

UNIVERSIDADE TUIUTI DO PARANÁ
PROGRAMA DE MESTRADO EM PSICOLOGIA SOCIAL E
SAÚDE

MARTINHA COSTA REGO

MEDICALIZAÇÃO PSIQUIÁTRICA EM CRIANÇAS E
ADOLESCENTES ABRIGADAS EM CASAS LARES DE UMA
CIDADE DO INTERIOR DO PARANÁ

CURITIBA

2021

Martinha Costa Rego

**MEDICALIZAÇÃO PSIQUIÁTRICA EM CRIANÇAS E
ADOLESCENTES ABRIGADAS EM CASAS LARES DE UMA
CIDADE DO INTERIOR DO PARANÁ**

Dissertação apresentada para
obtenção do grau de mestre
em Psicologia e Saúde, do
Programa de Pós-Graduação
em Psicologia e Saúde, pela
Universidade Tuiuti do
Paraná.

Orientadora: Profa. DSc.
Denise de Camargo

**CURITIBA
2021**

Dados Internacionais de Catalogação na fonte
Biblioteca "Sidnei Antonio Rangel Santos"
Universidade Tuiuti do Paraná

R343 Rego, Martinha Costa.

Medicalização psiquiátrica em crianças e adolescentes
abrigadas em casas lares de uma cidade do interior do Paraná
/ Martinha Costa Rego; orientador Prof.ª. Dra. Denise de
Camargo.
60f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Tuiuti do Paraná,
Curitiba, 2023

1. Medicalização. 2. Acolhimento. 3. Desnaturalização.
4. Dispersão discursiva. I. Dissertação (Mestrado) Programa de
Pós-Graduação em Psicologia/ Mestrado em Psicologia.
II. Título.

CDD – 302

Bibliotecária responsável: Heloisa Jacques da Silva – CRB 9/1212

Folha de Aprovação

Nome: Rego, Martinha Costa

Título: Medicalização Psiquiátrica em Crianças e Adolescentes Abrigadas em Casas
Lares De Uma Cidade Do Interior Do Paraná

Dissertação apresentada na Universidade Tuiuti do
Paraná para obtenção do título de Mestre em
Psicologia Social e Saúde

Aprovada em: 10-09-2021

Banca Examinadora

Prof. Orientador/ Presidente: ___Dra. Denise de Camargo

Profa. Doutora.: **Miriam Aparecida Graciano de Souza Pan**

Instituição: Membro Externo

Julgamento: Aprovada

Profa. Doutora: **Maria Cristina Antunes**

Instituição: Membro Interno

Julgamento: Aprovada

<https://meet.google.com/ssu-ebwv-bun>

Dedico este trabalho a todas as crianças e adolescentes que tem suas subjetividades comprometidas pelos discursos generalistas, mas que, mesmo assim, insistem na ousadia de ser quem são e como são.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de iniciar meus agradecimentos com a amiga, parceira de cursos, estudos e discussões, Luciana Salvador, por me acompanhar na busca por um programa de mestrado que nos fosse possível, dada a nossa condição de morarmos fora da capital do Estado e termos tantos projetos em nossa cidade. Obrigada por se lançar nesta aventura de conhecimento comigo e me oferecer tua escuta, teu exemplo de disciplina e perseverança e pelos cafés nos aeroportos e fora deles, pelos almoços na cantina da Tuiuti carregados de motivação.

Sou grata à banca de seleção por apostar na minha capacidade mesmo sabendo da minha carga de trabalho como docente no ensino superior da minha cidade, da madura idade e dos desafios das viagens semanais que eu enfrentaria. Agradeço à UTP por possuir um programa de mestrado em Psicologia Social e Saúde onde é possível incluir diferentes perfis de mestrandos. Tenho gratidão pelos professores com os quais tive contato durante o curso e que agora se tornaram parceiros de aprendizagens.

Meu reconhecimento pela aluna e estagiária Ilania Wandrowski, que participou do projeto de extensão e contribuiu para este trabalho me acompanhando na produção/coleta/transcrição e discussão dos dados. Sem você o trabalho não teria fluído tão bem.

Obrigada à minha filha Juliana, que me hospedou em Curitiba com todo carinho e atenção, mesmo quando eu não podia dispensar a ela o tempo que merece. Obrigada Genro nº1 pela recepção e disponibilidade, e também pelas cervejas e vinhos.

Sou grata à minha família; marido, filhos, nora, netas, irmãos e irmãs, que durante todo o programa de mestrado se resignaram diante das minhas ausências e me incentivaram a continuar. Grata pela compreensão, pelo apoio e pela torcida.

Uma gratidão muito especial à minha orientadora, Prof. Denise, por enriquecer as nossas aulas com o seu conhecimento, criticidade, capacidade, paciência e confiança. Peço desculpas pelas minhas limitações, mas sou eternamente grata pela tua atitude sempre compreensiva e estimuladora. Sob a tua orientação, não há como não ir adiante.

Por último, meu agradecimento mais que especial à Casa de Acolhimento, em especial à Coordenadora e à Psicóloga Responsável, que abriram as portas da instituição, ofereceram todas as condições necessárias para a pesquisa e se colocaram à inteira disposição para fornecer todos os dados necessários, sempre demonstrando muito amor e

competência no que fazem e uma abertura ímpar para a discussão, para a busca de melhorias para os acolhidos. Vocês foram a base para que este trabalho fluísse e se concretizasse. Meu muitíssimo obrigado pela confiança de vocês.

Resumo

Esta dissertação versa sobre a medicalização psiquiátrica em crianças e adolescentes em situação de acolhimento em casas lares. O tema emergiu das falas dos acolhidos em atendimento psicológico individual que nos despertaram para a possibilidade de estarem vivenciando uma condição mais complexa que poderia ir além das demandas apresentadas no atendimento clínico individual. Definimos então, como tema de pesquisa, estudar a medicalização nesta população, dentro do Programa de Mestrado em Psicologia Social e Saúde da Universidade Tuiuti do Paraná com o objetivo de aprofundar e expandir nosso conhecimento sobre a relação psicofármacos e acolhidos em Casas Lares. Escolhemos a arque-genealogia de Michel Foucault (1926-1984) como episteme de nosso trabalho, por nos permitir adentrar nas práticas discursivas e, dentro delas, analisar a função enunciativa presente nos recortes de tempo e espaço em que a pesquisa ocorre. A subversão na forma de pensar a sociedade, a psicologia e a pesquisa presente em Foucault favorece a desnaturalização dos discursos e, conseqüentemente, uma compreensão ampla do fenômeno da medicalização. A produção de dados e composição do *corpus* de pesquisa qualitativa fundamentou-se em Bauer e Aarts (2008) e Gaskel (2008) e se deu através de entrevistas semiestruturadas com os funcionários das duas Casas Lares participantes do estudo, da análise dos prontuários dos acolhidos e das anotações do diário de campo. O tratamento dos dados produzidos seguiu a Análise de Discurso proposta por Rosalind Gil (2008) e a dispersão discursiva de Foucault (2018). Como principais contribuições científicas apresentamos a propagação dos discursos de “menorização” que corroboram com a história de inclusão/exclusiva presente nos discursos protetivos das instituições.

Palavras chave: medicalização, acolhimento, desnaturalização, dispersão discursiva.

Abstract

This thesis deals with psychiatric medicalization in children and adolescents in shelter situation. The theme emerged from the speeches of those welcomed in individual psychological care that awakened us to the possibility that they are experiencing a more complex condition that could go beyond the demands presented in individual clinical care. We defined, then, as a research theme, to study a medicalization in this population, within the Master's Program in Social Psychology and Health at the Universidade Tuiuti do Paraná, with the aim of deepening and expanding our knowledge about a relationship between psychopharmaceuticals and those receiving care at Casas Lares. We chose Michel Foucault's arche-genealogy (1926-1984) as the episteme of our work, as it allows us to enter into discursive practices and, within them, to analyze the present enunciative function in the time and space clippings in which the research takes place. The subversion in the way of thinking about society, psychology and research present in Foucault favors the denaturalization of discourses and, consequently, a broad understanding of the phenomenon of medicalization. The production of data and composition of the qualitative research corpus was based on Bauer and Gaskel (2008) and took place through semi-structured interviews with the employees of the two "Casas Lares" participating in the study, the analysis of the medical records and the notes from the field diary. The treatment of the data produced followed the Discourse Analysis proposed by Rosalind Gil (2008) and the discursive dispersion of Foucault (2018). As main scientific contributions, we present the spread of "minorization" discourses that corroborate the history of inclusion/exclusiveness present in the protective discourses of institutions.

Key Words: medicalization; shelter situation; denaturalization of discourses; discursive dispersion

LISTA DE SIGLAS

APAE - Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
CAPS – Centro de Assistência Psicossocial
CAPSi – Centro de Assistência Psicossocial Infantil
CENSE – Centro de Socioeducação
CID 10 – Classificação Internacional de Doenças
CRAS – Centro de Referência de Assistência Social
CREAS – Centro de Referência Especializado em Assistência
CRECA- Centros de Referência da Criança e do Adolescente
DNA - Ácido Desoxirribonucleico
DSM - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
F. 71 – Retardo Mental Moderado
F. 72 – Retardo Mental Grave
F.79 – Retardo Mental não especificado
F. 91- Distúrbio de Conduta
HIV – *Human Immunodeficiency vírus*
LOAS – L8742 – Lei Orgânica da Assistência Social
ONU – Organização das Nações Unidas
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDAH – Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
UAI – Unidade de Acolhimento Institucional
UBS – Unidade Básica de Saúde
UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

PARTE 1.....	10
1. APRESENTAÇÃO	10
2. INTRODUÇÃO.....	14
2.1. Episteme.....	15
3. PROCESSO DE MEDICALIZAÇÃO	20
3.1. Conceito de diagnóstico.....	23
3.2. As diferentes infâncias e adolescências	24
3.3. A inclusão da criança na psiquiatria	26
4. METASSÍNTESE: REVISÃO QUALITATIVA DE LITERATURA.....	27
4.1. Método para Metassíntese	28
4.2. Configuração dos artigos metassintetizados.....	30
4.3. Síntese e discussão dos achados	33
PARTE 2.....	35
5. METODOLOGIA	35
5.1. Participantes	36
5.2. Instrumentos.....	38
5.2.1. Entrevistas individuais.....	38
5.2.2. Grupos Focais.....	38
5.2.3. Diário de Campo	39
6. RESULTADOS DA PESQUISA	39
6.1. Tratamento dos Dados.....	42
7. DISCUSSÃO.....	50
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	52
9. REFERÊNCIAS	54
10. APÊNDICES.....	59
10.1. Tópico guia para entrevista individuais.....	59
10.2. Tópico guia para entrevistas grupais	60

PARTE 1

1. APRESENTAÇÃO

Este é um trabalho de pesquisa que representa muito mais do que um pré-requisito para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Social e Saúde. Ele traz em seu bojo invisibilidades, rejeições, medos, desbravamentos, desejos para afrontar discursos costurados por diferentes sujeitos, comodismos, irreflexões entre muitas outras coisas. A intenção é falar sobre algo de que poucos falam, questionar, perguntar com a real intenção de ouvir a resposta, acolher modos de viver, integrados ou não, mas que tem ânsia de se mostrar, de ter uma voz que esclareça suas inquietações. Tocamos, com este trabalho, uma ferida social abafada por psicofármacos. Tratamos da medicalização psiquiátrica em crianças e adolescentes acolhidos em casas lares em um município do interior do Estado do Paraná, cuja realidade não é única, mas compartilhada com diversas outras instituições de acolhimento, educação e saúde, espalhadas pelo país.

Nosso interesse por este assunto foi sendo despertado aos poucos, conforme iam surgindo crianças e adolescente advindos de instituições de acolhimento para atendimento psicológico em nossa clínica particular. Ao conhecer suas histórias, suas percepções de mundo, anseios e até apatias, muitas vezes nos deparamos com discursos como: “eu não gosto de vir aqui de manhã, porque o efeito do remédio ainda não passou, e eu tenho muito sono e não consigo conversar direito”, ou “que diferença faz usar drogas ou não? De qualquer forma a gente toma remédios que são drogas também”, ou ainda “todo mundo lá (na Casa Lar) toma remédio, mas nem dá nada, não faz efeito mesmo”, ou “na escola chamam a gente de louquinhos só porque tomamos remédios”. Esses relatos das crianças e principalmente dos adolescentes acolhidos acabaram por despertar interesse em investigar melhor os casos e, em muitos deles, a medicação era absolutamente desnecessária, pois, o que tínhamos ali, eram crianças normais, agitadas saudavelmente, questionadoras pela sua curiosidade natural. Em vista de nosso comprometimento clínico com as causas infantis e adolescentes, nos lançamos nesta aventura com o objetivo de aprofundar e expandir nosso conhecimento sobre a relação entre psicofármacos e acolhidos em casas lares.

Observamos que os acolhidos, com frequência, são encaminhados ao serviço de saúde mental com queixas de agitação, comportamentos rebeldes, autolesões, dificuldades de aprendizagem, timidez e tristeza. Tendo em vista a linha tênue que separa a doença mental da sanidade, supomos que algumas das queixas apresentadas são próprias do

desenvolvimento humano em suas faixas etárias, no entanto são vistas como comportamentos desviantes ou doenças; outras, porém, são realmente passivas de tratamento tanto psicológico quanto psiquiátrico.

Ao escolher o tema a ser estudado durante os anos de Mestrado, nenhum outro foi mais instigador, embora, ao pensar nas dificuldades que teríamos para realizar as pesquisas, surgia um pouco de medo. Agora, na reta final, com o trabalho quase pronto, tenho a certeza de que o faria tantas vezes quantas fossem necessárias, pois pensar na qualidade de desenvolvimento que podemos proporcionar às crianças e adolescentes, não só acolhidos, mas aos outros também, já nos motiva a não perder o contato com a pesquisa, com a discussão, com a busca de alternativas que os favoreçam cada vez mais em suas relações pessoais e sociais.

Por Casa Lar entende-se uma unidade residencial onde um adulto trabalha como cuidador residente, e outros adultos trabalham como educadores em turnos diferentes, de modo a ter sempre mais de uma pessoa responsável pelos acolhidos, prestando cuidados a um grupo de crianças, irmãos ou não, em idades que variam de 0 a 17 anos, 11 meses e 29 dias e que estejam sob guarda judicial por questões de negligência, abandono, maus tratos ou outras razões que os tornam passivos de afastamento da família de origem para a própria proteção. (2019, Secretaria da Família e Desenvolvimento Social do Paraná).

As Casas Lares contam com equipe técnica composta por psicólogo, assistente social, assistente administrativo e um administrador que se responsabiliza legalmente pelos acolhidos. A equipe toma as decisões técnicas, legais e administrativas para o bom andamento das casas e para o conforto e segurança dos acolhidos. Algumas contam com outros servidores como motorista, serviços gerais, psicopedagogos, educadores físicos, dependendo das condições financeiras de cada instituição, pois as despesas básicas são custeadas pelo poder público.

É comum, nas Casas Lares, os acolhidos serem agrupado por faixa etária; de 0 a 12 anos em um grupo e de 12 anos a 17anos, 11 meses e 29 dias em outro grupo, para facilitar a dispensação de cuidados, já que as demandas são muito diferentes em cada faixa. As casas também contam com estagiários que desenvolvem projetos como reforço escolar, educação financeira, contação de histórias, cuidados em saúde, entre outros.

Em função das motivações que tivemos para este trabalho e dos investimentos em estudo, palestras, cursos, discussões acadêmicas, nossa expectativa é de que o trabalho contribua para o despertar de uma reflexão sobre a medicalização das infâncias e das adolescências e contribuir com alternativas de manejo para as questões do desenvolvimento, comportamentos, patologias e modo de ser dos envolvidos, oferecendo

a eles uma voz própria para que possam se expressar a partir de si mesmos e não a partir do que se espera deles.

Após muita discussão, pesquisa, escrita, reescrita e finalmente a aprovação de nosso projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Tuiuti, nos lançamos a campo para os espaços e permissões necessárias para iniciarmos nosso estudo. O primeiro desafio foi expor nossa proposta aos coordenadores das nove Casas Lares existentes na cidade escolhida para a pesquisa a fim de obter adesão ao nosso projeto. Em seguida encaminhamos o projeto já aprovado pelo Comitê de Ética à juíza da Vara da Infância e da Juventude do Fórum Municipal, que nos solicitou apresentação de cronograma das atividades que seriam realizadas nas Casas Lares. Respondemos de imediato. Em seguida, ela encaminhou nossa solicitação para o Ministério Público a fim de que este órgão consultasse as Casas Lares a fim de formalizar o consentimento destas para nossa pesquisa. A partir daí, tivemos alguns desafios.

Na primeira instituição que procuramos, responsável por duas Casas Lares, diretoria e coordenação nos receberam, ouviram nossa proposta, aceitaram, reconheceram a relevância do estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), mas, no momento em que os procuramos para iniciar a coleta de dados, a equipe técnica restringiu nosso acesso aos documentos, não nos permitiu entrevistar os educadores, disponibilizando apenas a mãe-residente para ser entrevistada, além de nos negar acesso às casas onde residem os acolhidos, não nos permitindo contato direto e impossibilitando a realização dos grupos focais, principal instrumento de produção de dados de nossa pesquisa. Nos recusamos a realizar uma coleta falsa de dados e optamos por excluir esta instituição do nosso projeto.

Na segunda instituição à qual nos dirigimos, responsável por cinco Casas Lares, tivemos dificuldades para agendar horário com os coordenadores e, quando conseguimos, fomos recebidos por outro integrante da equipe que não era o coordenador da casa. Mesmo assim, apresentamos nossa proposta e dissemos que o Ministério Público entraria em contato para solicitar autorização para a pesquisa. A funcionária que nos recebeu disse que assim que recebesse a solicitação nos daria resposta positiva, porém ela já havia recebido o comunicado e dado resposta negativa por duas vezes. Isso só descobrimos ao acessar o cartório de distribuição do Fórum de Justiça e ter acesso a todo o trâmite. Excluímos esta instituição também do nosso projeto.

A terceira instituição a que nos dirigimos, responsável por duas Casas Lares, foi a que aceitou a proposta. Da mesma forma que com as demais, também com esta já havíamos nos apresentado anteriormente, tornado conhecido nosso projeto e solicitado

parceria. Com esta, tivemos uma excelente experiência de parceria, pois a equipe técnica se colocou à nossa disposição, nos deu acesso a todos os documentos que nos eram necessários para a pesquisa, nos disponibilizou espaço para realização das entrevistas e também dos grupos focais e acolheu a estagiária que nos auxiliava nos trabalhos. É desta instituição que tivemos a oportunidade de ampliar o olhar sobre o fenômeno da medicalização psiquiátrica infanto-juvenil em situação de acolhimento.

2. INTRODUÇÃO

Um dos desafios que enfrentamos durante nossa pesquisa foi e tem sido a pandemia da Covid-19. Em função dela, fomos obrigados a retardar a coleta de dados, pois as recomendações sanitárias não permitiam aglomerações, contatos sociais e as instituições ficaram fechadas para o público externo. Apesar disso, entre um decreto e outro, em um momento em que os casos de Covid-19 diminuíram em nossa cidade, ou seja, entre setembro e novembro de 2020, conseguimos realizar a coleta de dados tal qual descrita em nosso projeto, respeitando todas as normas sanitárias e o distanciamento sugeridos pelos órgãos de saúde.

Se pesquisar, em tempos normais, temas relacionados a crianças e adolescentes em situação de proteção já é um grande desafio, imaginem em tempo de pandemia, em que as pessoas têm receio de se aproximar, de conversar, de se expor. Em que as aulas e orientações precisam acontecer remotamente, em que os mestrandos enfraquecem suas discussões por falta de oportunidade de encontros. Em que se vive um luto coletivo, pois hoje é quase impossível encontrar alguém que não tenha perdido para a Covid-19 algum parente, amigo, conhecido. Enfim, o contexto geral e também o particular desta pesquisa tem apresentado muitas variáveis que fazem com que a simples conclusão já seja uma superação pessoal e uma conquista comunitária, pois todos os envolvidos participam deste contexto com maior ou menor intensidade.

Outra realidade que a pandemia tem revelado no tocante à infância e à adolescência, são em consequências do fechamento do espaço de terceirização dos filhos, ou seja, das escolas. Os pais que outrora dividiam o tempo de interação e educação dos filhos com a escol, viram-se precisando assumi-los vinte e quatro horas por dia, em ambiente restrito, tendo que responsabilizar-se pelo acompanhamento da educação formal e preencher o espaço de atividades de desenvolvimento como o brincar, o lazer, sem, no entanto, ser possível abster-se do próprio trabalho. Isto gera um considerável aumento de pais que, diante da dificuldade em lidar com a energia dos filhos, tem buscado diagnósticos e conseqüentemente, medicamentos que controlem a agitação das crianças e adolescentes. Alguns trabalhos como Benedetti *et al.* (2018); Pais *et al.* (2016) e Rezende (2019) apontam a escola como a instituição que mais encaminha crianças e adolescentes para a medicalização dos comportamentos e agitações, porém, dentro da realidade de pandemia, esta incumbência passou a ser da família.

A medicalização da infância e da adolescência tem se mostrado um fenômeno próprio do tempo e do espaço social e histórico atual. O nosso objetivo neste estudo qualitativo

com desenho etnográfico é compreender as práticas envolvidas no processo de medicalização de crianças e adolescentes em situação de acolhimento e saber que discursos sustentam este processo desde o encaminhamento, avaliação diagnóstica e uso de psicofármacos, a partir dos entendimentos que os profissionais que atuam nas casas lares tem sobre a medicalização.

Configuramos nosso estudo em duas partes: a primeira destinada à proposta de trabalho, epistemologia e estudos teóricos e empíricos referentes ao nosso objeto de estudo, e a segunda contempla o método e as práticas envolvidas na pesquisa bem como seus resultados, discussões e conclusão. Compusemos nossa primeira parte com a apresentação do desenvolvimento da arque-genealogia de Michel Foucault descrevendo seu processo de construção teórica; em seguida, com estudos teórico-conceituais sobre o fenômeno da medicalização na atualidade e encerramos a primeira parte apresentando uma metassíntese qualitativa que engloba alguns trabalhos empíricos relacionados à medicalização infanto-juvenil seguindo a proposta metodológica de Sandelowski e Barroso (2007) e Sandelowski (2012).

Na segunda parte descrevemos nosso método de pesquisa qualitativa, etnográfica, os instrumentos que utilizamos e os participantes optamos por Gaskel (2008) para fundamentar os instrumentos utilizados na pesquisa; Bauer e Aarts (2008) para composição do corpus de pesquisa e Rosalind Gil (2008) para o tratamento dos dados orientado pela Análise do Discurso, juntamente com a arque-genealogia de Michel Foucault. Os resultados obtidos partem da análise dos enunciados e se configuram numa dispersão dos discursos que ampliam o entendimento sobre a medicalização infanto-juvenil. A nossa discussão busca o entrelaçamento de diferentes saberes relacionados ao fenômeno da medicalização que nos possibilite não só a compreensão, mas também uma proposição que privilegie cada acolhido em sua singularidade e especificidade.

2.1. Episteme

É um grande desafio estabelecer uma perspectiva epistemológica dentro da psicologia social em função de suas diferentes vertentes já que as abordagens clássicas norte Americana, Europeia e Latino Americana (Azevedo e Giesel 2019) sofreram variações em conformidade com as mudanças sociais e culturais da pós modernidade. Mas se faz necessário estabelecer uma perspectiva sob a qual toda a pesquisa será

encaminha, produzida, analisada e apresentada e também para deixar claro a nossa posição política diante deste projeto.

A perspectiva epistemológica que assumimos neste estudo são as proposições de Michel Foucault. Segundo ele, a episteme considera as práticas discursivas como “um conjunto de regras anônimas, históricas, sempre determinadas no tempo e no espaço, que definiram para uma época dada e para uma área social, econômica, geográfica ou linguística dada, as condições de exercício da função enunciativa” (Foucault, 2007, p.54). Para Scisleski *et al.* (2017), a episteme é o paradigma que estrutura os múltiplos saberes em determinado período, relacionando os diferentes tipos de discurso.

O contato com o pensamento Foucaultiano produz uma subversão nas formas de pensar a sociedade, a psicologia e a pesquisa, pois desnuda a naturalização da vida e de suas manifestações e a recoloca num lugar de análise e reflexão constantes, em que tudo pode e deve ser repensado nas suas origens. Exemplo disso é o seu método arqueológico que não permite uma esquematização em função de sua dinamicidade e abertura investigativa, pois redefine permanentemente seus objetivos, argumentos e princípios. Hunning e Scisleski (2018) apresentam quatro diferenças fundamentais entre o método arqueológico de Foucault com outros métodos:

“a arqueologia não está interessada em descobrir o momento de surgimento de algo, mas na regularidade dos enunciados; as formações discursivas não representam um texto contínuo, consideram as incoerências internas encontradas na rede discursiva; não pretende ser uma análise causal e sim mostrar como a história pode dar lugar a tipos definidos de discursos; as várias transformações de uma época permitem numerosas relações possíveis, constituindo-se em práticas discursivas” (Hunning e Scisleski, 2018, p. 2).

Fazer arqueologia de um saber, em Michel Foucault, compreende posicionar os próprios discursos enquanto práticas sociais que obedecem a regras postas e que não se apresentam como elementos transparentes, mas demandam de uma busca profunda que desvele o essencial; é definir os discursos em suas especificidades mostrando em que sentido o jogo das regras que utilizam é irreduzível e seguir as coordenadas fornecidas pelo próprio discurso; a arqueologia define tipos e práticas discursivas que atravessam obras individuais, comandando-as inteira ou parcialmente, não tenta repetir o que foi dito, propõe uma reescrita, uma transformação, uma descrição sistemática de um discurso-objeto historicamente posicionado (Foucault, 2019).

A proposta arqueológica não se prende a sistematizações nem a sucessões cronológicas. Pode constituir-se numa árvore de derivações de um discurso, onde ficarão

nas raízes os enunciados reitores, ou seja, aqueles que se referem a estruturas observáveis, que estão no campo dos objetos possíveis, que abrem um domínio de conceitos a ser construídos e oferecem espaço ao maior número de opções ulteriores. Nas extremidades dos ramos ficarão as descobertas, transformações conceituais, a emergência de noções inéditas. Entre as raízes e as extremidades dos galhos desta árvore de derivações discursivas, há uma trajetória que se inscreve na regularidade de enunciados enquanto conjunto de condições nas quais se exerce a função enunciativa que assegura e define sua existência, que indefine os enunciados criadores dos imitativos, que não se opõe à irregularidades, mas, a outras regularidades de outros discursos.

Foucault exemplifica esta questão da regularidade dos enunciados citando performances verbais que são idênticas do ponto de vista lógico e gramatical, mas que, enunciativamente são diferentes. São as homogeneidades enunciativas que a arqueologia vai se encarregar de descrever, juntamente com suas heterogeneidades, com o entrecruzamento entre continuidades e mudanças linguísticas, entre identidades e diferenças lógicas, e que, mesmo estando cada uma em seu ritmo próprio e sem se sobrepor a outra, mantem um certo número de relações e interdependências que devem ser inventariadas. Por enunciado, entenda-se em sua obra, como um modo singular de existência, uma função de existência, um conjunto de signos em ação.

O discurso em Foucault (2019) é um conjunto de enunciados que converte o social, seus objetos e sujeitos em práticas discursivas inter-relacionadas. É através dos discursos que se instauram as relações de poder. A genealogia de Foucault (2019) nos apresenta saber e poder como forças que se apoiam e se reforçam mutuamente. Os saberes como forças políticas e o poder como um jogo com o qual não há enfrentamento, apenas resistência; o jogo opera num campo de possibilidades, algo que se exerce e não algo que se possui (Gimbo, 2017).

O método arqueológico de Foucault veio para resgatar e reformular algumas proposições metodológicas de suas obras anteriores, apresentando correções e críticas internas em *A História da Loucura* (1961); recurso à análise estrutural que ameaçava subtrair a especificidade do problema colocado em *O Nascimento da Clínica* (1963), bem como para suprir a ausência da balizagem metodológica que permitiu que se analisasse *As Palavras e as Coisas* (1966) com uma totalidade cultural (Foucault, 2019, p. 20).

A partir da publicação do ensaio “Nietzsche, a Genealogia, a História” (1971), Michel Foucault abre uma discussão conceitual que o leva a ideia de genealogia onde inclui as relações de poder e das práticas não discursivas em suas análises, a partir das quais surge a tese fundamental da genealogia: “o poder é produtor de individualidade. O

indivíduo é uma produção do poder e do saber” (Machado, 2018, p. 24). O objetivo da genealogia foi neutralizar a ideia que faz da ciência um conhecimento em que o sujeito vence as limitações de suas condições particulares de existência, instalando-se na neutralidade objetiva do universal e mostrar que a investigação do saber não deve remeter a um sujeito do conhecimento, mas às relações de poder que o constituem, já que todo saber tem sua gênese nas relações de poder.

Foucault traz para a sua genealogia dois conceitos essenciais de Nietzsche: proveniência (*herkunft*) e emergência (*entstehung*) e os atualiza dentro de sua análise, excluindo a ideia de busca de origens. A proveniência permite reencontrar a proliferação dos acontecimentos através dos quais os conceitos se formaram, manter o que se passou na dispersão que lhe é própria demarcando seu conjunto de falhas, de fissuras, de camadas heterogêneas que geraram instabilidades. A proveniência diz respeito ao corpo enquanto superfície de inscrição dos acontecimentos, lugar de dissociação do Eu. Ao analisar a proveniência, a genealogia estabelece um ponto de articulação entre corpo e história, apresentando um corpo marcado pela história e uma história arruinando o corpo (Foucault, 2018, p.65)

Enquanto a proveniência trata diretamente das inscrições históricas sobre o corpo, a emergência se produz dentro de um estado de forças, um lugar de afrontamentos, um não lugar que demonstra que os adversários não pertencem ao mesmo espaço, se produz no interstício. As emergências não se apresentam como figuras sucessivas de uma significação, mas como efeitos de substituição, reposição, deslocamentos, conquistas disfarçadas, inversões sistemáticas que vão se materializar nos discursos naturalizados que caracterizam as relações de poder.

Para Foucault, analisar o poder significa considerar o fenômeno dominação/sujeição característicos da teoria jurídico-política da soberania e transposta para outras formas de dominação subsequentes, como o poder disciplinar e biopoder. Para isso propõe cinco precauções metodológicas como: olhar para os efeitos da dominação; para os operadores materiais; para as formas de sujeição; para os usos e conexões da sujeição pelos sistemas locais; e para os dispositivos estratégicos. Dentro desta teoria o poder é exercido sobre todo o corpo social, num engendramento da ideologia soberana em todas as instâncias, atravessada pelo discurso de legitimação do poder e também da submissão. O poder disciplinar, ao contrário da relação soberania/súditos, se apoia mais nos corpos e seus atos do que na terra e seus produtos; é uma das grandes invenções da sociedade burguesa. Este tipo de poder veicula o discurso da regra “natural”, cujo código é a normalização e cuja jurisprudência é o saber clínico.

Foucault ressalta a força que o saber se impõe sobre o poder ao discorrer sobre a insurreição dos saberes dominados, oferecendo duas formas de entendê-los: uma relativa aos conteúdos históricos que foram sepultados, mascarados em coerências funcionais ou sistematizações formais que a crítica pode fazer reaparecer; e os saberes das pessoas que foram desqualificados como não competentes ou insuficientemente elaborados e compreendem os saberes do psiquiatrizado, do doente, do enfermeiro, do médico paralelo e marginal em relação ao saber médico, do delinquente. Foi justamente o acoplamento destes dois tipos de saber que deu força a crítica que delineou a genealogia, permitindo que fosse eliminada a tirania dos discursos englobantes com suas hierarquias e os privilégios de vanguarda teórica. Esta insurreição veio ativar os saberes locais, descontínuos, desqualificados, não legitimados, contra os efeitos do discurso científico centralizador do saber-poder. O saber, por tanto, se coloca como primeira instância do poder, e o que a genealogia busca é privilegiar todos os saberes sem hierarquizá-los, nem discriminá-los. Para fazer uma análise do poder é preciso tê-lo como algo que não se dá, não se troca, não se retoma, mas se exerce. Ele só existe na ação, é uma relação de força e circula no meio social.

Daí decorre o conceito de biopolítica que vem representar, nos últimos trabalhos de Foucault, uma mudança na racionalidade da gestão da população, pautada na lógica da razão do Estado: as vidas que antes serviam para o fortalecimento do Estado, passam a representar o fortalecimento do mercado (Costa *et al*, 2013), e é esta lógica que reside na relação saúde-doença-bem estar-psicofármacos na sociedade atual. A medida que as normalizações disciplinares se chocam com outras forças de poder se faz mais necessário a presença de um discurso mediador para metaforizá-las. Discurso este que se materializa nos fármacos.

Lemos, Gomes e Oliveira (2020) distinguem os conceitos Foucaultianos de “anatomopolítica” e “biopoder” colocando o primeiro como intervenções individuais sobre os corpos, decorrentes de tecnologias de poder que tem o intuito de docilizá-lo, normalizá-lo e torna-lo eficiente; e o segundo como intervenções coletivas sobre os corpos com os mesmos objetivos. Estas intervenções ocorrem a nível biológico, são geradas e sustentadas pelos discursos de higiene, saúde, conduta e comportamentos padronizados e culminam nos processos de medicalização da vida.

Entendemos que, se desejarmos um outro social, é indispensável uma epistemologia que se recuse a trabalhar a partir de operadores dicotômicos, que assumam um posicionamento crítico político e se implique numa ética capaz de dialogar com a norma e com os procedimentos normatizadores.

3. PROCESSO DE MEDICALIZAÇÃO

A medicalização psiquiátrica é um fenômeno contemporâneo que desperta muitas indagações, pois, a impressão que se tem é de que, de repente, as doenças mentais se proliferaram e os psicofármacos brotaram quase que simultaneamente.

Segundo Rezende (2019), os estudos a respeito da medicalização ainda são restritos à área da psicologia, quando já deveriam compor o *corpus* de pesquisa da psiquiatria, pediatria, educação e farmácia e, sem estudos, tem-se apenas uma compreensão mínima advinda das manifestações cotidianas das famílias e da escola diante deste processo. Aponta para uma luz que vem dos indicativos de que o fenômeno da medicalização tem despertado interesse de pesquisadores uma vez que o termo medicalização já assumiu o status de palavra-chave nos bancos de dados. Barbosa, (2019, p. 2) cita o conceito de medicalização assumido pelo Segundo Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade (2015) como um processo que transforma artificialmente questões do cotidiano em problemas médicos.

Em ‘O Nascimento da Medicina Social’, Michel Foucault (1974) apresenta um histórico do surgimento da medicina a partir do séc. XVII em que demonstra que podemos ter dois olhares sobre a medicalização enquanto intervenções médicas ao longo da história: a primeira é a sanitização das cidades, que modificou positivamente a existência humana; e a segunda, que acarreta consequências negativas para os sujeitos, é o controle social autoritário sobre os corpos e as condutas.

Ao tentar responder se a medicina moderna é social ou individual, o autor apresenta o surgimento da medicina em três países: Alemanha, Inglaterra e França. Na Alemanha surge como uma medicina de Estado com objetivos definidos como da observação da morbidade da população, que contabilizava, a nível de Estado, os diferentes fenômenos epidêmicos ou endêmicos; da normalização das práticas médicas onde os médicos são os primeiros a serem normalizados; de uma organização administrativa que controlava e subordinava a prática médica a um poder superior; e da criação de funcionários médicos vinculados ao Estado divididos em atendentes ao público e em oficiais médicos que ocupavam lugar administrativo na saúde.

Na França a medicina surgiu como medida sanitária, com características urbana e social, diante da necessidade de organizar o corpo urbano sob um poder único e bem regulamentado. Foi na França que o modelo médico e político instituiu a quarentena sempre que surgisse uma peste ou doença epidêmica. Nestes casos as pessoas eram orientadas a permanecer em suas casas, de preferência em cômodos separados, para facilitar a localização e medicalização quando necessária. A partir deste modelo de medicina, houve a divisão da cidade em bairros, cada um com uma autoridade sanitária cujos inspetores tinham a incumbência de vigiar a população, registrar todo o movimento e informar ao prefeito. Neste contexto, medicalizar alguém significava manda-lo para fora da cidade a fim de preservar os demais seguindo um modelo militar que visava a higiene pública. As medidas preventivas deste modelo eram a análise, desinfecção e extinção de lugares insalubres, controle e estabelecimento de uma boa circulação de ar e água e a medicalização em Paris.

O modelo inglês de medicina surge em função do desenvolvimento industrial e, embora influenciado pelos modelos alemães e franceses, segue outra direção. A partir da Lei dos pobres, a Inglaterra estende aos mais pobres a assistência médica não só como proteção desta população, mas também de proteção aos ricos em função da transmissibilidade das doenças. Forma-se um cordão sanitário entre ricos e pobres que revela na legislação médica a preocupação da burguesia com a própria saúde. Mais tarde os ingleses ampliam a legislação médica da Lei dos pobres com a criação dos sistemas de *health service* e de *health officers* que objetivavam um controle ostensivo a saúde e aos corpos das classes mais pobres para torna-los mais aptos ao trabalho e menos perigosos para as classes mais ricas, impondo mecanismos como a obrigatoriedade das vacinas, das declarações e registros de doenças potencialmente epidêmicas e da localização e destruição de focos insalubres. A originalidade da medicina social inglesa consiste em sobrepor três sistemas médicos que coexistem: a medicina assistencial destinada aos mais pobres, a medicina administrativa encarregada de problemas gerais como vacinação e epidemias e a medicina privada que beneficia quem tem possibilidade de pagar (Foucault, 1974)

Hoje há um deslocamento do sonho higienista de isolar e erradicar a doença para um modelo de responsabilidade individual pela saúde atrelada às políticas públicas de Estado. Esse deslocamento é exatamente do que trata o conceito de medicalização indefinida (Zorzaneli e Cruz, 2018).

Se, no século XVIII, a medicalização das cidades foi de suma importância para o desenvolvimento social, o segundo episódio da medicalização, mais contemporâneo, é o maior alvo de interesse na atualidade, por sua capacidade de ampliação do campo de intervenção médica. É que, no século XX, a medicina perdeu, efetivamente, suas fronteiras e passou a ocupar todo o campo social fora da demanda do sujeito. A medicina passou, então, a fazer parte do cotidiano de todos, como uma intervenção sem demanda, incorporada à sexualidade, às escolas, às famílias e aos tribunais (Zorzanelli e Cruz, 2018, p. 6).

Assistimos hoje a uma modificação no gerenciamento da vida, do comportamento e da subjetividade humana diante de uma maior incidência de diagnósticos médicos que, além de patologizar a vida, são adotados pelo Estado no âmbito das instituições como política pública e mecanismo de controle social.

“A medicalização consiste, assim, em definir um problema em termos médicos, usar linguagem médica para descrevê-lo, adotar um enquadramento médico para classificá-lo ou usar uma intervenção médica para tratá-lo.(...) 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 (Sanches, e Amarante, 2014, p. 509).

Isso é, não encontrando estratégias adequadas e atores capazes de trabalhar diferenciadamente, o recurso a alternativas químicas torna-se potencialmente mais acessível

Whitaker (2016) apresenta uma revisão de estudos científicos destinados a analisar a eficácia de alguns medicamentos psiquiátricos utilizados em casos de psicose. Entre esses estudos destacamos: o do Instituto Nacional de Saúde Mental (NIMH, 1961); e os das décadas de 70 e 80 de Agnews State Hospital, “O experimento de Soteria”, liderado por Loren Mosher; Rappaport; Wunderink (década de 1970). Considerando os fatores de recaída e rehospitalização, as conclusões apresentadas por todos eles referem-se a uma melhora nos pacientes tratados com psicofármacos apenas em curto prazo, mas, a longo prazo, trazem mais prejuízos do que benefícios, inclusive alterando a estrutura cerebral.

O autor relata também estudos realizados a partir da década de 90 com exames de imagem em que os investigadores relataram que os antipsicóticos causavam inchaço nas estruturas dos gânglios de base e do tálamo e também um encolhimento dos lobos frontais, com mudanças nos volumes do cérebro. Em 2011, pesquisas de imagem confirmaram a correlação entre a diminuição do volume cerebral ao uso prolongado destes medicamentos. A hipótese de Whitaker (2016) de que os antipsicóticos induziam a uma mudança biológica no cérebro e tornavam os pacientes mais vulneráveis biologicamente às psicoses, podendo levar ao desenvolvimento de psicose tardia em porcentagem significativa da população, se confirma.

Na obra de Foucault, a medicalização assume dois sentidos: entre os séculos XVII e XIX como um processo de sanitização que produziria salubridade e higiene social nas cidades; e do fim do século XIX até hoje como uma “medicalização indefinida”, quando a medicalização avança no campo semântico do biopoder, momento em que há uma extrapolação da ciência médica para a vida em si e o corpo passa a ser objeto de atuação tanto da ciência médica quanto da política e da sociedade (Zorzanelli e Cruz, 2018). Estes dois sentidos não são excludentes, pois, a forma como a medicalização se institui hoje carrega ainda as marcas higienistas francesas e excludentes inglesas e, de alguma forma, metaforizam os modos de existência que fogem às normatizações.

O biopoder vem somar a forma anatomopolítica e os procedimentos disciplinares do corpo individual com o corpo-espécie e seus processos biológicos. A gestão da vida baseada no desempenho dos corpos e seus processos vitais encontram no fenômeno da medicalização um lugar de ação, baseada num discurso científico que produz intervenção e controle sobre a população e o indivíduo simultaneamente. Rezende, (2019) diz que o discurso patologizante da vida social produzido pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), com apoio da indústria farmacêutica foi revigorado ao valorizar a dimensão individual e assumir a medicalização como reguladora da subjetividade.

3.1. Conceito de diagnóstico

No senso comum, a palavra diagnóstico nos remete à definição de um nome para uma condição ou situação que não só explica mas propõe soluções para esta condição. Segundo Santos (2006, p. 86), senso comum é o “conhecimento vulgar e prático com que no cotidiano orientamos as nossas ações e damos sentido à nossa vida”. Os estudos

científicos ampliam e aprofundam esta percepção trazendo a história de como se construiu o conceito de diagnósticos e que discursos fizeram parte desta construção. Segundo o dicionário on-line de português, diagnóstico é encontrar a razão e a natureza de uma afecção, de uma doença, geralmente através da descrição dos seus sintomas. Para Sancho, Pfeiffer e Corrêa (2019, p. 5), o diagnóstico é “tomado como uma narrativa” em que o médico narra algo do paciente ao mesmo tempo em que narra de si mesmo e de tudo que o constituiu como médico; como um “conhecer através” de um olhar, de um acontecimento, de uma relação e não, necessariamente, nomear uma doença, mas estabelecer uma relação ética na direção de um conhecimento compartilhado. Para esses autores, o diagnóstico pode ser tomado como um discurso carregado de sentido. Afirmam que, na contemporaneidade, é comum o atendimento tipo “queixa conduta” em que o diagnóstico se reduz ao nome de uma doença associado ao nome de um remédio. Este fármaco silencia o diagnóstico que se inscreve em uma memória hipocrática onde o “conhecer através” é apagado.

Para Pais *et al.* (2016, p. 2) “o rótulo ou diagnóstico validado por aqueles que detém o conhecimento e o poder médico provocam em nível psicossocial consequências e respostas sociais relativas à posição, aos papéis sociais, a auto imagem e auto estima da própria pessoa”, o que levaria os diagnosticados a uma condição de afastamento e até exclusão. Uma posição mais comedida a respeito de medicalização vem nos dizer que “reconhecemos que o medicamento resulta de importantes avanços da medicina (...), que não se conheçam totalmente seus efeitos em alguns casos, é inquestionável a eficácia dos medicamentos em alguns níveis específicos já estudados” (Brozowski e Caponi, 2015, p.19). Massari (2009) refere-se ao diagnóstico como um aprisionamento cujo modo de redução e classificação podem inviabilizar o sujeito e suas relações.

3.2. As diferentes infâncias e adolescências

O conceito de infância historicamente surgiu, segundo Ariés (1986), a partir do século XVII quando as crianças pequenas começaram a ser observadas em seus movimentos de dependência, demandando cuidados, proteção e amparo. A palavra infância passou a designar a idade da necessidade de proteção que perdura até hoje. Segundo a autora, à medida em que a burguesia ascendeu economicamente, foi adaptando o poder aquisitivo na mudança de tratamento dos filhos, principalmente no luxo dos vestuários e em uma proteção maior

Émile Durkheim (1978) foi quem primeiro associou infância à escola, com o objetivo de moralizar e disciplinar a criança, atribuindo a elas um humor endoidecido que poderia ser controlado através de três elementos da moralidade: o espírito da disciplina, o espírito da abnegação e a autonomia da vontade. A partir do desenvolvimento de uma pedagogia para as crianças pode-se falar de uma construção social da infância, um fenômeno histórico caracterizado pela heteronomia, dependência e obediência ao adulto em troca de proteção (Souza, 2017).

A infância poética como é conhecida no mundo moderno é fruto de uma longa construção histórica e antropológica, mas não é igual para todas as crianças. As desigualdades sociais, raciais, educacionais e econômicas produzem em nossa sociedade múltiplas infâncias, em diversidade e em complexidade. Diante disso, em outubro de 1990, e, trinta e um anos depois da Declaração Universal dos Direitos da Criança pela ONU, Organização das Nações Unidas, o Brasil publicou o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, Brasília, 2019) com o intuito de garantir às crianças e adolescentes brasileiros os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, assegurando-lhes proteção integral e condições de desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade.

De acordo com a legislação brasileira, conforme a Constituição Federal (1988) e o ECA (1990), são consideradas crianças as pessoas com até 12 anos de idade e adolescentes as pessoas entre 12 e 18 anos de idade. Ambos são reconhecidos como cidadãos de direito e em condições de desenvolvimento e proteção, porém, nos discursos institucionais, a infância costuma ser tratada como um vir-a-ser de um futuro distante, como se fosse sua responsabilidade construir um depois-feliz. Neste caso, o exercício da cidadania seria postergado para a maioria e não exercido em seus tempos de infância e adolescência (Souza, 2017).

Um número significativo de crianças tem enfrentado precocemente experiências negativas que as impedem de se desenvolver, que negam o espaço simbólico de construção das suas subjetividades e as colocam em realidades marcadas por violência, negligência, descaso e subjugação. A realidade apresentada no filme sul-africano “Tsotsi”, dirigido por Gavin Hood (2005), cujo título foi traduzido no Brasil como “Infância Roubada”, nos coloca numa posição decisiva de olhar para as múltiplas infâncias que se apresentam na contemporaneidade e nos coloca o grande dilema entre fazer algo para mudar a realidade das nossas crianças ou fazer algo para mudar a realidade das nossas crianças! Não há como eximir-se deste compromisso.

Conforme Pan e Provenzi, (2021) no Brasil, a assistência à juventude é marcada pelo olhar sobre a deficiência e os problemas, onde as políticas públicas incorporam o sentido de risco e da diferença, para o qual se busca formas de normalização e regulamentação através de estratégias de intervenção, prevenção e controle que acabam por naturalizar as desigualdades e depositar nos indivíduos a responsabilidade por sua condição.

3.3. A inclusão da criança na psiquiatria

Dentro da proposta higienista de Michel Foucault (1984, p.91-92) a partir do século XVIII, houve uma transformação na função do hospital: de instituição para os pobres e lugar para morrer passou a ser uma instituição de cura. A essa transformação ele chamou de nosopolítica, ou seja, uma política social que tem a saúde como ideal e responsabilidade de todos. A família e a infância tornam-se assim em lugar privilegiado de intervenção médica e agentes mais constantes da medicalização (Zorzaneli e Cruz, 2018).

No Brasil, a inserção da criança na área psiquiátrica se deu a partir da normatização do desenvolvimento de crianças e adolescentes e pela transformação de suas múltiplas manifestações em patologia. No que tange à infância pobre e suas passagens por serviços de acolhimento, a medicalização não é novidade, pois a psiquiatria em nosso país está intimamente ligada à teoria higienista. Com a instauração do regime republicano, os que não contribuísssem para os ideais de ordem e progresso eram considerados fardos sociais. Em contrapartida, o discurso hegemônico sobre a importância da criança na sociedade legitimou a concepção da criança a ser assistida: a deficiente social (pobre) e a deficiente mental e moral (delinquente). Atualmente, “crianças e adolescentes sob tutela da justiça” estão mais “sujeitas à internação psiquiátrica e, quando adentram nesses serviços, são objeto de intervenções com características distintas de outras crianças e adolescentes” (Massari, 2009, p.3).

Segundo Whitaker (2017, p.225), prescrever medicamentos psiquiátricos para crianças e adolescentes é um fenômeno recente e começou depois da década de 80. Segundo ele, “primeiro a psiquiatria materializou o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) como uma doença identificável; depois determinou que a depressão aguda e o transtorno bipolar atingem regularmente crianças e adolescentes” (p. 226). A materialização do TDAH se deu através do financiamento de uma indústria farmacêutica para um grupo de apoio a pacientes, que se encarregou da divulgação da

doença e suas características; em seguida se deu a inclusão do TDAH como uma deficiência coberta por lei com direito a serviços especiais financiados com verbas federais; a partir daí as escolas começaram a identificar as crianças portadoras deste transtorno. Daí decorre o fato de a escola ser a principal encaminhadora de crianças para a psiquiatria (Rezende, 2019, p. 45).

Dentro da nossa pesquisa, percebemos que muitas crianças e adolescentes chegam às casas de acolhimento já tendo passado pelo serviço de saúde mental, já diagnosticados e submetidos a tratamentos com medicações controladas, ou seja, já tem diagnósticos psiquiátricos antes mesmo de serem acolhidos. Sabemos como foram inseridas no contexto da psiquiatria. Agora buscamos formas de tirá-las deste contexto e as realocarmos nos seus espaços de desenvolvimento saudável e sem estigmas.

4. METASSÍNTESE: REVISÃO QUALITATIVA DE LITERATURA

Esta revisão qualitativa de literatura metassíntese faz parte da dissertação de mestrado cujo assunto envolve as práticas subjacentes ao processo de medicalização em crianças e adolescentes acolhidos em casas lares. Nosso objetivo é buscar referenciais em estudos que contemplem a medicalização psiquiátrica infanto-juvenil para que possamos embasar nosso estudo sobre este fenômeno e os efeitos que a medicalização traz para o desenvolvimento e constituição subjetiva desta população.

O projeto surgiu a partir do atendimento psicológico clínico à crianças e adolescentes em situação de acolhimento, quando observamos que elas, com frequência, são encaminhadas ao serviço de saúde mental com queixas de agitação, comportamentos “rebeldes”, autolesões, dificuldades de aprendizagem, timidez e tristeza. Tendo em vista a linha tênue que separa a doença mental da sanidade. Percebemos que algumas das queixas apresentadas são próprias do desenvolvimento humano nestas faixas etárias; no entanto, são vistas como comportamentos desviantes ou doenças; outras, porém, são realmente passivas de tratamento tanto psicológico quanto psiquiátrico.

Muitas crianças e adolescentes chegam às casas lares já tendo passado pelo serviço de saúde mental, já diagnosticados e submetidos a tratamentos com medicações controladas; ou seja, já tem diagnósticos psiquiátricos antes mesmo de serem acolhidos. Por isso, achamos relevante conhecer trabalhos empíricos sobre a medicalização de crianças e adolescentes em situação de acolhimento que possam ampliar a compreensão de fatores desencadeantes dos tratamentos psiquiátricos nessas populações.

Se faz necessário expandir a compreensão do fenômeno partindo de outras compreensões, debates, discussões acerca dos processos e práticas envolvidas no processo. Para isso nos propomos a compor uma revisão qualitativa de literatura do tipo metassíntese, por meio da qual possamos conhecer e integrar interpretações fornecidas em estudos empíricos primários que possam contribuir para a compreensão das práticas envolvidas no processo de medicalização infanto-juvenil.

Entendemos como metassíntese a revisão qualitativa sistemática de literatura que supera a descrição e comparação de dados primários e leva a um aprofundamento da compreensão de sentidos e significações presentes na interpretação da discussão dos revisores de uma pesquisa empírica, incluindo suas percepções subjetivas. (Faria e Camargo, 2021).

Dentre as limitações para este tipo de revisão de literatura citamos a busca e seleção das pesquisas para realizar a metassíntese que, por não abarcar todas as pesquisas efetuadas, depende do que os autores propuseram como foco da pesquisa, como palavras-chave, título e resumo (Alencar e Almouloud, 2017). Outra limitação para metassíntese é a dificuldade de acesso aos artigos decorrentes de dissertações e teses que nem sempre estão disponíveis em bancos de dados online.

A metassíntese, assim como outros modelos de revisão sistemática, é conduzida por protocolos sistemáticos e explícitos, porém flexíveis ao ponto de poderem ser modificados ao longo da pesquisa, desde que seja para ajustar-se à natureza dos achados e à própria estrutura da pesquisa de cunho qualitativo. Diante dessa exposição, justificamos nossa opção pelos passos propostos por Sandelowski e Barroso (2007) e Sandelowski (2012) para realizar nossa metassíntese.

4.1. Método para Metassíntese

Para compor essa metassíntese, foram buscados artigos e relatórios de pesquisas empíricas, qualitativas, relacionadas à medicalização em crianças e adolescentes em situação proteção judicial, publicadas nos últimos cinco anos, em periódicos a partir do Portal Capes utilizando os seguintes descritores: medicalização; *medicalization*; medicalização da infância; acolhimento; institucionalização; “*institutional care*”; crianças e adolescente; crianças e jovens; *childx AND teenagerx*; serviços de atendimento à saúde; proteção judicial de crianças e adolescentes; crianças e jovens institucionalizados.

Para Sandelowski e Barroso (2007) não basta que um trabalho se inscreva como qualitativo. É preciso corresponder ao requisito de apresentar achados cuja discussão gere interpretação e novos conhecimentos. Dentro do espectro da pesquisa, estabelecem um *continuum* que vai desde uma tipologia “sem achados” e a “pesquisa em tópicos” que não são consideradas qualitativas, passando pela “pesquisa temática” numa posição intermediária que só poderia ser tomada como qualitativa após discussão entre pesquisadores pares, e culminando com as pesquisas do tipo “descrição temática conceitual” ou do tipo “explicação interpretativa”. Esta proposição tipológica, juntamente com o ano de publicação menor que cinco anos e a característica empírica do estudo, norteou nosso critério de inclusão/exclusão

Incluimos nessa metassíntese, o trabalho de Oliveira *et al.* (2018) por discutir seus achados de forma explicativa interpretativa; Pais *et al.* (2016); e Manske e Quadros (2020) pela tipologia de descrição temática conceitual. Todos estes trabalhos abordam a temática da medicalização em crianças e adolescentes; em instituições de acolhimento (Oliveira *et al.*, 2018) ou em educação (Pais *et al.*, 2016; Manske e Quadros, 2020).

Foram excluídos estudos com populações que não sejam crianças e adolescentes; que tratem de outros tipos de acolhimento como medidas socioeducativas ou internações corretivas; estudos com bebês; estudos que não se encaixam na tipologia qualitativa proposta pelas autoras.

Visando aproximar ao máximo os artigos selecionados ao objeto de pesquisa “medicalização de crianças e adolescente em situação de acolhimento”, e em vista da dificuldade de encontrar artigos relacionados ao assunto com essas populações, refinamos nossa estratégia de busca utilizando artigos que, além de abordar o tema, apresentassem análises qualitativas e críticas fundamentadas, dentro da perspectiva da Psicologia Histórico-Cultural e da visão Foucaultiana, por entendermos que dentro destas propostas há um aprofundamento maior dos entendimentos em função de suas historicidades e também da capacidade dispersiva dos discursos analisados primariamente que expandem a qualidade das interpretações

Para rastrear os resultados das pesquisas, confrontamos a leitura de sumários (inclusão nossa), do resumo, da introdução dos trabalhos com a leitura das discussões e das considerações finais dos mesmos, verificando o grau de coerência da proposta para com seus achados e reafirmando o caráter qualitativo através das tipologias “explicativa interpretativa” ou “descrição temática/conceitual”

A primeira atitude para avaliar os artigos individuais foi restringir para a metassíntese qualitativa apenas artigos publicados em periódicos. Em seguida

procedemos o fichamento de cada trabalho respeitando a seguinte ordem: título, ano, periódico, empírico ou conceitual; autor(es); local da pesquisa; objetivos; fundamentação teórica; orientação metodológica, participantes; tipo de achados. A comparação dos relatórios iniciou-se a partir dos fichamentos das pesquisas selecionadas e da marcação de similaridades, diferenças e integrações tanto conceituais quanto conclusivas.

A classificação das descobertas foi realizada a partir da correlação que os estudos primários apresentavam com nosso objetivo e nosso projeto de compreender as práticas envolvidas no processo de medicalização infanto-juvenil em casas lares. Foram selecionados relatórios que não se prendiam a esse contexto, em função da escassez de pesquisas nessa área, mas que traziam contribuições pertinentes aos objetivos da pesquisa.

A síntese das descobertas ocorreu seguindo algumas etapas: leitura dos trabalhos na íntegra, releitura dos achados nos fichamentos, comparação das releituras com as teorias que as sustentam e triangulação com o objetivo das pesquisadoras. A estratégia utilizada para otimizar e validar os procedimentos desse estudo foi a seleção de um autor para orientar o estudo, no caso, Sandelowski (2012) e Sandelowski e Barroso (2007), cuja proposta apresenta rigor tanto no processo de seleção dos trabalhos, quanto no de análise, comparação e metassíntese dos achados qualitativos.

4.2. Configuração dos artigos metassintetizados

A fim de apresentar os resultados da revisão sistemática qualitativa de literatura de forma concisa, vamos nos ater à proposta de Sadelowski (2012) e Sandelowski e Barroso (2007), traçar um perfil dos relatórios individuais e dos achados presentes em suas análises enquanto “descrição temática/conceitual” ou “explicativa interpretativa”

Iniciamos a apresentação dos resultados com o artigo de Oliveira *et al.* (2018), “Entre Medicalização e Recusas: crianças e adolescentes nos circuitos sócio assistenciais sanitários”, publicado na Rev. Pólis Psique. O objetivo do trabalho é examinar dois analisadores: a medicalização como *modus operandi* em instituições de acolhimento; e a seletividade na porta de entrada dos acolhimentos que levam a emergência de serviços híbridos entre saúde e assistência social. Os aportes teóricos desta pesquisa foram: Caliman *et al.* (2016); Arantes (2016); Massari, (2016); Nascimento (2015); Scheinvar (2015); Almeida (2012); Rizzini & Rizzini (2004) Foucault (2006). O local escolhido para a pesquisa foi uma instituição resistente à medicalização que se contrapõe ao

Comentado [J1]: Esta fonte não está nas referências

Comentado [A2R1]:

hibridismo assistencial que promove uma fusão entre hospital psiquiátrico e instituições de acolhimento.

Os autores apresentam lacunas no manejo de crianças e adolescentes enquanto sujeitos de direitos e identificam lógicas tutelares, moralistas e autoritárias que se atualizam nas noções de proteção e de desenvolvimento que estão nas bases das políticas pública dirigidas à infância e adolescência no Estado de São Paulo. Descrevem como a institucionalização, a criminalização e a tutela, simultaneamente atuantes nos acolhimentos, desrespeitam os direitos à cidadania dos acolhidos.

Utilizam o conceito de “analisador” por dar visibilidade ao jogo de forças que atuam e permitem arguir sobre determinadas naturalizações presentes no *modus operandi* das instituições apresentadas nos dois casos que trata o artigo: o de Marcos, acolhido aos 8 anos, encaminhado ao hospital psiquiátrico onde o médico disse não precisar ser medicalizados, mas, a pedidos do educador que o acompanhava, recebeu uma receita. Aos 17 anos, os referenciais que tinha eram os medicamentos que utilizava em cada instituição pela qual passou. Outro exemplo deste *modus operandi* foi o caso de Carla. Em acolhimento desde os dois anos de idade, teve a primeira internação psiquiátrica aos doze anos. Aos quatorze mudou de abrigo, teve um surto agressivo que a manteve internada por mais dois anos. Aos dezessete anos, foi encaminhada para o UAI- Unidade de Atendimento Infanto-juvenil, mesmo não sendo usuária de drogas. Segundo as autoras, teve a vida determinada por ordens judiciais, concretizando um não-lugar e representando um resíduo institucional

O trabalho de Oliveira *et al.* (2018) revela que, das 24 crianças acolhidas no Centro de Referência para Crianças e Adolescentes (CRECA), mais tarde chamado de Casa de Expedições, 24 tomavam medicação e apenas duas realmente necessitavam por serem epiléticas, o que requeria uma mudança de olhar e mudança de paradigmas em relação às crianças institucionalizadas em serviços de acolhimento. O local é caracterizado por apresentar resistência ao processo de medicalização dos acolhidos porque busca novas formas de lidar com as dificuldades relacionais, educacionais e sociais das crianças e adolescentes.

Outro artigo selecionado vem de um estudo primário realizado no norte de Portugal por Pais *et al.* (2016), fruto de um projeto de pós-doutoramento sob o título “Saúde e escola: reflexões em torno da medicalização da educação”. Tem como objetivo recolher percepções e experiências de profissionais da educação e de pais sobre a emergência de diagnósticos nebulosos e os efeitos da medicação, quer na qualidade das experiências sociais, quer na performance acadêmica das crianças e jovens. É embasado

nas propostas de Singh (2006), Ludermir (2008) e Brozowski e Caponi (2009, 2010, 2015). Seu principal achado diz respeito aos diagnósticos nebulosos que surgem na escola e no meio social onde a criança convive e são endossados pela medicina, sem uma análise mais profunda da necessidade ou não de medicamento.

O terceiro trabalho selecionado para esta metassíntese é o de Manske e Quadros (2020), “Levados da Breca: a medicalização infantil no âmbito escolar”, publicado na Revista Perspectiva, do Centro de Ciências da Educação, de Florianópolis. O objetivo do trabalho foi compreender os processos de encaminhamento de crianças da rede pública de ensino ao especialistas da área de saúde responsável pelo diagnóstico e tratamento de transtornos da infância. Seus principais referenciais teóricos foram: Figueira e Caliman (2014); Leonardo e Suzuki (2016); Possani (2015); Mysés e Colares (2014); Heckert e Rocha (2012); Foucault (2002); Sanches e Amarante (2014). Destacam-se em seus achados a falta de critério para encaminhamento das crianças, onde cada professor coloca suas percepções com base nos comportamentos expressos da criança e apontando possíveis causas biológica para tais comportamentos; a consolidação do discurso médico no meio escolar e a ausência de narrativas das crianças e das famílias nos processos de encaminhamento.

Dentre os três estudos empíricos selecionados, Oliveira *et al.* (2018) associa nossos descritores associados com casas de acolhimento de São Paulo onde são relatados dois casos específicos de medicalização psiquiátrica desnecessária; Manske e Quadros (2020) com doze profissionais de escola pública responsáveis pelo encaminhamento de crianças para atendimento e medicalização a partir de dificuldades escolares; Pais *et al.* (2016), por sua vez, apresentam nossos descritores em um estudo ao norte de Portugal com duas mães de crianças e adolescentes em idade escolar, três profissionais da educação e uma representante da associação de pais na perspectiva de questionar o espaço que é dado à criança e ao jovem diagnosticado para se implicar na alteração de estratégias pedagógicas que visam sua integração e bem-estar no espaço escolar.

Os participantes apresentados nos artigos têm características distintas, conforme as realidades estudadas e os objetivos dos autores primários. Oliveira *et al.* (2018) selecionaram uma amostra pequena composta por duas crianças acolhidas na instituição chamada Casa de Expedições. Em Pais *et al.* (2016) a população apresentada no estudo foi composta por duas mães de crianças e adolescentes em idade escolar com dificuldades de aprendizagem, três profissionais da educação e uma representante da associação de pais. Embora as crianças não tivessem sido entrevistadas, tiveram suas falas e posicionamentos expressados pelas mães. Manske e Quadros (2020) contaram com doze

professores de escola pública que contribuíram com seu estudo através de entrevista semiestruturada.

4.3. Síntese e discussão dos achados

Os estudos metassintetizados reforçam algumas evidências nos processos de medicalização infanto-juvenil. A primeira delas é a atualização constante dos discursos sobre a infância. O que, para os ideais republicanos, representava segregar os que não contribuíssem para o slogan “ordem e progresso”, foi sendo retomado em outras formas discursivas, como a “menorização” e atualmente a “proteção”. Estes discursos vão sendo propagados pelo poder instituído, travestidos com outras roupagens, mas ao final, continuam segregando por condição social, étnico-racial, gênero, saúde mental, drogadição, delinquência.

A seletividade na porta de entrada das instituições de acolhimento abordada por Oliveira *et al.* (2018) são um reflexo destas evidências uma vez retratam as diferentes classificações dadas às vulnerabilidades dos adolescentes e crianças, que culminam na aplicação de uma lógica manicomial que transformam cidadãos de direito em “resíduos institucionais”. Masnke e Quadros (2020) atualizam o discurso discriminatório da infância e adolescência medicalizada como objeto de um discurso biomédico que encobre os aspectos de ordem social, cultural e econômica que interferem na aprendizagem escolar e nas relações entre os alunos. Apontam para a patologização da infância e para a ausência de narrativas tanto das crianças como das famílias nos processos de encaminhamento para diagnóstico e tratamento. Pais *et al.* (2016) corroboram com Masnke e Quadros (2020) quanto à patologização das dificuldades escolares e à subjugação das crianças e das famílias a um discurso que não parte deles e que raramente é questionado, dado o poder que se atribui socialmente às figuras de autoridade como professores, médicos e instituições.

Outro ponto comum entre os trabalhos é a questão dos diagnósticos que, segundo as pesquisas, são baseados em discursos não científicos provenientes geralmente da escola ou de cuidadores/educadores que apresentam os comportamentos das crianças e adolescentes como disfuncionais e são acolhidos pela saúde pública sem uma reavaliação científica, individual e pontual. Oliveira *et al.* (2018) trazem o exemplo da Casa de Expedições onde a “funcionária busca o medicamento de um acolhido, abre a gaveta de onde pulam os remédios e pega qualquer um”. Ao ser questionada, afirma que eles não

têm diagnóstico, mas precisam dos remédios (p.232). Pais *et al.* (2016) apontam para a responsabilidade em se atribuir um diagnóstico, pois este tanto poderá favorecer a criança ao ser tratada, como pode gerar estigmas sociais de discriminação fazendo com que qualquer comportamento tido como normal para outras crianças, sejam lidos como decorrentes de uma doença para a criança diagnosticada. Manske e Quadros alertam para a possibilidade da consolidação do discurso biomédico no meio escolar naturalizar a medicalização como um meio rápido de resolver/silenciar os problemas escolares.

Os estudos abordam o poder estigmatizante que o diagnóstico exerce sobre a criança, pois a partir dele, todo e qualquer comportamento considerado desviante ou que fuja ao esperado será atribuído a uma doença. A classificação tem efeitos particulares quando se refere às pessoas. Os autores fazem uma crítica severa, afirmando que o fenômeno de medicalização no discurso escolar não contribui para a defesa de direitos da criança e que acaba servindo para eximir de culpa as instituições que muitas vezes não tem recursos para enfrentar os desafios que surgem diante das crianças e dos adolescentes. Tal fenômeno desresponsabiliza a escola, reforçando potenciais fragilidades das crianças e de suas famílias e realçando a dimensão segregadora da instituição escolar. Reconhecem que os psicofármacos são resultado de grandes avanços da medicina e que têm contribuído muito para a melhoria da qualidade de vida das pessoas e, embora não se conheçam totalmente seus efeitos, é inquestionável a sua eficácia em alguns níveis específicos já estudados. Questionam, porém, seu uso em crianças e adolescentes para resolver demandas escolares e comportamentais próprias do desenvolvimento, das infâncias e das adolescências, propondo que se utilize outras estratégias não medicamentosas que impliquem novas metodologias, promotoras de uma maior participação nos seus processos de aprendizagem, desenvolvimento e relações sociais, reconhecendo-os como cidadãos de direitos para além das necessidades.

Quanto ao fator medicalização, encontramos em todos os estudos integrantes desta metassíntese um posicionamento crítico que aborda esse processo como um fenômeno impulsionado por discursos não científicos, por saberes do senso comum, pela irreflexão sobre o poder médico. Também são consensuais no que se refere ao fato de a medicalização ser mais frequente nas classes mais fragilizadas, onde os diagnósticos psiquiátricos são mais frequentes até como forma de silenciar essas realidades.

A medicalização psiquiátrica infanto-juvenil não é um problema isolado; é um conjunto de problemas sociais, educacionais, institucionais e mercadológicos que atravessam as infâncias e arrebatam suas manifestações diversas problematizando-as, diagnosticando-as, medicalizando-as e estigmatizando-as.

Dentro do exposto pelos estudos fica claro a necessidade de repensar as infâncias com todas as suas características socioculturais, com suas possibilidades, dificuldades e potencialidades a fim de que os psicofármacos não tornem nossos adolescentes e crianças seres invisíveis na sociedade, em especial os que estão em situação de acolhimento institucional.

O grande desafio posterior a este trabalho é a abertura ao diálogo entre as instituições envolvidas no processo de medicalização psiquiátrica e a busca de novas formas de manejo das realidades de acolhimento onde as crianças e adolescentes tenham espaço de cidadania, de autonomia e de reconhecimento de suas individualidades e subjetividades sem que suas manifestações individuais sejam patologizadas.

PARTE 2

5. METODOLOGIA

Definir nossa metodologia envolveu o trabalho minucioso de adequar três pontos essenciais numa pesquisa qualitativa: as indagações da pesquisadora com sua busca de respostas a um problema de relevância pessoal, científica e social; a disponibilidade e acessibilidade da realidade a ser estudada; e um caminho dentro da abordagem qualitativa de investigação que permitisse adentrar nesta realidade e acessar todo o material físico e contribuições humanas que pudessem responder às nossas indagações. Para Bauer e Aarts, (2008, p. 56), o principal interesse da pesquisa qualitativa é a tipificação das representações do mundo vivencial obtidas através de opiniões, atitudes, sentimentos, explicações, estereótipos, crenças, ideologia, discurso, cosmovisão, hábitos e práticas, em que as representações são relações sujeito-objeto ligadas a um meio social.

A abordagem qualitativa de uma pesquisa se propõe a responder a um conjunto de fenômenos humanos que compõem parte de uma realidade em um mundo de relações, em que as representações e intencionalidades não poderiam ser traduzidas em números ou indicadores. Ocupa-se, dentro das Ciências sociais, do universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e práticas (Minayo, 2016). A pesquisa qualitativa fundamenta-se numa perspectiva interpretativa a partir dos significados que as ações têm para os participantes. Pode ser pensada como um conjunto de práticas interpretativas que dão visibilidade a uma realidade observada (Sampiere *et al.*, 2013).

Comentado [DdC3]: Colocar nas referencias

O campo, dentro da pesquisa qualitativa, representa um recorte espacial e temporal de uma realidade composta por atores sociais em relação de intersubjetividade, de interação social e em perspectivas. É um momento relacional específico e prático; é uma porta de entrada para o novo, para perguntas e direções, é o lugar de onde emergem as relações de saber, de poder e de buscas. É no campo que a pesquisa se materializa e produz novos saberes. É o trabalho de campo que permite ao pesquisador a aproximação com a realidade (Minayo, 2016).

O desenho etnográfico se configura na abrangência da descrição e análise de ideias, crenças, significados, conhecimentos e práticas de um grupo, a partir do que as pessoas fazem habitualmente em determinado lugar; os significados que dão a esses comportamentos e também pela forma clara com que são apresentadas as regularidades envolvidas em um processo cultural. Os elementos que serão estudados etnograficamente são linguagem, interações sociais, estruturas sociais, regras, normas sociais (Sampieri *et al.*, 2013) e práticas, por meio de observação participativa, entrevistas individuais e em grupos focais.

5.1. Participantes

Embora tenhamos realizado o estudo com todos os colaboradores da instituição pesquisada, seguindo o paradigma de grupos “naturais” proposto por Gaskel (p. 69, 2008) não podemos dizer que investigamos toda a população, pois esta é apenas uma amostragem representativa do público almejado no projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Tuiuti. Compõe-se de quatro integrantes da equipe técnica (1 administradora, 1 assistente social, 1 assistente financeira e uma psicóloga), duas mães sociais residentes (uma de cada casa) e seis mães sociais auxiliares (quatro da casa 2 e duas da casa 1); a posteriori, incluímos também a motorista que acompanha os acolhidos em seus compromissos externos, que se colocou à disposição durante nosso trabalho na instituição. As crianças e adolescentes não tiveram participação ativa nas entrevistas nem nos grupos focais para não interferirmos em suas rotinas, porém contribuíram grandemente através de seus prontuários, disponibilizados pela equipe técnica.

As técnicas de coleta de dados no contexto desta pesquisa qualitativa podem ser chamadas de produção de dados, pois busca-se entendimento de uma realidade e não dados específicos que a compõe. Segundo Bauer e Aarts (2008 p. 39) “toda pesquisa social empírica seleciona evidências para argumentar e necessita justificar a seleção que é a base da investigação, descrição, demonstração, prova ou refutação de uma afirmação

específica”, e, a partir desta seleção, se produz um *corpus*, ou seja uma produção de textos que comporão “uma coleção finita de materiais, com (inevitável) arbitrariedade e com a qual o pesquisador irá trabalhar”.

Os instrumentos utilizados para a produção de dados foram aplicados entre os dias 01 de setembro a 30 de outubro de 2020, tendo iniciado com a análise documental simultânea com as entrevistas individuais, passando a seguir para as entrevistas grupais. Toda a produção de dados foi acompanhada de diário de campo onde foram registradas particularidades da relação entre pesquisadora e participantes

Para registrar os dados da forma mais fidedigna possível, utilizamos dois recursos simultâneos: o gravador por voz do celular e o digitador por voz do Google. Para transcrever os dados, utilizamos o material que o Google digitou, complementando com o conteúdo gravado por celular. Em seguida ouvimos as gravações juntamente com a leitura das transcrições e corrigimos as diferenças. Na análise documental selecionamos o histórico de acolhimento, os encaminhamentos posteriores, histórico de saúde e medicalização e as queixas com relação a cada acolhido.

A lógica da pesquisa partirá de uma realidade vivida por crianças em situação de acolhimento e submetidas ao uso contínuo de psicofármacos. Terá como direção uma compreensão maior do fenômeno incluindo as práticas sociais e as políticas públicas envolvidas nesta realidade. Os instrumentos selecionados para a produção de dados do nosso estudo foram: diário de campo; entrevista qualitativa semiestruturada individual; entrevista qualitativa semiestruturada em grupos focais; análise documental de prontuários e gravações em áudio das entrevistas individuais e grupais.

Como a instituição de acolhimento estudada possui uma sede administrativa, uma casa de acolhimento para crianças de até 12 anos e uma casa de acolhimento para adolescentes entre 12 e 18 anos, visando interferir o menos possível na rotina da instituição, distribuímos o trabalho de produção de dados da seguinte forma:

- a) Análise documental na sede administrativa, em sala privada disponibilizada pelos coordenadores da instituição e com acesso livre ao fichário onde estavam os prontuários.
- b) Entrevistas individuais com equipe técnica, mães sociais residentes e auxiliares e com a motorista, na sala de reuniões da sede administrativa.
- c) Entrevistas individuais com as mães sociais da casa 1 na casa 1
- d) Entrevistas grupais com a equipe técnica na sede administrativa

- e) Entrevistas grupais com as mães sociais da casa 2 na sala da casa 2.
- f) Entrevistas grupais com as mães sociais da casa 1 na casa 1.

A motorista que participou da entrevista individual não pode participar dos grupos focais em função da atividade de levar os acolhidos em seus compromissos externos.

5.2. Instrumentos

A análise documental consistiu na leitura dos prontuários de cada criança e adolescente acolhido na instituição, com foco nos históricos de acolhimento, nos encaminhamentos posteriores, histórico de saúde e medicalização, nas queixas com relação a cada acolhido, histórias de vida familiar, históricos de passagens institucionais. Foi realizada uma planilha sumarizando os documentos e suas principais pontuações. A posteriori, foi considerado também o histórico de drogadição de alguns acolhidos.

5.2.1. Entrevistas individuais

Após a exposição de nosso projeto para a equipe técnica, discutimos e acordamos que a produção de dados se daria de três formas: por meio de leitura e análise de prontuários dos acolhidos, em entrevistas individuais e em grupo, em que seriam respeitados a disponibilidade e a aceitação de cada servidor. Em seguida, a psicóloga da instituição construiu, juntamente com a pesquisadora, um calendário para essas entrevistas, considerando a agenda da instituição, os horários de trabalho das mães sociais residentes e auxiliares e a disponibilidade da pesquisadora.

Foi elaborado um tópico guia (Apêndice 1) composto por perguntas orientadoras que “representam mais um lembrete ao pesquisador do que questões sobre os temas” (Gaskel, 2008, p. 66), utilizado com a flexibilidade que a entrevista semiestruturada exige. As entrevistas foram transcritas literalmente para posterior análise.

Comentado [J4]: Lembrar de anexar esse tópico guia

5.2.2. Grupos Focais

Os grupos focais, definidos por Gaskel, (2008, p. 70) como “uma interação social mais autêntica” em que “os sentidos ou representações que emergem são mais influenciados pela natureza social”, foram organizados a partir do critério “grupos naturais”, que favorecem a interação das pessoas por compartilharem projetos, valores e interesses, formando “um meio social”. Ao todo, formamos três grupos focais: um com a

Comentado [DdC5]: Colocar nas referências

equipe técnica com o qual realizamos dois encontros; um com as mães sociais residentes e auxiliares da casa 1 onde fizemos três encontros; e outro com as mães sociais residente e auxiliares da casa 2, também com três encontros.

As entrevistas grupais também contaram com tópico guia, foram gravadas e posteriormente transcritas literalmente para análise. A finalização dos grupos focais seguiu o critério de saturação, que é o momento em que já não se apresentam dados novos e os discursos ficam redundantes. “Ponto de saturação de sentido limita o número de entrevistas comparado ao tópico guia e, se a avaliação do fenômeno for corroborada, é sinal para parar” (Gaskel, 2008, p. 71).

Comentado [DdC6]: Referencias

5.2.3. Diário de Campo

O diário de campo foi o instrumento utilizado para registrar intercorrências durante a pesquisa, anotar eventos que fogem aos instrumentos formais e registrar observações que não comporão as transcrições das entrevistas nem dos documentos. Durante nosso estudo, teve papel primordial para o registro de percepções subjetivas durante as produções de dados, registrar o “luto” posterior à realização dos grupos focais, ou seja,

“À medida em que a sessão grupal chega ao final e o gravador é desligado, acontecem discussões semiprivadas entre os membros dos grupos focais ou entre eles e o moderador. Há mais coisas a dizer; explicações para tomadas de decisão embaraçosas(...) o moderador gostaria que o gravador ainda estivesse ligado, pois temas de alguma significância poder ser levantados”. (Gaskel, 2008, p.76)

Nesses momentos, o diário de campo incumbiu-se de registrar os assuntos que extrapolaram os momentos de grupo, entre outros de interação pré e pós entrevistas.

6. RESULTADOS DA PESQUISA

A produção de dados de nossa pesquisa resultou em dezoito horas de gravação entre entrevistas individuais e entrevistas grupais, vinte e duas horas de análise documental, oitenta horas para transcrição do material gravado, dos documentos selecionados e do diário de campo.

A distribuição do material para análise, inicialmente foi dividida em grupos, considerando como primeiro grupo os prontuários dos acolhidos, segundo, as entrevistas individuais e em terceiro as entrevistas grupais. O diário de campo não compõe um grupo específico, pois acompanha toda a produção de dados.

O levantamento documental nos permitiu conhecer o perfil dos acolhidos através dos seus históricos familiares, de saúde e de acolhimento. No momento da nossa produção de dados, a instituição contava com quatro crianças e uma adolescente na casa 1, e sete adolescentes na casa 2. As crianças da casa um estavam em processo de reintegração familiar. Tinham sido acolhidas em função de negligência materna, porém, o genitor, após realizar exame de DNA em uma das crianças que suspeitava não ser seu filho e obter resultado positivo, assumiu guarda provisória de três das quatro crianças: de 13 anos, 10 anos e 8 anos. Dentre os quatro irmãos, apenas a menor de 1 ano permaneceu em acolhimento e estava na instituição no momento de nossa produção de dados. Também estava na casa 1, uma adolescente de 15 anos que foi encaminhada para lá em função das desavenças com outros acolhidos, também adolescentes, que residiam na casa 2. Darei a ela o nome fictício de Tainá.

Tainá foi acolhida em maio de 2020, por conflitos familiares. Segundo relatos da adolescente, o conflito se deu porque ela contou que o namorado da mãe a assediava. Esta não acreditou e começaram as brigas que levaram a adolescente à situação de rua e, em seguida, à condição de acolhimento. Tainá é usuária de maconha desde os 14 anos, frequenta o CAPSi. No prontuário não há definição de um diagnóstico, apenas queixa de agressividade, adicção, ideação suicida. No final da nossa produção de dados surgiu o diagnóstico de HIV. Passou por várias terapias medicamentosas, sendo a última composta por risperidona, ácido valpróico, certralina, dolutegravir e fumarato de tenofovir. Está aguardando um leito para internação a fim de livrar-se das drogas.

Na casa 2, teoricamente deveria ter sete adolescentes, cujos nomes fictícios são Taline, Tessália, Tuca, Tadeu, Tenório, Tiago, Túlio, porém, apenas dois permaneciam na casa. Os demais encontravam-se internados para tratamento ou apreendidos. Taline, 16 anos) era uma das presentes. Acolhida desde os 14 anos por negligência da família composta por ela, a mãe e o padrasto. Tem um irmão falecido em situação duvidosa, ainda em fase de investigação, onde a mãe diz ter sido por apnéia, mas o depoimento de uma professora da APAE, onde o menino frequentava, levantou a suspeita de excesso de medicalização. Segundo o prontuário, Taline chegou à instituição de acolhimento impregnada, sofria abuso na casa da mãe e de uma tia; é diagnosticada com CID F71(retardo mental moderado com comprometimento significativo do comportamento,

requerendo vigilância e tratamento) e F72 (retardo mental grave), possui vários testes de gravidez negativos e sua última receita prescreve Imipramina, lenorgestrel e etinilestradiol. Segundo percepção da professora da APAE onde estuda, Taline não precisaria de medicação. A genitora a liberou para adoção. Todos os entrevistados relataram a passividade de Taline, sua autonomia, capacidade relacional e dificuldades de aprendizagem.

Tuca, 15 anos, em situação de acolhimento desde os 13 anos. Em 2018 obteve diagnóstico de CID F79 (retardo mental não especificado), possui lesões causadas pelos pais e é acompanhada pelo CAPSi. Em abril de 2020 teve um surto agressivo, quebrou objetos da casa e foi atendida pela patrulha escolar. Faz uso de medicação risperidona, carbamazepina, fluoxetina e valproato de sódio. Não consta no prontuário possibilidades de reintegração familiar.

Tessália, 14 anos, primeiro acolhimento em outubro de 2017 aos 11 anos, desacolhida em fevereiro de 2018 e recolhida em outubro do mesmo ano. Tessália foi deixada com uma vizinha, aos 2 anos de idade, que a criou sem nenhuma documentação de guarda ou adoção. Tem histórico de agressões por esta “mãe” e suposto abuso pelo “pai” aos nove anos. Durante os três meses de desacolhimento ficou com a genitora que a levava para a prostituição e para fazer “bucha” com um traficante de drogas. Houve a tentativa de recolocação familiar com um tio que mora em outro estado, mas este recusou-a. Retornou à primeira família adotiva onde permaneceu por apenas 2 meses e voltou para a instituição de acolhimento. No início de 2019, Tessália ficou recolhida no CAPSi por 42 dias e no final do mesmo ano esteve apreendida no CENSE por agressão. Apresenta dificuldades de aprendizagem, frequenta sala de recursos, não tem diagnóstico, mas as queixas sobre ela são de mentira, roubo, manipulação, não se sujeitar a regras, postura displicente, agressividade, vingativa, usuária de álcool e drogas (crack, maconha, cocaína) além de induzir outros acolhidos ao uso. Utiliza medicamentos como fluoxetina, ácido valpróico e haldol. No momento de nossa produção de dados, Tessália estava sendo encaminhada para internação.

Tadeu, 16 anos, acolhido em maio de 2020, por medida protetiva. Usuário de maconha desde os 8 anos e cocaína desde os 13anos e de álcool. Solicitou acolhimento por estar sendo ameaçado de morte. Segundo o prontuário, praticou assalto na casa de um traficante para o qual trabalhava e perdeu uma arma que lhe era emprestada, o que resultou na perseguição e ameaça. Tem passagem na polícia por assalto à mão armada. Frequenta o CAPSi. Na tentativa de reaproximação familiar foi recusado pela genitora.

Tenório, 16 anos, acolhido desde os 13 anos por determinação judicial. É fumante, usuário de drogas desde os 12 anos. Diagnosticado com CID F.91 (distúrbio de conduta). A queixa registrada no prontuário refere-se à agressividade, arrogância, falta de limites, baixo rendimento escolar. Em 2018, aos 14 anos, foi apreendido pelo Cense por roubo a mão armada durante 33 dias e ficou em liberdade assistida no CRAS II durante 6 meses. Passou por hospitalização psiquiátrica em junho e julho de 2019 e apresenta baixa adesão aos tratamentos. Hoje faz tratamento medicamentoso com neozine, haldol e torante

Tiago, acolhido na instituição em agosto de 2018, possui histórico de abandono precoce. Foi acolhido na Fundação Nosso Lar aos 4 anos de idade. Aos 5 anos um tio obteve sua guarda e ficou ele até os 10 anos, quando sua esposa, tia de Tiago, faleceu. O tio não o quis mais e ele ficou em diversas casas até que acabou em situação de rua e foi para acolhimento institucional. A genitora não tem interesse na guarda do filho. Tiago tem histórico de baixo rendimento escolar, não cumprimento de regras e drogadição. Durante a nossa produção de dados, estava previsto o retorno dele da internação, o que ocorreu. Uma das coisas que chamou a atenção em seu prontuário foi a resposta que deu, durante a entrevista, ao pedido de contar alguma coisa engraçada: “na aula de ciências, a professora disse que o bebê nasce pela cabeça; daí eu falei que isso é bom porque, se a pessoa não gostar do bebê, empurra pra dentro de novo”.

Túlio tem 16 anos e foi acolhido em maio de 2020 por agressão recíproca com o pai. Usuário de maconha desde os 12 anos e de cocaína desde os 15 anos. É atendido pelo CAPSi. Nenhum familiar tem interesse na guarda dele em função de seu comportamento agressivo que, segundo as cuidadoras da casa, é devido à rejeição dos pais. No prontuário de Túlio não consta medicamentos, apenas que foi encaminhado para internação em clínica de reabilitação em outra cidade

6.1. Tratamento dos Dados

Considerando o entendimento de Bauer e Aarts (2008) sobre a pesquisa qualitativa como uma “tipificação das representações do mundo vivencial” (p.56), optamos pela Análise do Discurso para o tratamento de dados produzidos em nosso estudo. Tomando discurso como “todas as formas de falas e textos, seja quando ocorre naturalmente nas conversações, como quando é apresentado como material de entrevista ou textos escritos de todos os tipos” (Gil, 2008,).

Esta forma de análise deposita total interesse no texto em si, no seu conteúdo, sem buscar comprovar ou refutar conhecimentos anteriores nem hipóteses levantadas previamente. Concentra-se em identificar as funções ou atividades da fala ou do texto e explorar como são realizadas. Parte de uma leitura cuidadosa, próxima, que caminha entre o texto e o contexto”, mas que, ao mesmo tempo, “exige rigor para produzir um sentido analítico dos textos dentro de sua confusão fragmentada e contraditória” (Gil, 2008, p.255).

Realizar uma Análise de Discurso proporciona ao analista, oportunidade de experimentar a linguagem e as relações sociais de maneira nova, que foge da superficialidade e revela o caráter construcionista fundamentado na crítica social e em uma epistemologia diversa, onde a descrição e a avaliação são atividades concomitantes. A Análise do Discurso tem quatro temas principais em torno dos quais decorre todo o trabalho analítico: “preocupação com o discurso em si mesmo; ênfase no discurso como forma de ação; convicção na organização retórica; e uma visão da linguagem como construtora (criadora) e construída” (Gil, 2008, p.247).

Em A Arqueologia do Saber, Michel Foucault (2010) sugere que se faça uma discussão sobre as unidades discursivas, colocando em suspensão as que estão aparentes para se buscar outras unidades que até então estavam invisíveis ou não percebidas. A partir deste discurso disperso é possível uma descrição de outros discursos presente no original através das regularidades que compõe a formação discursiva.

Mesclaremos, a partir daqui, alguns enunciados extraídos das entrevistas individuais e grupais com dados documentais e com a bibliografia apresentada para este estudo. Os enunciados virão entre aspas e sem citação. Como apresentado no referencial teórico, o acolhimento institucional não é uma alternativa para a criança nem para o adolescente em situação de vulnerabilidade, é a última opção. Na verdade, como destaca uma das entrevistadas, ele ocorre depois da criança ou adolescente passar por toda a rede de assistência e saúde, onde “CREAS acompanhou, o CRAS acompanhou, fortalecimento de vínculo, já foi feito, o que poderia ter sido feito foi e não deu certo. Então é o momento de tirar essa criança para que esteja segura”. Percebe-se pelo histórico dos adolescentes que todos eles passaram pela rede e o não atendimento de suas necessidades fez com que fossem acolhidos institucionalmente.

Resta-nos um questionamento: onde e em que estes órgãos falharam? Houve realmente uma falha ou o acolhimento já faz parte da sequência de encaminhamentos?

Segundo Firbida e Vasconcelos (2019, p. 5) “O problema ultrapassa a realidade social e econômica do país, vai para o sujeito, e depois para as explicações higienistas

que vão além das praças, das ruas, dos ambientes externos para a vida mental das pessoas” de forma que o processo de higienização apresentado por Foucault (1970) vem se configurar nas instituições de acolhimento, embora com nuances de proteção.

O histórico de acolhimento infantil na Europa remonta da Idade Média e Idade Moderna com a implantação, pela Igreja Católica, da Roda dos Expostos onde eram colocadas as crianças que, por razões morais, precisavam ser escondidas. No Brasil, na era colonial, a roda dos Expostos foi implantada com o intuito de criar estabelecimentos que pudessem acolher e proteger crianças enjeitadas, se configurando como a primeira forma de isolamento da infância na história do país. Em 1950 foi fechada a última roda dos expostos no Brasil. A partir do sec. XX, o Estado marcou presença na elaboração de políticas públicas dirigidas aos chamados “menores”, sob a influência da elite agrária e conservadora e sem pretensões sociais. Diante da necessidade de legislação para reger e uniformizar o cuidado e proteção dos menores, o Brasil passou pelo Código de 1927, pelo Código de Menores de 1979. Estas leis defendiam a internação de menores em situação irregular para fins correccionais e higienistas. Scheinvar (2015, p.104) destaca que “irregular no Brasil é o pobre, não a pobreza” convidando para uma reflexão sobre o quanto se separa o pobre da pobreza, transferindo para o indivíduo a culpa pela sua condição sócio econômica e eximindo a responsabilidade do poder e das políticas públicas nestas realidades.

Por último, temos o ECA (1990), em vigência atualmente que atua juntamente com a Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS (Brasil, 1993) nas quais a institucionalização de crianças e adolescentes entra como um serviço de alta complexidade (Massari, 2019).

“Alta complexidade, UTI social” foram designações dadas nas entrevistas individuais para o serviço de acolhimento para exemplificar a condição dos acolhidos ao adentrar nas instituições, no sentido de que, como a rede não funcionou, os adolescentes entram numa UTI social com o intuito de receber atendimento intensivo pelo tempo que for necessário e possível. Enquanto eles estão acolhidos, a instituição se dedica a buscar soluções para as suas demandas contatando as famílias, buscando famílias adotivas, encaminhando para tratamentos ou preparando-os para o desacolhimento.

A grande questão está nos discursos que permeiam estas práticas sociais, pois percebe-se, em profundidade de observação, que a não compreensão dos discursos aos quais são submetidas as famílias e no poder-saber que incide sobre estas relações pode estar a verdadeira alta complexidade presente no LOAS e na realidade de acolhimento. Fazer contato com as famílias dos acolhidos na busca de uma reintegração ultrapassa os

limites do querer pois subjaz ali uma realidade econômica e social já marcada pela exclusão. Como aponta Ariés (1986), a infância só começou a ter destaque e se tornou objeto de cuidado a partir do momento em que a burguesia teve condições financeiras confortáveis e pode, então, dispensar tempo, investimento e cuidado aos pequenos, colocando na criança o elemento representativo do sucesso sócio econômico.

Nos históricos dos adolescentes pudemos perceber uma rotina protocolar para a população atual das casas lares. No caso dos quatro irmãos residentes na casa 1, obtiveram sucesso com o trabalho de reaproximação familiar, mas percebemos que não é a regra em se tratando de adolescentes, pois todos os sete acolhidos da casa 2 foram recusados por suas famílias de origem e a instituição assumiu a responsabilidade de dar os encaminhamentos de busca por famílias adotivas ou, quando necessário, de internação. Creio que o discurso que melhor caracterizou o abandono nos acolhidos foi a expressão de uma educadora que disse: “a família, tipo, cansou dos surtos, da dificuldade em lidar, aí deixa eles aqui, não tão nem aí”.

Uma vez rompido o vínculo primário com a família, todas as tentativas posteriores trarão como pano de fundo o abandono primário e a criança empreenderá uma busca constante do afeto perdido. Isto se manifestará nas rebeldias e recusas na infância e em formas mais agressivas na adolescência, como as compulsões alimentares e sexuais, adições, automutilações (Belski, 2010).

A busca por famílias adotivas no país é uma conta que não fecha. Temos, por um lado um vasto número de inscritos e “habilitados” para adoção e, por outro, um grande número de crianças que envelhecem nos abrigos. É como se fossem dois discursos em idiomas totalmente estranhos um ao outro. Os pretendentes justificam-se como tal pelo sonho da maternidade/paternidade que quanto mais tempo dura, maior o romantismo e idealização que se constrói e, conseqüentemente, a distância das crianças disponíveis para adoção. Por outro lado, uma preparação da criança para que seja aceita, muitas vezes desrespeitando o seu ser singular, rebaixando sua autoestima e imprimindo o rótulo de “inadequação”. É uma busca permeada de desencontros onde as crianças e adolescentes são as maiores vítimas.

Como disse outra entrevistada: “é muito difícil adoção tardia”. Isto traz uma das naturalizações mais cruéis da nossa sociedade representada pela carga de significados que a expressão adoção tardia carrega. Adoção em si já é um tabu agravado pela concepção de que as crianças disponibilizadas para adoção “são coitadinhos” quando na verdade se está tentando fazer valer seus direitos de crescerem dentro de uma família. A expressão

“tardia” traz em seu bojo de sentidos o não dar mais tempo, ter perdido a oportunidade, o não ser mais possível.

Diante de tantas inadequações e tentativas de acerto, as reações das crianças são as mais diversas possíveis e lidar com isso foge a toda previsão que os desenvolvimentistas possam fazer, pois a questão sai do biológico e vai para o sócio-psico-emocional, culminando em comportamentos adversos, agressividade, depressão, baixo rendimento escolar entre outros. Na impossibilidade de se lidar com a complexidade destas expressões da singularidade dos acolhidos, uma das alternativas é o encaminhamento para tratamento psiquiátrico como possibilidade de contenção, de apaziguamento destes corpos que insistem em ser eles mesmos.

O preparo para o desacolhimento é um ajuntamento das histórias vividas pelos acolhidos, das suas construções, vitórias e derrotas. Ainda aqui há uma tentativa de enquadrar o adolescente e ajustá-lo ao mundo, principalmente inseri-lo no mundo do trabalho. Mais uma vez ele precisa se apaziguar e se adaptar pois, em breve, estará por sua própria conta. Este preparo para o desacolhimento escancara a falha de toda a rede de assistência pela qual passou o acolhido, pois são poucos que concluem o ensino médio nas instituições e ao serem desacolhidos vão engrossar a massa de subempregados, de excluídos dos bens e riquezas e, salvo alguns casos, vão perpetuar os níveis de pobreza. O acolhimento de crianças e adolescentes abre as portas e janelas para um conjunto de relações que insistem em se perpetuar e resistir à mudanças. A perspectiva positiva não consiste em desacolher bem, mas em não se precisar acolher, oferecendo condições sócio econômicas e de saúde e educação para que as famílias tenham condições de assumir seus papéis.

“À partir dos 14, 15 anos começamos a trabalhar a autonomia deles”. Trabalhar a autonomia nesta faixa etária, revela uma situação que às vezes passa despercebida: o fato de que são adolescentes e de que o amadurecimento ainda está em processo, embora já estejam sendo tratados como adultos desde que entraram em situação de vulnerabilidade. Considerando que estão em uma UTI social, trabalhar a autonomia significa forçar um amadurecimento para prover condições mínimas de auto sustentação que precisarão exercer a partir dos 18 anos, ao contrário de outros jovens que ainda poderão dedicar-se a complementar os estudos antes de ingressar no mundo do trabalho. Estar em uma UTI social nos oferece duas conotações: uma que remete à pressa em tornar apto, em vencer uma condição de extrema vulnerabilidade e outra que aponta que o tempo é curto, pois os tratamentos intensivos, via de regra, não são suportáveis por longos períodos.

Diversos enunciados marcam a “agressividade” como fatos na produção de dados. Está presente nos históricos individuais dos acolhidos, nas entrevistas individuais de todos os participantes e também nas entrevistas grupais, onde é comum expressões como “adolescente rebeldezinho”, ou, “a gente às vezes fica com medo dos adolescentes”, ou ainda “adolescente problemático... eu nunca tinha ido numa delegacia”. Aquino (2019, p.166), ao comentar a idealidade longínqua com que Foucault aborda a infância construída por automatismos discursivos, propõe um olhar de desencastelamento ou des-substancialização discursiva acerca da experiência infantil, garantindo-lhe espaço e vazão para a indeterminação e para o transbordamento que lhe são imanentes, permitindo realizar sua potência de novidade, desgoverno e risco.

Lobo (2019, p. 209-212) destaca que a história da criança anormal é composta de múltiplas práticas de objetivação e diferentes saberes constituintes como a medicina, a psiquiatria, a pedagogia, a psicologia juntamente com os campos jurídico e político. É uma história de separações, diferenciações, classificações, cortes incessantes, de exclusões por inclusões, que circulam desde o séc XIX e XX e culminaram na ideia de que a anormalidade é uma característica da infância. Consequentemente, não só a demanda por medicação, mas também a malha fina dos diagnósticos vem incluindo cada vez mais crianças e adolescentes aos chamados transtornos, como técnica de prevenção do perigo social.

Encontramos diagnósticos questionáveis como atribuir dois CIDs para uma mesma adolescente (CID F.71 e F.72); diagnosticar como CID F.79 alguém com histórico de lesões físicas e adicção aos 14 anos e recorremos a Sancho, Pfeiffer e Correa (2019) pra falarmos sobre diagnósticos. Segundo estes autores

“hoje, estamos diante de um sentido estabilizado de diagnóstico que sustenta o processo de medicalização presente de forma marcante na sociedade atual: um nome de doença implica um nome de remédio para curar essa doença diagnosticada”(p.5)(...) “Pode-se dizer que o diagnóstico é a base da prática médica atual, em função do aparecimento de medicamentos específicos, de intervenções cirúrgicas eletivas e da necessidade de prestar contas ao mundo que nos cerca”,(p.6)

a isto eles chamam de atendimento queixa-conduta. É um método utilizado para medicalizar a partir da queixa do paciente sem uma reflexão e análise particular do caso, sem contextualizar a queixa e sem questionar sua aparição. O médico não formula diagnóstico, nem para o paciente, nem para o mundo que o cerca, mas medica da mesma

forma. Assim o diagnóstico não se transforma numa narrativa, silencia as partes envolvidas e fecha a questão através da conduta de prescrição de um psicofármaco.

Exemplos de diagnóstico enquanto taxonomia são as falas das educadoras “todos que estão agitados precisam de remédio”. Uma vez que são todos adolescentes, naturalmente serão agitados e conseqüentemente medicalizados. Desta forma, temos a mensagem de que a agitação, que em outros contextos seria próprio do desenvolvimento saudável, neste precisa ser contida, assim como os fatores desencadeantes da agitação precisam ser silenciados.

A naturalização dos comportamentos de alguma forma valida o processo de medicalização pois apresenta uma impossibilidade, um silêncio diante do discurso médico que, através do seu saber-poder, é aceito como verdade incontestável. Exemplo do poder exercido pelo médico, numa relação queixa-conduta, são os cinco adolescentes medicalizados a partir das queixas comportamentais apresentadas pelas educadoras e descritas numa entrevista grupal: “a gente vai observando os comportamentos deles, anotando tudo o que acontece, passa para a equipe técnica, eles agendam consulta com o psiquiatra, nós levamos o adolescente na consulta e o médico dá o remédio”. Elas relatam que nem sempre os adolescentes aceitam, as vezes relutam, mas acabam aceitando “porque é para o bem deles”.

Este tipo de relação, vem de uma linha neoliberal que submete a prática médica a ela, fazendo com que a lógica da medicalização seja representativa da evidência do acesso à saúde (Sancho *et al.*, 2019, p. 11). Uma das confirmações desta proposição está na entrevista grupal em que o assunto era a dosagem dos medicamentos e a percepção de uma educadora foi que toda vez que “leva no psiquiatra, ele aumenta a medicação”, Isto corresponde ao atendimento queixa conduta, onde o simples retorno do paciente já é respondido com mais medicamento, o que materializa o papel de cuidado e proteção institucional.

Outro demonstrativo da força do discurso médico ocorreu quando indagamos na entrevista grupal sobre as conseqüências de um adolescente não tomar a medicação que lhe é prescrita e a mãe social respondeu que se “vai para o juiz e para o fórum, eles querem saber por que não foi dado o remédio”. Diante da falta de uma explicação reconhecida, preferem medicalizar para que “fiquem calminhos”. Ficar “calminhos” nos remete a Michel Foucault (1970) quando nos fala sobre “medicalização indefnida” e da sua capacidade de ampliar o campo de intervenção médica. “A medicina perdeu suas fronteiras e passou a ocupar todo o campo social fora da demanda do sujeito, fazendo

parte do cotidiano de todos, agindo como uma intervenção sem demanda, incorporada à sexualidade, às escolas, famílias e tribunais” (Zorzanelli e Cruz, 2008, p.7),

A grande questão é: se não há uma análise etiológica que privilegie as particularidades de cada acolhido, como então se pode prescrever e medicalizar? Há uma consideração a respeito dos efeitos adversos das medicações prescritas levando-se em conta a fase de desenvolvimento dos acolhidos? Não estariam os medicamentos tirando dos adolescentes a oportunidade de se perceber e se conhecer como realmente são? Ou os efeitos adversos não estariam potencializando seus conflitos? São questionamentos que o poder do discurso médico inibe e até exclui das reflexões. Exemplo disso é a fala da cuidadora que teve sua capacidade em lidar com medicamentos como ponto positivo para a contratação, “4 anos de experiência de cuidar de uma senhora idosa. Com medicação e tudo. Então acho que isso ajudou”.

Campos (2012) nos apresenta uma reflexão sobre as vantagens e desvantagens do diagnóstico em adolescentes, pontuando como desvantagem o fato de que muitos fenômenos transitórios do desenvolvimento como turbulência e imprevisibilidade tendem a se dissipar com o tempo, que a personalidade do adolescente ainda é fluída e instável e que só um bom diagnóstico diferencial é capaz de estabelecer a diferença entre uma patologia e a dinâmica da adolescência (p.161). Como vantagens do diagnóstico em adolescentes a autora pontua que o diagnóstico deve ser realizado a partir de uma apropriada atenção à história de vida do adolescente, da observação sobre a forma como ele expressa suas questões não resolvidas, se pela formação de sintomas neuróticos (soluções autoplásticas) ou em forma acting-out (soluções aloplásticas). Uma vez identificada a patologia do adolescente e tratada adequadamente, reduziria a probabilidade de distúrbios sérios (p.162-163).

Sentimos falta em nossa produção de dados de enunciados referentes à sexualidade dos acolhidos. Tem-se a impressão de que esta parte do desenvolvimento humano não é contemplado nos cuidados oferecidos, embora uma das mães sociais, muito discretamente, tenha mencionado que “aqui é uma casa lar, lugar de respeito” ao falar de uma das acolhidas ter saído com o namorado. Embora a sexualidade esteja muito presente na vida dos adolescentes, há pouca informação, dificuldades em falar sobre, e principalmente, uma moralidade que restringe as orientações à permissividade ou não do ato sexual. A amplitude da sexualidade enquanto constitutiva de vida, saúde, equilíbrio emocional não aparece nos discursos e junto com ela, anula-se também os desejos, sonhos e experiências que acompanham o desenvolvimento sexual.

7. DISCUSSÃO

Diante do fenômeno da medicalização psiquiátrica em crianças e adolescentes em situação de acolhimento e com base no estudo que realizamos, destacamos alguns pontos para a discussão a fim, não de encerrar o assunto, mas de abrir algumas perspectivas de reflexão e ampliar a compreensão sobre esta realidade.

A medicalização faz parte da contemporaneidade. Está presente em todas as faixas etárias e em todas as realidades sociais. Tem muitos significados, por isso precisa ser analisada não como fenômeno isolado, mas construído historicamente, marcado por relações de poder científico, político e estatal em saúde. Dentro desse contexto, a medicalização assume papel tão expressivo que é capaz de ocupar o lugar da eficiência do Estado no cuidado com a saúde., tendo-se em vista que, toda vez que a população tem acesso a atendimento médico e conseqüentemente, à medicação, fecha um ciclo relacional tido como atenção à saúde. A questão é compreender o que a medicalização metaforiza.

Para isso, iniciamos esta discussão falando da invisibilidade que ela proporciona diante de problemas com os quais não se sabe lidar. O histórico da institucionalização de crianças e adolescentes nos aponta para este “não saber como lidar” desde a criação da Roda dos Expostos na Roma da Idade Média. No Brasil, esta prática inclusiva/exclusiva perdurou desde o Império até meados do séc. XX. Porém, o problema foi apenas transmutado para novas formas igualmente segregadoras. A partir de 1927, com a criação do Código de Menores, que foi reformulado em 1979 (Lobo, 2019), a criança e o adolescente tomam forma ou de perigosos ou de doentes mentais. O advento do ECA expressa a potência subjetiva do Estado de Direito e traz uma formação discursiva que agrega uma diversidade de demandas e as submete a regras estreitas (Scheinvar, 2019, p.104). Desta forma, ainda não foi possível olhar para a diversidade de infâncias e de adolescências, para o conjunto de falhas, de fissuras, de camadas heterogêneas que as tornam instáveis e singulares, permanecendo o olhar do outro, sobre o outro e não com o outro.

A institucionalização se configura numa produção histórica que produz e reproduz relações de força que se sustentam nas práticas discursivas das separações e também da validação que os saberes promovem através de classificações, de especializações e verdades estabelecidas. Entre tantos mecanismos agindo sobre, o olhar desloca-se do sujeito de direito que é o adolescente e a criança e passa a focar nos engendramentos relacionais de outras instâncias, tornando-os invisíveis. (Lobo, 2019, p.201-202).

Esta invisibilidade gerada pelas cristalizações sistemáticas de práticas discursivas da sociedade disciplinar, coloca os acolhidos na ótica da medicalização, pois não há espaço para exercer criatividade, espontaneidade, para testar limites, se aventurar em descobertas. O espaço que lhes é oferecido, é um paradoxo. Ao mesmo tempo que os protege e cuida, também limita suas expressões e demandas subjetivas que, não podendo realizar-se, precisam ser silenciadas, metaforizadas pelo psicofármaco.

Assim como a morte foi retirada do convívio social e levada aos hospitais para que acontecessem longe da vida, como se não fizessem parte dela, o governo dos corpos da criança também tem sido de tanta especialidade que está atingindo o mesmo objetivo. E aqui, não refiro apenas as crianças institucionalizadas, mas as outras também, pois os transbordamentos infantis representam hoje grande parte das queixas nos consultórios e a busca por diagnósticos e medicamentos é uma prática naturalizada. A pressa em torna-los adultos escancara-se nas escolinhas de contra turno, nos cursinhos, no excesso de atividades esportivas, no rol de compromissos aos quais são submetidos para preencher o tempo de “criançar” que foge ao controle. E numa sociedade disciplinar, controlar é a forma mais própria de eximir-se de “lidar”. Esta dificuldade em lidar, desloca também o fluxo de desenvolvimento natural para um processo subjetivado por outro, num devir futuro, sem presente.

O relacionamento social de crianças acolhidas fica comprometido em razão das crenças geradas pelos diferentes discursos que as constitui. Carregam o estigma de “enfeitadas” com todas as implicações discursivas que o termo carrega. Se a própria família não a quis, quem vai querê-la? É uma forma velada, não professa de relação social, representada nas formas de ser criança e adolescente em situação de acolhimento. Não podem brincar com os vizinhos, não são convidadas para as festinhas de aniversário, não recebem nem frequentam amigos, vivem um isolamento que compromete suas apreensões culturais, a ampliação de visão de mundo, o conhecimento de diferentes formas de viver. Não experimentando afetos perdem a chance de suprir carências, desenvolver resiliência e, principalmente, sentirem-se pertencentes ao mundo e não marginais a ele.

A escola enquanto segunda instituição da vida das crianças e adolescentes, depois da família, exerce papel fundamental na formação dos indivíduos. Em toda a história da pedagogia, muitas mudanças já ocorreram no processo ensino-aprendizagem, mas em nenhum momento a validade dela foi questionada. Também agora não o faremos, pois, mesmo com muitos estudos demonstrando que a escola tem o maior volume de encaminhamento de crianças e adolescentes para medicalização, compreendemos que é também ela quem se ocupa do maior tempo das infâncias e das adolescências, oferecendo

não só o ensino formal, mas também o social. Mas, como um instrumento de governo de corpos e mentes ajuda a perpetuar formas discursivas que excluem, principalmente os que já estão marginalizados em outros contextos, como os acolhidos. Dado o estigma que carregam, muitas vezes suas necessidades e dificuldades são patologicamente naturalizadas e medicalizadas, impedindo aquisição de conhecimentos por estarem sob efeito de psicofármacos que, na maioria das vezes, diminuem a disponibilidade cognitiva e afetiva para a aprendizagem. (Whitaker, 2017, p.225-254).

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por mais que as instituições se esforcem para modificar a realidade dos acolhidos, consideramos que as histórias de sucesso são raras. Existem muitas forças discursivas que sustentam a manutenção da exclusão por motivos higienistas, disciplinares ou biopolíticos, em nome de um equilíbrio social. Vemos a necessidade de estudos longitudinais que venham observar os passos, decisões, condições, oportunidades e possibilidades para jovens que passaram por tempos longos ou curtos em acolhimento institucional. O trabalho que a instituição estudada realiza com os adolescentes para promover autonomia com o intuito de minimizar as dificuldades futuras, embora possa representar um amadurecimento à força, também pode ser um ponto de partida para a vida adulta deste jovem.

Ouvimos muitos relatos de escuta, de momentos afetivos com os acolhidos juntamente com uma preocupação se se está agindo corretamente ou não. Os discursos constitutivos da situação de acolhimento apresentam ambiguidades, inseguranças, indefinições, generalizações que se distanciam da subjetividade e singularidade das crianças e adolescentes. Por um lado, vemos uma necessidade de olhar particularmente para cada uma delas. Por outro lado, vemos todo o poder que circunda no sistema e impede relações mais refinadas, individualizadas que contemplem as especificidades de cada um.

A medicalização neste contexto precisa ser repensada. Suas consequências precisam ser postas na balança junto com a sua eficiência. Quanto menos se ultrapassar a linha da real necessidade, melhores serão as probabilidades de consolidação dos sujeitos de direito previsto nas leis. É preciso adentrar nos discursos constitutivos da rede de assistência social para desmitificar protocolos e regras e privilegiar as reais necessidades,

considerando as imbricações enunciativas que compõe e mantem o sistema e suas relações de poder.

Para romper com hierarquização da assistência aos acolhidos, sugerimos a inserção de um hebiatra para auxiliar nos cuidados com a saúde dos adolescentes, pois ele terá a possibilidade de um olhar sistêmico sobre eles e suas diferentes manifestações.

Também propomos um estudo longitudinal onde se possa observar e descrever o processo de desacolhimento juntamente com as perspectivas de cada desacolhido e as formas como darão seguimento às suas vidas, tendo em vista a descrença em futuro saudável apresentada por alguns cuidadores em nosso diário de campo.

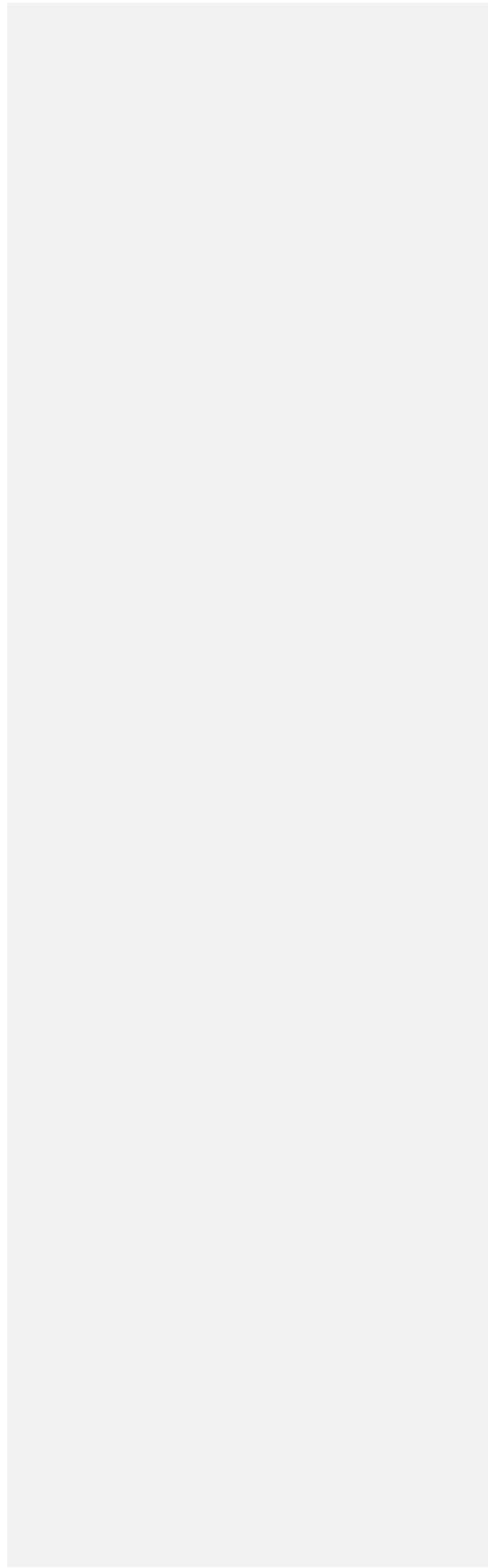
9. REFERÊNCIAS

- Alencar, E. S.; Almouloud, S. (2017). A Metodologia de Pesquisa: Metassíntese Qualitativa. *Revista Reflexão e Ação*, Santa Cruz do Sul, v. 25, n. 3, p. 204-220, Set/Dez. Disponível em: <http://online.unisc.br/seer/index.php/reflex/index>
- Ariés, P. (1986). *História Social da Criança e da Família*; 2ª ed. Rio de Janeiro, Guanabara.
- Azevedo, A. Giesel, G. G. (2019). *Psicologia Social Comunitária: teoria e prática*; Curitiba, Juruá.
- Azevedo R. C. S.; Ramos F. R. S. (2003). Arqueologia E Genealogia Como Opções Metodológicas De Pesquisa Na Enfermagem; *Rev. Bras. Enfermagem*, Brasília-DF. maio/jun;56(3):288-291, Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/f38LgqYcS58XwQX5XxgNmPs/?format=pdf&lang=pt>
- Barbosa, S. A. (2019); Mapeando as Controvérsias que envolvem o processo de medicalização na infância; *Psicologia e Sociedade*, v. 3; Belo Horizonte
- Bauer, M.; Aarts, G.; (2008); A Construção do Corpus: um princípio para a coleta de dados qualitativos; In Bauer, M. & Gaskel, G. *Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*;(p.39-65); trad. Pedrinho Guareschi, 7ª ed.; Petrópolis-RJ; Vozes
- Belski, J. (2010); *Desenvolvimento Humano: Experienciando o ciclo da vida*; trad. Daniel Bueno; Porto Alegre; Artmed
- Benedetti, M. D.; Bezerra, D. N. M. M.; Telles, M. C. G.; Lima, L. A. G.; (2018); Medicalização e Educação: análise de processo de atendimento em queixa escolar; *Psicol. Esc. e Educ*; v. 22, n. 1, Maringá. <http://dx.doi.org/10.1590/2175-35392018010144> disponível em https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1413-85572018000100073
- Brasil, (2005). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. Disponível em http://www.crpsp.org.br/portal/comunicacao/diversos/mini_cd/pdfs/caminhos.pdf
- Brozowski F, Caponi S.; (2015); Medicamentos Estimulantes: uso e explicações em caso de crianças desatentas e hiperativas; *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/69013>
- Costa, F. Z. da N.; Gerra J. R. F.; Leão A. L. M. S., (2013); *O Solo Epistemológico de Michel Foucault: possibilidades de pesquisa no campo da Administração*. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/adm/article/view/2175-8077.2013v15n35p168>
- Dicionário Online de Português (2021), disponível em <https://www.dicio.com.br/diagnosticar/>
- Durkheim, E.; (1978). *Educação e Sociologia*. São Paulo: Melhoramentos.
- ECA, Estatuto da Criança e do Adolescente; (2019). Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/centrais-de-conteudo/crianca-e-adolescente/estatuto-da-crianca-e-do-adolescente-versao-2019.pdf>

- Faria, P. M. F. De; Camargo, D. de. (2021) Emotions of teachers and school inclusion: a metasynthesis. *International Journal of Inclusive Education*, No prelo.
- Firbida F. B. G.; Vasconcelos M. (2019); A Construção do Conhecimento em Psicologia: legitimação da medicalização; *Psicol. Esc. E Educ.*, v. 23, Maringá.
<https://doi.org/10.1590/2175-35392019016120>
<https://www.scielo.br/j/pee/i/2019.v23/>
- Microfísica do Poder; (Org. Machado, R.) 8ª ed. Rio de Janeiro/São Paulo, Paz e Terra.
- Foucault, M. (1984); O nascimento da Medicina Social. In. MACHADO R.; organizador, *Microfísica do Poder*, pag. 79-98, Graal, São Paulo. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4596189/mod_resource/content/1/Michel%20Foucault%20-%20O%20nascimento%20da%20Medicina%20Social.pdf
- Foucault, M. (2008). *Nascimento da biopolítica*. São Paulo; Martins Fontes.
- Foucault, M. (2010). *Arqueologia do saber* (7ª ed.). Rio de Janeiro: Forense Universitária. Original publicado em 1969.
- Foucault, M. (2014a). O sujeito e o poder. In *Ditos e escritos IX: genealogia da ética, subjetividade e sexualidade* (pp. 118-140). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Foucault, M.; (2014b); *A Ordem do Discurso: aula inaugural no College de France*; Sampaio L. F. A.; trad.; 24ª ed. São Paulo, Loyola
- Foucault, M.; (2016); *As Palavras e as Coisas: uma arqueologia das ciências humanas*; (Muchail S. T. trad.); 10ª ed. São Paulo; Martins Fontes
- Foucault, M.; (2018) *Microfísica do Poder*; (Org. Machado, R.) 8ª ed. Rio de Janeiro/São Paulo, Paz e Terra.
- Foucault, M.; (2019); *Arqueologia do Saber*; (Neves, L. F. B.; trad.) 8ª ed.; Rio de Janeiro; Forense Universitária
- Gaskel, G.; (2008); Entrevistas Individuais e Grupais; In Bauer, M. & Gaskel, G. *Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*; (64-89) trad. Pedrinho Guareschi, 7ª ed.; Petrópolis-RJ; Vozes
- Gil, R. (2008); Análise do Discurso; In Bauer, M. & Gaskel, G. *Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*; (p. 244-270); trad. Pedrinho Guareschi, 7ª ed.; Petrópolis-RJ; Vozes
- Gimbo, F.; (2017); Epistemologia e Arqueologia: Foucault e a História da Ciência Francesa; *Revista Marília Unesp*, Disponível em: <https://revistas.marilia.unesp.br/index.php/kinesis/article/view/7729>
- Hood, G. (2005); *Tsotsi: Infância Roubada*, filme, Brasil Ford.
- Huning, S. M.; Scisleski, A. C. C.; (2018). Ressonâncias de Uma Epistemologia Foucaultiana em Psicologia Social; *Psicologia e Sociedade*. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/NWmNYm8pDNbgt9xfPrgKSXh/abstract/?lang=pt>

- Lobo, L. F.; (2019); O Nascimento da Criança Anormal e a Expansão da Psiquiatria no Brasil; In Foucault, M.: *O Governo da Infância*; (p. 199-216); Resende H. Org.; Belo Horizonte; Autêntica
- Machado, R. (2006). *Foucault, a ciência e o saber*, São Paulo, Jorge Zahar.
- Machado, R.; (2018); Por uma Genealogia do Poder; In Foucault, M.; *Microfísica do Poder*; Org. Machado, R. (p. 7-34) 8ª ed. Rio de Janeiro/São Paulo, Paz e Terra.
- Manske, G. S.; Quadros, D. G. R. de. (2020). Levados da Breca: a medicalização infantil no âmbito escolar. *Perspectiva*, vol 38, n.4, p. 01-17. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/perspectiva/article/view/67338>
- Massari, M. G. (2009). *Medicalização e Serviços de Acolhimento Institucional: apontamentos sobre dispositivos das políticas públicas da cidade de São Paulo*. Disponível em: <https://openaccess.blucher.com.br/download-pdf>
- Massari, M. G.; Vicentin, M. C. G. (2019). *Serviços de acolhimento para crianças e adolescentes e medicalização: narrativas de resistência*. Disponível em: <https://tede2.pucsp.br/handle/handle/19680>
- Minayo, M. C. S. (2016), O Desafio da Pesquisa Social; in M. C. S. Minayo,(org) *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. (pag. 9-28), Petrópolis-RJ, Vozes.
- Oliveira, A. De; Vicentin, M. C. G.; Massari, M. G. (2018). Entre medicalização e recusas: crianças e adolescentes nos circuitos sócio assistenciais-sanitários. *Rev. Polis Psique* [online]. vol.8, n.3, pp. 225-245.
- Pais, S. C.; Menezes, I; Nunes, J. A. (2016). Saúde e Escola: reflexões em torno da medicalização da educação. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 32(9):e 00166215. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00166215>
- Rezende, J. R. (2019). *Educação Medicalizada e Infância: histórias vividas por famílias da classe trabalhadora em uma UBS de São Paulo*. Disponível em http://dedalus.usp.br/F/9BSBESE4BCATX2EBRH2IIU6PVI5MBH6SLIY34FC4YSICMGXG5Y-19552?func=direct&doc%5Fnumber=002787353&pds_handle=GUEST
- Sanches, V. N. L.; Amarante, P. D. C.; (2014); 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, disponível em <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/ndTy5YqQ6wC958FwyK6Xj6v/?lang=pt&format=pdf>
- Sancho K. A.; Pfeiffer C. R. C.; Correa C. R. S. (2019). Medicalização, Diagnóstico Clínico e Queixa-conduta: redes de significação em jogo. *Interface*. Botucatu. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/DhpVRfjpGvLxmx7LJmCtrv/?format=pdf&lang=pt>
- Sandelowski, M. (2012). Metasynthesis of qualitative research. In H. Cooper, P. M. Camic, D. L. Long, A. T. Panter, D. Rindskopf, & K. J. Sher (Eds.), *APA handbook of research methods in psychology, Vol. 2. Research designs: Quantitative, qualitative, neuropsychological, and biological* (pp. 19–36). American Psychological Association.

- Sandelowski, M.; Barroso, J. (2007). *Handbook for synthesizing qualitative research*. New York: Springer Publishing Company.
- Sampieri, R. H.; Collado, C. F.; Lucio, M. P. B. (2013). *Metodologia de Pesquisa*, 5ª ed. Porto Alegre, Penso.
- SANTOS, B.S. (2006). *Um discurso sobre as ciências*. 4.ed. São Paulo: Cortez.
- Secretaria Especial do Desenvolvimento Social. (2015). Plano Municipal de Acolhimento da Rede de Serviços de Acolhimento para Crianças, Adolescentes e Jovens. Disponível em: <http://mds.gov.br/assuntos/assistencia-social/servicos-e-programas/servicos-de-acolhimento>
- Secretaria da Família e Desenvolvimento Social; Serviço de Acolhimento Institucional, <https://www.justica.pr.gov.br/Pagina/Secretaria-da-Familia-e-Desenvolvimento-Social>
- Scheinvar, E. (2015). A aplicação do ECA tem se desviado de sua proposta original: Estado de Direito e formação discursiva no campo da criança. In Rezende H. (org) *Michel Foucault: O governo da infância*; (p. 103-114); Belo Horizonte, Autêntica Editora.
- Scisleski, A. C. C.; Checa, M. E. P.; Bruno, B. S.; Galeano, G. B.; Santos, S. N.; Vitta, A. L. S. (2018). A lei em conflito com os jovens: problematizando políticas públicas; *Rev. Polis e Psique*, vol 7, n. 2. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/view/70477/0>
- Souza, J. A. P.; Sobrinho R. S. M.; Herranv, C. S. (2017). Resignificando os Conceitos de Criança e Infância. *Rev. Amazôndia*, ano 02, nº 03, p 113-129. Disponível em: <https://periodicos.ufam.edu.br/index.php/amazonida/article/view/4116/3591>
- Whitaker, R. (2016); A Argumentação Científica contra os Antipsicóticos; *Mad in Brasil, Ciência, Psiquiatria e Justiça Social*. Disponível em: <https://madinbrasil.org/2016/10/argumentacao-cientifica-contra-os-antipsicoticos/>
- Whitaker, R. (2017). *Anatomia de uma epidemia: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental*. Rio de Janeiro: Fiocruz. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/livro/anatomia-de-uma-epidemia-pilulas-magicas-drogas-psiquiatricas-e-o-aumento-assombroso-da-doenca>
- Zorzaneli, R. T.; Cruz, M. G. A. (2018). O Conceito de Medicalização em Michel Foucault na década de 1970. *Interface* (Botucatu) vol. 22, nº66. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1414-32832018000300721



10. APÊNDICES

10.1. Tópico guia para entrevista individuais

- a) Apresentação pessoal da pesquisadora e exposição dos objetivos da pesquisa
- b) Solicitação para o entrevistado falar sobre si: nome, idade, formação e disponibilidade para participar da pesquisa
- c) Qual é a função que exerce dentro da instituição e quais são as atribuições?
- d) Como soube da vaga de emprego?
- e) Qual é o grau de satisfação com o trabalho?
- f) O que mais gosta no trabalho? O que mudaria?
- g) Como são as crianças e adolescentes acolhidos?
- h) Como você vê o futuro dos acolhidos?
- i) O que mais você gostaria de dizer sobre você e sobre o trabalho na instituição?

10.2. Tópico guia para entrevistas grupais

1º Encontro de Grupo Focal: Apresentação da metodologia do grupo focal, do assunto a ser debatido e da liberdade em participar ou não.

- a) Gostaria que vocês relatassem que experiência cada um tem com medicalização psiquiátrica na família, com amigos ou a própria pessoa
- b) Você já percebeu algum efeito colateral dos medicamentos psiquiátricos?
- c) Quais benefícios você percebe dos psicofármacos para as pessoas que os utilizam?

2º Encontro de Grupo Focal

- a) Como é feito o encaminhamento das crianças e adolescentes para a consulta com psiquiatra?
- b) Quais sintomas as crianças e adolescentes apresentam que façam com que vocês percebam a necessidade de consulta e de medicação?
- c) Alguma vez vocês já discordaram do psiquiatra quanto à receita dada?
- d) Como é o atendimento do psiquiatra quando vocês levam algum acolhido para consulta?

3º Encontro de Grupo Focal

- a) De que forma vocês organizam os horários dos medicamentos e quem é responsável por dar cada um deles?
- b) Quais são as reações dos adolescentes na hora de tomar os remédios?
- c) Como fica o comportamento deles quando não estão medicalizados?
- d) Vocês conhecem crianças e adolescentes que tem comportamento parecido com os dos acolhidos e que não são medicalizados. Porque ocês acham que isto acontece?