quando perguntada sobre a reação do filho ao usar o psicofármaco diz que

o filho mostrava muita resistência. Ao ser perguntada sobre sua percepção em relação ao uso do psicofármaco, relata que percebia mudança no comportamento do filho e diz: “*ele dormia muito*” e completa: “*gostaria que ele voltasse a tomar o remédio para ele dá sossego*”. Ainda relatou que é muito difícil criar os três filhos nas condições socioeconômicas em que vive. Quando indagada se conversava com o filho sobre o uso do psicofármaco diz que foi dito ao filho que ele “*toma o remédio para ficar quieto na escola e passar de ano*”.

Figura 16 - Desenho realizado pela criança



Fonte: Dados da pesquisa, 2020

Estória:

“Uma vez um menino chamado Pedro foi no médico. A mãe de Pedro achava ele bagunceiro. A diretora da escola de Pedro também achava. O médico deu um remédio para ela dormir e ficar mais calmo. Pedro ficou assim. Mas ele não gostava de tomar remédio, achava ruim. (alguns segundos em silêncio). Pedro não viu nada de diferente...tudo igual. A mãe não comprou mais esse remédio. Pedro gostou de parar de tomar.”

Criança 04: sexo masculino, 09 anos, cursa 4º ano do Ensino Fundamental I. Estuda em escola pública e reside em um bairro periférico da cidade. Seu responsável e acompanhante, a mãe, possui 34 anos, possui Ensino Médio completo, união estável, estrutura familiar não convencional, não possui outros filhos, trabalha em uma empresa da cidade e sua renda mensal familiar é de dois salários mínimos.

Relato da mãe: Criança chega à Clínica Escola por busca espontânea com a queixa relacionada ao comportamento e faz atendimento psicológico desde 2018. Apresenta diagnóstico de TDAH, realizado pelo psiquiatra aos seis anos de idade, que prescreveu o psicofármaco Venvanse. A criança faz uso do psicofármaco há mais de um ano, a mãe é responsável pela administração do mesmo. Quando perguntada sobre a reação do filho ao usar o psicofármaco a mãe diz que o filho demonstra muita resistência e acrescenta: *“toda vez de dar, é um problema”*. Ao ser perguntada sobre sua percepção em relação ao uso do psicofármaco, relata que percebe mudança no comportamento do filho somente no contexto escolar e completa: *“em casa não vi nada não. Na escola, a professora disse que ele está mais quieto e se concentra mais”*. Quando indagada se conversa com o filho sobre o uso do psicofármaco diz: *“Ai ai, não lembro disso não, acho que disse sim..., mas ele sabe que é por causa da escola... acho que ele sabe”*.

Figura 17 – Desenho realizado pela criança



Fonte: Dados da pesquisa, 2020

Estória:

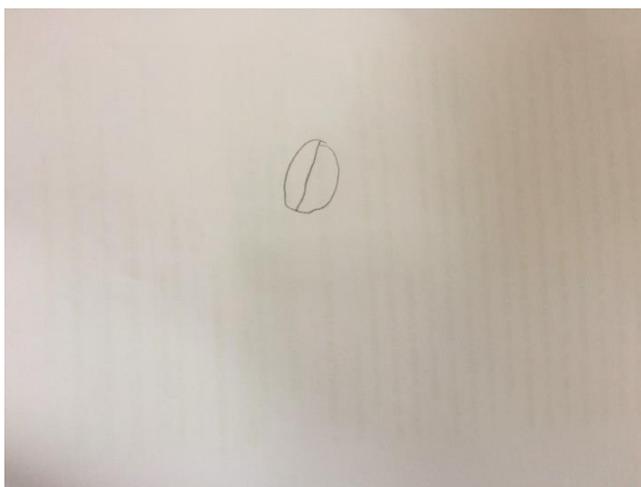
“O menino da escola toma remédio. A mãe que mandou. O menino toma o remédio pra passar de ano. O menino não gosta... nada. O menino não gosta de ir na clínica. E fim da história. Pronto. Acabou!”

Criança 05: sexo masculino, 10 anos, cursa 5º ano do Ensino Fundamental I. Estuda em escola pública e reside em um bairro periférico da cidade. Seu responsável e acompanhante, a mãe, possui 44 anos, casada, possui Ensino Médio completo, estrutura

familiar convencional, tem mais dois filhos, sendo um mais novo e outro mais velho do que a criança participante da pesquisa, do lar e sua renda mensal familiar é de dois salários mínimos.

Relato da mãe: Criança foi encaminhada à Clínica Escola pelo neurologista, com a queixa sobre o desempenho escolar e está em atendimento psicológico desde 2018. Apresenta diagnóstico de TDAH e Autismo leve, realizado pelo neurologista aos seis anos de idade, que prescreveu o psicofármaco Ritalina. A criança faz uso do psicofármaco há mais de um ano. A mãe é responsável pela administração do mesmo. Quando perguntada sobre a reação do filho ao usar o psicofármaco diz que o filho demonstra muita resistência. A mãe informou que não concorda muito com o diagnóstico de Autismo, mas relata que “*o médico insiste... ele é o médico né*”. Ao ser perguntada sobre sua percepção em relação ao uso do psicofármaco, relata que percebe mudança no comportamento do filho e completa: “*a escola fala que ele está mais calmo, menos falante... ele fala demais! Minha cabeça ferve*”. Quando indagada se conversa com o filho sobre o uso do psicofármaco diz: “*ninguém disse nada pra ele não, mas ele sabe... ele é esperto!*”.

Figura 18 – Desenho realizado pela criança



Fonte: Dados da pesquisa, 2020

Estória:

“Uma vez uma diretora fofoqueira contou pra todo mundo que o menino tomava remédio. Ele ficou muito bravo porque não queria que ninguém soubesse. Ele não é doido. A mãe do menino disse que ele precisa do remédio pra ficar mais calmo, mas é mentira... o menino fica é... fica é...”

mais zozzo. O remédio não presta, o menino quer jogar ele fora”. (Faz expressão facial que demonstra raiva).

Criança 06: sexo masculino, 11 anos, cursa o 7º ano do Ensino Fundamental II. Estuda em escola pública e reside na região periférica da cidade. Seu responsável e acompanhante, a mãe, possui 30 anos, solteira, possui o Ensino Médio completo, estrutura familiar não convencional, não possui outros filhos, trabalha como autônoma e sua renda mensal familiar é de um salário mínimo.

Relato da mãe: Criança foi encaminhada à Clínica Escola pelo neurologista com a queixa sobre o desempenho escolar e faz atendimento psicológico desde 2018. Apresenta diagnóstico de TDAH e Autismo, realizado pelo psiquiatra aos oito anos, que prescreveu o psicofármaco Venvanse. A criança faz uso desses psicofármacos há mais de um ano, a mãe é responsável pela administração do mesmo. Quando perguntada sobre a reação do filho ao usar o psicofármaco diz que o filho não demonstra resistência. Ao ser perguntada sobre a percepção dela em relação ao uso do psicofármaco, relata que percebe mudança no comportamento do filho e completa: *“ele está mais concentrado e passou de ano na escola”*. Quando indagada se conversa com o filho sobre o uso do psicofármaco diz: *“nunca falamos sobre isso”*.

Figura 19 – Desenho realizado pela criança



Fonte: Dados da pesquisa, 2020

Estória:

“Era uma vez... (risos) sabe... como é? Bom, o menino precisava passar de ano na escola. A mãe levou ele no médico pra dar o remédio. O remédio é

pequeno e o menino é grande, e toma sem sentir o gosto. O menino passou de ano e começou a ter amigos lá.”

Criança 07: sexo feminino, 10 anos, cursa o 5º ano do Ensino Fundamental I. Estuda em escola pública e reside na região periférica da cidade. Seu responsável e acompanhante, a mãe, possui 32 anos, possui o Ensino Médio completo, divorciada, estrutura familiar não convencional, tem uma filha mais nova, trabalha em uma empresa da cidade e sua renda mensal familiar é de um salário mínimo.

Relato da mãe: Criança foi encaminhada à Clínica Escola pelo neurologista com a queixa ligada ao comportamento e está em atendimento psicológico desde 2018. Apresenta diagnóstico de Transtorno de Ansiedade, realizado pelo neurologista aos oito anos de idade, que prescreveu o psicofármaco Olcadil. A criança faz uso deste psicofármaco há um ano, a mãe é responsável pela administração do mesmo. Quando perguntada sobre a reação do filho ao usar o psicofármaco diz que a filha demonstra resistência e acrescenta: *“Eu falo pra ela que o remédio vai fazer ela dormir melhor e fica bem na escola... ai ela toma”*. Ao ser perguntada sobre sua percepção em relação ao uso do psicofármaco, relata que percebe mudança no comportamento da filha e completa: *“ela está mais concentrada na escola, parou de roer a unha, está bem mais calma e dorme bem melhor”*. Quando indagada se conversou com o filho sobre o uso do psicofármaco diz: *“Sim, falo. Pra ela dormir melhor e ter notas boas na escola”*.

Figura 20 – Desenho realizado pela criança



Fonte: Dados da pesquisa, 2020

Estória:

“Um dia essa menina, a Maria, não queria ir mais pra escola. Chorava muito querendo ficar em casa. A mãe da Maria disse que ela tinha que ir, pra aprender e ter um futuro. Maria tinha medo... muito medo. A mãe dela levou ela na médica de criança, e passou um remédio pra ela não comer mais as unhas e começar a gostar da escola. Maria não gostou do remédio, era grande, tinha um gosto ruim e ela ficava com sono. Mas tinha que tomar. A mãe mandava. Maria chorava”.

Criança 08: sexo masculino, 07 anos, cursa o 2º ano do Ensino Fundamental I. Estuda em escola pública e reside na região periférica da cidade. Seu responsável e acompanhante, a mãe, possui 35 anos, possui o Ensino Médio incompleto, união estável, estrutura familiar não convencional, possui dois outros filhos, um mais velho e outro mais novo, trabalha como autônoma e sua renda mensal familiar é de um salário mínimo.

Relato da mãe: Criança foi encaminhada à Clínica Escola pelo psiquiatra com a queixa relacionada ao desempenho escolar e comportamento e está em atendimento psicológico desde 2019. Apresenta diagnóstico de Transtorno Opositor desafiador (TOD), realizado pelo psiquiatra em 2019, que prescreveu o psicofármaco Risperidona. A criança faz uso do psicofármaco há seis meses, a mãe é responsável pela administração do mesmo. Quando perguntada sobre a reação do filho ao usar o psicofármaco a mãe diz que o filho demonstra muita resistência. Ao ser perguntada sobre sua percepção em relação ao uso do psicofármaco, relata que percebe mudança no comportamento do filho e completa: *“ele está um pouco mais calmo, a escola parou de me chamar lá, mas ele ainda é respondão”*. Quando indagada se conversa com o filho sobre o uso do psicofármaco, diz: *“ele não entende ainda não, ele é muito pequeno, nem sabe de muita coisa não”*.

Figura 21 – Desenho realizado pela criança



Fonte: Dados da pesquisa, 2020

Estória:

“Era uma vez um menino que brigava na escola e com o irmão. A professora chamava atenção dele todo dia. Ele nem ligava. Mas o remédio que o médico deu era pra deixar ele de bem com os coleguinhas e ele não brigou mais”.

6.2 ANÁLISE DOS DADOS

6.2.1 Análise do perfil das crianças e seus responsáveis

Os dados coletados possibilitam realizar algumas inferências que auxiliaram na compreensão do fenômeno estudado. As crianças pesquisadas estão na faixa etária denominada por Papalia e Feldman (2013) como a terceira infância, fase esta em que as crianças começam a pensar com um pouco mais de lógica, porém concretamente. As habilidades de memória e linguagem aumentam. O desempenho escolar começa a ser mais exigido, medido com critérios mais refinados, pois os ganhos cognitivos permitem à criança beneficiar-se do conhecimento produzido na escola. O autoconceito torna-se mais complexo, afetando a autoestima e os colegas começam a assumir grande importância.

Os responsáveis da maioria das crianças entrevistadas procuraram a Clínica-Escola com a queixa relacionada ao comportamento, e o diagnóstico de TDAH foi o mais frequente. De acordo com Papalia e Feldman (2013) os distúrbios de aprendizagem (DAs) e o TDAH são as duas condições diagnosticadas com mais

frequência, que causam problemas comportamentais e de aprendizagem em crianças de idade escolar.

O TDAH tem sido considerado o transtorno mental mais comum na infância, marcado por uma condição crônica geralmente caracterizada por desatenção persistente, tendência à distração, impulsividade, pouca tolerância à frustração e uma intensa atividade no momento e em lugares não pertinentes, como por exemplo, na sala de aula. As crianças com diagnóstico de TDAH apresentam maior probabilidade de apresentar comportamento antissocial, tendem a esquecer das suas responsabilidades, a ficar frustradas ou irritadas com mais facilidade e a desistir mais rápido quando não conseguem encontrar a solução para um problema (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

Brzozowski e Caponi (2010) e Guarido (2007) corroboram com esses resultados e apontam que o TDAH tem sido a determinação diagnóstica mais registrada em crianças e adolescentes, e a administração de psicofármacos é a principal recomendação da Psiquiatria. O que acontece na realidade, segundo Guarido e Voltolini (2009), não é um aumento na incidência deste transtorno, mas uma epidemia de diagnósticos desse transtorno, que assolam crianças com questões comportamentais esperadas para a sua faixa de idade.

Nesse contexto, é possível inferir que nomear e rotular de maneira imediata tem sido o caminho tomado pelos profissionais responsáveis pelo diagnóstico. Tal postura está na contramão do que deveria ser realizado, que é adotar a prática de um diagnóstico amplo (investigar o comportamento da criança em vários espaços nos quais ela se insere, levar em consideração o seu contexto socioeconômico e cultural), integral (conhecer a história da criança e o seu sistema familiar) e também interdisciplinar (associar e interligar saberes das áreas: Educação, Medicina, Psicologia e outros saberes no qual determinada demanda se localiza).

Os encaminhamentos das crianças pesquisadas para a Clínica Escola foram realizados em sua maioria pela Medicina, principalmente pela Psiquiatria. Conforme salientado por Kamers (2013) existe uma lógica no que se refere aos encaminhamentos realizados pelas diversas instâncias que demandam tratamento para a criança: escola – família – Psiquiatra. Usualmente a escola identifica alguma dificuldade no processo de aprendizagem ou comportamento desviante da criança e solicita à família uma avaliação médica. A família acompanha a criança ao psiquiatra infantil, que avalia, diagnostica e prescreve a medicação. Em alguns casos, esse profissional encaminha essa criança para

atendimento psicológico concomitante ao tratamento farmacológico. Nos achados da pesquisa todas as crianças entrevistadas realizavam psicoterapia em paralelo ao tratamento via psicofármaco. O que é considerado válido, pois as duas propostas de intervenção visam atuar em frentes diferentes. O psicofármaco incide a nível orgânico e a psicoterapia vai atuar no campo afetivo-relacional. Assim, com a união dessas propostas de intervenção a criança é contemplada em sua visão biopsicossocial.

Os psicofármacos mais utilizados pelas crianças estudadas foram Risperidona e Ritalina, que são medicamentos indicados para conter os sintomas do TDAH. De acordo com Cordioli (2015) a Risperidona tem sido usada como adjuvante dos estabilizadores do humor e doses baixas dessa substância podem ser eficazes no tratamento de agitação e agressividade. As reações adversas ou efeitos colaterais mais comuns são: agitação, ansiedade, aumento do apetite, aumento do peso, cefaleia, hipotensão postural, inquietude, insônia, sedação, sonolência, taquicardia, tremores. A Ritalina, nome comercial do Metilfenidato, segundo Cordioli (2015) é um estimulante do Sistema Nervoso Central, e os efeitos colaterais mais comuns são a agitação, diminuição do apetite, euforia, insônia e nervosismo.

A mãe foi a responsável pela criança que compareceu em todas as entrevistas realizadas, e também foi quem se apresentou como a responsável principal na administração do psicofármaco à criança. De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2016) a figura feminina continua sendo a principal responsável pelo cuidado da criança no domicílio familiar. O que permite inferir que a figura materna culturalmente continua sendo a referência principal nos cuidados com o filho, o que pode ser explicado pelo fato de que é a mãe, desde o início da vida da criança, a responsável pela sobrevivência da mesma e também a primeira pessoa na qual a criança se apega e constrói vínculo. Conforme salientado por Papalia e Feldman (2013) o apego é um vínculo recíproco e duradouro entre a criança e o cuidador, contribuindo para a qualidade do relacionamento.

Outro aspecto de relevância observado nesta amostra foi que todas as crianças estudavam em escola pública e a renda salarial da família está em até dois salários mínimos, o que indica serem crianças pertencentes a uma classe econômica mais baixa. As crianças em condições econômicas mais baixas, segundo Papalia e Feldman (2013) são mais propensas a terem problemas emocionais ou comportamentais, e seu potencial cognitivo e desempenho escolar sofrem ainda mais, pois o nível socioeconômico baixo

pode prejudicar o desenvolvimento da criança no que se refere ao possível impacto no estado emocional dos pais e, por sua vez, prejudicar a harmonia familiar.

Para Sena e Souza (2008) o TDAH apresenta maior incidência em níveis socioeconômicos baixos e apontam uma realidade de subdiagnóstico e subtratamento em grupos minoritários. De acordo com dados do IBGE (2016) o papel das famílias no cuidado de crianças é dificultado pelo rendimento mensal per capita dos domicílios. No Brasil, em 2015, 18,0% das crianças e adolescentes de 5 a 14 anos residiam em domicílios cujo rendimento mensal per capita era de até ¼ do salário mínimo. Uma das diretrizes do ECA e dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável até 2030 é a manutenção e a criação de estratégias para redução da pobreza, em especial de crianças e adolescentes.

A maioria das mães participantes da pesquisa trabalhava, seja de maneira formal ou autônoma, ou seja, essas mães dividem seu tempo entre sua vida profissional, cuidado dos filhos e também das tarefas domésticas. De acordo com Papalia e Feldman (2013) o fato da mãe trabalhar não necessariamente prejudica o cuidado com o filho, pois outros fatores estão envolvidos, como a carga horária do trabalho da mãe, o bem-estar proporcionado à mãe por estar trabalhando, o apoio da figura paterna, a alta qualidade do ambiente doméstico e a qualidade dos cuidados com criança quando a mãe está presente. No entanto, tal aspecto aqui apresentado, não permite realizar nenhuma afirmação sobre a relação entre o trabalho materno e a percepção da criança sobre o uso de psicofármaco.

Antoneli e Garcia (2018) defendem que quando a escola identifica as dificuldades na aprendizagem de crianças, as condições socioeconômicas precisam ser consideradas e reconhecer que crianças pobres e ricas não seguem o mesmo caminho. O tempo de acesso ao médico pode ser mais rápido ou mais lento, elas não possuem as mesmas possibilidades de tratamento, o acesso ao psicofármaco pode ser em velocidade diferente, como também nem todas as crianças tem a possibilidade de ter atendimento psicoterápico concomitante ao tratamento farmacológico. Como pode ser identificado na fala de uma mãe:

“não tenho condição financeira nenhuma para pagar uma consulta particular com o psiquiatra. Tenho que esperar a consulta sair pelo posto”
(Mãe da criança 3).

Em relação à composição familiar, a estrutura familiar não convencional (informal e monoparental) teve maior predomínio na amostra estudada. No entanto, não é possível fazer inferência sobre a influência da estrutura familiar no diagnóstico recebido pela criança e também não é o objetivo desta pesquisa. Mas tal dado reforça que o mais importante para o desenvolvimento saudável de uma criança é a qualidade do relacionamento entre os cuidadores (sendo os pais ou não) e a criança. Isso pode ser confirmado em Papalia e Feldman (2013, p. 362) que reportam que “o relacionamento dos pais, a qualidade da parentalidade e sua capacidade de criar uma atmosfera familiar favorável podem afetar o ajustamento das crianças mais do que seu estado civil”. E completam afirmando que “a instabilidade familiar pode ser mais prejudicial para as crianças do que o tipo particular de família em que vivem” (p. 362).

6.2.2 Análise da percepção da mãe em relação ao uso do psicofármaco na vida da criança

Há relatos das mães que mostram que o psicofármaco provoca mudanças ao comportamento das crianças pesquisadas e a mudança mais percebida foi o aumento da concentração da criança na escola. Esses dados permitem fazer a inferência de que, o psicofármaco cumpre o objetivo a que se propõe, conforme o seu princípio ativo. Como pode ser exemplificado nos relatos abaixo:

“dorme melhor e está mais sociável com os coleguinhas da escola” (Mãe da criança 1).

“ele está mais concentrado e passou de ano na escola” (Mãe da criança 6).

“está mais concentrada na escola, parou de roer a unha, está mais calma e dorme bem melhor” (Mãe da criança 7).

Não cabe aqui investigar a eficácia ou não do psicofármaco, esse não é o objetivo dessa pesquisa. A crítica que repousa esse trabalho está na construção social e simbólica, de que o psicofármaco resolve todas as inquietações humanas e na ideia de que muitos fenômenos infantis podem ser explicados pela Medicina. A proposta desta

pesquisa é conhecer o que as crianças percebem sobre o uso do psicofármaco em sua vida.

Identificou-se que as mães avaliam de forma positiva os efeitos do medicamento na vida de seus filhos, ajudando à criança a concentrar-se mais na escola, obtendo assim um maior desempenho escolar. O que se pode presumir que as mães tem se preocupado com o desempenho escolar de seu filho, alicerçado em uma crença social, sustentado pela Medicina, de que as notas obtidas na escola são sinônimo de sucesso.

Resultados semelhantes foram reportados por Moysés e Collares (1994, p. 29) quando afirmam que “(...) a patologização da aprendizagem constitui um processo em expansão e dissemina rapidamente, com grande aceitação geral. Os pais das crianças reagem a seus resultados como se a uma fatalidade”. Pode-se inferir que quando os pais são procurados pela escola dizendo do desempenho escolar e/ou aspectos ligados ao comportamento do filho, a temática que pauta esse discurso é que há algo no cérebro da criança que não está bem, sendo necessária uma intervenção medicamentosa para que se “corrija” o que não vai bem.

Benedetti (2018) aponta que a família geralmente não questiona o (psi)diagnóstico recebido pelo médico-psiquiatra, pois percebem como algo positivo que contribui para controlar os problemas advindos do comportamento e/ou do baixo rendimento escolar do filho, e faz com que não se sintam responsáveis pela situação.

Para Azevedo (2018) os pais aderem ao diagnóstico e à medicalização dos filhos, pois o diagnóstico médico tem sido a primeira explicação sobre o comportamento e/ou desempenho do filho e primeiro recurso para tratamento. Como evidenciado na fala de uma mãe:

“o médico insiste... ele é o médico né” (Mãe da criança 5).

No entanto, é importante refletir que, em muitos casos, o diagnóstico favorece mais a família e a escola do que a própria criança, conforme salientado por Brzozowski e Caponi (2013, p. 209), “(...) enquadrar uma criança em um diagnóstico psiquiátrico apresenta sérias consequências indesejáveis, e acaba sendo mais útil para a sociedade e para o entorno da criança do que para a própria criança”. Conforme mostrado na fala de uma mãe:

“dá sossego” (Mãe da criança 5).

Foi identificado também nos relatos das mães que elas não buscam conversar, esclarecer e escutar o que a criança sente e pensa sobre essa experiência de usar o psicofármaco, conforme os relatos abaixo:

“Nunca nem pensei nisso não, ele tem que tomar, ué” (Mãe da criança 1).

“Ninguém disse nada pra ele não, mas ele sabe... ele é esperto!”
(Mãe da criança 5).

“Nunca falamos sobre isso” (Mãe da criança 6).

A literatura vem apresentar o motivo, dentre vários aspectos, o porquê de muitos pais não conversarem com os seus filhos sobre o tratamento medicamentoso realizado. Segundo Brasil (2000) desde a primeira consulta ao médico a criança não é incluída no processo de diagnóstico, e, dificilmente, os profissionais da saúde dirigem-se diretamente à ela para explicar o que está acontecendo. O processo de diagnóstico nem sempre inclui diretamente a criança, restringindo-se à orientação ao acompanhamento ou ao tratamento aos pais. Então, segundo a autora, os pais tendem a reproduzir essa conduta. Como se a criança fosse invisível e os adultos envolvidos não estivessem disponíveis para ouvir a sua voz.

Brasil (2000) ainda salienta que a comunicação sobre o tratamento psicofarmacológico concentra-se nos pais onde a explicação envolve informações sobre o que esperar do tratamento farmacológico e que seu uso pode melhorar a qualidade de vida da criança e dos familiares. Os médicos acreditam que essas informações favorecem a adesão da família e da criança ao tratamento.

6.2.3 Análise da percepção da criança em relação ao uso do psicofármaco em sua vida

Para conhecer a percepção da criança em relação ao uso do psicofármaco em sua vida foram utilizados dois instrumentos: o pictograma, cartões com faces que

demonstram sentimentos (muito feliz, feliz, não sinto nada, triste e muito triste) e também o PDE-T.

É importante considerar o que a criança percebe sobre a experiência de usar o psicofármaco em sua vida, o que faz desse aspecto a relevância deste estudo em questão, uma vez que existe uma escassez de pesquisas que abordam essa perspectiva da criança. Então, este trabalho teve a oportunidade de dar voz a essa criança em relação à sua percepção quanto ao uso do psicofármaco.

Um desafio para a pesquisadora nesta etapa foi a necessidade de um distanciamento profissional enquanto psicóloga precisando muitas vezes de reafirmar consigo mesma seu papel naquele momento de pesquisadora, pois a conduta terapêutica é diferente da conduta de pesquisa.

6.2.3.1 Análise da percepção da criança em relação ao psicofármaco em sua vida com o uso do pictograma

Com relação ao pictograma realizado na 2ª etapa da pesquisa (APENDICE 4), considerando a percepção da criança quanto ao uso e efeito do psicofármaco em sua vida pôde-se observar alguns relatos e muitas marcações nos cartões que expressaram sentimento de tristeza ao tomar o psicofármaco, e quanto a não utilização do mesmo, a expressão do sentimento de felicidade.

“Não gosto. Fico triste quando minha mãe chama pra tomar” (Criança 4).

“Fico muito triste porque eu acho o gosto ruim” (Criança 6).

“Muito triste, quero parar. Não gosto” (Criança 7).

Embora demonstrem sentimentos negativos ao usar o medicamento, sentem-se ao mesmo tempo felizes quanto ao impacto do uso do psicofármaco no comportamento, desempenho escolar e relacionamento com a família e amigos. Isto pode ser um indicativo de que os efeitos da medicação utilizada provocam mudanças em seu comportamento, e essas mudanças são reforçadas positivamente pela família, amigos e escola, por meio de elogios e confirmações.

De acordo com alguns relatos das crianças, o sentimento de infelicidade ao tomar o psicofármaco provém do gosto ruim e/ou dos efeitos colaterais que os mesmos provocam. Mas que, mesmo com essas reações, percebe-se que quando a criança identifica que, fazendo o uso do psicofármaco, ela sente que está correspondendo às expectativas de desempenho escolar e de comportamento esperado pela família e escola, conforme exemplificado nas falas abaixo:

“Fico triste, mas a escola pediu pra minha mãe me dar” (Criança 2).

“Não tem jeito... não... tenho que passar de ano” (Criança 4).

“Sinto tristeza, mas tem outros colegas da sala que também toma, aí fazer o quê né. Aí fico concentrado” (Criança 6).

É possível inferir que as crianças, quando usam o psicofármaco e percebem que o mesmo produz os efeitos esperados pela escola e pela família, experimentam um sentimento de aceitação e pertencimento, e assim, influenciando a sua identidade e fortalecendo a crença de que o psicofármaco é a porta de entrada para a sua transformação. Conforme referenciado por Lopes (2008) as ações identitárias são responsáveis pela visão que um indivíduo tem de si mesmo, demarcando os limites entre as diferenças e reforçando o sentido de pertencimento.

Esse conceito pode ser também referenciado em Haesbaert (2007) quando este aborda a identidade enquanto expressão da territorialidade, ou seja, a visão simbólica do território envolve territórios de diferença e de distinção entre comunidades, que o adota de múltiplas identidades. O território é espaço de identificação, construída a partir de significados oriundos da prática social simbólica, ou seja, o território é construtor de identidade. Essa identificação pode criar o sentimento de pertencimento de um indivíduo a um grupo social. A dimensão simbólica da territorialização é reconhecida nas fronteiras imateriais entre dentro e fora. Então é possível fazer a inferência que a criança, quando usa o psicofármaco, se identifica (sente-se semelhante) àquelas crianças classificadas como “normais”.

Segundo Papalia e Feldman (2013) o desempenho escolar é um constructo complexo, que para compreendê-lo é necessário analisar não somente as características próprias das crianças, mas cada nível do contexto de suas vidas, como a relação familiar, a dinâmica da sala de aula (no que tange a didática como também

relacionamento entre professor-aluno e entre os demais alunos), os amigos e aspectos da cultura em geral.

Muitas vezes, o discurso escolar, como também de toda a sociedade, tem se sustentado na ideia do alto desempenho e tem influenciado a maneira como a família, educadores e médicos tem enxergado a infância. O comportamento infantil tem sido olhado exclusivamente pelo viés da falta, daquilo que não está completo e do que não se consegue. Lopes (2008) afirma que a infância tem sido nomeada muito mais pela sua ausência, pela sua incompletude, do que pela sua presença.

Quando as crianças sentem-se felizes consigo mesmas (comportamento e desempenho escolar) podem desenvolver um autoconceito positivo e se sentem mais competentes. Na terceira infância os julgamentos sobre si mesmas, tornam-se mais conscientes, realistas, equilibrados e abrangentes. Esse é o tempo em que as crianças começam a aprender habilidades que são valorizadas pela sociedade onde estão inseridas (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

6.2.3.2 Análise do procedimento desenho-estória com tema (PDE-T)

A análise do Procedimento Desenho-Estória com Tema (PDE-T) das crianças e o inquérito sobre o desenho-estória realizados na 3ª etapa da pesquisa (APÊNDICE 4) permitiram identificar três categorias temáticas sobre a percepção das crianças quanto ao uso e efeito de psicofármacos em sua vida. O processo de categorização neste estudo foi resultante das evidências contidas nas estórias e nos relatos das crianças entrevistadas. Assim foram identificadas as categorias (1) importância de se usar o psicofármaco, (2) sentimento ao usar o psicofármaco, (3) desejo em parar de usar o psicofármaco.

A análise dos dados foi realizada a partir do Desenho-Estória com Tema (PDE-T) das crianças e se deu pelo conteúdo verbalizado por elas, bem como os sentimentos expressos nas estórias contadas e nas respostas ao inquérito. Diante das falas, sem a pretensão de fazer conclusões, mas as informações permitiram realizar algumas inferências sobre a percepção das crianças quanto ao uso de psicofármacos, conforme descritos a seguir.

6.2.3.2.1 Categoria 1- Importância de se usar o psicofármaco

Algumas crianças pesquisadas acreditam que o uso do psicofármaco é importante em sua vida, pois contribuirá para que tenham um melhor comportamento e desempenho na escola, junto à família e amigos. Isto foi percebido nas falas das crianças:

“A minha mãe fala que é pra eu concentrar” (criança 3).

“Pra tirar nota boa na escola” (criança 4).

“Sim. Pra eu ficar obediente (criança 8).

Tal fenômeno pode ser compreendido pelo fato da criança buscar ser confirmada pelo outro para que ela se sinta aceita e amada. A criança vai tentar, a seu modo, se comportar da maneira como é esperado pela família, escola e sociedade. Assim, essa criança busca ser e fazer o que está inscrito abertamente como um ideal a ser atingido, influenciando diretamente a maneira como ela se vê, ou seja, a sua identidade e se tornando objeto do discurso do outro.

Esses três espaços identificados nos relatos das crianças (família, escola e social) são os espaços nos quais elas vivem e constroem as suas territorialidades e de acordo com Lopes (2008) são lugares destinados às crianças pelo mundo adulto e suas instituições e ali elas configuram as territorialidades infantis.

Entretanto, a sociedade generaliza e uniformiza a infância e a criança e toda a sua expressão de ser é vista na contemporaneidade a partir da lógica biologizante e determinista. Ela é compreendida pelo viés organicista e limitante, desconsiderando o contexto social, histórico, cultural, emocional e econômico de um indivíduo. Por esta lógica, a sociedade estabelece como padrão certos comportamentos e estes são classificados como ideais. Tais comportamentos são impostos às crianças, pelo discurso da normalidade (MOYSÉS; COLLARES, 2013).

Benedetti (2018) afirma que o aluno que tem comportamentos considerados desviantes, ou seja, comportamentos que estão fora da regra do que é aceitável e construído socialmente como normal, bom e saudável, como por exemplo, dificuldades para aprender ou que se comporta de maneira considerada não adequada para a escola, pode ser muitas vezes encaminhado ao serviço médico.

Pelo olhar da Medicina essa criança pode ser tratada como um indivíduo doente, e responsabilizando-a unicamente pelas suas dificuldades e/ou comportamento. Dessa maneira, não se leva em consideração, diversos outros aspectos que podem estar atrelados na vivência da criança. Lopes (2008) aponta a emergência de um novo paradigma, que contraponha esse modelo biologizantes, e propõe, por meio da Geografia da Infância, novos ângulos para se perceber e compreender as crianças e suas ações no mundo em que se inserem.

Segundo Santana e Gonçalves (2019) os padrões de normalidade ou anormalidade foram construídos artificialmente a partir de contingências históricas que marcam as sociedades ocidentais e que transformam questões da vida social em conteúdos de caráter essencialmente biológico. De acordo com Lopes (2008) a visão de infância é construída pelas sociedades dominantes, onde predomina e perpetua a ideia de um “padrão de criança”, sendo esta ocidental e etnocêntrica. Quando se agregam ao seu grupo social, produzem novos arranjos culturais e traços simbólicos diferentes. Assim, as crianças podem se reconfigurar e se reconstruir.

O padrão da normalidade é marcado pela fronteira entre o que está nos manuais psiquiátricos e o que não está contido (mesmo que ainda). O (psi)diagnóstico é o resultado, é a resposta final da avaliação feita da leitura pura e descontextualizada do comportamento da criança. Conforme Vorcaro (2011), o diagnóstico vem nomear aquilo que não é reconhecido pelo ideal familiar, escolar e social, e vem indicar os tratamentos terapêuticos, com a promessa de retornar a criança desviante para o caminho da normalidade, por meio da adaptação dessa criança ao meio social onde está inserida.

Algumas crianças participantes acreditam que o uso do psicofármaco é importante sim. E acreditam que o uso deste é importante para uma mudança de comportamento manifestado no contexto escolar. Guarido e Voltolini (2009) salientam que a medicação vem responder ao porquê de um aluno não conseguir aprender. Essas autoras afirmam que o psicofármaco tem se tornado um instrumento necessário para a aprendizagem da criança e “(...) o professor “não tem mais nada a ver com isto”, no duplo sentido que essa expressão indica: o de desresponsabilização e o de impotência” (p. 257). Isso pode ser evidenciado nas falas das crianças:

“A minha mãe fala que é pra eu concentrar” (Criança 3).

“Pra tirar nota boa na escola” (Criança 4).

Mas, paradoxalmente, há relatos que refletem outra perspectiva, em que as crianças não veem a importância de se fazer uso do psicofármaco:

“Mas é melhor sem. Eu acho melhor eu sem, (...) quando eu tô sem o remédio eu tenho o prazer de resolver aquilo” (Criança 5).

Mas por alguns relatos das crianças, acredita-se que a percepção de que o psicofármaco é importante é legitimada pelo discurso da mãe e do médico, como exemplificado abaixo:

“(...) o médico falou pra tomar um remédio pra ele gostar da escola” (Criança 1).

“Sim. O médico disse. É pra concentração” (Criança 5).

“A mãe da Maria disse que ela tinha que ir, pra aprender e ter um futuro” (Criança 7).

Santana e Gonçalves (2019) afirmam que os processos de medicalização da vida são produções dos discursos do saber médico e que se mantem na estrutura social e econômica da sociedade de forma hegemônica. Ou seja, a voz do médico é a voz da verdade, portanto, inquestionável.

Para Vorcaro (2011), o discurso médico-psiquiátrico tem sido entendido como a resposta final sobre o comportamento humano. “Assim, ao mal-estar provocado pela criança, que não pode ser reconhecido pelo saber pediátrico, pedagógico ou parental, a clínica psiquiátrica diagnostica” (p. 221).

De acordo com Brzozowski e Caponi (2013) a sociedade legitima o poder exercido pela Medicina, especialmente a Psiquiatria, acompanhado da Neurociência e Farmacologia, considerando como a única prática resolutiva. Moysés e Collares (2013) também afirmam que a sociedade se submete de forma acrítica e dócil ao saber médico-psiquiátrico, pois internaliza e naturaliza os padrões ideais de comportamento. Essa submissão alimenta e mantém esse poder.

Lopes e Vasconcellos (2006) refletem sobre a infância como um espaço de disputa de poder entre os diferentes agentes e setores (Educação, Medicina, Psicologia

entre outros) que objetivam trazer a infância para suas áreas de domínio, situando esse grupo na condição de território. Assim, diferentes grupos e instituições se aproximam, afastam, dialogam e conflitam na produção de saberes e também de poderes no que se refere às crianças e suas infâncias. Esses embates originam diferentes visões sobre a infância, desdobrando-se em múltiplas atuações.

Lopes e Costa (2017) corroboram com essa visão e afirmam que pensar geograficamente a infância é assumir que, ao redor das crianças, os adultos representados por setores diferenciados, “implicam-se, imbricam-se, tencionam intensas relações sociais, políticas e econômicas” (p. 117).

Santana e Gonçalves (2019) discutem o que os discursos do saber médico-psiquiátrico que legisla e normatiza a vida humana, confirmando um saber-poder dominante sobre as vivências cotidianas definindo como se deve amar, nos relacionar, dormir, comer, trabalhar, sonhar, desejar, pensar, etc. Esse saber nega as condições reais da existência das crianças em prol de uma existência ideal. Como descrito nas falas abaixo:

“o médico falou pra tomar um remédio” (criança 1).

“levou ela no médico pra passar um remédio pra ela ficar boa na escola” (criança 2).

“o remédio que o médico deu era pra deixar ele de bem com os coleguinhas e ele não brigou mais” (criança 8).

6.2.3.2.2 Categoria 2 - Sentimento ao usar o psicofármaco

As crianças experimentam uma vivência sofrida, pois o uso é baseado na obrigação ou na ameaça por parte da família, o que pode ser evidenciado por algumas falas onde a criança manifesta o desejo de parar de fazer uso do psicofármaco.

“Não gosto. Dá sono” (Criança 1).

“Fico tonto demais”. “Depois eu fico meio zozzo”. “Nunca gostei daquele remédio” (Criança 5).

“Não gosto não. Ruim demais. Fico com muito sono e com preguiça. Mas tem que tomar né...” (Criança 7).

As estórias contadas pelas crianças também revelam o sentimento delas diante do uso do psicofármaco:

“E ele quer jogar no lixo o remédio” (criança 1).

“... não queria que ninguém soubesse. Ele não é doido. (...) O remédio não presta, o menino quer jogar ele fora” (criança 5).

“Maria não gostou do remédio, era grande, tinha um gosto ruim e ela ficava com sono” (criança 7).

Essa vivência negativa pode ser entendida pelo fato já exposto acima em que o psicofármaco tem uma representação simbólica de transformá-las em algo que elas não são, elas não são participantes no fechamento do diagnóstico e nas decisões quanto ao psicofármacos e também não é oportunizado as mesmas expressar o que sentem em relação a esta experiência.

Para Moysés (2008) o discurso médico, vestido de discurso científico, está em concordância com as demandas dos grupos hegemônicos, o que fortalece o seu poder. Azevedo (2018) aborda que o saber e as práticas da Medicina, penetram as diferentes camadas da sociedade, modelando o pensamento e o comportamento dos indivíduos.

No entanto, há relatos que exprimem sentimento positivo que expressa a expectativa de melhora. Como se a criança se percebesse em falta de alguma função cognitiva ou até mesmo doente e que o psicofármaco seria uma forma de tirá-la dessa condição, conforme mostrado na fala abaixo:

“Eu gosto. Eu preciso de tomar para ter saúde. (...)Eu fico mais atenta” (Criança 2).

“A professora da menina, a tia... disse que ela precisa ficar mais concentrada e o remédio vai fazer isso” (Criança 2).

“O menino passou de ano e começou a ter amigos lá” (Criança 3).

Também foi possível identificar em alguns relatos uma baixa consciência da experiência do uso do psicofármaco, sendo transmitido por expressões neutras que demonstram indiferença quanto a essa vivência, conforme mostrado no relato abaixo:

“Pedro não viu nada de diferente...tudo igual” (Criança 3).

“*Nada*” (Criança 6).

Os relatos das crianças participantes favorecem o entendimento de que elas não expressam com a família sobre o que sentem em relação ao uso do psicofármaco. E quando expressam, sugerem que não são ouvidas, o que possibilita inferir que elas ocupam um lugar passivo, cuja voz não tem alcance. Diante da pergunta da pesquisadora se a criança já falou com a mãe ou outro familiar sobre o que ela sente quando faz uso do psicofármaco, as respostas foram:

“*Não... nunca*” (Criança 2)

“*Já, mas ela num escuta*” (Criança 3)

“*Pra quê uai? Adianta? Hummm...*” (Criança 5)

A responsabilidade sobre os cuidados com a saúde da criança é da família. Uma criança não pode ter a decisão se quer se submeter ou não a um determinado tratamento médico, mesmo sendo questionável a necessidade deste. Os cuidados com a criança são de responsabilidade de seus cuidadores. No entanto, é importante que a criança seja inserida no processo, e que ela seja orientada (e não ameaçada ou coagida) sobre o que está acontecendo. É importante que família, escola e médico incluam a criança na discussão sobre a vida dela e que seja usada uma linguagem acessível para que haja compreensão de toda a experiência. Na inclusão da criança no diálogo, dando espaço e liberdade para que ela se expresse sem julgamento e crítica, talvez nem seja necessário o uso de um psicofármaco.

Para Lopes e Costa (2013) as crianças não são passivas nos espaços nos quais elas circulam, mas elas podem, em alguns casos, não aceitar as escolhas que são feitas para elas. As crianças, segundo Borba e Lopes (2013) têm participação ativa no mundo e possuem seus próprios pontos de vista e agem de forma própria e intencional no tempo e nos espaços, por meio das relações que estabelecem com seus pares e com os adultos. Lopes (2008) ainda afirma que a criança é agente produtor do espaço em que se insere e atribui “significados as suas espacialidades, construindo lugares, territórios e paisagens” (p. 68).

As crianças da pesquisa construíram uma percepção sobre as experiências que elas vivenciaram. De acordo com Papalia e Feldman (2013) a partir do momento que as

crianças interagem com mais pessoas, elas entram em contato com vários pontos de vista sobre as experiências da vida. As crianças começam a compreender que não há um único padrão de certo e errado e começam a desenvolver sua própria opinião. Assim, gradualmente, elas conseguem levar em conta mais de um aspecto que envolve uma situação, e fazem julgamentos mais sofisticados.

6.2.3.2.3 Categoria 3 - Desejo em parar de usar o psicofármaco

Identificou-se nas falas das crianças o desejo em parar de usar o psicofármaco, o que revela que as crianças compreendem o motivo de fazer o uso da medicação, porém não gostam de usá-la e mostram o desejo em não mais continuar o seu uso. O que mobiliza tal desejo é o paladar desagradável do psicofármaco e os efeitos colaterais que o mesmo acarreta na sua vida cotidiana.

“Não quero voltar a tomar aquilo não. Nem pensar” (Criança 3).

“Um dia eu quero ter a chance de jogar aquilo ali pro alto e meter um... Pregara uma bala naquilo ali. (...) Pregara uma bala naquilo ali e acabar com aquilo ali. Eu odeio aquele treco!” (Criança 5).

“Sim. Se pudesse, eu parava agora” (Criança 8).

Isso pode ser ancorado no que salienta Moysés (2001), que os efeitos colaterais de muitos psicofármacos utilizados pelas crianças produzem insônia, sonolência, piora da cognição, e o efeito designado por *Zombie Like*, descrito como ausência de pensamentos e sensações.

A mãe do menino disse que ele precisa do remédio pra ficar mais calmo, mas é mentira... o menino fica é... fica é... mais zozzo. O remédio não presta, o menino quer jogar ele fora” (Criança 5).

Os relatos das crianças entrevistadas revelam que elas estabelecem um tempo para o término do uso, algumas desejam parar imediatamente e as demais respostas associam o término do uso do psicofármaco com o período escolar. Mais uma vez fica evidenciado o entrelaçamento do uso do psicofármaco com o desempenho escolar. Isso denota a presença da escola nos discursos das mesmas.

“Até a escola acabar” (Criança 1).

“O mais rápido possível!” (Criança 5).

“Hoje!” (Criança 8).

Conforme salientado por Moysés e Collares (1994) a Educação está sendo invadida pela Medicina e a infância sendo medicalizada em grande velocidade, sendo o fracasso escolar o fenômeno essencial desse processo. O discurso da Psiquiatria se mistura ao discurso da Educação. Garcia, Borges e Antoneli (2014) discutem que a Medicina influencia todas as instâncias da sociedade, inclusive a Educação. Essa influência alcança a conduta dos educadores, que adquirem uma visão de criança modelo, atendendo a um requisito social.

Para Meira (2012) existe a premissa que a escola é para todas as crianças, independente de suas condições sociais, econômicas, emocionais, físicas, cognitivas e históricas. Porém, nem todas as crianças podem aproveitar essa oportunidade em decorrência de problemas individuais. Nessas circunstâncias, tais crianças precisam da medicação para ter acesso à educação.

Sanches e Amarante (2014, p. 512) afirmam que “(...) para a análise da medicalização escolar não é a existência real de uma doença e sim o fato de não mais se pensar na criança agitada sem se levar em conta algum distúrbio neurológico”. O que denota dificuldade em compreender e respeitar a singularidade e subjetividade do outro. Brzozowski e Caponi (2013) explicam que a escola denuncia à família quando a criança desenvolve algum problema de aprendizagem. Esse tem sido o fenômeno mais notado pela escola. “Os desvios da infância, dessa forma, são aqueles relacionados com a quebra de normas e de regras impostas socialmente, como, por exemplo, a falta de atenção e a agitação em sala de aula” (p. 211).

Moysés e Collares (2013) discutem que a relação entre Educação e Medicina ocorre na invenção das doenças do não aprender e com a medicalização do comportamento. Essa aliança se fortalece quando a Medicina afirma que é capaz de resolver as dificuldades de aprendizagem e “(...) cria, assim, a demanda por seus serviços, ampliando a medicalização” (p. 15). Moysés (2008) afirma que tudo o que escapa a essas normas sociais será transformado em doença. A Medicina marca a sua presença e poder na sociedade por meio do seu discurso inquestionável e influencia a conduta de toda a sociedade.

É fundamental expressar aqui que, há um reconhecimento que o universo pesquisado é pequeno e limitado, no entanto não invalida a discussão. Por meio desta análise, foi possível identificar as percepções dos pesquisados em relação ao uso do psicofármaco, como um dispositivo fundamental e necessário capaz de garantir o funcionamento da normalidade desejada, não por eles essencialmente, mas pela família e escola que compraram o discurso médico.

Não se pretende esgotar essa discussão, mas abrir a reflexão sobre a importância de dialogar com a criança sobre a experiência vivenciada, sobre o estar aberto, disponível e atento para ouvir a voz da criança e enxergá-la como ser complexo e não simplificado e reducionista como a medicalização defende.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos dados analisados foi possível identificar uma certa relação entre a percepção das mães e das crianças, pois ambas as partes (mãe e criança) percebem a importância do uso do psicofármaco, pois esperam que o mesmo consiga mudar o comportamento da criança e consiga uma melhora no desempenho escolar. Ambas as partes também reconhecem o discurso médico como formador de opinião e de voz inquestionável.

As consequências da medicalização acarretam prejuízos ao desenvolvimento da criança e podem a médio e longo prazo lhes gerar impactos psico-físicos para toda a vida. É preciso compreender que alguns fenômenos que perpassam a singularidade da criança em cada estágio de seu desenvolvimento estão sendo erroneamente confundidos com transtornos mentais e de comportamento e/ou transtornos de aprendizagem. Por conseguinte a criança é diagnosticada e recebe “rótulos” como se fossem um “produto” já etiquetado por suas características, talvez essas, são situacionais e contextuais.

Quando as suas questões de ordem comportamental e/ou de aprendizagem são tratadas exclusivamente pelo viés biológico, a criança pode carregar o estigma de doente e assim a sua singularidade, seu modo de ser e de pertencer à vida, torna-se opaco.

Esta pesquisa não busca negar a existência dos transtornos mentais e de comportamento e/ou de aprendizagem, mas pautou-se em compreender que o processo de medicalização passou a tratar como patologias, os comportamentos pertinentes à infância e que estes não são aceitos ou esperados dentro de um conjunto de regras pré-estabelecidas nos contextos da Medicina e que, gradualmente foram se incorporando ao cotidiano familiar, social e escolar.

É importante ressaltar que muitos comportamentos que hoje são considerados desviantes outrora não eram, e que no futuro podem não ser também, ou seja, o tempo é uma variável a ser considerada. Assim, as dinâmicas sociais acabam por se alterar, se recondicionar ou se transformar em relação ao tempo ou aos contextos aos quais elas pertencem. As condutas das crianças estão sendo julgadas por novas regras, o que permite o veredito de uma doença que precisa ser medicada (GIUSTI, 2016).

Este estudo não teve como intenção diminuir ou anular o papel do médico psiquiatra, mas a proposta foi jogar luz a este fenômeno que pode ser compreendido

como uma tríade escola-família-médico e com a criança ao centro, no entanto, esta se encontra esquecida e passiva. Decerto que o papel do profissional é importante e essencial, mas há consenso de que é preciso ouvir outras vozes (inclusive da própria criança) e trazer outros olhares acerca desta criança antes de se fechar um diagnóstico e prescrever alguma droga que normalizará a mesma. Esta pesquisa também não se pretendeu a negar a eficácia dos psicofármacos, mas refletir sobre a maneira como são usados e os significados construídos em torno dos mesmos.

Pesquisar o fenômeno da medicalização foi importante, pois foi o momento que proporcionou escutar a voz da criança que faz uso do psicofármaco, considerando o que ela percebe e sente com o uso do mesmo, e como este tem afetado sua vida.

Santana e Gonçalves (2019) apontam que a medicalização de certa forma generaliza a infância e, por conseguinte acaba negando sua diversidade cultural, social e histórica, bem como pode simplificar a complexidade presente nas várias infâncias e seus modos de vida. A medicalização nega a dinamicidade da vida, produzindo o sentido de uma vida normatizada e generalizada.

A medicalização da infância também pode ser percebida a partir de uma constatação de que as Ciências médicas, no caso a especialidade Psiquiatria, alimentada pela indústria farmacêutica, e endossadas pelo poder territorial simbólico, exercem forças sobre as mais diversas esferas da vida. Este poder simbólico permite que suas determinações e suas imposições sejam aceitas e disseminadas como sendo verdades.

Segundo Giusti (2016) essas “verdades” são postuladas a cada nova versão do DSM, em que são atribuídas novas categorias de diagnósticos que irão catalogar aos mais diversos comportamentos o caráter de doença, e que, por fazerem parte de tratados e discursos médicos, passarão a ser também percebidos e repetidos por agentes educacionais, psicólogos e demais profissionais que atuam no cuidado da criança.

Estes discursos que se originam do campo da Neurociência, se utilizam de bases neurológicas para mapear e classificar os sintomas apresentados pelos indivíduos, reduzindo as experiências subjetivas e complexas a simples atos de comportamento. Entretanto, este estudo não nega as contribuições que as pesquisas biológicas trouxeram e ainda trazem para o bem do ser humano. Mas, esta pesquisa buscou criticar o olhar excludente e unilateral para algo tão complexo que é o humano.

Quando as questões de comportamento e/ou de aprendizagem da criança passam pelo filtro do reducionismo biológico, objetificado pelo psicofármaco, este fato pode

provocar a sensação de alívio frente às angústias e incertezas da vida, e que irá de certa maneira acalantar a família e escola frente a um futuro de incertezas. Desde a tenra idade o ser humano é ensinado culturalmente e socialmente a apaziguar suas dores, pressões, angústias e incertezas com uma pílula que trará soluções imediatas. Assim, é possível fazer aqui uma alusão ao clássico livro “Admirável Mundo Novo” de Adous Huxley, quando o autor apresenta aos leitores a pílula SOMA, que, quando administrada, se torna a solução para todas as angústias dos indivíduos.

Este trabalho lançou um olhar para a criança, considerada parte central desta engrenagem que movimenta várias instâncias sociais, como os profissionais da educação que atuam como intermediadores e disciplinadores, as famílias que legitimam a medicalização e os profissionais da saúde que as diagnosticam. Através dos encontros com os responsáveis e as crianças, foi possível perceber que a criança não é passiva quanto às experiências de sua vida, inclusive, a experiência do uso de psicofármacos. Elas constroem uma opinião a respeito, e foi evidenciado que a percepção delas denota uma vivência negativa, ou seja, o uso de psicofármacos não é uma experiência agradável a elas.

Como discutido por Giusti (2016) a solução ilusória proclamada pelos psicofármacos enfraquece a capacidade crítica da sociedade quanto à análise de questões de ordem política, social, econômica e educacional.

Não cabe aqui esgotar este assunto com esta pesquisa, pois, por se tratar de uma temática complexa, de caráter dinâmico e contemporâneo que envolve a sociedade em suas múltiplas facetas, o estudo da medicalização da infância e a manifestação desse fenômeno no contexto escolar deve ser mais aprofundado e discutido nas pesquisas científicas. Há de se considerar a necessidade de implementação de políticas públicas, com o intuito de auxiliar no processo de fortalecimento e proteção à saúde mental das crianças e de suas famílias. A partir deste estudo, acredita-se na ampliação de pesquisas que possam discutir a interlocução do processo de medicalização com as questões de classe econômica, gênero e de raça/etnia.

É importante salientar que os profissionais de saúde, escola e família necessitam manter um diálogo e ter uma visão mais ampla sobre o processo saúde/doença e a prática de uma clínica ampliada, favorecendo um olhar para além do sintoma, respeitando e valorizando a subjetividade da criança. Nesse estudo foi discutido que o

fenômeno da medicalização da infância, a família, em muitos casos, alimenta o estigma de seus filhos, reforçando e endossando um autoconceito negativo.

Um dos apontamentos dessa pesquisa é a importância da inserção do psicólogo na escola, a qual sua prática, conforme esclarecido por Galvão, Silva e Prado (2019) deve ter como prioridade a promoção da saúde e o desenvolvimento de todos os atores envolvidos no processo de ensino-aprendizagem (alunos, pais, professores e demais funcionários). Esse profissional deve centrar-se em investigações a respeito do que as pessoas pensam, fazem e sentem quando estão envolvidas em um processo educativo e no contexto escolar. Considerado um agente necessário para a construção e assimilação de valores no âmbito escolar, sua atuação deve ocorrer, também, de maneira preventiva e estar apto para intervir em situações específicas e que podem acarretar em problemas maiores. O psicólogo na escola deve buscar uma interação com o aluno, escola e família, promovendo a saúde mental, por meio da intervenção em problemas de aprendizagem ou de adaptação escolar.

O projeto de lei 3688/2000, dispõe sobre a prestação de serviços de Psicologia e de Assistência social nas escolas públicas de educação básica, mas ainda não se tornou efetivo por ainda estar tramitando no Congresso. Mas é um caminho que precisa ser trilhado para que as crianças possam ser crianças em todo o seu potencial, que elas possam ser, de fato, crianças.

Ao tomar contato com o que a criança percebe do uso do psicofármaco, é possível propor articulações com grupos e pessoas para conhecer, discutir, refletir, enfrentar e superar o fenômeno da medicalização, bem como mobilizar a sociedade por meio de uma postura crítica quanto à medicalização e propor uma reflexão que poderá ser benéfica não só para as crianças, mas para toda a sociedade.

Dessa forma, conforme orientado pelo CFP (2012) acredita-se que é necessário ampliar e democratizar o debate a respeito da medicalização e de suas consequências para a criança, socializando o significado da medicalização e esclarecendo os riscos da drogadição. E, especialmente ao contexto educacional, é necessário que se amplie a compreensão da diversidade quanto aos processos de aprendizagem e de desenvolvimento humano, abrindo espaço acolhedor para o dito diferente.

É urgente a necessidade de antes de propor projetos para desmedicalizar a criança e a Educação é necessário, como dito por Santana e Gonçalves (2019), desmedicalizar primeiro o olhar e a escuta, e permitir enxergar e ouvir, de fato, a criança

que se mostra. Os espaços de escuta e de voz são formas de promoção de saúde, como também criação de espaços de desconstrução e reconstrução por meio da reflexão e do diálogo, onde há o reconhecimento de si mesmo e do outro.

É preciso que se saia da generalização e busque a relativização quanto ao diferente e que se quebre, ou pelo menos, se questione o paradigma biológico, enquanto verdade absoluta nos discursos da Medicina, da Educação, da família e da sociedade em geral. Quando se emite um julgamento sobre as crianças desviantes, como resultado de uma disfunção em seu cérebro, sendo necessário um psicofármaco para corrigí-la, está se retirando dessa criança a responsabilidade por seus atos e também cala-se o sintoma, tão necessário para acessar a vida psíquica de um indivíduo. Torna-se de fundamental necessidade a compreensão da criança de forma holística, levando em conta todos os aspectos indissociáveis que a formam, que interagem entre si, exercendo influência de um sobre o outro.

Não se propõe aqui nesta pesquisa encontrar culpados pelo fenômeno da medicalização da infância. Essa temática não pode ser reduzida a uma responsabilidade da Educação, da Medicina ou da Psicologia. Mas entende-se que é um fenômeno muito mais amplo, complexo e que é sustentado por discursos e práticas ao longo da história, que se configura como uma forma de domínio sobre a vida, que por meio de uma rede entrelaçada pela Medicina, Psicologia, Educação, entre outros saberes.

Então, torna-se urgente romper com o que está instituído. É possível e necessário pensar e criar novos modos de vida, e conforme salientado por Antoneli e Garcia (2018), valorizar a pluralidade e a diversidade. É importante dizer que a sociedade precisa de forma urgente lançar luz à diversidade, para assim lidar melhor com ela, o que irá precisar do desenvolvimento de uma visão mais crítica sobre esta temática.

E por fim, essa pesquisa poderá fomentar discussões e debates sobre as novas concepções de ser humano e de sociedade, a fim de incentivar ações de acolhimento e o fortalecimento de famílias, desmitificando os benefícios da medicalização, e desconstruindo um conceito enrijecido na sociedade sobre a normalidade e reconstruindo um conceito mais flexível e aberto.

8 LIMITES E PERSPECTIVAS DA PESQUISA

Reconhece-se que a amostra estudada foi pequena, mas como se tratou de um estudo de caso, procurou-se usar metodologias diferentes para a coleta de dados e seguir o número de casos recomendados. Acredita-se que os dados levantados foram suficientes para promover discussões a cerca do tema da medicalização da infância e a percepção das crianças em relação ao uso de psicofármacos na sua vida.

Outro aspecto que limita essa pesquisa é o fato de que todas as crianças pesquisadas pertencem a uma determinada região, o que dificulta correlacionar aspectos de localização geográfica e culturais diferentes e o que isso poderia influenciar nos dados.

A título de perspectivas para novos estudos, são ainda indicados possíveis temas norteadores que possam dar continuidade a esta linha de investigação, como por exemplo, a percepção da criança quanto ao seu diagnóstico e o impacto desse na identidade da criança.

É importante destacar a relevância deste tema e as possíveis contribuições para a referida Clínica Escola, pois o levantamento e a análise das informações poderão embasar ações futuras, bem como possibilitar intervenções nas áreas da saúde e educação, envolvendo os diferentes agentes do processo (criança, responsável, estagiário, supervisor, professor, profissional da saúde). Assim, as possíveis intervenções podem ser descritas como: junto aos usuários da Clínica Escola (pacientes e responsáveis) por meio de propostas de atendimento em grupo, a fim de diminuir o tempo de aguardo para início dos atendimentos na lista de espera. Como também possibilitar melhoria no atendimento psicológico realizado pelo estagiário de Psicologia, por meio dos estudos teóricos oriundos dessa pesquisa, sendo manifestado nas orientações e nas supervisões. Tem-se por objetivo também implementar capacitações para professores das escolas públicas e profissionais de saúde que são fontes encaminhadoras de pacientes para a Clínica Escola.

Espera-se que esta pesquisa possa contribuir para reflexões e discussões que conscientizem a concepção do uso racional de medicamentos, bem como favoreçam a discussão sobre a banalização do diagnóstico infantil e algumas práticas no contexto escolar que tem potencializado a patologização da infância.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, L. **Gestalt-terapia com crianças: teoria e prática**. Campinas: Livro Pleno, 2015.

AGUIAR, E. **Desenho livre infantil: leituras fenomenológicas**. Rio de Janeiro: e-papers Serviços Editoriais Ltda, 2004.

ALVES, Z. M. M. B; SILVA, M. H. G. F. D. Análise qualitativa de dados de entrevista: uma proposta. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, n. 2, p. 61-69, July 1992. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X1992000200007&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 23/04/2020 <https://doi.org/10.1590/S0103-863X1992000200007>.

AMATTO, L. L. e ALVES, V. L. P. Uma reflexão a respeito da educação inclusiva e medicalização da infância a partir das ideias de Carl Rogers sobre educação. **Memorandum**, v. 30, p. 224-242, 1 abr. 2016.

ANCONA-LOPEZ, M. (Org.). **Psicodiagnóstico: processo interventivo**. São Paulo: Cortez, 1995.

ANGERANI, V.A. (org). **O atendimento infantil na ótica fenomenológica-existencial**. 2 ed. São Paulo: cengage Learning, 2011.

ANTONELI, P.P. e GARCIA, M.R.V. Os “inconvenientes” na escola: medicalização de crianças e jovens e suas estratégias de resistência. **Perspectiva**, Florianópolis, v. 36, n. 2, p. 664-686, jul. 2018.

ANTONY, S. A criança em desenvolvimento no mundo: um olhar gestáltico. **IGT na Rede**, Rio de Janeiro, ano 3, n. 04, p. 1-12. 2006.

ARAÚJO, A. M. L. O diagnóstico na abordagem fenomenológica-existencial. **IGT na Rede**, Rio de Janeiro, v.7, n.13, 2010.

ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. Trad. Dora Flaksman. 2.ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1981.

AUGRAS, M. **O ser da Compreensão: Fenomenologia da situação de psicodiagnóstico**. 10 ed., Petrópolis: Editora Vozes, 2002.

AZEVEDO, L. J. C. Considerações sobre a medicalização: uma perspectiva cultural contemporânea. **Rev.CES Psico**, v. 11, n. 2, p. 1-12. 2018.

BACELAR, R. **O lugar da avó**. Recife: Fundação Antônio dos Santos Abranches FASA, 2002.

BASSO, P. **A farmácia e o medicamento**. Uma história concisa. Lisboa: CTT Correios, 2004.

BENEDETTI, M.D. et al. Medicalização e educação: análise de processos de atendimento em queixa escolar. **Psicologia Escolar e Educacional**, SP. v.22, n.1, Janeiro/Abril. p. 73-81. 2018.

BORBA, A. M.; LOPES, J. J. M. **Nova forma de compreender a infância**. Cultura e Sociologia da Infância. Edição especial, p.28-41. São Paulo, 2013.

BRAGHINI, S. **Medicalização da infância**: uma análise bibliográfica. 2016. 103f. Dissertação. (Mestrado) - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2016.

BRANT, L. C. e CARVALHO, T. R. F. Metilfenidato: medicamento gadget da contemporaneidade. **Comunicação saúde educação** v.16, n.42, p.623-36, jul./set. 2012.

BRASIL. Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de graduação em Psicologia. In: Brasil. Ministério da Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais**. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Brasília: 2011

_____. Ministério da Saúde. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Ministério da Saúde. 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Recomendações do Ministério da Saúde para adoção de práticas não medicalizantes e para publicação de protocolos municipais e estaduais de dispensação de metilfenidato para prevenir a excessiva medicalização de crianças e adolescentes**. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, DF, 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Uso de Medicamentos e Medicalização da Vida: recomendações e estratégias**. [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília. DF, 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos. Uso de medicamentos e Medicalização da vida: recomendações e estratégias**. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Brasília, DF, 2019.

BRASIL, H. H. A. Princípios gerais do emprego de psicofármacos. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo , v. 22, supl. 2, p. 40-41, Dec. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000600011&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 07/04/2020.

BRITO, R. R. **Os medicamentos genéricos no composto de produtos da Indústria Farmacêutica no eixo Rio - São Paulo**. 2006. 118f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2006.

BRZOZOWSKI, F. S. e CAPONI, S. N. C. Medicalização dos Desvios de Comportamento na Infância: Aspectos Positivos e Negativos. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 33, n. 1, p. 208-221, 2013.

CAPONI, S. **Loucos e Degenerados, uma genealogia da psiquiatria ampliada**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.

_____. O DSM-V como dispositivo de segurança. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, n. 3, p. 741-763, 2014.

CEREZER, C. e OUTEIRAL, J. **Autoridade e mal-estar do educador**. São Paulo: Zagodoni, 2011.

CLAVAL, P. **A Geografia Cultural**. Florianópolis: Editora da UFSC. 1999

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Subsídios para a campanha Não à medicalização da vida e medicalização da educação**. Brasília. 2012.

CORDIOLI, A. V. et al. **Psicofármacos: consulta rápida**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

CORSARO, W. A. **Sociologia da Infância**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

COSER, O. **As metáforas farmacológicas com que vivemos: ensaios de metapsicofarmacologia**. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

CUNHA, J. A. et al. **Psicodiagnóstico-V**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

ELIAS, N. e SCOTSON, J. L.; **Os estabelecidos e os outsiders: sociologia das relações de poder a partir de uma comunidade; tradução Vera Ribeiro; tradução do posfácio à edição alemã, Pedro Sússekind – Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2000.**

FERRAZZA, D. A. e ROCHA, L. C. A psicopatologização da infância no contemporâneo: um estudo sobre a expansão do diagnóstico de “transtorno de déficit de atenção e hiperatividade”. **Revista Internacional Interdisciplinar**. Florianópolis. v. 8, n. 2, p. 237-251, 2011.

FERREIRA, R. R. A medicalização nas relações saber-poder: um olhar acerca da infância medicalizada. **Psicologia em Estudo**. Maringá, v. 20, n. 4, p. 587-598. Out/dez. 2015.

FIGUEIRA, P.L.; CALIMAN, L.V. Considerações sobre os movimentos de medicalização da vida. **Psicol. clín**; v. 26, n. 2, p. 17-32, jul.-dez. 2014.

FORGIERI, Y.C. (org). **Fenomenologia e Psicologia**. São Paulo: Cortez, 1984.

FÓRUM SOBRE MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO E DA SOCIEDADE. Nota técnica. O consumo de psicofármacos no Brasil: dados do sistema nacional de gerenciamento de produtos controlados Anvisa (2007-2014). São Paulo: 2015.

FOUCAULT, M. **Nascimento da biopolítica**. Curso dado no Collège de France. São Paulo: Martins Fontes, 1978.

_____. **Os Anormais**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____. **Vigiar e punir**. São Paulo: Martins Fontes, 2013.

_____. **Microfísica do poder**. 6 ed. Rio de Janeiro: Graal, 2017.

GALINDO, D. C. G. et al. Medicalização e governo da vida e subjetividades: o mercado da saúde. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**. Rio de Janeiro v. 16 n. 2 p. 346-365, 2016.

GALVÃO, J.A., SILVA, V.S. e PRADO, C.C. A importância do psicólogo escolar na comunidade escolar: um estudo comparativo. **Integración Académica en Psicología**. Brasília, DF. v. 7 n. 19. p. 56-67, 2019.

GARCIA, M. R. V; BORGES, L. N; ANTONELI, P. P. A medicalização na escola a partir da perspectiva de professores de educação infantil: um estudo na região de Sorocaba – SP. **Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação**. v. 9, n. 3. p. 536-560, 2014.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIUSTI, K. G. **A medicalização da infância: uma análise sobre a psiquiatrização da infância e sua influência na instituição escolar**. 2016. 220f. Dissertação. (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política. Santa Catarina. 2016.

GUARIDO, R. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. **Educ. Pesqui.** [online]. v. 33, n. 1, p. 151-161, 2007.

GUARIDO, R. e VOLTOLINI, R. O que não tem remédio, remediado está? **Educação em Revista**, Belo Horizonte. v. 25. n. 1, p. 239-263, 2009.

GUIMARÃES, I. V; LOPES, J. J. M. As experiências espaciais das crianças no espaço urbano. **Educar em Revista**, Curitiba, Brasil, v. 35, n. 73, p. 307-325, jan./fev. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E PESQUISA. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro: IBGE, 2016.

HAESBAERT, R. Concepções de território para entender a desterritorialização. In: SANTOS, M.; BECKER, B. K. (Orgs.). **Território, territórios: ensaios sobre o ordenamento territorial**. 3. ed. Rio de Janeiro: Lamparina, 2007. p. 43-71.

HEKIS, H. R. et al. A indústria farmacêutica e a importância estratégica dos propagandistas de medicamentos: estudo com colaboradores em Natal/RN. **Holos**, v. 4, ago. 2014, p. 317-333. Disponível em: <<http://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/HOLOS/article/view/1341>>. Acesso em: 25 janeiro de 2020.

HOUAISS, A. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

ILLICHI, I. **A expropriação da saúde**: nêmesis da medicina. 4 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

KAMERS, M. A fabricação da loucura na infância: psiquiatrização do discurso e medicalização da criança. **Estilos clin.**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 153-165, jan./abr. 2013.

LIMA, K. M. de A. e VIEIRA, M. K. M. O controle químico da criança: a infância entre a medicalização e a palavra. **Revista Expressão Católica**. v. 3, n. 2, p. 201-206, jul./dez. 2014.

LIMA, B. P. SOUZA, M. F. P. O desenho e o desenvolvimento infantil. *Revista Científica Eletrônica da FAIT*. Disponível em: http://fait.revista.inf.br/imagens_arquivos/arquivos_destaque/E4c9IGxewucB7OT_2014-4-16-21-2-57.pdf. Acessado em: 08/06/2019.

LOPES, J.J.M. Geografia das crianças, Geografia das infâncias: as contribuições da Geografia para os estudos das crianças e suas infâncias. **Contexto e Educação**. Ano 23. n. 79. p. 65-82, Jan/Jun. 2008.

_____. Geografia da Infância: contribuições aos estudos das crianças e suas infâncias. **R. Educ. Públ.** Cuiabá, v. 22, n. 49/1, p. 283-294, maio/ago. 2013

LOPES, J. J. M. e COSTA, B. M. F. Geografia da infância: onde encontramos as crianças? **ACTA Geográfica**, Boa Vista, Edição Especial. p.101-118. 2017.

LOPES, J. J. M. e VASCONCELOS, T. Geografia da infância: Territorialidades Infantis. **Currículo sem Fronteiras**, v. 6, n. 1, p. 103-127, Jan/Jun 2006.

LUENGO, F. C. **A vigilância punitiva**: a postura dos educadores no processo de patologização e medicalização da infância. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2010.

MACIEL, A. P. P. et al. Avaliação do uso de psicofármacos em crianças nos serviços de saúde mental em Fortaleza – Ceará. **Rev. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde**. São Paulo v.4, n.4, p. 18-22 out./dez. 2013.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 6.ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

MARTINHAGO, F. TDAH nas redes sociais: caminhos para a medicalização da infância. **Psicología, Conocimiento y Sociedad**, v.8, n.2, p. 95-117, 2019.

MARTINHAGO, F.; CAPONI, S. Reflexões sobre a medicalização da infância e as políticas de saúde mental no Brasil. **GIGAPP**. 2015.

MEIRA, M.E.M. Para uma crítica da medicalização na educação. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 16, n.1, p. 135-142. 2012.

MÉLLO, R. P. e GARCIA, P.D.C. Infância chapada: a medicalização do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. In: PIANI, P. P. F.; MOREIRA, A. C. G.;

BRIGAGÃO, J. I. M. (Org.). **Direitos Humanos, Saúde Mental e Drogas**. Belém (PA): Pakatatu, p.146-162. 2016.

MINAYO, M. C. de S. (org). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 21 ed. Editora Vozes: Petrópolis, 2002.

MONKEN, M. et al. O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. In: MIRANDA, A. C. et al. **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 23 - 55. 2008.

MOYSÉS, M. A. A. **A institucionalização invisível: crianças que não aprendem na escola**. Campinas: Mercado de Letras, 2001.

_____. A medicalização na educação infantil e no ensino fundamental e as políticas de formação docente: a medicalização do não-aprender-na-escola e a invenção da infância anormal. **Palestra proferida na 31ª Reunião Anual da Anped** em 2008.

MOYSÉS, M. A. A e COLLARES, C.A.L. A transformação do espaço pedagógico em espaço clínico: a patologização da educação. **Publicação Série Ideias**, p.25-31. São Paulo: FDE. 1994.

_____. Controle e medicalização da infância. **Desidades**. n.1, ano 1, p. 11-21, dez, 2013.

_____. Mais de um século de patologização da educação. **Fórum: Diálogos em Psicologia**, v.1, n.1, p. 50-64. 2014.

OAKLANDER, V. **Descobrendo crianças: a abordagem gestáltica com crianças e adolescentes**. São Paulo: Summus, 1980.

OLIVEIRA, I. B. O conhecimento na era dos transtornos: limites e possibilidades. Em COLLARES, M. A. A. e MOYSÉS, M. C. F. (Orgs). **Novas capturas, antigos diagnósticos na era dos transtornos** (pp. 79- 92). São Paulo: Mercado das Letras. 2013.

OLIVEIRA, E. D. F. Um panorama do processo psicoterapêutico infantil em Gestalt-Terapia. **Revista IGT na Rede**, v.11, nº 20, p. 105-119, 2014.

PAIS, S. C. MENEZES, I. NUNES, J. A. Saúde e escola: reflexões em torno da medicalização da educação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 9, set, 2016.

PAJARO, M. V. ANDRADE, C.C. Estudo de caso em gestalt-terapia: leituras fenomenológicas do desenho infantil. Phenomenological Studies - **Revista da Abordagem Gestáltica** – v. 24, n. 2, p. 204-214, mai-ago, 2018.

PAPALIA, D. E. FELDMAN, R. **Desenvolvimento Humano**. 12. ed. Porto Alegre: 2013.

PAUL, P. Pensamento complexo e interdisciplinaridade. In. PHILIPPI Jr., A.; SILVA NETO, A. Jr. **Interdisciplinaridade em Ciência, Tecnologia & Inovação**. Barueri, S.P.: Manole, 2001, p. 229-262.

PIAGET, J.; INHELDER, B. **A psicologia da criança**. 17. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

POSTIC, M. **O imaginário na relação pedagógica**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. 1993.

PRUDENCIATTI, S. H., TAVANO, L. D. e NEME, C. M. B. O Desenho – Estória na atenção psicológica a crianças na fase pré – cirúrgica. **Bol. Acad. Paulista de Psicologia**, São Paulo, Brasil - v. 33, n 85, p. 276-291, 2013.

REDIN, E; MÜLLER, F; REDIN, M.M. **Infâncias: cidades e escolas amigas das crianças**. Porto Alegre: Mediação, 2007.

RESENDE, M. S., PONTES, S. e CALAZANS, R. O DSM-5 e suas implicações no processo de medicalização da existência. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 21, n. 3, p. 534-546, dez. 2015.

ROGERS, C. e KINGET, G. M. **Psicoterapia e relações humanas**. vol. II. Belo Horizonte: Interlivros, 1975.

SANCHES, V. N. L. e AMARANTE, P. D. de C. Estudo sobre o processo de medicalização de crianças no campo da saúde mental. **Saúde debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 506-514, jul-set. 2014.

SANTANA, C. C.G. e GONÇALVES, L. R. Educação, patologização e medicalização: é possível quebrar essa corrente? **Educ. foco**, Juiz de Fora, v. 24, n. 3, p. 838-848, Mai/ago 2019.

SILVA, S. K. e SCHUCHTER, T. M. A escola como território de circulação das diferenças: o ensino religioso em pauta. **Momento: diálogos em educação**, v. 28, n. 1, p. 57-76, jan./abr., 2019.

TOASSA, G. Sociedade Tarja Preta: uma crítica à medicalização de crianças e adolescentes. **Fractal, Rev. Psicol.** v. 24, n. 2, p. 429-434, maio/ago. 2012.

TRINCA, A. M. T. **A intervenção terapêutica breve e a pré-cirúrgica infantil**. São Paulo: Vetor. 2003.

TRINCA, W. **Diagnóstico Psicológico: prática clínica**. São Paulo: EPU, 1984.

VORCARO, A. O efeito bumerangue da classificação psicopatológica da infância. In: A. jerusalinsky e S. Fendrik (Orgs.). **O livro negro da psicopatologia contemporânea** (pp. 219-229). São Paulo: Via Lettera. 2011.

VYGOTSKY, L.S. **A formação social da mente**. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

APÊNDICE 1 - AUTORIZAÇÃO DA FACULDADE ÚNICA PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA



TERMO DE CONSENTIMENTO PARA PESQUISA NA CLÍNICA ESCOLA

Declaramos para os devidos fins, que Paulo Roberto Silva, RG 2312909; Maximiliano Gonçalves Oliveira, RG 13039663 e Anelise Resende de Oliveira, RG 10926737, responsáveis pela Clínica Escola da Faculdade Única de Ipatinga/MG, autorizamos a realização do estudo intitulado “Percepção de crianças escolares sobre o uso do psicofármaco” para o Programa de Mestrado – Gestão Integrada do Território da Universidade Vale do Rio Doce – UNIVALE na Clínica Escola desta Instituição de Ensino. Esta pesquisa está sob a responsabilidade da orientanda Fulvia Cristina do Carmo Alves e orientadora Profa. Dra. Marileny Boechat Frauches Brandão. Concordamos em disponibilizar os arquivos da Clínica Escola (fichas de inscrição e prontuários), a realização do contato telefônico com o responsável pela criança e entrevista com as crianças selecionadas para a pesquisa, e seu respectivo responsável, bem como a utilização das dependências da Clínica Escola para a realização da coleta de dados. Estamos cientes que esta pesquisa fundamentará a dissertação da mestranda Fúlvia Cristina do Carmo Alves e seus resultados poderão ser apresentados em eventos científicos e publicados em artigos científicos no formato de artigos científicos. Ressaltamos a importância de manter o sigilo sobre nomes e dados dos participantes, restringir sua utilização apenas para a pesquisa científica e zelar pelo compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa.

Declaramos estar ciente e de acordo com o exposto acima.

Ipatinga, 21 de Agosto de 2019.

Atenciosamente,

Paulo Roberto Silva

Gerente Acadêmico da Faculdade Única de Ipatinga/MG

Max Gonçalves
Coordenador Pós-Graduação e Extensão
coopex@unicaipatinga.com.br
(31) 98489-2516

Maximiliano Gonçalves Oliveira

Coordenador do Núcleo de Extensão da Faculdade Única de Ipatinga/MG

Anelise Resende de Oliveira

Coordenadora do curso de Psicologia da Faculdade Única de Ipatinga/MG

APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1 – IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO DA PESQUISA:

| |
|---|
| Título: Percepção de crianças escolares quanto ao uso de psicofármaco |
| Pesquisador Responsável: Fúlvia Cristina do Carmo Alves |
| Contato com pesquisador responsável |
| Endereço: Rua Salermo, 299 – Bethânia – Ipatinga/MG |

2 – IDENTIFICAÇÃO INSTITUIÇÃO:

| |
|--|
| Instituição: Universidade Vale do Rio Doce - UNIVALE |
| Curso: Programa de Mestrado em Gestão Integrada do Território |
| COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA |
| Rua Israel Pinheiro, 2000 – Campus Universitário – Tel.: 3279 5575 |

3 – INFORMAÇÕES AO PARTICIPANTE OU RESPONSÁVEL:

Prezado(a) Senhor(a),

Estamos realizando uma pesquisa com crianças na faixa etária de 7 a 11 anos, que são atendidas na Clínica-Escola do curso de Psicologia da Faculdade Única, localizada na cidade de Ipatinga/MG.

Informo que você e seu filho (a) estão sendo convidados a participar desta pesquisa intitulada “Percepção de crianças escolares quanto ao uso de psicofármaco” que tem por objetivo conhecer o que a criança pensa sobre o uso do medicamento que usa diariamente (psicofármaco) e os efeitos deste sobre sua vida.

Você e seu filho (a) irão responder algumas perguntas sobre o uso diário do medicamento (psicotrópico). Antes de aceitar participar da pesquisa, leia atentamente as explicações que informam sobre o procedimento:1) Serão feitas algumas perguntas a você e seu filho (a). Ao respondê-las, é muito importante que suas respostas sejam sinceras. Caso alguma pergunta lhes provoque constrangimento, você e seu filho (a) não precisarão responder. Peça ao entrevistador para passar para a próxima pergunta.

Durante a entrevista, o entrevistador registrará no papel suas respostas. Ao final, você poderá verificar se os registros estão de acordo com suas respostas, bem como se foi feito qualquer registro que possa identificá-lo (a). Você tem o direito de recusar-se a participar da pesquisa em qualquer momento durante a entrevista, podendo até mesmo, solicitar que seja apagado o registro feito até o momento. 2) Sua participação será apenas para fornecer as respostas às perguntas. O tempo previsto para a entrevista é de vinte minutos.

Posteriormente, num outro momento será realizada uma entrevista com seu filho (a). Nesta entrevista, será solicitado que a criança responda perguntas sobre o que ela sente em relação ao uso do remédio. Depois será pedido que a criança faça 3 desenhos (um livre, um dela própria e o último, dela tomando o remédio) e depois, que ela conte uma estória sobre esse desenho. O tempo previsto para este momento com a criança será de aproximadamente 40 minutos. Esta entrevista será gravada. Tudo será planejado para que a criança se sinta à vontade durante a entrevista. Caso ela não queira realizar esta entrevista, ela pode recusar ou durante a entrevista, se quiser parar poderá fazê-lo no momento em que desejar, não interferindo no seu tratamento na Clínica Escola.

A participação de vocês nesta pesquisa será como voluntários, não recebendo nenhum privilégio, seja ele de caráter financeiro ou de qualquer natureza. Entretanto, lhes serão garantidos todos os cuidados necessários à sua participação de acordo com seus direitos individuais e respeito ao seu bem-estar físico e psicológico. Vocês poderão se recusar a participar da pesquisa sem nenhuma penalização ou prejuízo do tratamento da criança na Clínica Escola.

Fica garantido que durante a pesquisa será preservado o anonimato, o sigilo de todas as informações e o direito de desistência, conforme Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde e Resolução nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde – Ciências Humanas e Sociais. A sua identificação e de seu(u) filho (a) é confidencial, todo o conteúdo da entrevista é sigiloso, sendo que as informações coletadas só serão utilizadas para fins de pesquisa científica, respeitados os critérios da ética profissional.

A participação de vocês poderá envolver os seguintes riscos ou desconfortos:

a) Insegurança quanto à melhor resposta a ser fornecida; conflitos entre o que pensa e o que imagina que deve ser respondido; desconforto por ser perguntado sobre assuntos que podem lhe gerar certo constrangimento; temor de que possa no futuro ser

identificado como fornecedor de algum dado levantado nessa investigação. Porém asseguro que não existe resposta certa ou errada, queremos saber o que você pensa sobre a medicalização utilizada para seu filho e que as informações coletadas só serão utilizadas para fins de pesquisa científica,

b) desconforto da criança na realização do desenho, porém será informado a ela que ela poderá parar a entrevista no momento que desejar, e isto não interferirá no seu tratamento na Clínica Escola.

Os resultados obtidos com a pesquisa serão apresentados em eventos científicos ou publicações científicas por meio de resumos, artigos e Dissertação de Mestrado. Contribuirão para auxiliar discussões sobre o uso abusivo e desnecessário de medicamentos psicofármacos em crianças escolares, bem como fundamentar possíveis intervenções na Clínica Escola.

Portanto, solicitamos sua autorização para a realização da pesquisa, enquanto responsável pela criança. Você está recebendo uma cópia deste termo onde consta o telefone do pesquisador principal, podendo tirar dúvidas agora ou a qualquer momento. Muito obrigada pela atenção!

Eu, _____
 declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios da participação do meu filho(a)
 _____ sendo que:

() aceito que ele(a) participe () não aceito que ele(a) participe

Ipatinga,, de

 Nome da criança

 Assinatura do responsável

 Pesquisadora Responsável

Fulvia Cristina do Carmo Alves – CRP: 04/23383 e tel: (31)98899-9342

APÊNDICE 3 - ENTREVISTA COM O RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA

Entrevistado: _____

Data da entrevista: ____/____/____

1. DADOS PESSOAIS:

1.1 Sexo: Feminino Masculino

1.3 Data de nasc.: ____/____/____ Idade: _____ Bairro onde mora:

1.4 Estado civil:

Solteiro (a)

União Estável

Viúvo (a)

Divorciado (a)

Separado (a)

outros: _____

Casado (a)

1.5- Grau de parentesco com a criança:

1.6 Nível escolar: (Segundo o IBGE)

Sem instrução e menos de 1 ano de estudo
equivalente

Ensino Médio completo ou
equivalente

Ensino fundamental incompleto ou equivalente
equivalente

Ensino Superior incompleto ou
equivalente

Ensino fundamental completo ou equivalente
equivalente

Ensino Superior completo ou
equivalente

Ensino Médio incompleto ou equivalente

Não informado

1.7 Situação de trabalho do informante:

Afastado

Aposentado

Desempregado

Em exercício

Pensionista

1.8 Faixa salarial (segundo IBGE):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Até 1 salário mínimo | <input type="checkbox"/> de 10 a 20 salários mínimos |
| <input type="checkbox"/> de 2 a 4 salários mínimos | <input type="checkbox"/> acima de 20 salários mínimos |
| <input type="checkbox"/> de 4 a 10 salários mínimos | <input type="checkbox"/> Outros: _____ |

1.9 Estrutura familiar (Critérios estabelecidos pelo Direito das famílias)

- Família Matrimonial: aquela formada pelo casamento, tanto entre casais heterossexuais quanto homoafetivos.
- Família Informal: formada por uma união estável, tanto entre casais heterossexuais quanto homoafetivos.
- Família Monoparental: família formada por qualquer um dos pais e seus descendentes.
- Família Anaparental: família sem pais, formada apenas por irmãos.
- Família Unipessoal: família de uma pessoa só.
- Família Mosaico ou reconstituída: pais que têm filhos e se separam, e eventualmente começam a viver com outra pessoa que também tem filhos de outros relacionamentos.
- Família Simultânea/Paralela: se enquadra naqueles casos em que um indivíduo mantém duas relações ao mesmo tempo. Ou seja, é casado e mantém uma outra união estável, ou, mantém duas uniões estáveis ao mesmo tempo.
- Família Eudemonista: família afetiva, formada por uma parentalidade socioafetiva.

2 DADOS SOBRE A CRIANÇA

2.1 Tem diagnóstico?

- Não Sim Não sei informar

2.2 Se sim, qual o diagnóstico da criança?

- | | |
|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> TDAH | <input type="checkbox"/> Transtorno de ansiedade |
| <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> Transtorno depressivo |
| <input type="checkbox"/> TOD | <input type="checkbox"/> Outros: _____ |

2.3 Qual remédio faz/fez uso:

- Metilfenidato (Ritalina ou Imipramina)
- Diazepan (Valium, Ansilive, Calmociteno, Dienpax, Kiatrium ou Uni Diazepax)
- Valproato de sódio (Epilenil, Torval CR, Valpakine, Valprene ou Zyvalprex)
- Lorazepan (Lorax, Ansirax, Lorapan ou Lorazefast)
- Carbamazepina (Tegretol, Tegretard (Cristália) ou Uni carbamaz)
- Haloperidol (Haldol, Haldol Decanoato, Decan Haloper, Halo Decanoato ou Uni Haloper)
- Clonazepan (Rivotril, Clonotril, Clopam, Epileptilb, Navotrax ou Uni Clonazepax)
- Clozapina (Leponex)
- Alprazolam (Altrox, Apraz, Constante, Neozolam, Teuftron, Tranquinal ou Zoldac)
- Outros: _____
- Não sei informar

2.4 Especialidade do profissional quem prescreveu o remédio:

- Médico clínico-geral Outros: _____
- Médico psiquiatra Não sei informar

2.5 Quanto tempo de uso:

- Há menos de 3 meses Há mais de 1 ano
- Há 6 meses Já usou. Não usa mais.
- Há 1 ano Não sei informar

2.6 Quem administra o psicofármaco: (pode marcar mais de uma alternativa)

- Mãe Escola
- Pai Outro: _____
- Outro familiar Não sei informar

2.7 Percepção quanto aos efeitos do psicofármaco na vida da criança:

2.7.1- Você percebe alguma mudança na vida do seu filho com o uso do psicofármaco?

Se sim, quais?

2.7.2 - Como seu filho reage quando toma o remédio?

2.7.3 - Você conversa com seu filho sobre o uso do remédio? Fale-me a respeito.

APÊNDICE 4 - PROTOCOLO PARA A ENTREVISTA COM A CRIANÇA

Entrevistado: _____

data: ___/___/___

1ª Etapa – Rapport

2ª. Etapa: Aplicação dos pictogramas

Legenda:



PERGUNTAS DE AQUECIMENTO

1. O que você sente quando toma sorvete?

1 2 3 4 5

OBS.: _____

2. O que você sente quando toma uma vacina?

1 2 3 4 5

OBS.: _____

3. O que você sente quando brinca de bola com amigos?

1 2 3 4 5

OBS.: _____

4. O que você sente quando estuda?

1 2 3 4 5

OBS.: _____

PERGUNTAS PARA A PESQUISA

1. Como você se sente quanto você toma o remédio?

1 2 3 4 5

OBS.: _____

2. Como você se sente quando **não** toma o remédio?

1 2 3 4 5

OBS.: _____

3. Como você se sente com suas notas na escola?

1 2 3 4 5

OBS.: _____

4. Como você se sente com seu comportamento na escola?

1 2 3 4 5

OBS.: _____

5. Quando você usa o remédio como se sente quando está com sua família?

1 2 3 4 5

OBS.: _____

6. Quando você **não** usa o remédio como se sente quando está com sua família?

1 2 3 4 5

OBS.: _____

7. Quando você usa o remédio como você se sente em relação aos seus colegas da escola?

1 2 3 4 5

OBS.: _____

8. Quando você **não** usa o remédio como você se sente em relação aos seus colegas da escola?

1 2 3 4 5

OBS.: _____

3ª Etapa – Procedimento do Procedimento Desenho-Estória com Tema

3.1 Desenho livre de sua escolha

OBS.: _____

3.2 Desenho de si próprio

OBS.: _____

3.3 Desenho de como se sente ao usar o psicofármaco

OBS.: _____

3.4 Inquérito do Desenho-estória

1. Você acha que é importante tomar este remédio?

OBS.: _____

2. O que você sente quando toma o remédio?

OBS.: _____

3. Você quer parar de tomar o remédio um dia?

OBS.: _____

4. Um dia você acha que vai ficar tão boa que vai querer parar de tomar?

OBS.: _____

5. Até quando você quer tomar o remédio?

OBS.: _____

6. Você já falou com a sua mãe ou outra pessoa da sua família sobre o que você sente quando usa o remédio?

OBS.: _____

ANEXO 1 – APROVAÇÃO DA PESQUISA PELO CEP

UNIVERSIDADE VALE DO RIO
DOCE/ FUNDAÇÃO PERCIVAL
FARQUHAR- FPF



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Percepção de crianças escolares sobre o uso e efeitos de psicofármacos em sua vida.

Pesquisador: FULVIA CRISTINA DO CARMO ALVES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 20693419.9.0000.5157

Instituição Proponente: Fundação Percival Farquhar/ FPF

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.775.382

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo exploratório, por meio de estudo de caso, do tipo transversal com uma abordagem qualitativa. Refere-se a uma pesquisa com crianças de idade entre 7 a 11 anos e seus respectivos responsáveis, que foram ou que são atendidas por estagiários dos 3 últimos períodos do curso de Psicologia em uma Clínica Escola. A seleção da amostra seguirá critérios de inclusão e exclusão.

Objetivo da Pesquisa:

Identificar a percepção de crianças escolares de 7 a 11 anos, atendidas numa Clínica Escola de Psicologia sobre o uso e efeitos de psicofármacos em sua vida.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Quanto aos responsáveis pela criança, no momento da entrevista podem sentir Insegurança quanto à melhor resposta a ser fornecida; ter conflitos entre o que pensam e o que imaginam que deve ser respondido; desconforto por ser perguntado sobre assuntos que podem lhe gerar certo

Endereço: Rua Israel Pinheiro 2000,BLOCO-B4, Salas 01 e 06
Bairro: Universitário **CEP:** 35.020-220
UF: MG **Município:** GOVERNADOR VALADARES
Telefone: (33)3279-5575 **E-mail:** cep@univale.br

UNIVERSIDADE VALE DO RIO
DOCE/ FUNDAÇÃO PERCIVAL
FARQUHAR- FPF



Continuação do Parecer: 3.775.382

constrangimento; temor de que possam no futuro ser identificados como fornecedores de algum dado levantado nessa investigação. Será assegurado aos responsáveis que não existe resposta certa ou errada, queremos conhecer o que pensam sobre a medicalização utilizada pela criança e que as informações coletadas só serão utilizadas para fins de pesquisa científica e serão guardadas no Núcleo de pesquisa Saúde, Indivíduo e Sociedade da Universidade Vale do Rio Doce/UNIVALE, localizado na sala 10, no Campus Antônio Rodrigues Coelho. Quanto as crianças, poderá haver timidez para a realização da etapa do desenho estória, porém assegura-se que será inicialmente realizado durante a entrevista algumas atividades infantis para deixá-la mais à vontade nas diferentes etapas da coleta de dados. Também será informado a criança que poderá parar a entrevista no momento que desejar, e isto não interferirá no seu tratamento na Clínica Escola.

Benefícios:

O levantamento e a análise das informações poderão embasar ações futuras, bem como possibilitar intervenções nas áreas da saúde e educação, envolvendo os diferentes agentes do processo (criança, responsável, estagiário, supervisor, professor, profissional da saúde). Assim, as possíveis intervenções podem ser descritas como: junto aos usuários da Clínica Escola (pacientes e responsáveis) através de propostas de atendimento em grupo, a fim de diminuir o tempo de aguardo para início dos atendimentos na lista de espera. Como também possibilitar melhoria no atendimento psicológico realizado pelo estagiário de Psicologia, por meio dos estudos teóricos oriundos dessa pesquisa, sendo manifestado nas orientações e nas supervisões. Tem-se por objetivo também implementar capacitações para professores das escolas públicas e profissionais de saúde que são fontes encaminhadoras de pacientes para a Clínica Escola.

Riscos e benefícios atendem aos requisitos

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de relevância e bem desenhado

Endereço: Rua Israel Pinheiro 2000,BLOCO-B4, Salas 01 e 06
Bairro: Universitário **CEP:** 35.020-220
UF: MG **Município:** GOVERNADOR VALADARES
Telefone: (33)3279-5575 **E-mail:** cep@univale.br

UNIVERSIDADE VALE DO RIO
DOCE/ FUNDAÇÃO PERCIVAL
FARQUHAR- FPF



Continuação do Parecer: 3.775.382

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios foram apresentados

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

projeto aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da UNIVALE, acompanha o Parecer do Relator e considera o Projeto APROVADO.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---|------------------------|-----------------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1427303.pdf | 11/09/2019 22:10:56 | | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | Projeto_de_pesquisa.pdf | 11/09/2019 14:26:25 | FULVIA CRISTINA DO CARMO ALVES | Aceito |
| Folha de Rosto | Folha_de_rosto.pdf | 11/09/2019 14:24:12 | FULVIA CRISTINA DO CARMO ALVES | Aceito |
| Recurso Anexado pelo Pesquisador | Termo_de_autorizacao.jpg | 06/09/2019 19:06:10 | FULVIA CRISTINA DO CARMO ALVES | Aceito |
| Cronograma | CRONOGRAMA.pdf | 06/09/2019 19:03:05 | FULVIA CRISTINA DO CARMO ALVES | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE.pdf | 03/09/2019 23:26:50 | FULVIA CRISTINA DO CARMO ALVES | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Israel Pinheiro 2000,BLOCO-B4, Salas 01 e 06
Bairro: Universitário **CEP:** 35.020-220
UF: MG **Município:** GOVERNADOR VALADARES
Telefone: (33)3279-5575 **E-mail:** cep@univale.br

UNIVERSIDADE VALE DO RIO
DOCE/ FUNDAÇÃO PERCIVAL
FARQUHAR- FPF



Continuação do Parecer: 3.775.382

GOVERNADOR VALADARES, 16 de Dezembro de 2019

Assinado por:
Ivana Cristina Ferreira Santos
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Israel Pinheiro 2000,BLOCO-B4, Salas 01 e 06
Bairro: Universitário **CEP:** 35.020-220
UF: MG **Município:** GOVERNADOR VALADARES
Telefone: (33)3279-5575 **E-mail:** cep@univale.br