

UNIVERSIDADE PAULISTA – UNIP
Instituto de Ciências Humanas – ICH
Curso de Psicologia – Campus Cidade Universitária

ATA DE DEFESA

Com base nas disposições do Regulamento do Plano de Estudos Orientados - PEO do Curso de Psicologia da Universidade Paulista – UNIP, reuniu-se no dia 28 de novembro de 2025, nesta Universidade, no Campus CIDADE UNIVERSITÁRIA: Endereço: Avenida Torres de Oliveira, nº 330, Jaguaré, São Paulo/SP, CEP: 05347-020, telefone (11) 3767-5800, na sala 30, a Banca Examinadora para a arguição da pesquisa intitulada “*PERCEPÇÃO DO PSICÓLOGO CLÍNICO SOBRE O AUMENTO DA PROCURA POR ATENDIMENTO PSICOLÓGICO NA INFÂNCIA*”, que foi apresentada publicamente pelas alunas *Heloisa Passos Funchal de Melo* – RA: G26JAC5; *Lais Nunes Bindi* – RA: G309EA6; *Mariana Araújo Karas* – RA: G2871C0; *Sandra Regina dos Santos Silva Oliveira* – RA: G36GDF7; *Suelen Favaron Mathias* – RA: G341HF0; *Vania Queiroz Nascimento Tardocchi* – RA: G26BGG0.

A Banca Examinadora foi composta pelas examinadoras Dra. Geiza Fernanda Antunes e Profa. Ma. Laís Ribeiro de Moraes Maia e presidida pela professora orientadora Prof.a. Dr.a. Luan Flávia Barufi Fernandes.

O trabalho foi considerado Bom com a nota NOVE (9,0).

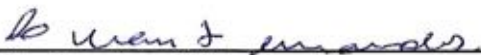
São Paulo, 28 de novembro de 2025.



Dra. Geiza Fernanda Antunes



Profa. Ma. Laís Ribeiro de Moraes Maia
Universidade Paulista (UNIP)



Profa. Dr.a Luan Flávia Barufi Fernandes
Presidente da Banca Examinadora
Universidade Paulista (UNIP)

UNIVERSIDADE PAULISTA - UNIP
ICH - INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
Curso de Psicologia

Heloisa Passos Funchal de Melo
Lais Nunes Bindi
Mariana Araújo Karas
Sandra Regina dos Santos Silva Oliveira
Suelen Favaron Ferreira
Vania Queiroz Nascimento Tardocchi

**PERCEPÇÃO DO PSICÓLOGO CLÍNICO SOBRE O AUMENTO DA
PROCURA POR ATENDIMENTO PSICOLÓGICO NA INFÂNCIA**

São Paulo - Cidade Universitária

2025

UNIVERSIDADE PAULISTA - UNIP
ICH - INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
Curso de Psicologia

Heloisa Passos Funchal de Melo – RA: G26JAC5
Lais Nunes Bindi – RA: G309EA6
Mariana Araújo Karas – RA: G2871C0
Sandra Regina dos Santos Silva Oliveira – RA: G36GDF7
Suelen Favaron Ferreira – RA: G341HF0
Vania Queiroz Nascimento Tardocchi – RA: G26BGG0

**PERCEPÇÃO DO PSICÓLOGO CLÍNICO SOBRE O AUMENTO DA
PROCURA POR ATENDIMENTO PSICOLÓGICO NA INFÂNCIA**

Relatório de Pesquisa apresentado para o
Plano de Estudos Orientados – PEO, do
Curso de Psicologia da Universidade
Paulista – UNIP, sob a orientação da
Professora Dra Luan Flávia Barufi
Fernandes.

São Paulo - Cidade Universitária

2025

CIP - Catalogação na Publicação

PERCEPÇÃO DO PSICÓLOGO CLÍNICO SOBRE O AUMENTO DA
PROCURA POR ATENDIMENTO PSICOLÓGICO NA INFÂNCIA / Heloisa
Passos Funchal de Melo...[et al.]. - 2025.

79 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) apresentado ao Instituto
de Ciência Humanas da Universidade Paulista, São Paulo, 2025.

Área de Concentração: Psicologia Clínica.

Orientadora: Prof.^a Dra. Luan Flávia Barufi Fernandes.

1. patologização. 2. medicalização. 3. psicologia clínica. 4. infância. 5.
avaliação psicológica. I. Melo, Heloisa Passos Funchal de . II. Fernandes,
Luan Flávia Barufi (orientadora).

Heloisa Passos Funchal de Melo – RA: G26JAC5
Lais Nunes Bindi – RA: G309EA6
Mariana Araújo Karas – RA: G2871C0
Sandra Regina dos Santos Silva Oliveira – RA: G36GDF7
Suelen Favaron Ferreira – RA: G341HF0
Vania Queiroz Nascimento Tardocchi – RA: G26BGG0

**PERCEPÇÃO DO PSICÓLOGO CLÍNICO SOBRE O AUMENTO DA PROCURA
POR ATENDIMENTO PSICOLÓGICO NA INFÂNCIA**

Relatório de Pesquisa apresentado para o
Plano de Estudos Orientados – PEO, do
Curso de Psicologia da Universidade
Paulista – UNIP, sob a orientação da
Professora Dra. Luan Flávia Barufi
Fernandes.

O trabalho foi considerado _____ com nota _____ (_____).

São Paulo, _____ de _____ de 2025.

Prof.(a) Ma. Laís Ribeiro de Moraes Maia, Universidade Paulista - UNIP

Dr.(a) Geiza Fernanda Antunes, Clínica Particular

Prof.(a) Dr.(a) Luan Flávia Barufi Fernandes – Universidade Paulista - UNIP
Orientador(a)

Dedicamos esse trabalho àqueles que
nos apoiaram durante todo o caminho,
nossos familiares, amigos e professores.

AGRADECIMENTOS

Inicialmente, elevo meu coração e gratidão a Deus, fonte de toda vida, sabedoria e amor. Foi Ele quem me sustentou em cada passo desta caminhada, guiando-me com ternura e paciência.

Agradeço, com todo o meu coração, à minha família, dom precioso que o Senhor me confiou: Ao meu querido esposo, Vinicius Viana, companheiro fiel de todas as horas, pela presença constante, pelo apoio sereno e por partilhar comigo o sonho de viver o amor no cotidiano. Ao meu filho, Antônio Viana, sinal de alegria em minha vida, agradeço pelo sentido, pela companhia e pela simplicidade que trouxe aos meus dias.

Aos meus pais, João e Natalícia, que me ensinaram a olhar o mundo com responsabilidade e esperança. Tudo o que sou e conquistei tem raízes no amor, no exemplo e na dedicação de vocês.

Aos professores e orientadores, verdadeiros instrumentos de sabedoria e generosidade, agradeço pelo exemplo e pela dedicação. Aos colegas e companheiros de jornada, obrigada pela partilha, pelas conversas e pelos gestos de amizade que tornaram esta caminhada uma experiência de crescimento e comunhão.

Heloisa Passos Funchal de Melo

Agradeço, primeiramente, à minha família e ao meu companheiro pelo apoio incondicional, carinho e compreensão ao longo de todos esses anos. Sem a presença, incentivo e amor de cada um deles, não teria sido possível chegar até aqui.

Manifesto minha profunda gratidão à minha querida irmã, Lívia Nunes, por estar sempre ao meu lado, oferecendo força, acolhimento e parceria em todos os momentos. Sua presença foi meu alicerce e fonte constante de coragem.

Estendo meus sinceros agradecimentos às minhas colegas de grupo, cuja paciência, colaboração e generosidade foram fundamentais para que eu não desistisse nos momentos mais desafiadores. A convivência com vocês foi essencial para a construção deste trabalho e para o meu crescimento pessoal e profissional.

Por fim, agradeço a Deus Todo Poderoso, que me sustenta e guia desde o princípio, iluminando meus caminhos e concedendo força e sabedoria para seguir adiante.

Lais Nunes Bindi

Agradeço aos meus pais, Valdione e Juscelino, por todo o amor, paciência e suporte durante essa jornada de graduação. Foram vocês que me ensinaram o valor da dedicação e do esforço.

Agradeço as minhas madrinhas, Marinez Mendes e Suzete Alves, sua trajetória me lembra, com beleza e coragem, que sempre é possível recomeçar, quantas vezes forem necessárias.

Agradeço também às minhas irmãs de coração, Fernanda Cunha e Ketlin Mendes, por estarem sempre presentes, compartilhando aprendizados e me ensinando constantemente sobre a importância de equilibrar a vida com leveza e afeto.

Mariana Araújo Karas

Agradeço imensamente ao meu esposo, Marcel Oliveira, por seu apoio incondicional e parceria inabalável.

À minha filha, Giovanna Oliveira, agradeço pelo incentivo contínuo e por ser a inspiração essencial que me motivou a buscar a realização deste sonho.

A presença constante de ambos nos momentos de maior dificuldade e na celebração dos resultados alcançados foram fundamentais para a concretização dessa jornada acadêmica e para a realização de um sonho.

Sandra Regina dos Santos Silva Oliveira

Dedico esse trabalho a minha filha Kaoru, por ser aquela que me ensinou o que é o amor incondicional e me mostrou que sempre haverá alguém no mundo por quem vale a pena salvar tudo.

Também dedico esse trabalho ao querido Sam, que esteve por boa parte do caminho ao meu lado e que, mesmo quando eu não fui mais capaz de carregar meus fardos, esteve lá, não para carregá-los por mim, mas para me carregar até o local em que foram forjados e jogá-los no fogo que os consumiria, dando chance para novos recomeços.

A vocês, o meu muito obrigada, por estarem ao meu lado por toda jornada. Este não é um fim, é só o começo de uma nova história.

Suelen Favaron Ferreira

Esta formação representa uma conquista de grande significado em minha trajetória.

Agradeço, primeiramente, a Deus pela oportunidade e pelas condições que me permitiram concluí-la e repensar minha carreira a partir do acolhimento e do cuidado com o outro.

À minha família, expresso profunda gratidão: ao meu amado esposo, Rafael, pelo apoio incondicional e compreensão durante o período de dedicação aos estudos; e ao meu filho, Samuel, pela paciência, amor e por ser minha maior inspiração.

Vania Queiroz Nascimento Tardocchi

"Nós somos todos habitantes neuro diversos do planeta, porque não há duas mentes neste mundo que possam ser exatamente iguais."

Judy Singer

RESUMO

MELO, H. P. F. *et al.* **PERCEPÇÃO DO PSICÓLOGO CLÍNICO SOBRE O AUMENTO DA PROCURA POR ATENDIMENTO PSICOLÓGICO NA INFÂNCIA.** Curso de Psicologia, Insitituto de Ciências Humanas, UNIP – Universidade Paulista, Campus – Cid. Universitária, São Paulo, 2025.

Atualmente, observa-se um aumento expressivo no número de encaminhamentos infantis para atendimento psicológico, contribuindo para o crescimento do fenômeno da patologização e medicalização, o qual considera como anormais comportamentos não tolerados pela sociedade, afetando crianças e adolescentes. São promovidos discursos que favorecem a medicalização da população, colaborando para uma busca por diagnósticos cada vez mais precoce e descontrolada. Diante deste contexto, torna-se imprescindível que os psicólogos exerçam um papel de cuidado quanto aos encaminhamentos infantis, assumindo uma postura ética e comprometida que considere a realidade crítica e histórica do sujeito de maneira a promover e proteger sua liberdade, dignidade, igualdade e integralidade. Deste modo, o presente estudo terá como objetivo investigar a percepção do psicólogo clínico frente aos fatores que desencadeiam o aumento da demanda de atendimento psicológico na infância. Para isso, foi realizada pesquisa qualitativa com desenho de pesquisa de campo. Foram participantes nove psicólogos clínicos que atuam com avaliação psicológica de crianças na região metropolitana de São Paulo. A forma de participação foi conceder uma entrevista, presencial, através de um roteiro de entrevista semiestruturado e composto por oito perguntas semiabertas. O áudio das entrevistas foi gravado, transcrito na íntegra e analisado por meio da análise de conteúdo. Os resultados evidenciam que as queixas mais recorrentes nos atendimentos de psicoterapia com crianças envolvem dificuldades emocionais, comportamentais e escolares, frequentemente associadas a diagnósticos de transtornos psicológicos. As participantes consideraram que o aumento da procura por atendimento psicológico infantil ocorreu por questões multifatoriais, sendo influenciado por aspectos sociais, familiares, escolares e culturais. As participantes apontaram a importância de compreender a infância sob uma perspectiva biopsicossocial, que considere o contexto relacional e evite análises reducionista ou patologizantes. A pandemia de COVID-19 revelou-se como um reflexo da ampliação do acesso à saúde mental, e embora haja uma grande procura vinda da família, a escola continua sendo o principal agente de encaminhamento. O estudo reforça a importância de uma escuta clínica ampliada e de uma atuação ética e crítica do psicólogo clínico frente à infância contemporânea, destacando a necessidade de uma compreensão contextualizada do desenvolvimento infantil que evite reducionismos diagnósticos e valorize o olhar clínico sensível às singularidades de cada sujeito.

Palavras-chave: patologização; medicalização; psicologia clínica; infância; avaliação psicológica.

E-mail para contato: suelen.favaron@gmail.com

ABSTRACT

MELO, H. P. F. *et al.* **CLINICAL PSYCHOLOGIST'S PERCEPTION OF THE INCREASED DEMAND FOR PSYCHOLOGICAL CARE IN CHILDHOOD.**

Psychology Course, Institute of Human Sciences, UNIP – Paulista University, Campus – University City, São Paulo, 2025.

Recently, there has been a significant increase in the number of child referred for psychological care, contributing to the growth of the phenomenon of pathologization and medicalization, which regards as abnormal behaviors that are not socially tolerated, thereby affecting children and teenagers. Discourses that promote the medicalization of the population are increasingly disseminated, fostering an early and uncontrolled search for diagnoses. In this context, it becomes essential that psychologists play a careful role regarding child psychological referrals, adopting an ethical and committed stance that takes into account the subject's critical and historical reality in order to promote and protect their freedom, dignity, equality, and integrity. Thus, this study aims to investigate clinical psychologist's perceptions of the trigger behaviors increasing demand for psychological care during childhood. To this end, a qualitative study was conducted using a field research design. Nine clinical psychologists who work with psychological assessment of children in the metropolitan region of São Paulo were the participants. Their participation involved an in-person interview, following a semi-structured interview guide composed to eight semi-open questions. The interview audio recordings were transcribed verbatim and analyzed through using content analysis. The results show that the most recurrent complaints in children psychotherapy sessions involve emotional, behavioral, and school-related issues, often associated with psychological disorder diagnoses. The participants considered that the increase in demand for child psychological care occurred due to multifactorial reasons, influenced by social, family, school, and cultural aspects. They also emphasized the importance of understanding childhood from a biopsychosocial perspective that considers the context of the relations and avoids analyses that reduce every different behavior to a diagnose and pathologize them. The COVID-19 pandemic caused an expansion of access to mental health care, and although there is a significant demand coming from families, schools continue to be the main referral agents. The study emphasizes the importance of expanding clinical listening and of an ethical and critical approach by clinical psychologists toward childhood currently, highlighting the need for a contextualized understanding of child development that avoids reducing everything to a diagnose and values a clinical perspective that is sensitive to each individual's singularities.

Keywords: pathologization; medicalization; clinical psychologist; childhood; psychological assessment.

E-mail for contact: suelen.favaron@gmail.com

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 Apresentação do tema	13
1.2 Revisão de literatura	16
1.3 Objetivos.....	29
1.3.1 Objetivo Geral.....	29
1.3.2 Objetivos específicos	29
1.4 Hipóteses.....	29
1.5 Justificativa	30
2 MÉTODO	32
2.1 Participantes.....	32
2.2 Instrumento.....	32
2.3 Aparato de pesquisa	33
2.4 Procedimento de coleta de dados	33
2.5 Procedimento de análise de dados	34
2.6 Ressalvas éticas.....	35
3 RESULTADOS.....	37
3.1 Entrada no campo	37
3.2 Características Demográficas e de formação profissional das participantes.....	40
3.3 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS	41
3.3.1 Queixas apresentadas nos atendimentos psicológicos infantis	42
3.3.2 Origem dos encaminhamentos infantis para atendimento psicológico	44
3.3.3 Variações no volume e impacto da pandemia de COVID-19 nas demandas por atendimento infantil	46
3.3.4 Percepção sobre o uso de medicação na infância.	48
3.3.5 Procedimentos de avaliação adotados por profissionais de atendimento psicológico infantil	49
3.3.6 O papel da tecnologia no processo de desenvolvimento infantil.....	51
3.3.7 Impacto das relações entre pais e filhos.	52
4 DISCUSSÃO	54

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	65
APÊNDICE A - Roteiro De Entrevista Semiestruturado.....	74
APÊNDICE B – Transcrição das entrevistas	76
ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	77

1 INTRODUÇÃO

1.1 Apresentação do tema

Atualmente, observa-se um aumento expressivo no número de encaminhamentos infantis para análise psicológica (Autuori; Granato, 2017). Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) (2024), em um levantamento dos dados fornecidos pelas operadoras de planos de saúde nos atendimentos de jovens de 0 a 15 anos, nos últimos 5 anos houve um aumento nos procedimentos realizados com profissionais ligados ao tratamento continuado de transtornos do neurodesenvolvimento, como terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, psicólogos e fisioterapeutas. Em 2023, o número de pessoas que buscavam atendimento com um dos profissionais do grupo era de cerca de 9,41%, diferentemente do mesmo período de 2019, que era de aproximadamente 5,24%. A ANS (2024) destaca ainda que essa faixa etária corresponde a 20% do total de beneficiários que utilizam algum dos profissionais mencionados.

Os transtornos do neurodesenvolvimento englobam desde alteração de comunicação e de aprendizagem até deficiências intelectuais, disfunções motoras, déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e transtorno do espectro autista (TEA) (ANS, 2024).

Esse aumento no número de encaminhamentos culmina também no crescimento do fenômeno da patologização e medicalização, ao considerar como anormais comportamentos não tolerados pela sociedade, passando a acometer não apenas adultos, mas também crianças e adolescentes (Scarin; Souza, 2020), tornando o conceito de anormalidade uma construção histórica e social (Blikstein, 2012).

Tais fatores dão origem a um fenômeno conhecido como biologização do cotidiano, que é caracterizado pela disseminação de discursos que promovem a medicalização da sociedade, fazendo com que a busca por diagnósticos ocorra de maneira cada vez mais precoce e descontrolada (Azevedo, 2018). Além disso, a diversidade de sintomas e categorias diagnósticas descritas nos manuais, especialmente no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) (*American Psychological Association* [APA], 2023), dá margem à inúmeras possibilidades não apenas de classificação do indivíduo, mas também do risco de má interpretação por parte dos profissionais, impulsionando o processo de medicalização

e contribuindo para a disseminação de diagnósticos desde uma idade muito precoce (Azevedo, 2018).

Para Nakamura e Barbarini (2019), o crescimento do número de problemas psicológicos e a crescente medicalização da infância se evidenciam na forma como os critérios diagnósticos influenciam a identificação de comportamentos problemáticos. O manual DSM-5 (APA, 2023) não apenas categoriza transtornos, mas também molda a percepção social do que é normal ou patológico, levando à rotulação prematura de crianças, quando tomada como base apenas a descrição de seus comportamentos.

De acordo com Mahoney e Almeida (2009) e Pereira (2016), o conjunto de relações e interações sociais influencia diretamente no desenvolvimento da criança e medeia suas experiências e aprendizagens. Por esse motivo, Nakamura e Barbarini (2019) apontam que é necessário cautela, principalmente quando se trata da análise do comportamento infantil. Como forma de dar ênfase a este tema, as autoras apresentaram um estudo que reuniu resultados de três pesquisas realizadas com um público infantil, entre os anos de 2010 e 2018, em três unidades de serviços de saúde mental infantil de cidades localizadas no Estado de São Paulo. As três pesquisas apresentaram resultados significativamente diferentes na análise do comportamento de “agitação” [grifo nosso], mostrando que os resultados dependeram das interpretações dos dados e das perspectivas por parte de quem os analisou. Por agitação compreendem-se os diferentes comportamentos infantis que são considerados como problemas (Nakamura; Barbarini, 2019).

Em complemento às ideias de Nakamura e Barbarini (2019), Autuori e Granato (2017) observam que fatores como conflito familiar, falta de limites e dificuldades na aprendizagem são apontados como motivos desencadeadores dos encaminhamentos infantis para diagnósticos de transtornos do desenvolvimento. Para elas, na triagem da demanda de atendimento psicológico, é necessário que sejam considerados os princípios normativos do desenvolvimento infantil, como a cultura, linguagem e outras necessidades especiais de cada criança. A desconsideração dos contextos afetivos, sociais e históricos que fazem parte da construção do indivíduo também é considerada como elemento que contribui para o aumento da quantidade de diagnósticos psiquiátricos precoces, podendo gerar equívocos nas avaliações (Scarin; Souza, 2020).

Segundo Autuori e Granato (2017), destaca-se ainda que a ausência de consideração desses princípios normativos do desenvolvimento infantil tem contribuído para o crescimento do número de diagnósticos e, conseqüentemente, para o aumento do uso de medicamentos psicofármacos. Para Pande, Amarante e Baptista (2020), isto traz como agravante outro fator, a farmacologização, compreendida como a transformação ou a conversão de condições, habilidades e capacidades humanas em oportunidade para intervenções farmacêuticas.

Compreendem-se por psicofármacos medicamentos utilizados para sedação em cirurgias e procedimentos médicos dolorosos bem como no tratamento de problemas mentais e comportamentais, sendo importante destacar que seus efeitos adversos em crianças e adolescentes têm sido debatidos, cabendo citar como exemplos o agravamento de depressão e aumento de tentativas de suicídio (Pande; Amarante; Baptista, 2020).

Nos últimos 10 anos, o consumo de psicofármacos no Brasil obteve um aumento expressivo de 775%, em especial o metilfenidato, popularmente conhecido como ritalina, colocando o país como o segundo maior consumidor desses medicamentos no mercado (Brasil, 2015). Isto se dá pelo fato de que a utilização deste tipo de medicação tem sido apresentada à sociedade como a principal forma de tratamento das dificuldades de aprendizagem, incluindo-se as queixas escolares (Scarin; Souza, 2020).

Diante deste cenário, torna-se imprescindível que o psicólogo exerça um papel de cuidado no que diz respeito ao aumento do número de encaminhamentos infantis, uma vez que o reflexo de sua atuação pode contribuir para que a criança seja considerada dentro de algum diagnóstico, limitando suas possibilidades de desenvolvimento. Deste modo, ressalta-se a importância e a necessidade de uma visão ampliada e integrativa à prática psicológica, implicando em uma postura crítica que promova o desenvolvimento saudável e o bem-estar psicossocial do indivíduo, especialmente das crianças (Leite, 2016). Assim, compreende-se que a adoção de uma prática mais cautelosa contribuiria na diminuição do risco de psicólogos tornarem-se cúmplices na fomentação do processo de patologização (Vercelli, 2011).

De acordo com o que foi apresentado, para melhor compreensão deste tema, os seguintes aspectos teóricos serão descritos a seguir: critério de normalidade na infância, conceito de patologização e medicalização infantil, o papel da escola, o papel

dos pais, a avaliação e o encaminhamento das dificuldades infantis e o papel do psicólogo clínico frente aos encaminhamentos infantis para atendimento psicológico.

1.2 Revisão de literatura

A infância é compreendida como um período fundamental para o desenvolvimento humano, pois é nessa fase que ocorrem significativas transformações físicas, cognitivas, emocionais e sociais na vida de cada indivíduo (Félix *et al.*, 2023).

Assim, a psicologia do desenvolvimento humano classifica a infância em três fases: a primeira infância, que vai do nascimento até os três anos da criança, destaca-se pela construção de vínculos e desenvolvimento inicial emocional e cognitivo. A segunda infância, dos três aos seis anos, é marcada pelo aprimoramento da linguagem, maior independência e interação social. Já a terceira infância, dos seis aos doze anos, desenvolve avanços no pensamento lógico, habilidades motoras e intensificação das relações interpessoais (Papalia; Martorell, 2022). Segundo Mahoney e Almeida (2009) e Pereira (2016), essas fases ilustram como o desenvolvimento infantil ocorre de forma progressiva e não linear, envolvendo interações e aprendizagens contínuas, moldadas por fatores indissociáveis afetivos, motores, cognitivos, sociais e culturais.

Neste contexto, Mahoney e Almeida (2009) e Pereira (2016) apresentam que a criança está inserida em um conjunto de relações e interações sociais que influenciam diretamente o seu desenvolvimento, mediando suas experiências e aprendizagens. Assim, a compreensão do desenvolvimento infantil está diretamente ligada à interação entre fatores orgânicos e sociais que, de acordo com a época e com base na cultura, moldam as características em cada fase da infância. Desta forma, a existência individual, com sua estrutura fisiológica e cognitiva, está sempre integrada ao contexto social e sendo continuamente influenciada por ele.

Além dos aspectos biológicos e sociais, o conhecimento sobre o desenvolvimento infantil também é construído a partir de uma análise cuidadosa e simultânea das semelhanças e diferenças entre as crianças, não se restringindo apenas à identificação de características comuns, mas abrangendo uma comparação que considere todos os aspectos que as definem, principalmente no que tange à distinção entre crianças consideradas normais e patológicas (Mahoney; Almeida, 2009; Pereira, 2016). A diferença entre a criança normal e a patológica é bastante

complexa e não deve se restringir apenas à distinção entre um desenvolvimento contínuo ou eventuais atrasos em certos comportamentos (Mahoney; Almeida, 2009; Pereira, 2016).

Diante desta perspectiva, torna-se fundamental questionar os critérios que definem a normalidade, uma vez que, como destaca Dalgalarrrondo (2019), estes estão intrinsecamente ligados a valores culturais e sociais, influenciando diretamente as concepções de saúde e o desenvolvimento infantil.

Neste sentido, Blikstein (2012) acrescenta que a noção de normalidade e anormalidade, na atualidade, é moldada por uma construção histórica e social, o que faz com que classificar alguém dentro deste escopo esteja ligado ao que é considerado desejável ou indesejável de acordo com cada sociedade. Sob essa ótica, diversos critérios são utilizados para a conceitualização acerca do que é normal do ponto de vista da saúde do indivíduo, como o estado de bem-estar físico, mental e social ou ainda a ausência de doença, elevando a compreensão de normalidade a um ideal a ser alcançado com base em normas sociais (Dalgalarrrondo, 2019).

A constituição da ideia de normalidade surge ainda na medicina antiga e vem conectando saúde e doença mental ao longo do tempo, através de termos como alienação no século XIX, doença mental no século XX e transtorno mental na contemporaneidade, sendo influenciada e reforçada por sistemas diagnósticos como a Classificação Internacional de Doenças (CID) e o DSM-5-TR (APA, 2023) (Dalgalarrrondo, 2019).

A construção desse cenário inicia-se no século XVIII, quando a psiquiatria passa a configurar-se como uma área de saber próprio, apresentando como pano de fundo a necessidade de catalogação dos comportamentos humanos e a transformação da loucura em uma questão de saúde mental, dando-se, assim, os primeiros indícios do poder que a medicina exerce frente à população. Surge, nesse contexto, o hospital como instituição médica trazendo como ideia principal a tentativa de domínio da loucura, com o objetivo de confinar os indivíduos determinados “loucos” [grifo nosso] para estudá-los, e, a partir das categorias de estudos observadas, neutralizar as diferenças e controlar seus comportamentos (Fernandes, 2023).

Com base nesta concepção de loucura, inaugura-se o período biomédico, que distorce a maneira como os indivíduos vivenciam suas singularidades, transformando-as em eventos relacionados a alguma doença ou transtorno (Dalgalarrrondo, 2019). Este cenário desencadeia um fenômeno denominado medicalização, que

desconsidera as questões históricas, políticas, culturais, econômicas e afetivas do indivíduo e o reduz a supostas doenças e transtornos (Lopes; Martins; Gesser, 2023). Ainda como parte da evolução dessa prática de poder, no início do século XIX, a medicina passa por modificações, deixando de ser apenas para famílias abastadas e configurando-se em uma autoridade preocupada com a identificação de doenças na população geral. Essa mudança, motivada pelo interesse na manutenção da produção de uma economia industrializada, culminou em intervenções no espaço familiar, passando a medicina a diagnosticar não só problemas de saúde, mas também desvios morais e comportamentais (Lemos; Lima, 2023).

Diante disso, o poder da medicina como dispositivo de controle social se fortalece, assumindo a função de regulação e alienação do indivíduo, antes exercida pela igreja, e podendo, assim, criar práticas e discursos forjadores de novas maneiras de os sujeitos se compreenderem, se regularem e experienciarem seus corpos (Azevedo, 2018).

Nessa época (século XIX), o Brasil, ainda sob forte influência das construções sociais europeias, tem seu Estado pressionado pela burguesia industrial, obrigando-se a implementar políticas de saúde de massas, como, por exemplo, a vacinação obrigatória e a organização de campanhas de combate às doenças, permitindo à medicina atuar em novas frentes e intervir nos problemas de saúde pública, contextos sociais locais e, principalmente, no núcleo familiar, abrindo, neste período, espaço para o início do processo de medicalização no país (Lemos; Lima, 2023).

Em meio a esse cenário, surge Michael Foucault, pioneiro em discutir o fenômeno desse poder exercido pela medicina, levantando questionamentos acerca das certezas e das estruturas de poder dominantes, tecendo críticas à tendência de atribuir características psicológicas nas ciências humanas e cunhando, nesta época, o termo psicologização (Mattar, 2019). Segundo Foucault, os indivíduos vivem em uma sociedade imersa em discursos que os condicionam e os classificam, moldando sua forma de perceber e agir no mundo. Considera a humanidade como prisioneira desses discursos, que são as lentes através das quais cada época percebe a realidade. Seu propósito não era criar uma teoria do sujeito, mas sim mostrar como o sujeito se constitui através de práticas de verdade e de poder (Veyne, 2008).

Ainda de acordo com Foucault (2008), a infância também era significativamente afetada desde essa época, pois não eram feitas distinções entre a loucura, a imbecilidade, a estupidez ou a idiotia. A reelaboração do conceito de idiotia, em

meados do século XIX, possibilitou a inserção da criança no discurso psiquiátrico, ou seja, a entrada da criança se deu não através da loucura, mas da criança idiota (Blikstein, 2012).

O conceito de idiotia foi criado por Jean-Étienne Dominique Esquirol, que, através da investigação sobre a deficiência mental, forjou esse termo, não como uma doença, mas como a ausência de desenvolvimento. A criança idiota, dentro desse conceito, apresenta lentidão para avançar os estágios do desenvolvimento. Sendo assim, o idiota pertence à infância, requerendo que a disciplina médico-pedagogo seja a maneira de educá-la (Blikstein, 2012).

Neste contexto, constitui-se um processo de medicalização que evolui para as práticas higienistas, inserindo-se nas escolas com a prerrogativa de prevenção de maus hábitos e responsabilizando os familiares pelo desenvolvimento da criança, culpabilizando a família como a origem de condutas que fogem ao que é estabelecido como normal pela sociedade e de uma suposta incapacidade do indivíduo de adequação às condições sociais. Dessa forma, questões comportamentais ou os chamados desvios de conduta tornam-se sintomas patológicos que, através do discurso médico-clínico, fazem-se presentes em todos os campos da vida, estendendo-se desde a família até as práticas educativas (Christofari; Freitas; Batista, 2015).

De acordo com Mattar (2019), a patologização de comportamentos consiste em atribuir características de doença aos comportamentos do cotidiano da vida humana. Nesta mesma linha, Ceccarelli (2010, p. 125) utiliza a expressão “patologização da normalidade”, referindo-se a toda forma discursiva geradora de regras sociais e normas de conduta que sejam utilizadas tanto para classificar ou etiquetar, quanto para punir.

Diante desse cenário, as famílias perdem a confiança na própria capacidade de criar e cuidar de seus filhos sem o auxílio de especialistas. Há, então, um enfraquecimento dos laços familiares e uma inserção de profissionais num âmbito no qual antes havia atribuições designadas à família. Institui-se, assim, a ideia de uma infância que necessita ser gerida e cujos indivíduos devem ser constituídos dentro de um modelo específico, de maneira a tornarem-se produtivos e capazes para o trabalho no futuro (Azevedo, 2018). Nessa busca pela criança ideal, pais e educadores procuram nos saberes médicos o recurso para enfrentar as dificuldades relacionadas à aprendizagem e ao comportamento das crianças, resultando na construção do

predomínio de uma ideia patologizante, na qual o doente é somente a própria criança, imputando pouca ou nenhuma responsabilidade aos adultos envolvidos (Vorcaro, 2011).

Na construção desse cenário, de um lado encontra-se o campo escolar como fomentador do fenômeno da medicalização, constituindo-se em uma forte tendência da patologização de comportamentos infantis, responsabilizando a família pelas dificuldades na aprendizagem, sejam estas por questões cognitivas, orgânicas ou comportamentais (Pais; Menezes; Nunes, 2016). Desta maneira, a escola torna-se uma instituição que corrobora para o enquadramento dos indivíduos dentro do padrão de normalidade instituído pela sociedade, o que contribui para o processo de medicalização dos modos de ser e de aprender do indivíduo, colocando-o, muitas vezes, no papel de anormal. De outro lado, está a medicina, que, no domínio de um saber-poder, torna-se um dispositivo de gestão, incidindo no controle do indivíduo, do organismo e de seus processos biológicos, tendo, portanto, efeitos disciplinares e regulamentadores, permeando todas as relações sociais. Isso torna a medicalização um mecanismo na produção social de doenças que justificam uma suposta não-aprendizagem de uma ampla gama de crianças, as quais não se enquadram no perfil do aluno padrão, ou seja, daquele que aprende e se comporta de acordo com o esperado pela escola (Christofari; Freitas; Batista, 2015).

Segundo Corrêa (2010), Barbosa e Leite (2020), a influência da escola, as expectativas familiares e o impacto das mídias digitais podem intensificar a tendência de rotular comportamentos típicos da infância como sinais de transtornos, gerando uma busca acelerada por tratamentos que ofereçam soluções rápidas e promovam a normatização da criança. Nesse cenário, destaca-se ainda que a falta de uma compreensão ampla do contexto social e cultural onde essas crianças vivem, com quem convivem, como é seu ambiente e sua estrutura familiar pode levar à interpretação equivocada de comportamentos infantis, favorecendo a patologização da infância (Corrêa, 2010; Barbosa; Leite, 2020).

Como consequência, profissionais de ensino são frequentemente pressionados a realizar encaminhamentos precoces para a realização de diagnósticos clínicos e psiquiátricos, muitas vezes sem efetuar uma análise aprofundada do padrão de comportamentos da criança, o que contribui para o aumento da demanda por avaliações psicológicas e psiquiátricas (Corrêa, 2010; Barbosa; Leite, 2020).

Logo, este processo requer atenção, pois, na infância, as crianças operam como receptáculos naturais das vontades e demandas adultas. A alta expectativa dos adultos faz com que tanto crianças como adolescentes se lancem na busca da perfeição sem perceberem que, como seres em construção, estão absorvendo expectativas exageradas a respeito de sua produtividade (Kohan, 2023). A maioria delas, especialmente entre sete e catorze anos, passa a maior parte de seu tempo nas escolas, tornando-se inevitáveis a observação e a avaliação dos professores frente aos seus comportamentos, desempenhos e gestos. Segundo a lente pedagógica, “certas maneiras de comportamento” [grifo nosso] mostram-se inapropriadas ao padrão de aprendizagem e normalidade proposto, convertendo-se na principal via de queixas e encaminhamentos terapêuticos e/ou médicos (Foucault, 2008).

Por meio desse mecanismo, originam-se muitas queixas comportamentais oriundas do contexto escolar, no qual observa-se um aumento significativo na quantidade de diagnósticos psiquiátricos precoces (Scarin; Souza, 2020). Esse processo contribui apenas para gerar nos pais e responsáveis uma ilusão e uma falsa expectativa de que, através do diagnóstico, do processo terapêutico e medicamentoso, haverá a promoção de uma condição de vida melhor para a criança (Collares; Moysés; Ribeiro, 2013). Sem considerarem os possíveis impactos que tais intervenções podem vir a acarretar, os pais veem nesse processo medicamentoso uma via de cura para seus filhos, visão esta que torna os psicofármacos o principal recurso de tratamento disponibilizado pela psiquiatria na atualidade (Alves; Brandão; Bacelar Junior, 2021). Entendem-se por psicofármacos substâncias que, ao serem introduzidas no organismo, mudam de várias maneiras o comportamento mental, gerando desde excitação à depressão e até mesmo provocando perturbações (Oliveira *et al.*, 2021).

De acordo com Pande, Amarante e Baptista (2020), há uma tendência na atualidade de problematizar comportamentos esperados das crianças, o que produz e difunde informações a respeito dos diagnósticos de transtornos mentais, afetando principalmente a infância.

Em relatório lançado recentemente pela ANS (2024), é possível notar que a procura por profissionais responsáveis por acompanhar a evolução de tratamentos continuados comumente indicados para pessoas com algum tipo de transtorno do desenvolvimento quase dobrou de 2019 a 2023, saindo de 5.24% para 9,41%. Os

jovens de 0 a 15 anos correspondem a 20% desses números. Neste quadro, os profissionais mais buscados são terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, psicólogos e fisioterapeutas.

No caso dos psicólogos, os atendimentos para crianças de 2 a 9 anos corresponderam a aproximadamente 30% do total de sessões realizadas no ano de 2023. Os dados também apontam números parecidos nos atendimentos de fonoaudiólogos (38,32%) e terapeutas ocupacionais (39,49%), que são profissionais que trabalham em conjunto com os psicólogos para compor um tratamento multidisciplinar na área de saúde mental (ANS, 2024). Essa pesquisa foi feita com base nos dados dos últimos 5 anos, encaminhados pelas operadoras de planos de saúde por meio do padrão de Troca de Informações na Saúde Suplementar.

Cabe salientar ainda que, em algumas comunidades, não há sequer acesso aos serviços de saúde mental para crianças e adolescentes, enquanto em outras, poucas são as que conseguem esse acesso (WHO; UNICEF, 2024). Ou seja, nesse contexto, é importante considerar que crianças em situação de vulnerabilidade social deixam de acessar esses profissionais por não possuírem condições de buscar tratamento em convênios ou médicos particulares, permitindo, assim, concluir que a realidade dos números revelados acima pode ser ainda pior.

A vulnerabilidade social pode ser compreendida como um conceito de muita complexidade e que tem a ver com a fragilidade de um grupo ou de um indivíduo. Pode ser econômica, moral, material e até mesmo estar relacionada com vínculos afetivos. A exclusão social, por exemplo, é uma de suas características, sendo associada para definir situações sociais de pobreza e marginalidade, podendo ser ocasionada por falta de acesso à oportunidade, à renda ou de apoio social. A vulnerabilidade social pode ainda ser compreendida como uma consequência das relações sociais do contemporâneo, que são demonstradas na precarização do trabalho, desqualificação social, desagregação identitária e a desumanização do outro (Scott *et al*, 2018).

De acordo com os levantamentos de uma publicação recente da OMS junto com a *World Health Organization* (WHO) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), um terço das condições de saúde mental emergem antes dos 14 anos, sendo que, globalmente e somente em 2021, 8% das crianças entre 5 e 9 anos e 15% dos jovens entre 10 e 19 anos experienciavam algum tipo de transtorno mental (WHO; UNICEF, 2024).

Esta escassez de acesso aos cuidados mentais de qualidade que são ofertados aos jovens foi trazida à foco durante a pandemia de COVID-19, quando traumas psicológicos – ocasionados por perdas generalizadas, isolamento social e interrupções da rotina, seja pelo fechamento de escolas ou por aulas e atividades em grupo passarem a ser online –, somados a incertezas econômicas das famílias, acabaram por fomentar uma crise crescente na saúde mental das crianças. Essa pandemia de COVID-19 intensificou o chamado para melhorar a qualidade dos serviços de apoio a essa comunidade pelo mundo todo (WHO; UNICEF, 2024).

WHO e UNICEF (2024) apontam ainda que as desordens emocionais mais comuns são depressão e ansiedade e que crianças que são acometidas por elas sentem excessiva irritabilidade, frustração e raiva, com rápidas mudanças de humor. Foi estimado que, em 2021, 4,4% das crianças passariam por esse processo. Já as desordens comportamentais incluem o transtorno de conduta – caracterizado por sintomas destrutivos ou de comportamento desafiador – e o TDAH. Em 2021, estima-se que 2,9% das crianças no mundo apresentaram TDAH, enquanto 3,5% sofreram de transtorno de conduta. No mundo, meninas apresentam mais transtornos emocionais e, meninos, mais transtornos de conduta. Deste modo, tais estatísticas sobre a saúde mental das crianças podem estar diretamente relacionadas ao não enquadramento em padrões de comportamento socialmente esperados, contribuindo para o aumento dos encaminhamentos para serviços médicos e psicológicos, para a identificação de transtornos mentais e para o aumento do preconceito contra essas crianças. Isto dificultaria que as famílias procurassem por ajuda mais cedo, uma vez que, instaurado o estigma, este passa a afetar profundamente o bem-estar físico e psicossocial, podendo ser um fardo ainda mais pesado que o próprio transtorno mental, dificultando melhoras na saúde e no desenvolvimento infantil (WHO; UNICEF, 2024).

O estigma, nesse contexto, pode ser compreendido como uma discrepância entre a identidade real da criança e uma identidade que lhe é imputada pelos outros, com uma caracterização daquilo que se espera dela, ocasionando, muitas vezes, uma forma de exclusão social. Desta forma, no panorama social, o estigma está intrinsecamente relacionado com períodos culturais, econômicos, políticos e históricos, ou seja, é um processo social contextualizado que provoca a desigualdade, perda de direitos e cidadania, prejudicando o trabalho, os ganhos financeiros e o acesso à habitação e à saúde, bem como os laços sociais. Isso afasta a família da

busca por melhores maneiras de compreender as particularidades da criança e em como lidar com elas (Leão; Lussi, 2021).

Diante deste cenário de exclusão social, Nakamura e Barbarini (2019) chamam a atenção para a forma como os transtornos psicológicos são identificados e definidos, tomando-se como base apenas as descrições dos sintomas encontrados no DSM-5-TR (APA, 2023), que definem disfunções biológicas e psíquicas, sem levar em consideração a influência dos modelos socioculturais de padrões de comportamento adequados que afetam a vida do indivíduo.

A relação entre os dados do DSM-5-TR (APA, 2023) e a crescente medicalização da infância se evidencia na forma como os critérios diagnósticos influenciam a identificação de comportamentos problemáticos, uma vez que o manual não apenas categoriza os transtornos, mas também molda a percepção social do que é normal ou patológico, o que pode acabar levando à rotulação prematura de crianças quando tomada como base apenas a descrição de seus comportamentos (Nakamura; Barbarini, 2019).

Outro ponto que evidencia a problemática do estigma das crianças se desenvolve dentro das escolas, pelo fato de iniciarem o processo de alfabetização precocemente e sem terem atingido o nível de maturidade necessário para isso. O brincar passa a ser, então, uma ferramenta do aprender com um contexto utilitarista, limitando a criatividade infantil (Corrêa, 2010; Barbosa; Leite, 2020).

Com o advento da pandemia de COVID-19, houve um aumento da quantidade de crianças fora da escola, piorando os números de transtornos relacionados à dificuldade de aprendizado e de comportamento (WHO; UNICEF, 2024). Com o isolamento obrigatório e a descontinuidade das atividades diárias, o desenvolvimento infantil foi profundamente afetado, piorando as questões de vulnerabilidade social. (Silva *et al*, 2023).

Neste contexto, aquelas crianças que retornaram para o modelo presencial de aula e que não atenderam às exigências escolares, por apresentarem sinais de um possível transtorno, acabaram sendo aconselhadas a buscar ajuda psiquiátrica/psicológica para evitar, assim, que haja um agravamento dos sintomas. (Silva *et al*, 2023).

Outro fator que deve ser considerado quando se trata da infância da atualidade, principalmente pós-COVID-19, é em relação ao universo digital e seus impactos na vida das crianças. Segundo Silva *et al*. (2024), o amplo acesso às mídias digitais, o

excesso de estímulos – jogos de celular e videogames, vídeos que são passados de maneira ininterrupta em aplicativos como *YouTube* e *Netflix* – e a exposição precoce às telas podem comprometer o desenvolvimento infantil, afetando tanto aspectos emocionais quanto comportamentais. Embora os recursos digitais proporcionem maior proximidade para com pessoas que moram distantes umas das outras, paradoxalmente também podem levar ao isolamento social e ao surgimento de diversos sintomas – entre eles ansiedade, depressão e distúrbios de atenção – decorrentes do uso excessivo de tecnologias, afetando até mesmo a construção da identidade infantil.

Segundo dados levantados pelo Comitê Gestor da Internet no Brasil/Núcleo de Informação e Coordenação do Ponto BR (2023), o Brasil é um dos países que passa mais tempo utilizando *smartphones*, telas e dispositivos eletrônicos, com uma média de 9 horas diárias. No que se refere às crianças e adolescentes, não é diferente. Em 2022, cerca de 92% da população com idades entre 9 e 17 anos era usuária de internet no país, sendo o celular o dispositivo mais utilizado por estes indivíduos. Destes, 86% possuem ao menos um perfil em redes sociais.

Ainda por conta do surgimento da pandemia de COVID-19, esse processo sofreu uma aceleração por conta da imposição do distanciamento físico e o fechamento de espaços coletivos, levando famílias e escolas a recorrerem às ferramentas digitais para o ensino, o entretenimento e à ocupação de crianças e adolescentes de maneira crescente e dominante. Isso resultou em uma mudança nas relações sociais de crianças e adolescentes e na forma como gerenciam seu tempo livre (*Sapien Labs*, 2023). Diante deste cenário, essa exposição precoce e por períodos longos a telas e dispositivos eletrônicos, principalmente conectados à internet, pode ser prejudicial para o desenvolvimento infantil (Haidt, 2024).

A Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) recomenda que as crianças menores de 2 anos não devem ser expostas a telas e que crianças de 2 a 5 anos devem ter tempo de tela limitado a uma hora por dia. As crianças de 6 a 10 anos podem utilizar as telas de uma a duas horas diárias, já as maiores e os adolescentes não devem ultrapassar o tempo limite de três horas de tela por dia, incluindo videogames. Eles também recomendam que crianças abaixo de 12 anos não devem ter seus próprios *smartphones* (SBP, 2019). No entanto, uma meta-análise feita pela OMS indicou que menos de 1/4 das crianças menores de 2 anos e somente 1/3 das crianças entre 2 e 5 anos cumprem os tempos máximos diários sugeridos (McArthur *et al*, 2022).

De acordo com Pande, Amarante e Batista (2020), todo esse panorama reforça ainda mais a lógica da patologização da normalidade, tendo como forte aliada a farmacologização, que acrescenta a este cenário substantiva demanda por tratamento psicofarmacológico. Pode-se citar como exemplo o emblemático aumento da prescrição de metilfenidato para pessoas diagnosticadas com TDAH ou ainda o uso de medicamentos para fins de desempenho escolar ou concurso público.

De acordo com os autores, outro agravante é o fato de que, apesar do uso significativo e do aumento de medicamentos prescritos para transtornos mentais e comportamentais, como estimulantes, antipsicóticos e antidepressivos, dados divulgados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) não trazem informações suficientes para a caracterização e o entendimento do uso de psicofármacos em crianças, principalmente na faixa etária de zero a seis anos. Como exemplo, pode-se mencionar o Brasil, considerando-se o fato de que alguns psicofármacos são prescritos para faixas etárias para as quais não há estudos suficientes que garantam a segurança de seu uso (Pande; Amarante; Baptista, 2020).

O Conselho Federal de Psicologia (CFP) relata que o uso desse tipo de medicação tem sido visto pela sociedade como a principal forma de tratamento de questões como o não aprender e o comportamento visto como problemático na infância (CFP, 2012). Trata-se de uma convenção socialmente construída e estabelecida que aponta a medicalização como a resolução de problemas físicos e/ou emocionais (Fernandes, 2023).

O uso indiscriminado dos psicofármacos desde a infância pode ocasionar diversas consequências na vida da criança em todas as suas dimensões, sejam familiares, escolares ou sociais, chegando a afetá-la até a vida adulta. A medicalização silencia incômodos e questionamentos, paralisando movimentos por mudanças e representando limitações de possibilidades na construção do futuro (Alves; Brandão; Bacelar Junior, 2021).

Ainda no campo dos prejuízos, Leite (2016) apresenta três questões problemáticas relacionadas aos danos causados pelo uso indiscriminado de psicofármacos. A primeira refere-se ao posicionamento da família, que alega administrar o uso da medicação para atender a uma demanda da escola com o intuito de controlar o comportamento e a atenção da criança. No entanto, o uso dos remédios pode direcionar-se para a função de acalmar o comportamento dos filhos em casa. Essa perspectiva tende a ser perigosa, pois conduz a família a deixar de olhar para

disfunções na dinâmica familiar, ou para o estabelecimento de regras e limites, entre outros. A segunda problemática diz respeito aos diversos tipos de sofrimentos que podem estar associados aos transtornos do desenvolvimento, tais como autismo, psicoses, depressões e históricos de violência. A terceira e última envolve o risco na constituição da subjetividade da criança e seu desenvolvimento futuro, resultante de um discurso parental vacilante que pode ocasionar o não fornecimento de suporte adequado para a formação de sua identidade, contribuindo na geração de incertezas e inseguranças.

Como consequência, a criança acaba por ser enquadrada em um suposto transtorno e passa a carregar, para toda a vida, um estigma de doente que apaga sua singularidade e seu modo de existir e que, muitas vezes, pode aprisioná-la em uma posição passiva e estática (Alves; Brandão; Bacelar Junior, 2021). Ela pode, ainda, vir a justificar suas ações por meio do transtorno, julgando ser capaz de efetuar determinadas atividades apenas se estiver em tratamento. Esse processo poderia torná-la um adulto dependente do diagnóstico e que age apenas de acordo com o que se espera de uma pessoa que apresenta determinado transtorno (Brzozowski; Caponi, 2013). Esse problema pode ser agravado pela atuação dos psicólogos, que, segundo Vercelli (2011), por não refletirem sobre o significativo aumento de encaminhamentos infantis, podem estar contribuindo para o fortalecimento do estigma causado pelo laudo psicológico.

Assim, cabe ressaltar que a psicologia clínica é sustentada por um campo de compreensão teórico abrangente fundamentado cientificamente e amparado por princípios éticos da profissão (Lisboa; Broilo; Verzoni, 2021). Desta forma, o psicólogo clínico, dispondo de inúmeras técnicas, têm como objetivo promover saúde mental e propiciar condições para o enfrentamento de conflitos ou transtornos psíquicos para indivíduos, casais, famílias e demais grupos, especialmente no contexto clínico (CFP, 2022).

No contexto histórico, a psicoterapia tem suas raízes no final do século XIX, em um período marcado por avanços nas ciências biológicas e na organização do conhecimento médico, emergindo como uma resposta ao sofrimento emocional e mental, centrando-se na compreensão e intervenção na subjetividade das pessoas (Moreira; Romagnoli; Neves, 2007). Os psicólogos eram frequentemente associados aos "testólogos" [grifo nosso], ou seja, profissionais que aplicavam testes psicológicos (Cunha, 2007).

Entretanto, a psicologia clínica evoluiu ao longo do tempo, permitindo aos psicólogos a adoção de uma abordagem mais ampla e integrada. Inicialmente, a prática era predominantemente individual, com atendimentos realizados em consultórios particulares nos quais o psicólogo trabalhava de forma isolada. Contudo, essa visão tradicional, que considera a psicologia clínica como uma atividade exclusivamente privada e individual, foi sendo questionada e criticada por focar apenas em tratamentos individuais, sem levar em conta as dimensões sociais e políticas que influenciam a saúde mental (Moreira; Romagnoli; Neves, 2007).

Nesse viés, atualmente, o psicólogo clínico pode utilizar uma variedade de estratégias, combinando métodos quantitativos (como testes psicométricos) e qualitativos (como entrevistas e observação) para avaliar diferentes aspectos do funcionamento psicológico (Cunha, 2007), tendo como premissa a fundamentação na promoção da liberdade, dignidade, igualdade e integridade do sujeito, ressaltando a saúde e qualidade de vida e contribuindo para a eliminação de qualquer forma de negligência (CFP, 2022).

Assim, compete ao psicólogo que atua na área clínica compreender a necessidade de desmistificar esse lugar que a psicologia tem ocupado de detentora de um saber (Vercelli, 2011), utilizando-se cada vez mais de métodos psicológicos que acolham, orientem, aconselhem e ofereçam serviços de psicoterapia, individuais ou coletivos, em seus diversos contextos. A utilização coerente e consciente desses métodos auxilia no tratamento de transtornos de indivíduos em condição de sofrimento e na promoção da saúde mental (CFP, 2022).

O CFP, ao publicar o Código de Ética do Profissional Psicólogo (2005), reforça a postura deste profissional como sendo fundamental para promover a inclusão e considerar as especificidades das pessoas com deficiência, assegurando, em condições de equidade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais conforme as leis vigentes (CFP, 2022).

Contudo, apesar de todos esses aspectos, é importante trilhar este tema de forma atenta e cuidadosa, pois as pesquisas têm avançado de maneira a indicar uma necessidade cada vez mais precoce do diagnóstico de transtornos em crianças e adolescentes (Floresti; Zorzetto, 2024), o que pode ocasionar um aumento no número de casos conforme apresentado pela ANS (2024), que divulgou recentemente que a média de sessões anuais, somente com psicólogos, passou de 12,4 em 2019 para 16,8 em 2023, com crianças e adolescentes de 0 a 15 anos de idade.

Considerando como fator preponderante os avanços dessa avaliação precoce versus o tempo de concretização das fases do desenvolvimento e as vivências nos contextos sociais, pode-se considerar que o psicólogo clínico desempenha um papel crucial na avaliação das queixas em crianças. Deste modo, questiona-se: qual a percepção do psicólogo clínico frente aos fatores que desencadeiam o aumento da demanda de atendimentos psicológicos infantis?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo Geral

Investigar a percepção do psicólogo clínico frente aos fatores que desencadeiam o aumento da demanda de atendimento psicológico na infância.

1.3.2 Objetivos específicos

- 1) Identificar quais motivos os psicólogos clínicos consideram ser os mais frequentes para os encaminhamentos infantis para atendimento psicológico.
- 2) Investigar como o psicólogo clínico realiza a avaliação psicológica da queixa da criança.
- 3) Levantar qual a percepção do psicólogo clínico em relação ao aumento dos encaminhamentos de crianças para atendimento psicológico.
- 4) Levantar quais as fontes de encaminhamento para atendimento clínico na infância.
- 5) Investigar qual é a percepção do psicólogo em relação ao uso de medicamentos na população infantil.

1.4 Hipóteses

- 1) Os psicólogos observarão um aumento na demanda por atendimento psicológico clínico e no uso de medicamentos em crianças.
- 2) Será identificado que os psicólogos clínicos considerarão que a maior parte das demandas vêm das escolas, que frequentemente encaminham as crianças por não conseguirem identificar ou lidar com as dificuldades que impactam no processo de aprendizagem, muitas vezes culpando a criança e a família.

1.5 Justificativa

Segundo Autuori e Granato (2017), o crescimento significativo na demanda por atendimentos psicológicos infantis levanta questões sobre os fatores que contribuem para esse aumento e suas consequências para o desenvolvimento infantil. De acordo com as autoras, esses encaminhamentos são resultantes de diversas fontes e justificativas.

Esses fatores podem estar relacionados à expectativa de que as crianças atendam a certos padrões de comportamentos e à busca por soluções rápidas para questões complexas que envolvem o desenvolvimento infantil. Comportamentos considerados desviantes são frequentemente interpretados como sintomas patológicos e, alinhados ao discurso médico, são introduzidos na vida da criança desde cedo, o que pode ter implicações significativas para seu desenvolvimento emocional e psicológico, impactando todas as suas relações (Christofari; Freitas; Batista, 2015).

Nesse cenário, a rede de relações que cerca a criança, composta por escola, família e os próprios profissionais de saúde envolvidos na situação, acaba por reforçar uma visão patologizante da infância. Isso faz com que, frequentemente, a criança passe a ser vista como portadora de algum tipo de problema, enquanto a responsabilidade dos adultos envolvidos em seu processo de desenvolvimento fica minimizada (Christofari; Freitas; Batista, 2015).

Como resultado, surge uma inquietação quanto ao diagnóstico, ou seja, a busca incessante por uma identificação e classificação patológica como única explicação e solução para os comportamentos da criança, que, ao serem considerados fora do padrão, são interpretados como sintomas a serem tratados, tornando o uso de medicação uma alternativa frequente para esses comportamentos. Isso fomenta o ciclo da medicalização, delimitando e normatizando a criança, minando suas possibilidades de expressão e desenvolvimento (Azevedo, 2018).

De acordo com Autuori e Granato (2017), atualmente, existe uma gama de abordagens psicológicas no contexto clínico que oferecem um leque de possibilidades de intervenções, alinhando-se a diferentes subjetividades. No entanto, essa variedade pode comprometer a autorreflexão do profissional se uma única perspectiva for adotada de forma acrítica. Segundo as autoras, a falta de reflexão crítica no atendimento infantil pode ser problemática, pois é no processo do encaminhamento,

que marca o início da relação entre a criança, a família e o psicólogo, que se estabelecem os vínculos de confiança essenciais para a efetividade do processo terapêutico (Autuori; Granato, 2017).

Desta forma, considera-se relevantes a ampliação e o aprofundamento da produção de conhecimento sobre os fatores que levam ao aumento da demanda por encaminhamentos psicológicos no contexto clínico, além de produzir conhecimentos que considerem uma visão mais ampla e crítica dos contextos sociais, afetivos e históricos que influenciam a vida da criança (Scarin; Souza, 2020). Estes conhecimentos podem contribuir, ainda, para a formação e atuação do psicólogo clínico a fim de que estes apresentem um olhar mais atento, proporcionando a oportunidade de estimular a promoção de práticas mais humanizadas e reflexivas que contribuam para a construção de estratégias que valorizem a singularidade, o potencial e o desenvolvimento integral da criança (Azevedo, 2018).

Ademais, é importante destacar o papel essencial do psicólogo clínico na análise crítica e na intervenção diante do aumento da medicalização e patologização infantil (Azevedo, 2018). Essa função requer não apenas compreensão teórica dos transtornos do desenvolvimento e das queixas emergentes, mas também de uma prática baseada na escuta qualificada e na reflexão crítica, tratando cada caso em sua singularidade e evitando rótulos ou intervenções padronizadas (Alves; Brandão; Bacelar Junior, 2021).

Assim, esta pesquisa visa contribuir para a formação principalmente daqueles que estão ingressando na psicologia, oferecendo resultados que possam enriquecer a prática clínica e promover reflexões críticas, além de fortalecer a atuação dos futuros profissionais, incentivando uma conduta ética e humanizada que questione o impacto da patologização precoce, o uso excessivo de medicações e o aumento do encaminhamento para atendimentos psicológicos.

2 MÉTODO

O presente trabalho consistiu em uma pesquisa de campo na qual se priorizou a abordagem qualitativa para a análise da realidade social dos sujeitos investigados. Essa estratégia possibilitou uma aproximação com a realidade e com as experiências que compõem o cotidiano dos participantes, visando a ampliação da visão de campo e da percepção sobre o fenômeno observado. O método adotado implicou em um processo dinâmico de investigação, fundamentado em um sistema teórico específico (Pinto, 2004), no qual a ciência foi considerada como base para a construção da subjetividade humana, orientando a busca pela compreensão de suas particularidades e conduzindo à realização de uma análise de caráter heterodoxo.

Nessa perspectiva, de acordo com Minayo (2021), a pesquisa de campo destina-se a compreender, com maior profundidade, os fenômenos sociais presentes nas ações e nas relações humanas, bem como seus aspectos subjetivos e seus significados. Assim, a abordagem qualitativa adotada neste trabalho contribuiu para uma compreensão mais ampla dos microprocessos que ocorrem nas relações sociais por meio da análise das ações individuais dos participantes. A pesquisa examinou os dados de maneira detalhada e cuidadosa, buscando ampliar e aprofundar a compreensão da realidade investigada.

2.1 Participantes

Participaram da pesquisa nove psicólogos clínicos que atuam com avaliação psicológica de crianças. Os critérios de inclusão foram psicólogos autônomos, ou seja, sem vínculo com instituição, que atendessem queixas sobre desenvolvimento infantil e que tivessem mais de três anos de experiência clínica com esse público. O critério de exclusão é estar afastado do atendimento deste público há mais de três anos.

2.2 Instrumento

Foi utilizado como instrumento para a realização da pesquisa um roteiro de entrevista com oito perguntas semiabertas (Apêndice A). Na primeira parte, foram solicitadas aos psicólogos entrevistados informações de dados demográficos e de formação profissional e os motivos que os levaram a trabalhar com o público infantil; na segunda parte, foram questionados a respeito de como são feitos os encaminhamentos para atendimento psicológico em crianças e quais os

procedimentos adotados na avaliação psicológica destas; na terceira parte, foram feitas perguntas sobre como veem a infância nos dias atuais e se acreditam haver um aumento na procura por atendimento psicológico no público infantil, o que pensam sobre o uso de medicação na infância e como isso poderia impactar no futuro da criança.

2.3 Aparato de pesquisa

Para a presente pesquisa, foram utilizados os seguintes instrumentos: computador com conexão à internet, software dos pacotes Microsoft Office e Google, impressora, caneta, lápis, papel, prancheta e aplicativo de gravação de áudio de celular.

2.4 Procedimento de coleta de dados

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética, foi feito um levantamento dos contatos de psicólogos clínicos da região metropolitana de São Paulo que atendiam aos critérios de inclusão e exclusão do presente estudo. As buscas foram realizadas por meio de pesquisas em sites de busca como *Google* e *Bing*, utilizando as palavras-chave “avaliação psicológica + crianças + São Paulo + Osasco”. Também foram recrutados potenciais participantes a partir de indicações da rede de contatos pessoais dos pesquisadores. A partir desse levantamento, foram selecionados psicólogos clínicos que trabalham com avaliação psicológica. O contato foi feito via telefone, presencialmente, aplicativo de mensagem de celular e/ou e-mail, por meio do qual foi questionado se os profissionais atuavam com avaliação psicológica infantil e, em caso positivo, foi apresentado um resumo dos objetivos e dos procedimentos da pesquisa, convidando os psicólogos clínicos a participarem de forma voluntária. Após o aceite por parte desses profissionais, foram agendados dia, local e horário para a realização da entrevista de acordo com a disponibilidade de cada participante.

A técnica de entrevista é um dos procedimentos mais utilizados nas pesquisas de campo e que tende a favorecer maior aproximação relacional com os indivíduos entrevistados. Por ser uma entrevista semiestruturada, contendo perguntas semiabertas, o entrevistado teve a possibilidade de falar mais livremente sobre a temática em questão (Minayo, 2021).

As entrevistas foram presenciais e conduzidas por uma dupla de pesquisadores e tiveram duração média de 30 minutos a uma hora. O áudio das entrevistas foi gravado para posterior transcrição e as transcrições foram anexadas ao relatório final (Apêndice B).

As entrevistas foram iniciadas com a apresentação da pesquisa a fim de apresentar os objetivos e procedimentos envolvidos no projeto e de esclarecer eventuais dúvidas que viessem a surgir naquele momento. Também foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo A), que foi assinado pelo participante e pelos pesquisadores.

2.5 Procedimento de análise de dados

Por se tratar de uma pesquisa qualitativa, os dados obtidos foram analisados em detalhes e com a finalidade de explorar e alcançar os objetivos propostos para posterior comparação com as hipóteses declaradas, as quais poderão ser confirmadas ou não. Para tanto, foram analisadas as respostas fornecidas pelos psicólogos participantes da pesquisa referentes às perguntas elaboradas pelos pesquisadores. Essa análise teve como objetivo compreender criticamente o sentido do que foi indagado, por meio de significações explícitas ou subentendidas, permitindo que o entendimento dos dados obtidos fosse feito de forma interpretativa e com inferências às informações prestadas (Sousa; Santos, 2020).

Os passos para a execução da análise de conteúdo foram baseados nas etapas descritas por Minayo (2012): tipificação do material recolhido em campo, realizando uma transição entre a empiria e a elaboração teórica por meio da organização dos relatos em determinada ordem; leitura horizontal, que visou uma elaboração transversal do conjunto do material empírico com a intenção de recortar cada item do texto de acordo com a apresentação feita pelos entrevistados para organização por assuntos, constituindo, assim, a primeira classificação do material; e, por fim, nova leitura do material, sendo este reorganizado em categorias de análise ou núcleos de sentido, permitindo, dessa forma, a interpretação dos dados obtidos e atribuindo significado às informações coletadas.

2.6 Ressalvas éticas

A presente pesquisa seguiu as diretrizes contidas na Resolução nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) no que se refere à pesquisa envolvendo seres humanos nas Ciências Humanas e Sociais. Foram cuidadosamente acatadas as questões éticas estabelecidas pelo Código de Ética do Psicólogo (CFP, 2005), que dispõe, no artigo 16º, sobre as responsabilidades do(a) psicólogo(a) na realização de estudos, pesquisas e atividades voltadas à produção de conhecimento e ao desenvolvimento de tecnologias. Este trabalho foi pautado no respeito aos direitos humanos, sem expor, discriminar ou causar desconforto aos participantes, com o objetivo de garantir sua integridade física e psicológica.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Paulista em 12 de dezembro de 2024, pelo número de Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 84920924.1.0000.5512 e parecer de número 7.290.679.

Os dados da pesquisa foram analisados e apresentados de forma coletiva, preservando a confidencialidade das informações prestadas por cada indivíduo, com o compromisso de que fossem utilizados apenas para a realização deste projeto de pesquisa e das publicações dele resultantes. O TCLE (Anexo A) foi apresentado aos participantes em duas vias, das quais uma permaneceu com eles, garantindo sua autonomia e liberdade para, caso desejassem, desistir ou retirar seus dados da pesquisa a qualquer momento e por qualquer motivo. Os pesquisadores permaneceram disponíveis para quaisquer esclarecimentos que os participantes pudessem solicitar, desde o momento do primeiro contato até o término de sua participação na pesquisa. Dessa maneira, buscou-se permitir a obtenção de benefícios máximos e a diminuição dos riscos.

Todas as entrevistas foram realizadas apenas com os psicólogos clínicos, evitando-se o contato direto com os usuários dos serviços prestados. Assim, considerou-se que a pesquisa apresentou risco mínimo para os participantes, uma vez que foram solicitadas apenas descrições de aspectos que fazem parte do âmbito profissional. Ressaltou-se que, caso ocorresse algum desconforto ou mal-estar diante das perguntas elaboradas pelos pesquisadores, o entrevistado poderia desistir da pesquisa ou pular a pergunta. Caso os pesquisadores percebessem que o desconforto ainda persistia, a entrevista seria encerrada e o entrevistado receberia acolhimento,

além de um direcionamento para o Centro de Psicologia Aplicada (CPA) da Universidade Paulista (UNIP) – campus Marquês, situado na Avenida Comendador Martinelli, nº 72, Vila Chalot, São Paulo/SP, telefone (11) 3611-3030 (com atendimento para informações de segunda a sexta-feira, das 8h às 21h).

A presente pesquisa visa oferecer os seguintes benefícios aos participantes e para a sociedade: reflexão dos psicólogos clínicos sobre sua prática e sobre os efeitos de seu trabalho para o desenvolvimento infantil; reflexão sobre como os transtornos de desenvolvimento vêm sendo tratados na atualidade e sobre a importância de compreender que o aumento da demanda desse tipo de queixa favorece o crescimento na busca de laudos. Esta pesquisa visa ainda oferecer a possibilidade de os psicólogos clínicos terem acesso aos resultados deste estudo para complementarem ou repensarem sua prática atual e compartilharem o conhecimento e experiência, oriundos desta vivência, com os colegas estudantes de psicologia, podendo estes também terem acesso aos resultados da pesquisa, despertando o interesse na busca por literaturas atualizadas sobre o tema. Essa movimentação e a conscientização de novos profissionais da psicologia poderão se converter em benefícios futuros para o público infantil, tanto no que diz respeito à melhoria da prática psicológica clínica como no auxílio e orientação dos pais ou responsáveis, estendendo-se, assim, para a sociedade como um todo.

3 RESULTADOS

Para a realização desta pesquisa, foram contatados 24 psicólogos clínicos para participar das entrevistas de forma voluntária. Foram realizados 23 contatos por meio de aplicativo de mensagem de celular e apenas 1 de forma presencial. Dos abordados, 8 não responderam, 6 não se enquadraram nos critérios de seleção, 1 não tinha disponibilidade de agenda e 9 aceitaram o convite.

Assim, após o processo de triagem, foram selecionadas, para participação no estudo, 9 psicólogas clínicas que atuam em avaliação psicológica infantil. Com a finalidade de ilustrar o presente estudo bem como de preservar a identidade de cada participante, estas como E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8 e E9.

3.1 Entrada no campo

Após obter a confirmação das psicólogas selecionadas, foram agendados a data, o horário e o local, de acordo com a disponibilidade de cada participante, sendo que, as entrevistas ocorreram no período compreendido entre 15 de fevereiro e 15 de abril de 2025 e a duração média foi de quarenta e quatro minutos. Durante o processo, no início de cada entrevista, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual foi lido e assinado por ambas as partes: pesquisador(a) e participante.

As entrevistas foram realizadas em diferentes locais, predominantemente nas clínicas ou consultórios dos profissionais, com exceção de três delas, que ocorreram em espaços públicos, como praças de alimentação de shoppings. Todas as participantes confirmadas mostraram-se empenhadas em colaborar, comparecendo ao local de acordo com o combinado e cumprindo pontualmente as datas e horários agendados. A única exceção foi a participante E7, cuja entrevista teve a duração reduzida em função de um conflito em sua agenda, mas, ainda assim, conseguiu responder a todas as perguntas.

A primeira entrevista, com a participante E1, foi realizada em 15 de fevereiro, durante o período da manhã, e teve duração de 30 minutos e 55 segundos. O encontro ocorreu em um local público, especificamente na praça de alimentação de um shopping aberto, podendo ser caracterizado como sendo um ambiente tranquilo e que, naquele momento, não sofreu interferências externas. A participante apresentou-se e cumprimentou as pesquisadoras com simpatia. Inicialmente, demonstrou-se tímida e

reservada, contudo, ao longo da entrevista, tornou-se mais comunicativa, compartilhando percepções e experiências relativas ao tema proposto.

A entrevista com a participante E2 foi realizada em 17 de fevereiro e teve duração de 31 minutos e 21 segundos. O atendimento ocorreu no horário agendado em seu consultório particular e em uma sala bem iluminada. Antes do início, E2 considerou a possibilidade de usar uma sala com melhor ventilação, mas optou por permanecer em seu próprio consultório. A participante informou que atende em dois espaços localizados em regiões distintas da cidade de São Paulo, alternando os dias entre eles. Um dos espaços está localizado em uma região mais nobre, onde atende pacientes com maior poder aquisitivo; o outro está localizado em uma região mais periférica, alcançando uma classe social de maior vulnerabilidade econômica.

A terceira entrevista, com a participante E3, ocorreu em 18 de fevereiro, teve duração de 58 minutos e 45 segundos e foi realizada em seu consultório. O local era pequeno, com cores em tons neutros e aparência de escritório corporativo. A entrevista iniciou-se com dez minutos de atraso por conta de um equívoco da recepção na comunicação da chegada das pesquisadoras. E3 as recebeu gentilmente, mostrando-se bem preocupada com a ocorrência do atraso. Contudo, não houve prejuízos para a condução da entrevista e nem para a coleta dos dados. A entrevistada demonstrou bom domínio em sua prática ao responder às questões formuladas, empenhando-se em dar uma explanação geral sobre as técnicas mais utilizadas na atualidade, o que levou a entrevista a um tempo de duração bem maior que o previsto.

A quarta entrevista, com a participante E4, foi realizada em 7 de março, com duração de 1 hora, 15 minutos e 51 segundos e transcorreu em uma padaria, local de fácil acesso para ela e para as entrevistadoras. Ela chegou alguns minutos atrasada, porém, havia informado previamente que estava presa no trânsito. Ao chegar, E4 pediu uma água e um café antes de iniciar a entrevista. Por conta de o horário agendado coincidir com o horário de almoço, havia muitos ruídos no local, porém, a entrevista fluiu dentro do esperado, exceto pelo fato de que as pausas e momentos de distração da participante elevaram o tempo de duração da entrevista. Por ser pesquisadora, demonstrou entusiasmo com o tema da pesquisa e mencionou ter forte interesse em cursar doutorado em busca de compreender a nova geração de crianças que cresceu em uma era completamente digital.

A quinta entrevista ocorreu em 8 de março, com a participante E5, e teve duração de 47 minutos e 26 segundos. O local escolhido foi uma cafeteria localizada dentro de um shopping. Apesar de ser um ambiente movimentado, isso não interferiu no andamento da entrevista. A participante chegou alguns minutos antes do horário agendado e solicitou uma água antes de iniciar as respostas ao questionário. Manteve-se solícita e atenciosa durante todo o encontro com as pesquisadoras e demonstrou segurança e domínio em suas respostas.

A sexta entrevista, com a participante E6, foi realizada em 18 de março, com duração de 33 minutos e 28 segundos. O encontro ocorreu em uma clínica particular de psicologia e psicopedagogia, em uma sala sublocada onde a participante atua há quase dois anos. O ambiente era de tamanho médio, com móveis diversos, iluminação com aspecto escuro e alguns brinquedos ao fundo. E6 chegou com dez minutos de atraso, mas foi prestativa com as pesquisadoras. No início, apresentava sinais de agitação e calor, além de certa tensão durante a entrevista, evidenciada por gestos repetitivos, como alisar as mãos e balançar os pés, o que poderia indicar uma possível insegurança, considerando seu tempo recente de formação e experiência prática. Após o encerramento da gravação, sua postura mudou visivelmente, tornando-se mais espontânea, segura e natural.

A entrevista com a participante E7 ocorreu em 24 de março e teve uma duração de 28 minutos e 58 segundos, pois, devido ao pouco tempo disponível e a uma evidente falta de planejamento da entrevistada, aconteceram diversas intercorrências. Por exemplo, a troca de horário mais de uma vez, sendo que a última troca ocorreu menos de uma hora antes do início da entrevista, o que gerou um nível de estresse nas pesquisadoras por conta das tantas alterações resultarem na baixa probabilidade de chegarem ao local no horário proposto. Chegando no local, a entrevistada informou que não teria todo o tempo previsto no agendamento, restando menos de 30 minutos para que a entrevista fosse realizada. Apesar do ocorrido, E7 foi bastante simpática e houve um esforço, tanto dela quanto das pesquisadoras, para que todo o conteúdo do questionário fosse coberto e para que sua visão fosse coletada de maneira que pudesse ser contemplada nos resultados. As pesquisadoras foram atendidas em uma sala da própria clínica para a qual E7 trabalha, cuja decoração era toda voltada para o público infantil.

A entrevista com a participante E8 foi realizada em 15 de abril, com duração de 30 minutos e 51 segundos. O local foi um consultório da clínica onde ela conduz seus

atendimentos e avaliações com as crianças. As pesquisadoras foram convidadas a conhecer a clínica, que é composta por espaços internos e externos. Os espaços, em geral, são bem aconchegantes, sendo que o espaço externo é configurado para o público infantil e para atendimentos a famílias e/ou grupos, com decorações que variam desde composições com pequenos brinquedos infantis até um espaço com redário e grama sintética. Já os espaços internos possuem várias salas cujas configurações são diversificadas, permitindo atendimento tanto ao público adulto quanto ao infantil. A entrevistada chegou pontualmente ao local e apresentou-se de maneira bem simpática. Durante a entrevista, demonstrou-se eloquente, receptiva e segura em relação às experiências relatadas.

A nona entrevista, com a participante E9, foi realizada no dia 15 de abril e teve duração de 32 minutos e 34 segundos. A entrevista ocorreu na mesma clínica da participante E8, porém, em um consultório diferente. Embora E9 já se encontrasse no local, a entrevista teve início com dez minutos de atraso devido a questões pessoais em sua agenda. Contudo, o ocorrido não comprometeu a condução do conteúdo e a coleta de dados, uma vez que a entrevistada flexibilizou sua agenda em função do atraso. A configuração do consultório é voltada ao público infantil, onde há uma estante repleta de livros e brinquedos. Durante o encontro, a entrevistada apresentou uma postura rígida, utilizando-se de bem poucos movimentos corporais para articular o seu discurso.

3.2 Características Demográficas e de formação profissional das participantes

Das nove psicólogas clínicas entrevistadas, oito atuam em consultórios particulares na cidade de São Paulo e uma atua também na rede de serviço público.

Quanto ao perfil das profissionais, foram todas do sexo feminino, com idade variando entre 27 e 54 anos. Já em relação ao tempo de experiência das participantes, a variação é entre dois e vinte anos, sendo que todas possuem, no mínimo, uma especialização em abordagem clínica específica e complementar à formação de graduação, de acordo com o apresentado na Tabela 1.

Tabela 1 – Dados das participantes em termo de idade, tempo de atuação na área clínica e especialização.

Participantes	Idade	Tempo de atuação	Pós-Graduação
E1	28	5	Terapia-Cognitiva Comportamental
E2	51	10	Terapia-Cognitiva Comportamental
E3	48	20	Neuropsicologia, Terapia-Cognitiva Comportamental e Sistêmica
E4	48	10	Psicologia Social
E5	54	15	Neuropsicologia
E6	52	2	Neuropsicologia
E7	27	5	Terapia-Cognitiva Comportamental e Análise do Comportamento Aplicada
E8	50	10	Práticas Psicossociais em Instituições e Comunidades e Terapia Familiar
E9	42	8	Neuropsicologia e Análise do Comportamento Aplicada

Fonte: Autores, 2025.

3.3 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

Para a análise do discurso das participantes foi empregado o procedimento de Análise de conteúdo (Minayo, 2021). Assim, embora os resultados revelem diferentes opiniões, observa-se uma coerência nas informações, de modo que as visões das participantes são apresentadas a partir da análise dos relatos descritivos fornecidos por eles. Com o objetivo de explorar os principais conteúdos abordados, foram identificadas as temáticas mais recorrentes nas entrevistas. A partir da análise dos conteúdos, emergiram sete categorias de análise, sendo elas: queixas apresentadas

nos atendimentos psicológicos infantis; origem dos encaminhamentos infantis para atendimento psicológico; variações no volume e impacto da pandemia de COVID-19 nas demandas por atendimento infantil; percepção sobre o uso de medicação na infância; procedimentos de avaliação adotados por profissionais no atendimento psicológico infantil; o papel da tecnologia no processo de desenvolvimento infantil; e relações entre pais e filhos.

As entrevistas foram conduzidas presencialmente, com a participação de dois pesquisadores vinculados ao estudo e de uma entrevistada graduada em psicologia. A duração média de cada encontro foi de aproximadamente 30 minutos. O roteiro utilizado foi composto por oito questões semiestruturadas, elaboradas com o intuito de investigar a percepção de profissionais de Psicologia acerca de aspectos relacionados ao atendimento infantil.

3.3.1 Queixas apresentadas nos atendimentos psicológicos infantis

As entrevistas revelaram que as queixas que motivam a busca por atendimento psicológico infantil são variadas, abrangendo aspectos do desenvolvimento infantil, dificuldades emocionais, comportamentais e escolares das crianças.

Inicialmente, as participantes pontuaram que certas demandas estavam voltadas para crianças atípicas¹, sobretudo com atrasos no desenvolvimento. Nesse sentido, E1 relatou: *“eu trabalhei por bastante tempo com crianças atípicas, então a maior queixa que eu recorri ali naquele momento eram as questões de desenvolvimento mesmo, de atraso, mas ao longo do tempo eu fui atendendo também crianças típicas² e a maior queixa que eu pegava era de ansiedade e mutismo seletivo”³*. Em consonância, E7 destacou os atrasos no desenvolvimento, especialmente atraso de fala, associados a comportamentos desafiadores, como birras, crises de raiva, choro excessivo e agressividade. A entrevistada ressaltou que muitos encaminhamentos partem da escola ou de profissionais de saúde, como pediatras e fonoaudiólogos, ainda sem um diagnóstico fechado, sendo a busca pelo atendimento motivada pela dificuldade dos pais em manejar tais comportamentos.

¹ Termo que pode ser interpretado e associado como desvio em relação à normalidade e comumente utilizado pelas entrevistadas

² Termo que pode ser interpretado e associado como padrão de normalidade e comumente utilizado pelas entrevistadas

³ A fala literal das participantes está apresentada entre aspas e em itálico.

No campo das dificuldades emocionais e relacionais, E2 enfatizou queixas ligadas à inabilidade social, timidez e baixa tolerância à frustração, além da ansiedade de separação em contextos de divórcio, compreendida como manifestações de sofrimento emocional. E3 observou que os problemas escolares frequentemente englobam sintomas emocionais, como ansiedade, salientando que muitas vezes a queixa trazida pelos responsáveis não corresponde ao problema central, exigindo investigação clínica mais aprofundada.

As dificuldades escolares constituíram uma das queixas mais recorrentes entre as entrevistadas. E3 e E4 relataram que tais queixas se apresentam de forma ampla e, por vezes, vaga, envolvendo tanto dificuldades acadêmicas quanto comportamentais, como agitação, rebeldia, hiperatividade, agressividade e dificuldade em aceitar limites. E4 acrescentou uma crítica ao uso excessivo de rótulos diagnósticos, muitas vezes atribuídos a comportamentos multifatoriais ou esperados em determinadas fases do desenvolvimento. Segundo ela: *“Muitas queixas vagas de comportamento..., mas mais já beirando hipóteses diagnósticas pouco fundamentadas”*. Na mesma direção, E6 descreveu queixas de problemas escolares e comportamentais, frequentemente associados a suspeitas de TDAH, dislexia e TEA, ressaltando que sentimentos de vergonha pela não aprendizagem repercutem no comportamento e na interação social das crianças. E8 também destacou a presença de queixas relacionadas a dificuldades escolares e déficits cognitivos que impactam a aprendizagem, muitas vezes vinculados a TDAH ou a possíveis baixas de QI (Coeficiente de Inteligência), salientando que tais manifestações se tornam mais visíveis no ambiente escolar. E9 reforçou esse panorama, observando queixas de agitação e mau comportamento em sala de aula, frequentemente acompanhadas de suspeitas de TDAH ou TEA, mas que, em muitos casos, podem ter origem em fatores emocionais e familiares, como conflitos parentais ou histórico de violência, não se restringindo a quadros neuropsiquiátricos.

Os transtornos psicológicos e suspeitas clínicas de transtornos também apareceram de forma recorrente. E5 relatou que são frequentes as suspeitas de TEA, TDAH e dificuldades de aprendizagem, muitas vezes associadas a múltiplos transtornos (por exemplo, TDAH + TOD + DI). Entretanto, destacou que, sobretudo quando levantadas pela escola, tais demandas podem não se confirmar na avaliação clínica, estando, em parte, relacionadas a lacunas educacionais mais do que a quadros psicopatológicos. E6 enfatizou que as queixas iniciais frequentemente

encobrem outras necessidades que só emergem durante o processo clínico. E8 descreve que as queixas escolares costumam emergir em alunos do fundamental 1 e 2, ao chegarem no ensino médio, além das queixas de aprendizado, se deparam com a ansiedade da escolha profissional.

De forma geral, as participantes destacaram que as queixas infantis se tornaram mais complexas e diversificadas, refletindo novas demandas e desafios no trabalho com esse público. Essa mudança no perfil das queixas foi apontada como um fenômeno que intensifica, em alguns casos, a gravidade das dificuldades, abrangendo dimensões emocionais, sociais e escolares.

3.3.2. Origem dos encaminhamentos infantis para atendimento psicológico

As entrevistas evidenciaram que a origem das queixas é multifatorial e dos encaminhamentos para o atendimento psicológico infantil podem envolver a escola, os profissionais de saúde e as próprias famílias.

De acordo com E1, embora os encaminhamentos tradicionalmente sejam realizados por médicos, como psiquiatras, neuropediatras e pediatras, tem crescido o número de famílias que buscam diretamente os serviços psicológicos, seja por percepções próprias, seja a partir de observações feitas pela escola, E1 relatou: *"Ah, geralmente por psiquiatras ou neuropediatras ou pelo próprio pediatra. Depende, contudo, do caso, mas geralmente pelos médicos. Mas eu percebi que pelo menos nos últimos dois anos aumentou bastante a busca da própria família... E, também, queixa na escola. Geralmente, antes de procurarem os médicos, a escola traz a problemática. Eles levam para o médico e o médico caminha para as terapias. Geralmente é esse o caminho"*.

E2, E3, E5, E6, E7 e E8 apontaram a escola como principal agente de encaminhamento, seja por identificar dificuldades no processo de aprendizagem, seja por observar problemas de socialização ou comportamentos considerados inadequados. De acordo com E3: *"Normalmente, a queixa vem a partir da escola e não da família. A família percebe alguma dificuldade, mas é a escola que acaba pedindo para os pais levarem a criança para o atendimento..."*.

E6 observou que os encaminhamentos escolares são predominantes nos casos de dificuldades atencionais, mas que os pais tendem a buscar ajuda quando os comportamentos se tornam disfuncionais, sobretudo diante de suspeitas de autismo. E5 reforçou o papel central da escola, muitas vezes por meio de relatórios solicitando

avaliação psicológica, embora também ocorram encaminhamentos feitos por médicos, geralmente motivados pelas observações escolares. Nesse mesmo sentido, E7 apontou que as dificuldades são frequentemente percebidas por terceiros, como escolas, pediatras e fonoaudiólogos, e menos comumente pelos pais. A entrevistada relacionou parte dessas queixas à falta de estimulação e ao uso excessivo de telas, sobretudo entre os chamados “*bebês da pandemia*”, referindo-se a crianças que cresceram em ambientes de menor interação social devido ao isolamento provocado pela pandemia de COVID-19.

Em contrapartida, E4 declarou que possui experiência em atendimento clínico de crianças, mas também atua como psicóloga de uma UBS na cidade em que reside e destacou que, no município em que trabalha, as demandas partem sobretudo dos pais, que relatam dificuldades em lidar com os comportamentos dos filhos em casa. Embora a escola também esteja presente nesse processo, ressaltou existir uma política da rede pública local de evitar encaminhamentos diretos e imediatos da escola para a saúde mental, a fim de frear diagnósticos precipitados.

E9 descreveu uma perspectiva distinta, enfatizando que muitas vezes a origem das queixas relatadas está no próprio contexto familiar e emocional da criança. Conflitos conjugais, agressões, brigas e lares desestruturados aparecem como fatores subjacentes que podem ser confundidos com quadros clínicos como TDAH, reforçando a necessidade de uma escuta clínica atenta e contextualizada.

A escola, representada nesta categoria, foi citada como uma das principais fontes de encaminhamento, sendo mencionada em 7 entrevistas: em seis delas como a primeira fonte e em 1 como segunda opção. As famílias, sobretudo no período pós-pandemia de COVID-19, também se destacam como um fator de grande relevância na busca por explicações sobre o que pode estar acontecendo com a criança, sendo mencionadas em pelo menos 5 respostas. Nessas falas, as participantes relatam que os pais as procuram após compararem seus filhos entre si ou com primos da mesma idade.

Já 3 participantes (E1, E5 e E7), também apontam que parte dos encaminhamentos aparecem com solicitações de investigação por parte de psiquiatras e neurologistas, que pedem o olhar do psicólogo sobre a dúvida apontada.

Outros profissionais, como fonoaudiólogos, psicopedagogos, também aparecem como fontes de encaminhamento, mas de forma menos frequente, sendo citados pelas profissionais E6 e E7.

3.3.3 Variações no volume e impacto da pandemia de COVID-19 nas demandas por atendimento infantil

E1 destacou um crescimento de crianças encaminhadas com queixas que não necessariamente configuram problemas patológicos, mas estão ligadas a dificuldades de autorregulação emocional, que se agravaram durante a pandemia de COVID-19. A entrevistada relatou ainda que parte do problema pode ter sido agravado em famílias cujos pais já tenham histórico de serem ansiosos, o que reflete em crianças que também podem apresentar os mesmos sintomas. De acordo com ela: *"Crianças ansiosas, têm pais extremamente ansiosos. Então a gente não sabe se esses pais já eram e com a pandemia se agravou, ou se, de fato essa coisa de estar dentro de casa, todo mundo trabalhando junto com a criança, se isso aumentou..."*. Os efeitos foram percebidos pelas psicólogas clínicas participantes, com mais visibilidade dos sintomas e procura por atendimento psicológico.

E2 associou o aumento da demanda à ampliação do acesso aos serviços de psicologia, antes mais restritos às classes sociais mais altas. Para a entrevistada, há um movimento social de valorização da infância e do cuidado emocional, o que leva famílias a buscarem acompanhamento psicológico mesmo em situações que podem não configurar problemas de saúde mental.

E3, E4, E5, E6, E7 e E8 relacionaram o aumento da demanda diretamente ao contexto de vigência da pandemia de COVID-19, compreendendo-a como um evento que resultou em prejuízos sociais, emocionais, cognitivos e escolares. O isolamento social intensificou dificuldades já existentes, tornando-as mais visíveis para famílias e escolas, o que impulsionou os encaminhamentos e realização de diagnósticos mesmo em situações que não se configuram como transtornos. E3 pontuou que a pandemia de COVID-19 gerou déficits acadêmicos e sociais significativos nas crianças, com mais impacto nas de escolas públicas, resultando em defasagem de conteúdos e dificuldades de socialização. Ela ressaltou que, esses prejuízos ainda persistem, sendo registrados em laudos e relatórios, e levaram ao aumento de encaminhamentos para atendimentos psicológicos devido a problemas de comportamento, ansiedade e desempenho escolar. Segundo E3: *"...quando a gente vai escrever um laudo, a gente sempre coloca a ressalva, estamos falando de crianças que passaram por uma pandemia, então esses prejuízos podem ser explicados dessa forma e não como um transtorno. (...) sugere-se então a estimulação da criança e depois uma reavaliação..."*.

Neste sentido, o isolamento social imposto pela pandemia de COVID-19, segundo as participantes, teria tornado as dificuldades emocionais e cognitivas mais visíveis, levando tanto famílias quanto escolas a buscarem apoio psicológico com maior frequência. E4 afirmou: *"E acho que de uns... pandemia pra cá, mas intensificado, minha impressão, essa tendência já pré-rotular como algo, como hipótese diagnóstica, de uns dois anos pra cá, mais intensamente."* E5 também observou um aumento expressivo após a pandemia de COVID-19, sobretudo em casos de suspeita de TEA e dificuldades de aprendizagem. Para a entrevistada, tal cenário é reflexo da alfabetização precária durante o ensino remoto, agravada pela falta de mediação familiar. Além disso, apontou que o uso excessivo de telas e o baixo envolvimento dos pais na rotina dos filhos impactaram negativamente o desenvolvimento motor, da linguagem e da atenção nas crianças. E5 relatou: *"Sim, depois da pandemia eu percebo que aumentou muito a questão de autismo (...) e dificuldade de aprendizagem (...) não é um transtorno, é uma dificuldade (...) muito relacionada com a falta de base lá nos primeiros dois anos da alfabetização, porque essa criança estava online..."*. Nesta mesma linha de raciocínio, E7 pontuou que, por as escolas de educação infantil estarem fechadas durante o período da pandemia de COVID-19, as crianças deixaram de desenvolver habilidades características da idade, como a coordenação motora fina, por exemplo. E7 afirmou: *"Não tinha escolinha, por exemplo, para interagir. Então as criancinhas de 1 ano que pegou a pandemia, também naquele momento de ir pra escolinha e desenvolver algumas habilidades, não teve a escolinha, não desenvolveu..."* e destacou um crescimento notável de casos de autismo a partir de 2023/2024, sobretudo entre crianças de 2 a 4 anos. Os pais se mostraram mais abertos a procurar e de adotar práticas educativas menos violentas foram identificados por ela como fatores centrais que impulsionaram esse movimento.

E6 confirmou a intensificação das demandas no pós-pandemia de COVID-19, vinculando-a à defasagem escolar, às fragilidades no processo de alfabetização ao isolamento digital. A entrevistada também chamou atenção para o aumento da medicalização e para a busca por respostas rápidas por parte tanto das famílias quanto das instituições escolares.

Por fim, E9 afirmou que houve aumento das queixas, uma vez que já existia alta demanda no convênio médico em que atua. Entretanto, observou que, atualmente, há mais procura por atendimentos infantis em relação ao público adulto,

o que pode indicar não apenas crescimento quantitativo, mas também uma maior visibilidade das demandas relacionadas à infância.

Todas as participantes pontuaram que, na atualidade, a busca por atendimentos psicológicos voltados ao público infantil supera a procura por atendimentos voltados a adultos, revelando tanto um crescimento efetivo quanto uma maior visibilidade das demandas na infância.

A pandemia de COVID-19 foi apontada pelos profissionais entrevistados como um marco central para o aumento da demanda por atendimentos psicológicos infantis, pois tal condição de saúde pública impactou diversas dimensões do desenvolvimento, como a social, emocional, cognitiva e escolar, além da dinâmica familiar.

Segundo as participantes, o período de isolamento imposto pela pandemia de COVID-19 evidenciou nas crianças dificuldades em autorregulação, defasagens escolares, dificuldades de alfabetização, isolamento social e uso excessivo de tecnologias, fatores que intensificaram a busca por diagnósticos mesmo na ausência de transtornos psicológicos. Os efeitos sobre o desempenho escolar mostraram-se significativos, abrangendo dificuldades de alfabetização, lacunas na aprendizagem e limitações impostas pelo ensino remoto sem a devida mediação, podem ter comprometido a aquisição e o domínio do sistema linguístico pelas crianças. Somaram-se a esses desafios alterações comportamentais, como crises de ansiedade, desatenção, isolamento social e prejuízos de aprendizagem, especialmente entre as crianças que cursam a rede pública de ensino, mais afetadas pelo acesso restrito às atividades remotas.

3.3.4 Percepção sobre o uso de medicação na infância.

E2 e E3 destacaram que a utilização de medicação deve ocorrer apenas como último recurso, especialmente na primeira infância, enfatizando a importância de avaliar criteriosamente o que já foi realizado até determinado momento e de adotar uma lógica de etapas. Assim, antes da prescrição de medicação, é necessário assegurar que outras estratégias tenham sido efetivamente aplicadas e reconhecer que cada caso possui suas particularidades.

E4, E7 e E8 expressam que enxergam a medicação como um recurso válido e positivo, mas apenas quando realmente necessário. Ressaltaram a necessidade de priorizar outras abordagens terapêuticas antes da introdução da medicação, reforçando a importância de esgotar todas as possibilidades de intervenção.

Destacam que muitos comportamentos infantis não deveriam ser tratados com remédios, e sim compreendidos a partir das causas que os originam. Além disso, descreveram a postura de alguns profissionais que, a partir de hipóteses diagnósticas frágeis, recorrem à medicação com o objetivo de apenas acalmar a criança, sem explorar alternativas. E8 comentou: *“Eu acho que a medicação, ela é uma intervenção necessária, eu enxergo como algo positivo, desde que seja necessário. Muitas questões comportamentais das crianças não são para uso de medicação, é para trabalhar questões que levam a criança aquele comportamento. Porém, a medicalização tem sido um recurso muitas vezes... Para acalmar, aquela criança... O que precisa fazer é todas as intervenções possíveis, com todas as equipes multi possíveis, antes de pensar numa medicação.”*

E5, em consonância com as demais entrevistadas, afirmou que a medicação deve ter caráter complementar, sendo indicada apenas quando há real necessidade clínica. Ela fez uma analogia com doenças crônicas, como diabetes e hipertensão, ressaltando que o medicamento pode ser indispensável, mas não substitui intervenções terapêuticas ou pedagógicas. Diferencia, ainda, situações em que a medicação é essencial, como em casos de distúrbios do sono em crianças com TEA, e daquelas em que pode ser evitada, como em quadros leves de TDAH. Em sentido distinto, E1 apontou o uso indiscriminado de medicação no TEA, chamando atenção para a falta de bom senso clínico em alguns encaminhamentos, mas considerou que, em situações como mutismo seletivo e TDAH, a medicação pode trazer benefícios.

E6 colocou que a medicação pode ser necessária, mas deve sempre estar contextualizada e fundamentada em uma avaliação criteriosa. Destacou o papel do psicólogo na construção das hipóteses diagnósticas, enquanto cabe ao médico a validação e a prescrição. Embora critique o uso precipitado de medicamentos, reconhece sua relevância quando indicados de forma responsável.

As participantes descreveram que a medicação deve ser compreendida como um recurso complementar, inserido em um processo mais amplo de intervenção terapêutica e pedagógica.

3.3.5 Procedimentos de avaliação adotados por profissionais de atendimento psicológico infantil

Os processos de avaliação, descritos pelas participantes, são empregados pelos profissionais e integram abordagens clínicas e contextuais, abrangendo os

diferentes ambientes nos quais a criança está inserida, como a família, a escola e o convívio social.

E1, E2, E3, E6 e E7 ressaltaram a importância de realizar uma avaliação que vá além do âmbito clínico, iniciando com procedimentos como a anamnese e, sempre que possível, incluindo a observação nos ambientes de convivência da criança, como a casa e a escola, bem como entrevistas com profissionais escolares.

E3, além das visitas, afirmou que realiza entrevistas com a família e com a escola e, quando necessário, recorre a instrumentos padronizados e validados da psicologia e da neuropsicologia. E6 acrescentou a aplicação de testes, ressaltando que o laudo deve ser um documento ético e transformador, que exige responsabilidade clínica, precisão e discussão com outro profissional competente.

Nessa mesma linha, E7 afirmou que utiliza checklists e escalas, como Denver⁴ e Portage⁵, voltadas ao mapeamento dos marcos do desenvolvimento (comunicação, cognição, independência e brincar) a partir dos quais são definidos os focos de intervenção.

Já E2 declarou que, na maioria dos casos, o trabalho envolve observação clínica, orientação à família, coleta de informações junto aos responsáveis e visita à escola. Ressaltou que, se a criança estiver em fase escolar, a visita à instituição é imprescindível, independentemente da origem da queixa. Ela defendeu a importância da parceria entre família, escola e profissional, além da colaboração com outros especialistas, como médicos e pediatras, para reunir diferentes perspectivas e enriquecer a compreensão do caso. Argumentou que o tempo de atendimento em consultório é limitado, o que torna essencial esse olhar ampliado e multidisciplinar sobre a criança. Além disso, ela pontuou que utiliza testes e escalas, como o WISC (Escala Wechsler de Inteligência para Crianças). De acordo com E2: *“Mas, na grande maioria das vezes, é a observação clínica, que a gente trabalha, orientação à família, busca por informações com a família e visita à escola. Se a criança estiver no ano escolar, é imprescindível que você faça uma visita à escola, independente se a queixa*

⁴ O *Denver Developmental Screening Test* (DDST), também denominado Modelo Denver de Intervenção, é um instrumento de triagem do desenvolvimento infantil que avalia marcos em áreas como linguagem, motricidade ampla e fina, cognição e socialização, possibilitando a identificação de atrasos ou desvios no desenvolvimento de crianças de 0 a 6 anos (Frankenburg, 1967).

⁵ *Portage Guide to Early Education* é um inventário de desenvolvimento utilizado para crianças de 0 a 6 anos, composto por uma listagem de comportamentos e habilidades esperadas em comunicação, cognição, motricidade, socialização e autocuidados, servindo como recurso para triagem, planejamento de intervenções individualizadas e acompanhamento do progresso (Aiello; Williams, 2021).

veio da escola ou não. Então, assim, a família, escola e profissional. Se tiver outros especialistas trabalhando, médicos, pediatras, é legal fazer essa medida de apoio pra ouvir a visão multidisciplinar de outros profissionais também, pra ver se bate com aquilo que você está observando. Porque é que eu falo, 50 minutos dentro do consultório é pouco demais, pra você pensar naquela criança.”. As visitas e os diálogos com os diferentes contextos são considerados essenciais, pois muitos quadros se explicam mais por contextos familiares disfuncionais do que por transtornos em si.

Nesse mesmo sentido, o processo de avaliação assume um caráter clínico-contextual, voltado à compreensão da demanda, em vez de se restringir à validação ou exclusão imediata de diagnósticos, conforme dito por E4. Para ela, avaliação e intervenção configuram-se como um processo contínuo e integrado.

E5 e E8 destacaram a importância da inserção de jogos e atividades lúdicas, como a utilização da caixa lúdica, compreendendo-os como recursos que possibilitam testar e treinar atenção e foco, ao mesmo tempo em que favorecem o vínculo terapêutico e o engajamento no processo.

3.3.6 O papel da tecnologia no processo de desenvolvimento infantil.

O uso excessivo de tecnologias foi apontado por sete participantes (E1, E4, E5, E6, E7, E8 e E9) como fator crítico, sobretudo em crianças muito pequenas, por estar associado a dificuldades de atenção, alterações comportamentais e prejuízos no desenvolvimento cognitivo, emocional e social. A dependência de telas, frequentemente sem supervisão adequada, tem sido recorrente nas queixas atuais, impactando o engajamento em atividades de aprendizado e interação, além de motivar a procura por acompanhamento psicológico.

E5 e E6 associaram déficits no desenvolvimento ao uso excessivo de telas aliado à desatenção familiar, destacando prejuízos em funções básicas como linguagem, atenção, motricidade e interação social. De modo semelhante, E1 identificou relação direta entre telas e ansiedade, relatando que estratégias de manejo com redução gradual do tempo de exposição resultaram em melhorias no comportamento, na socialização e no interesse por brincadeiras simbólicas nas crianças atendidas por ela. E4 e E9 complementaram levantando preocupações quanto ao tempo de exposição e ao conteúdo acessado pelas crianças, ressaltando

que houve intensificação desse uso durante a pandemia de COVID-19 e reforçando a importância de estabelecer limites e regular o acesso aos dispositivos eletrônicos.

E7 e E8 destacaram o uso excessivo de telas como um ponto crítico, observando que até mesmo crianças muito pequenas, a partir dos quatro meses, já são expostas a televisão e celulares como forma de distração. A falta de estímulos sociais e ambientais, associada à dependência tecnológica, segundo ela, podem contribuir para atrasos na fala, na interação social e no desenvolvimento cognitivo e emocional. Mesmo quando há brinquedos disponíveis, a ausência de interação com adultos ou outras crianças limita o engajamento com o mundo. Além disso, a dificuldade em se afastar dos dispositivos tem se tornado uma queixa frequente, impactando atenção, socialização e motivando a busca por acompanhamento psicológico.

3.3.7 Impacto das relações entre pais e filhos.

A separação dos pais foi mencionada por cinco participantes (E1, E2, E3, E6 e E9) como fator que pode agravar o quadro emocional e social das crianças, prejudicando a vinculação afetiva e a estabilidade emocional, além de contribuir para o surgimento de ansiedade.

As participantes relataram que, em alguns casos, essas situações geram desorganização emocional, comportamentos desafiadores e dificuldades escolares, frequentemente interpretadas de forma equivocada como TDAH, quando na realidade refletem contextos familiares disfuncionais. Conforme dito por E9: *“Às vezes, vem assim, com queixa escolar de mau comportamento, e o professor sugere lá uma investigação de TDAH, porque a criança é muito hiperativa, muito agitada na escola. Aí quando você vai fazer uma investigação do histórico familiar, da história da criança, você descobre que tem agressão, tem separação de pais, tem briga familiar, sempre tem algo no contexto ali, que às vezes não condiz com o que a escola acha, entendeu? Não é ele, está com uma questão emocional, um lar desestruturado. Então tem outras questões que leva também aquele comportamento não necessariamente um TDAH.”*. Da mesma forma, E3 destacou que, em determinados casos, o rendimento escolar não condizia com o QI da criança, considerando a separação dos pais como um possível fator agravante.

E1, E2 e E6 destacaram a separação dos pais como um fator relevante nas queixas clínicas atuais. E1, apontou que essa variável tem se intensificado nas

demandas. E2 relacionou o aumento das separações conjugais ao desenvolvimento de ansiedade por separação nas crianças, enfatizando que tais situações impactam diretamente em suas habilidades emocionais, especialmente em relação à vinculação e estabilidade. E6 ressaltou a importância de compreender a estrutura familiar durante a anamnese, como verificar se os pais residem juntos, para contextualizar o desenvolvimento da criança.

4 DISCUSSÃO

Para o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, 1990), é considerado criança o indivíduo desde o seu nascimento até os 12 anos de idade. Contudo, mais importante que sua idade cronológica é o seu ciclo vital, caracterizado por sucessivas transformações, sendo estas constituídas tanto por variáveis internas ao ser humano quanto por variáveis externas (ambiente social, cultural, educação, dentre outros). Assim, a criança é um ser biopsicossocial, constituído de potencialidades e de possibilidades, que se constrói a partir de relações humanas, como parte ativa de uma rede de interação, ou seja, que cresce e se desenvolve a partir da relação com o outro. Desta forma, criança é um ser complexo e, para compreendê-la, é necessário ir além de suas características isoladas, vinculando-a a fatores emocionais, cognitivos, comportamentais, sociais, históricos e contextuais (Alves; Brandão; Bacelar Junior, 2021).

No entanto, a visão de infância que compreende a criança como um ser biopsicossocial e ativo nas relações é resultado de transformações recentes na história. Partindo dessa forma de compreensão da infância, no campo da saúde, é necessário considerar que a criança e a sua cultura devem ser estudadas a partir do conjunto de características que integram a sua constituição (Alves; Brandão; Bacelar Junior, 2021). Já no campo da doença, levando-se em conta que há certa tendência de classificação dos comportamentos da infância, influenciada pela diversidade de sintomas e categorias diagnósticas descritas nos manuais, especialmente no DSM-5-TR (APA, 2023), considera-se que pode haver equívocos na constituição do diagnóstico. Isso tem ocorrido em idade cada vez mais precoce e de maneira cada vez mais descontrolada (Azevedo, 2018).

Ainda no campo da doença, considerando como fator preponderante os avanços dessa avaliação cada vez mais precoce versus o tempo de concretização das fases do desenvolvimento e as vivências nos contextos sociais, pode-se considerar que o psicólogo clínico desempenha um papel crucial na avaliação das queixas em crianças (Leite, 2016). Deste modo, o objetivo da presente pesquisa foi investigar a percepção do psicólogo clínico frente aos fatores que desencadeiam o aumento da demanda de atendimento psicológico na infância. Assim, com base na realização de entrevistas com nove psicólogas clínicas, com experiência no atendimento clínico de crianças, considera-se que o objetivo foi alcançado.

Com relação ao perfil das profissionais que participaram da presente pesquisa, o fato de serem todas mulheres corrobora com os dados estatísticos obtidos no CensoPsi 2022 (CFP, 2022), em que foram abordados mais de 20.000 participantes e, dentre as análises obtidas, cerca de 79,2% dos psicólogos formados no país são mulheres contra apenas 20,8% de homens. A psicologia é uma profissão que vem crescendo, ano após ano, e ganhando significativa importância no âmbito da saúde, com estimativa de atingir 1 milhão de profissionais até 2030. Embora se observe um aumento da participação masculina (os dados apresentados nos anos 1980 indicavam apenas 13,4% de homens entre os formandos), a profissão continua sendo predominantemente feminina no Brasil.

Outro ponto que merece destaque é o fato de todas as participantes terem algum tipo de especialização ou pós-graduação além da formação básica em psicologia, corroborando com a visão da psicologia como uma abordagem mais ampla e integrada e um campo de compreensão teórico abrangente e fundamentado cientificamente (Lisboa; Broilo; Verzoni, 2021), com capacidade para oferecer serviços tanto individuais quanto coletivos, em seus diversos contextos (CFP, 2022). Assim, é recomendada a atualização constante dos conhecimentos dentro da prática da psicologia clínica como forma de manter o domínio das teorias e métodos reconhecidos pelas ciências psicológicas (Schneider, 2020). Deste modo, é possível manter constantemente uma postura crítica, que promova o desenvolvimento saudável e o bem-estar psicossocial do indivíduo, especialmente das crianças (Leite, 2016), bem como contribuindo para a eliminação de qualquer forma de negligência (CFP, 2022).

Como produto da análise do discurso das participantes, no que diz respeito às queixas que motivam os encaminhamentos para atendimento psicológico infantil, as participantes relataram que os motivos são variados, abrangendo fatores como desenvolvimento infantil, dificuldades emocionais, comportamentais e escolares, apresentados através de comportamentos como posturas ansiosas, atrasos na fala, mutismo seletivo, comportamentos desafiadores como crises de raiva, choro excessivo, agressividade, entre outros. Dentre os motivos mencionados, as dificuldades escolares constituíram uma das causas mais recorrentes, sendo estas, segundo as entrevistadas, apresentadas de forma vaga e ampla, geralmente associadas a suspeitas de TDAH, TEA, TOD e outros transtornos psicológicos. No entanto, elas ressaltaram que podem estar relacionados a fatores como dificuldades

acadêmicas, emocionais, comportamentais ou familiares, favorecidos por fatores como conflitos parentais ou histórico de violência, entre outros. Já no campo das dificuldades emocionais e relacionais, as participantes apontaram inabilidade social, timidez e baixa tolerância à frustração, além de ansiedade de separação, ocasionada por situações de divórcio.

As entrevistadas relataram que, muitas vezes, as queixas não correspondem ao problema central apresentado, sendo necessária uma investigação clínica mais aprofundada, a fim de revelar outras possibilidades que só emergem durante a psicoterapia. Segundo elas, as queixas infantis vêm se tornando mais complexas e diversificadas, abrangendo dimensões emocionais, sociais e escolares, anunciando novos desafios no trabalho com esse público.

Desta forma, os relatos apresentados pelas entrevistadas mostraram que a motivação do encaminhamento para atendimento psicológico infantil abrange diversos fatores e que na triagem da demanda do atendimento psicológico é necessário considerar os princípios normativos do desenvolvimento infantil, como a cultura, linguagem e outras necessidades especiais de cada criança (Autuori; Granato, 2017). Ademais, de acordo com Scarin e Souza (2020), a desconsideração dos contextos afetivos, sociais e históricos, que fazem parte da construção do indivíduo, pode contribuir para o aumento do número de diagnósticos psiquiátricos precoces.

De acordo com Mahoney e Almeida (2009) e Pereira (2016), o conjunto de relações e interações sociais têm influência direta no desenvolvimento da criança e de suas experiências e aprendizagens, sendo necessária cautela quando se trata da análise do comportamento infantil (Nakamura; Barbarini, 2019). As participantes evidenciaram que a origem das queixas é multifatorial, sendo que os encaminhamentos para o atendimento psicológico infantil podem envolver a escola, os profissionais de saúde e as próprias famílias. Embora esses encaminhamentos sejam realizados por psiquiatras, neuropediatras e pediatras, cinco das entrevistadas relataram que tem crescido o número de buscas por ajuda realizadas pela própria família. Contudo, geralmente, antes das famílias procurarem os médicos, a escola já levantou a problemática, seja motivada por dificuldades de aprendizagem ou por problemas de comportamentos considerados inadequados. As entrevistadas apontaram que a escola se configura como a principal fonte de encaminhamento para atendimento psicológico, poucas vezes, são os pais.

Os encaminhamentos feitos pela escola apareceram no discurso de oito das nove participantes, apontando para um cenário que exige um certo cuidado, pois, de acordo com Foucault (2008), as crianças passam a maior parte de seu tempo na escola, tornando-se focos inevitáveis da observação e avaliação de professores frente a seus comportamentos, ficando, assim, suscetíveis a serem classificadas por “certos comportamentos” [grifo nosso] considerados inadequados, convertendo-se na principal via de encaminhamentos terapêuticos. De acordo com Scarin e Souza (2020), este cenário configura um mecanismo através do qual se originam muitas queixas, resultando no aumento significativo da quantidade de diagnósticos psiquiátricos precoces.

Contudo, embora os encaminhamentos escolares sejam predominantes, cinco das profissionais entrevistadas apontaram também fatores relacionados ao contexto familiar, tais como dificuldade dos pais em lidar com os comportamentos dos filhos, conflitos conjugais, agressões, tratando-se de fatores que podem ser confundidos com quadros clínicos como o TDAH, por exemplo. Estes relatos coadunam com a narrativa de Nakamura e Barbarini (2019), que observam que fatores como conflitos familiares, falta de limites e dificuldades na aprendizagem são apontados como motivos desencadeadores de encaminhamentos infantis para diagnósticos de transtornos do desenvolvimento.

Assim, foi possível observar que, ainda que outros agentes estejam envolvidos nos encaminhamentos, a escola permanece como espaço privilegiado de observação das crianças, assumindo papel de grande influência e representatividade tanto no encaminhamento quanto na produção das queixas. No entanto, esse lugar também carrega riscos significativos, especialmente quando se elaboram prognósticos precipitados e interpretações de caráter patologizante diante das dificuldades de aprendizagem, como descrito pelas participantes. Segundo Angelucci (2020), considerar a escola de maneira isolada ou desvinculada de seu contexto educacional resulta no risco de sustentar práticas que simplificam a complexidade da experiência escolar, transformando-a em diagnósticos pouco fundamentados. Mesmo quando a demanda chega ao serviço psicológico por meio da família, muitas vezes em resposta a solicitações da escola, é imprescindível que a instituição educacional esteja implicada no processo, para que as dificuldades sejam compreendidas em sua dimensão pedagógica, relacional e institucional, e não atribuídas exclusivamente à criança ou à sua família.

Para Souza (2020), no que tange à perspectiva da promoção da saúde mental na infância, é preciso ir além do olhar clínico voltado exclusivamente à remediação de sintomas ou à resposta a queixas já constituídas, ampliando a compreensão sobre o papel da escola e da família no cuidado com a criança. De acordo com a autora, compreender a queixa escolar implica deslocar o foco do indivíduo e considerar a complexidade da rede de relações que a constitui e atravessa as dificuldades de aprendizagem, evitando interpretações reducionistas e patologizantes. Ainda, segundo Angelucci (2020), na perspectiva da orientação à queixa escolar, a escola, além de funcionar como espaço de observação, deve ser compreendida como um lugar estratégico para a promoção da saúde mental. Nesse contexto, a escola é capaz de articular práticas inclusivas, programas de desenvolvimento de habilidades socioemocionais e estratégias de mediação de conflitos, fortalecendo o processo educativo sem recorrer à patologização precoce das dificuldades das crianças.

De modo complementar, a família desempenha um papel essencial ao favorecer vínculos afetivos consistentes e lidar com as dificuldades cotidianas de forma acolhedora e não patologizante. Nesse contexto, políticas públicas de saúde e educação tornam-se igualmente indispensáveis, ao ampliarem a rede de apoio e assegurarem serviços especializados em saúde mental. Dessa forma, a promoção da saúde mental infantil ultrapassa os limites da psicologia clínica, apresentando uma perspectiva preventiva e comprometida com o desenvolvimento biopsicossocial da criança (Souza, 2020).

Dessa forma, os resultados desta pesquisa evidenciaram que a compreensão da origem dos encaminhamentos escolares requer uma abordagem integrada, que considere conjuntamente a escola, a família e os diferentes contextos de desenvolvimento da criança, evitando interpretações centradas apenas no indivíduo. Tal perspectiva mostrou-se ainda mais necessária diante dos efeitos da pandemia de COVID-19, tema presente em todas as entrevistas, que evidenciaram como ela intensificou os impactos de fatores educacionais, emocionais e tecnológicos sobre os processos de ensino e aprendizagem, constituindo-se em outro ponto relevante da análise (Silva; Santos, 2024).

Com o advento da pandemia de COVID-19, o cenário dos encaminhamentos e da produção de queixas escolares tornou-se ainda mais evidente. O fechamento das escolas transferiu para as famílias a responsabilidade de acompanhar de perto o processo de aprendizagem, sem o apoio direto de professores e sem a estrutura

pedagógica que habitualmente sustenta o cotidiano escolar. Além disso, a sobrecarga do ensino remoto e o uso excessivo de telas, seja como ferramenta educativa, seja como estratégia para conciliar o trabalho dos pais, contribuíram para atrasos escolares e para a intensificação de comportamentos interpretados como inadequados (Silvia; Santos, 2024). Nesse contexto, as dificuldades relacionais também se tornaram mais visíveis: conflitos familiares, tensões cotidianas e a necessidade de conciliar múltiplas demandas no ambiente doméstico somaram-se ao desafio do acompanhamento escolar, ampliando situações de estresse e resultando em maior produção de queixas, bem como no aumento de problemas relacionados à saúde mental (Martins; Gessoli, 2022). Como consequência, a busca por auxílio psicológico passou a ser uma alternativa recorrente. Contudo, conforme apontado pelas entrevistadas, esse acesso tem se mostrado desigual: crianças de famílias com mais poder aquisitivo conseguem usufruir mais prontamente desse recurso. Já aquelas pertencentes às classes sociais com mais índice de vulnerabilidade psicossocial, que correspondem a cerca de 23.5 milhões de pessoas com baixa renda, de acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2025), ficam restritas às longas filas de espera do SUS. Desta forma, para as crianças, que frequentemente já foram marcadas por processos de marginalização e pela exposição ao fracasso escolar, resta um atendimento sustentado pela lógica da individualização da dificuldade, que pouco considera os determinantes sociais, pedagógicos e familiares de sua experiência (Souza, 2020).

Além de questões de desigualdades sociais, as participantes também evidenciaram uma ampliação e diversificação das demandas apresentadas nos atendimentos psicológicos. Enquanto famílias de crianças com desenvolvimento atípico buscavam compreender atrasos específicos e lidar com crises de raiva ou agressividade, observou-se o crescimento da procura por parte de pais de crianças típicas. Nesses casos, as preocupações envolviam aspectos como timidez, inabilidades sociais, baixa tolerância à frustração e ansiedade vinculada a situações familiares, como por exemplo, processos de divórcio. Assim, a pandemia de COVID-19 não apenas reforçou o papel central da escola como agente de encaminhamento, mas também evidenciou a necessidade de compreender os desafios infantis para além de uma ótica patologizante, reconhecendo a complexidade biopsicossocial que atravessa o desenvolvimento das crianças (Souza, 2020).

Os resultados indicaram que essa diversidade das demandas atuais na infância tem levado os psicólogos a recorrerem a diferentes instrumentos avaliativos, que incluem entrevistas com familiares, observações feitas na escola ou reportadas por agentes escolares, relatos de professores, recursos lúdicos e testes padronizados. Entretanto, as entrevistadas demonstraram adotar uma postura cautelosa, evitando o uso arbitrário de técnicas e privilegiando um processo dialógico, atento aos atravessamentos sociais, educacionais e emocionais que marcam a vida das crianças. Essa abordagem permite compreender como fatores familiares, escolares e socioculturais influenciam comportamentos, dificuldades de aprendizagem e processos emocionais. Assim, os procedimentos de avaliação assumem papel importante, pois favorecem uma compreensão ampla da criança, distante de diagnósticos reducionistas e sustentam um modelo clínico-contextual orientado por uma prática ética e transformadora, capaz de orientar intervenções mais precisas, inclusivas e contextualizadas (Roza *et al.*, 2023).

Ao priorizar o processo dialógico na prática da psicologia clínica, as participantes podem planejar intervenções de forma contextualizada, evitando respostas imediatas focadas exclusivamente na remediação de sintomas, especialmente diante do crescente uso de medicação em crianças. Decisões sobre prescrição farmacológica frequentemente surgem como tentativas de controlar comportamentos percebidos como inadequados, sem considerar plenamente todas as dimensões contextuais envolvidas (Alves, 2021). Dessa forma, as participantes podem contribuir para que a medicalização seja refletida criticamente, atuando como promotores de estratégias alternativas de cuidado e prevenção que priorizem o desenvolvimento integral da criança.

Nesse sentido, no que se refere à percepção sobre o uso de medicação, as participantes defenderam que esta deve ser considerada apenas como último recurso, devendo estar associada a outras formas de intervenção. Houve consenso de que a medicalização, quando empregada sem critérios, pode mascarar causas emocionais, familiares e escolares subjacentes. Embora reconheçam que, em alguns casos, como distúrbios do sono em crianças com TEA ou quadros graves de TDAH, o medicamento seja indispensável, as participantes enfatizaram a importância de um processo avaliativo cuidadoso e multidisciplinar antes da prescrição medicamentosa.

Embora as entrevistadas tenham reconhecido a medicação como um recurso que pode ser considerado e, em alguns casos, indicado, considera-se importante

destacar os efeitos colaterais que o uso precoce da medicação pode gerar na subjetividade e na constituição da identidade das crianças. Conforme destaca Amarante e Whitaker (2024), a medicalização tende a reduzir experiências humanas complexas a sintomas isolados, transformando-as em diagnósticos que passam a identificar a criança como doente, apagando características que, embora possam incomodar os outros, fazem parte de sua singularidade.

Amarante e Whitaker (2024) apresentam dados de uma pesquisa realizada pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), em cooperação com o Ibope, que indicam que cerca de cinco milhões de crianças no Brasil apresentam sintomas de transtornos mentais. Os autores, entretanto, propõem uma reflexão crítica sobre até que ponto tais números não estariam contribuindo para o processo de medicalização da infância. Nesse sentido, torna-se fundamental problematizar práticas que, em vez de promoverem cuidado e de considerarem os aspectos sociais, culturais e afetivos que atravessam o desenvolvimento infantil, acabam cristalizando diagnósticos e potencializando-os.

Outro aspecto relevante é o papel da tecnologia no desenvolvimento infantil e os impactos negativos do seu uso excessivo. Vasconcelos *et al.* (2023) indicam que a exposição prolongada a dispositivos digitais pode prejudicar áreas fundamentais do desenvolvimento, como linguagem, atenção, cognição e comportamento. Além disso, Freitas, Silva e Prudêncio (2025) evidenciaram que o uso excessivo de telas pode comprometer o desenvolvimento cognitivo, comportamental e físico infantil. Cognitivamente, pode gerar atenção fragmentada e dificuldade de reflexão; comportamentalmente, prejudica habilidades sociais, aumenta ansiedade e irritabilidade; fisicamente, contribui para sedentarismo, obesidade, problemas posturais e privação de sono, impactando o desempenho escolar e a regulação emocional.

Essas reverberações no desenvolvimento infantil dialogam com os relatos das entrevistadas que apontaram que, desde muito pequenas, as crianças têm sido expostas de forma precoce e frequente às telas, utilizadas principalmente como meio de distração. Tal prática, aliada à escassez de interação social e familiar, intensifica os possíveis prejuízos ao desenvolvimento infantil. Segundo elas, esse fenômeno se intensificou durante o período da pandemia de COVID-19, quando as telas se tornaram uma ferramenta central de entretenimento e socialização e, com isso, a

dependência por dispositivos digitais passou a figurar como uma das queixas frequentes nos atendimentos psicológicos.

Diante desse cenário, evidencia-se a importância do papel dos pais como mediadores ativos no uso das tecnologias, promovendo limites e acompanhando e conversando sobre os conteúdos acessados. A mediação parental, mais do que um controle do tempo de exposição, configura-se como um processo educativo e relacional, fundamental para o desenvolvimento saudável e para a promoção da saúde mental infantil (Tiveron; Kapary; Lacerda, 2024).

Nesse contexto, a mediação parental também pode ser compreendida como uma estratégia preventiva de saúde mental infantil, especialmente em famílias que vivenciam processos de separação conjugal. As entrevistadas relataram que, a partir de uma observação mais ampla do contexto e da história da criança, muitas vezes a demanda pelo atendimento psicológico não estava relacionada à queixa inicial, mas sim a conflitos familiares, como a separação dos pais. Tais conflitos tendem a gerar desorganização emocional, comportamentos desafiadores (que podem se manifestar por agressividade ou apatia) e dificuldades escolares. Esses comportamentos, no entanto, são frequentemente interpretados sob uma ótica patologizante, sendo enquadrados como transtornos individuais, conforme aponta Souza (2020), quando, na realidade, segundo as participantes, são expressões de sofrimentos decorrentes de contextos familiares disfuncionais.

Portanto, de acordo com Faria e Fonseca (2024), observa-se que a separação conjugal pode gerar momentos de dificuldades e tensão para pais e filhos. Quando os pais mantêm uma postura comunicativa, afetiva e colaborativa, mesmo em contextos de separação conjugal, favorecem à criança um ambiente mais seguro e previsível, atenuando, em certa medida, os impactos emocionais e comportamentais. Por outro lado, a ausência de diálogo e cooperação entre os responsáveis, tende a gerar na criança sentimento de insegurança, ansiedade e desamparo, os quais repercutem diretamente em seu comportamento e desempenho escolar.

O presente estudo apresenta algumas limitações e desafios que precisam ser considerados na interpretação dos resultados. A principal limitação refere-se ao tamanho reduzido da amostra e à concentração geográfica na cidade de São Paulo, o que restringe a possibilidade de generalização dos achados para outras realidades regionais e socioculturais. Além disso, a ausência de outros atores envolvidos no processo de atendimento infantil, como pais, professores e gestores escolares, limita

a amplitude da análise, já que suas percepções poderiam enriquecer a compreensão das dinâmicas que atravessam as demandas psicológicas na infância.

No percurso desta pesquisa foram identificadas dificuldades no que se refere à compreensão de certas perguntas, por parte das entrevistadas. No entanto, por se tratar de uma pesquisa semiestruturada, com perguntas semiabertas, as dificuldades puderam ser contornadas através do discurso livre das participantes, que acabaram por contemplar os objetivos pretendidos. Caso a pesquisa seja realizada novamente, sugere-se a reformulação de algumas perguntas, de maneira a deixar mais claro o conteúdo a ser investigado.

Desta forma, a presente pesquisa investigou as seguintes hipóteses:

1) Os psicólogos observarão um aumento na demanda por atendimento psicológico clínico e no uso de medicamentos em crianças.

Considera-se que esta hipótese foi confirmada, pois, o relato de todas as entrevistadas apresenta a percepção de que houve um aumento na demanda por atendimento psicológico clínico e no uso de medicações em crianças. Outra compreensão alcançada foi a de que o psicólogo não é o principal agente na busca por diagnósticos na infância. As participantes revelaram que, embora a maior demanda por avaliação clínica venha das escolas, houve um aumento no número de pais que passaram a procurar os psicólogos para solicitar avaliação clínica de seus filhos, na busca por um diagnóstico, seja por identificarem por si mesmas o problema dentro do próprio lar, seja por questionamentos levantados pela escola. Na percepção das entrevistadas, esse movimento pode estar contribuindo para o aumento do uso da medicação, embora não tenham trazido diretamente a percepção de um aumento significativo. Ainda que as falas das participantes não tenham mencionado um aumento significativo no uso de medicamentos na população infantil, pareceram sinalizar que há um aumento da medicalização de forma precoce e também da expectativa por soluções rápidas, oriundas tanto dos pais quanto das escolas. As participantes demonstraram ter muito cuidado na investigação infantil, sendo mais adeptas de tentar outros tratamentos que não seja o medicamentoso, embora admitam que há casos em que a medicação é imprescindível.

Todas as entrevistadas relataram um aumento significativo na demanda por atendimento psicológico infantil nos últimos anos, indicando diversos fatores que contribuem para esse crescimento, estando entre eles, a ampliação do número de

crianças cujas queixas não se caracterizam necessariamente como transtornos, mas se relacionam a dificuldades emocionais, sobretudo no campo da autorregulação, bem como o crescimento de casos associados à separação dos pais. Em síntese, todas as entrevistadas ressaltaram que a avaliação psicológica é fundamental para articular dados objetivos e subjetivos, garantindo uma compreensão singular de cada criança e prevenindo tanto conclusões precipitadas quanto a elaboração de laudos psicológicos com caráter patologizante.

2) Será identificado que os psicólogos clínicos considerarão que a maior parte das demandas vêm das escolas, que frequentemente encaminham as crianças por não conseguirem identificar ou lidar com as dificuldades que impactam no processo de aprendizagem, muitas vezes culpando a criança e a família.

Considera-se que esta hipótese foi confirmada, pois, de acordo com os resultados apresentados, embora as participantes tenham mencionado que os motivos sejam variados e que cinco delas tenham apontado os pais como fonte de busca por diagnóstico, oito delas apontaram a escola como a principal fonte de encaminhamento infantil para atendimento psicológico. Foram também mencionados, porém, em menor proporção, fonoaudiólogos, pediatras e psiquiatras. Os resultados apresentados apontam para uma sociedade contemporânea, na qual a apresentação de comportamentos fora do padrão pré-estabelecido como normal, tem comprometido cada vez mais cedo a infância, submetendo as crianças a serem alvos de estigmas e de diagnósticos precoces, à medida que as famílias buscam por respostas para os comportamentos apresentados por seus filhos e considerados como inadequados, especialmente no ambiente escolar.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa teve como objetivo investigar a percepção do psicólogo clínico frente aos fatores que desencadeiam o aumento da demanda de atendimento psicológico na infância. A partir da realização de entrevistas com nove psicólogas clínicas atuantes com o público infantil foi possível compreender de forma ampla as múltiplas dimensões que envolvem essa temática, bem como confirmar a relevância da escuta clínica contextualizada e crítica diante do atual cenário da saúde mental infantil.

Com base nos resultados obtidos, mostra-se que o aumento da procura por atendimento psicológico infantil ocorre por questões multifatoriais, sendo influenciados por aspectos sociais, familiares, escolares e culturais. As participantes apontaram a importância de compreender a infância sob uma perspectiva biopsicossocial, que considere o contexto relacional e evite análises reducionista ou patologizantes.

A pandemia de COVID-19 revelou-se como um reflexo da ampliação do acesso à saúde mental, e embora haja uma grande procura vinda da família, a escola continua sendo o principal agente de encaminhamento, identificando comportamentos e dificuldades de aprendizagem. Nesse sentido, reforça-se a necessidade de uma atuação integrada entre escola, família e profissionais, evitando análises fragmentadas e promovendo uma prática interdisciplinar.

As psicólogas demonstraram postura crítica frente à medicalização precoce, defendendo avaliações cuidadosas e multidisciplinares que preservem a singularidade da criança. Além disso, emergiram desafios contemporâneos, como o impacto negativo do uso excessivo de tecnologias digitais, que requer mediação parental ativa e fortalecimento dos vínculos familiares.

Evidencia-se a complexidade do tema e reforça-se a importância de novas investigações que ampliem o escopo da amostra, contemplem diferentes contextos e possibilitem análises comparativas mais abrangentes sobre as práticas clínicas e os fenômenos contemporâneos relacionados à infância.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. ANS analisa atendimentos a crianças e adolescentes nos últimos cinco anos. Brasília: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 23 jul. 2024. Disponível em: <<https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/numeros-do-setor/ans-analisa-atendimentos-a-criancas-e-adolescentes-nos-ultimos-cinco-anos>>. Acesso em: 29 out. 2024.
- AIELLO, A. L. R.; WILLIAMS, L. C. DE A. The Operationalized Portage Inventory (OPI): Systematic Review. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 37, p. e37545, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102.3772e37545>>. Acesso em: 12 out. 2025.
- ALVES, F. C. C. A medicalização da infância na contemporaneidade. **Psicologia & Sociedade**, v. 33, p. e210003, 2021. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1679-44272021000200003&script=sci_arttext>. Acesso em: 2 out. 2025.
- ALVES, F. C. do C.; BRANDAO, M. B. F.; BACELAR JUNIOR, A. J. A medicalização da infância na contemporaneidade: **revisão integrativa. Mental**, Barbacena, v. 13, n. 24, p. 1-25, 2021. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272021000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 23 mai. 2024.
- AMARANTE, P.; WHITAKER, F.O. *Desmedicar: a luta global contra a medicalização da vida*. São Paulo: Hucitec, 2024. cap. 4, p. 78.
- ANGELUCCI, C. B. Por uma clínica da queixa escolar que não reproduza a lógica patologizante. In: SOUZA, Beatriz de Paula (org.). **Orientação à queixa escolar**. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2020. Disponível em: <DOI: 10.11606/9786587596075>. Acesso em: 30 set. 2025.
- ASSOCIATION AMERICAN PSYCHIATRIC (APA). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR*. 5. ed. rev. Tradução de Marcelo Leite. Porto Alegre: Artmed, 2023.
- AUTUORI, M.; GRANATO, T. M. M. Encaminhamento de crianças para atendimento psicológico: **uma revisão integrativa de literatura**. *Psicol. Clin*, vol.29, n.3, pp.449-467, 2017. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-56652017000300006>. Acesso em: 31 ago. 2024.
- AZEVEDO, L. J. C. de. Medicalização das infâncias: entre os cuidados e os medicamentos. **Psicologia USP**, v. 29, n. 3, p. 451–458, 2018. Disponível em: <[SciELO - Brasil - Medicalização das infâncias: entre os cuidados e os medicamentos](#)> Medicalização das infâncias: entre os cuidados e os medicamentos> Acesso em: 14 abr. 2024.
- BARBOSA, M. DE B.; LEITE, C. D. P. INFÂNCIA E PATOLOGIZAÇÃO: CONTORNOS SOBRE A QUESTÃO DA NÃO APRENDIZAGEM. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 24, p. e220707, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2175-35392020220707>>. Acesso em: 20 Abr. 2025.

BLIKSTEIN, F. Destinos De Crianças: Estudo Sobre As Internações De Crianças E Adolescentes Em Hospital Público Psiquiátrico, 2012. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em: <<https://tede2.pucsp.br/handle/handle/16993>>. Acesso em: 18 set. 2024.

BRASIL, INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). Ipea atualiza estimativas de famílias em situação de pobreza e baixa renda no país. Brasília, 2025. Disponível em: <<https://www.ipea.gov.br/portal/categorias/45-todas-as-noticias/noticias/15577-ipea-atualiza-estimativas-de-familias-em-situacao-de-pobreza-e-baixa-renda-no-pais#:~:text=Os%20resultados%20indicam%20que%20h%C3%A1,fam%C3%ADlias%20nessa%20condi%C3%A7%C3%A3o%20em%202024>>. Acesso em: 12 out. 2025.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm>. Acesso em: 28 set. 2025.

BRASIL. Resolução nº 177, de 11 de dezembro de 2015. Dispõe sobre o direito da criança e do adolescente de não serem submetidos à excessiva medicalização. Conselho Nacional Dos Direitos Da Criança E Do Adolescente. Brasília, DF, 2015. Disponível em: <<https://www.gov.br/mdh/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/old/conselho-nacional-dos-direitos-da-crianca-e-do-adolescente-conanda/resolucoes/Resoluo177Conanda.pdf>>. Acesso em: 22 mai. 2024.

BRZOZOWSKI, F. S.; CAPONI, S. N. C. de. Medicalização dos desvios de comportamento na infância: aspectos positivos e negativos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 33, n. 1, p. 208–221, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-98932013000100016>>. Acesso em: 23 mai. 2024.

CECCARELLI, P. R. A patologização da normalidade. **Estud. psicanal.**, Belo Horizonte, n. 33, p. 125-136, 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372010000100013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 22 mai. 2024.

CHRISTOFARI, A. C.; FREITAS, C. R. de; BAPTISTA, C. R. Medicalização dos Modos de Ser e de Aprender. **Educação & Realidade**, v. 40, n. 4, p. 1079–1102, out. 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/edreal/a/Hm54ZmPqwdPSvbpdjBsXbgS/?lang=pt#>>. Acesso em 29 abr. 2024.

CÓDIGO DE ÉTICA PROFISSIONAL DO PSICÓLOGO. Conselho Federal de Psicologia, Brasília, agosto de 2005.

COLLARES, C. L; MOYSÉS, M. A; RIBEIRO, M. F; (Orgs). Novas capturas, antigos diagnósticos na era dos transtornos. Campinas: Mercado de Letras; 2013.

Comitê Gestor da Internet no Brasil / Núcleo de Informação e Coordenação do Ponto BR. Pesquisa sobre o uso da Internet por crianças e adolescentes no Brasil: TIC Kids Online Brasil 2022. Agosto de 2023. Disponível em:

<https://cetic.br/media/docs/publicacoes/1/20230825142135/tic_kids_online_2022_livro_eletronico.pdf>. Acesso em: 06 Abr. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Cartilha Avaliação Psicológica**. Brasília, 2022. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2022/08/cartilha_avaliacao_psicologica1.pdf>. Acesso em: 29 out. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Quem faz a psicologia brasileira? Um olhar sobre o presente para construir o futuro: formação e inserção no mundo do trabalho. Volume I: formação e inserção no mundo do trabalho. Conselho Federal de Psicologia, 1. ed. Brasília, 2022. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2022/12/Censo_psicologia_Vol1-1.pdf>. Acesso em: 28 set. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Quem faz a psicologia brasileira? Um olhar sobre o presente para construir o futuro: formação e inserção no mundo do trabalho. Volume II: condições de trabalho, fazeres profissionais e engajamento social. Conselho Federal de Psicologia, 1. ed. Brasília, 2022. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2022/12/Censo_psicologia_Vol1-1.pdf>. Acesso em: 28 set. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Resolução nº 23, de 13 de outubro de 2022. Institui condições para concessão e registro de psicóloga e psicólogo especialistas; reconhece as especialidades da Psicologia e revoga as Resoluções CFP nº 13, de 14 de setembro de 2007; nº 3, de 5 de fevereiro de 2016; nº 18, de 5 de setembro de 2019. CFP, 2022. Disponível em: <<https://atosoficiais.com.br/cfp/resolucao-do-exercicio-profissional-n-23-2022-institui-condicoes-para-concessao-e-registro-de-psicologa-e-psicologo-especialistas-reconhece-as-especialidades-da-psicologia-e-revoga-as-resolucoes-cfp-no-13-de-14-de-setembro-de-2007-no-3-de-5-de-fevereiro-de-2016-no-18-de-5-de-setembro-de-2019>>. Acesso em 09 mai. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Subsídios para a campanha Não à medicalização da vida e medicalização da educação. Brasília, 2012. Disponível em: <<https://site.cfp.org.br/publicacao/subsidios-para-a-campanha-nao-a-medicalizacao-da-vida-medicalizacao-da-educacao/>>. Acesso em: 22 mai. 2024.

CORRÊA, A. R. M. Infância e patologização: crianças sob controle. **Rev. bras. psicodrama**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 97-106, 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-53932010000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 fev 2025.

CUNHA, J. A.; *et al.* Psicodiagnóstico V: 5ª edição revisada e ampliada. Porto Alegre: Artmed, 2007.

ROZA, J. A. da; SILVA, L. H.; MACEDO, L. X.; ALBUQUERQUE, N. G.; OLIVEIRA, R. D.; VICTORIA, M. S. O processo de avaliação psicológica infantil: da identificação da demanda à entrevista devolutiva. **Revista de Psicologia da IMED**, Passo Fundo, 2023. Disponível em: <<https://downloads.editoracientifica.com.br/articles/230713589.pdf>>. Acesso em: 2 out. 2025.

DALGALARRONDO, P. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. 3ª edição. Porto Alegre: Editora ArtMed, 2019.

FARIA, D. A.; FONSECA, P. H. N. AS REPERCUSSÕES DO DIVÓRCIO NA VIDA EMOCIONAL E COMPORTAMENTAL DOS FILHOS: REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA: **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, [S. l.], v. 16, n. 50, p. 113–139, 2024. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/98728>>. Acesso em: 12 out. 2025.

FÉLIX, M. C. S.; *et al.* A importância da educação infantil no desenvolvimento da criança. In: CONGRESSO NACIONAL DE PESQUISA E ENSINO, 6., 2023, Campina Grande. Anais [...]. Campina Grande: Realize Editora, 2023. Disponível em: <<https://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/97409>>. Acesso em: 07 abr. 2025.

FERNANDES, R. “Psicologizando a sociedade”: as ciências psi e a perspectiva moderna do eu. **Simbiótica. Revista Eletrônica**, [S. l.], v. 10, n. 1, p. 82–105, 2023. Disponível em: <<https://periodicos.ufes.br/simbiotica/article/view/38475>>. Acesso em: 14 abr. 2024.

FLORESTI, F.; ZORZETTO, R. Frequência de transtornos psiquiátricos dobra entre o final da infância e o início da adolescência. **Pesquisa FAPESP, São Paulo**, ed. 338, 2024. Disponível em: <<https://revistapesquisa.fapesp.br/frequencia-de-transtornos-mentais-dobra-entre-a-infancia-e-a-adolescencia/#:~:text=Dos%205%20aos%209%20anos,24%2C%20permanecendo%20est%C3%A1vel%20nas%20seguintes>>. Acesso em: 16 out. 2024.

FOUCAULT M. Vigiar e punir: nascimento da prisão. 35a ed. Petrópolis: Vozes; 2008.

FRANKENBURG, William K.; DODDS, Josiah B. The Denver Developmental Screening Test. *The Journal of Pediatrics*, St. Louis, v. 71, n. 2, p. 181-191, 1967.

FREITAS, N. L. R.; SILVA, M. A. A.; PRUDÊNCIO, F. C. O. O impacto do uso excessivo de telas no desenvolvimento cognitivo e comportamental infantil. **Journal of Social Issues and Health Sciences (JSIHS)**, Teresina, v. 2, n. 1, p. 1-14, 2025. Disponível em: <<https://ojs.thesiseditora.com.br/index.php/jsihs/article/view/264>>. Acesso em: 10 out. 2025.

HAIDT, J. A geração ansiosa: Como a infância hiperconectada está causando uma epidemia de transtornos mentais. Brasil, Companhia das Letras, 2024.

KOHAN, W. O. Infância. Entre educação e filosofia. Belo Horizonte: Autêntica, 2023.

LEÃO, A.; LUSSI, I. A. de O. Estigmatização: consequências e possibilidades de enfrentamento em Centros de Convivência e Cooperativas. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, p. e200474, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/icse/a/S7GHGjFtk4wNktnxxxYh6d/#ModalHowcite>>. Acesso em 08 mai. 2024.

LEITE, F. M. Medicalização da infância e seus efeitos. **Colloquium Humanarum**, v. 13, n. Especial, p. 595-600, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5747/ch.2016.v13.nesp.000895>>. Acesso em: 28 abr. 2024.

LEMOS, F. C. S.; LIMA, B. J. M. de. Medicalização, sociedade e a lógica preventivista. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, Salvador, Brasil, v. 12, p. e4151, 2023. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/psicologia/article/view/4151>. Acesso em: 14 abr. 2024.

LISBOA, C. S. M.; BROILO, P. L.; VERZONI, A. Psicologia clínica: práticas contemporâneas. 1. ed. São Paulo: Vetor, 2021. Disponível em: <https://plataforma.bvirtual.com.br>. Acesso em: 09 mai. 2024.

LOPES, J. S.; MARTINS, R. M.; GESSER, M. RESSIGNIFICANDO A QUEIXA ESCOLAR: CONTRIBUIÇÕES DO PARQUE PARA A DESMEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 27, p. e237290, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pee/a/YcKSVCTd8qkN7RwTGWFZcgK/?lang=pt#>. Acesso em: 05 abr. 2024.

MAHONEY, A. A.; ALMEIDA, L. R. de (orgs.). Henri Wallon: Psicologia e Educação. São Paulo: Edições Loyola, 2009.

MARTINS, A. D. F.; GESSOLI, J. B. Impactos do isolamento social nas crianças em idade escolar. **Horizontes**, v. 40, n. 1, e022077, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.24933/horizontes.v40i1.1422>. Acesso em: 4 out. 2025.

MATTAR, C. M. A escuta clínica: entre a psicologização e a análise fenomenológico-existencial. **Arquivos do IPUB Online**, v. 1, n. 1, p. 72-87, 2019. Disponível em: [Arquivos do IPUB Online – Fenomenologia e escuta clínica – v.1, n.1 2019 – IPUB – Instituto de Psiquiatria da UFRJ](#). Acesso em: 14 abr. 2024.

MCARTHUR, B. A., VOLKOVA, V., TOMOPOULOS, S., MADIGAN, S. Global Prevalence of Meeting Screen Time Guidelines Among Children 5 Years and Younger: A Systematic Review and Meta-analysis. **JAMA Pediatr**, 176(4):373–383, 2022. Disponível em: [doi:10.1001/jamapediatrics.2021.6386](https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.6386). Acesso em: 22 mar. 2025.

MINAYO, M. C. de S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciênc. saúde coletiva** 17 (3), 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>. Acesso em: 15 out. 2024.

MINAYO, M. C. S. (org.) Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 26 ed. - Petrópolis – Rio de Janeiro, Vozes, 2021.

MOREIRA, J. de O.; ROMAGNOLI, R. C.; NEVES, E. de O. O surgimento da clínica psicológica: da prática curativa aos dispositivos de promoção da saúde. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 27, n. 4, p. 608-622, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932007000400004>. Acesso em: 10 out. 2024.

NAKAMURA, E.; BARBARINI, T. Comportamentos infantis problemáticos, perturbadores e não conformes: conceitos e demandas de cuidado relacionados à agitação em crianças em Santos e Campinas, Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 12-26, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/PmwBPdr6xKYGYPC4j5BDzcf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 out. 2024.

OLIVEIRA, J. R. F. de; *et al.* Descrição do consumo de psicofármacos na atenção primária à saúde de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 1, p. e00060520, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00060520>>. Acesso em: 23 mai. 2024.

PAIS, S. C.; MENEZES, I.; NUNES, J. A. Saúde e escola: reflexões em torno da medicalização da educação. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 9, p. e00166215, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/cfvQXjknTfXPxxFdQJJKpCj/?lang=pt>>. Acesso em: 29 abr. 2024.

PANDE, M. N. R.; AMARANTE, P. D. de C.; BAPTISTA, T. W. de F. Este ilustre desconhecido: considerações sobre a prescrição de psicofármacos na primeira infância. **Ciência & Saúde Coletiva**, 25(6), 2305–2314, 2020. <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.12862018>>. Acesso em: 02 abr. 2025.

PAPALIA, D. E; MARTORELL, G. **Desenvolvimento humano**. 14. ed. Porto Alegre: AMGH, 2022.

PEREIRA, Z. F. AFETIVIDADE E APRENDIZAGEM ESCOLAR: REFLEXÕES ACERCA DO PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM. **Margens**, [S.l.], v. 9, n. 12, p. 145-162, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.18542/rmi.v9i12.3035>>. Acesso em: 20 apr. 2025.

PINTO, E. B. A pesquisa qualitativa em psicologia clínica. **Psicologia USP**, 15(1/2), 71-80, 2004. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/pusp/a/sC76Gj5gn8gmbZ7ZFC36Xxw/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 15 out. 2024.

Sapien Labs. Age of First Smartphone/Tablet and Mental Wellbeing Outcomes., 2023. Disponível em: <<https://sapienlabs.org/wp-content/uploads/2023/05/Sapien-Labs-Age-of-First-Smartphone-and-Mental-Wellbeing-Outcomes.pdf>>. Acesso em: 06 Abr. 2025.

SCARIN, A. C. C. F.; SOUZA, M. P. R. de. MEDICALIZAÇÃO E PATOLOGIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO: DESAFIOS À PSICOLOGIA ESCOLAR E EDUCACIONAL. **Psicologia Escolar e Educacional** [online]. 2020, v. 24, e214158. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2175-35392020214158>>. Acesso em 05 abr. 2024.

SCHNEIDER, A. M. DE A. *et al.* Planejamento do Processo de Avaliação Psicológica: Implicações para a Prática e para a Formação. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 40, p. e214089, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-3703003214089>>. Acesso em: 12 out. 2025.

SCOTT, J. B.; *et al.* O conceito de vulnerabilidade social no âmbito da psicologia no Brasil: uma revisão sistemática da literatura. **Psicol. rev. (Belo Horizonte)**, Belo Horizonte, v. 24, n. 2, p. 600-615, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.5752/P.1678-9563.2018v24n2p600-615>>. Acesso em: 20 Abr. 2025.

SILVA, I. S. da. *et al.* Desafios e perspectivas do uso das tecnologias digitais na infância e adolescência: relato de experiência. In: **Anais do 10º Congresso**

Internacional de Educação e Tecnologias / Encontro de Pesquisadores em Educação a Distância. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos, 2024. Disponível em: <<https://editora.literaciacientificaeditora.com.br/capituloPDF/220411306.pdf>>. Acesso em: 14 fev. 2025.

SILVA, L. C. L. da. *et al.* Repercussões da pandemia no desenvolvimento infantil e nas ações dos visitantes do Programa Criança Feliz. Escola Anna Nery, v. 27, p. e20230022, 2023. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ean/a/YzFXRgVbhBkQyGQ9qYjJFmh/>>. Acesso em: 22 mar. 2025.

SILVA, L.; SANTOS, N. R. A pandemia da COVID-19 e os impactos no desenvolvimento e na aprendizagem das crianças: uma revisão sistemática da literatura. **Revista Brasileira de Saúde e Família**, v. 14, n. 34, p. A10-01-A10-25, 2024. Disponível em: <<https://www.periodicos.univasf.edu.br/index.php/revasf/article/download/2786/1796/13626>>. Acesso em: 04 out. 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Manual de Orientação - Grupo de Trabalho Saúde na Era Digital. #MENOSTELAS #MAISSAÚDE, 2019. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22246c-ManOrient_MenosTelas_MaisSaude.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2025.

SOUSA, J. R. de; SANTOS, S. C. M. dos. Análise de conteúdo em pesquisa qualitativa: modo de pensar e de fazer. **Pesquisa e Debate em Educação**, Juiz de Fora: UFJF, v. 10, n. 2, p. 1396 - 1416, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.34019/2237-9444.2020.v10.31559>>. Acesso em: 15 out. 2024.

SOUZA, B. P. (org). **Orientação à queixa escolar**. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2020.

TIVERON, E. M.; KASPARY, B.; LACERDA, A. C. Uso excessivo de telas na infância e seus prejuízos. **Research, Society and Development**, v. 13, n. 11, e472251311, 2024. Disponível em: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/47225>>. Acesso em: 10 out. 2025.

VASCONCELOS, Y. L. C.; SANTOS, L. T.; SANTOS, J. F. P.; ANDRADE, A. R. O. de. O IMPACTO DO USO EXCESSIVO DE TELAS NO DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR DE CRIANÇAS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA. **REVISTA FOCO**, 16(11), 2023. Disponível em: <<https://doi.org/10.54751/revistafoco.v16n11-078>>. Acesso em: 10 out. 2025.

VERCELLI, L. DE C. A. Um conto da literatura e sua relação com a psicologização da educação. **Revista Espaço Acadêmico**, v. 11, n. 125, p. 77-84, 26, 2011. Disponível em: <<https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/view/13107>>. Acesso em: 23 mai. 2024.

VEYNE, P. Foucault, sa pensée, sa personne. Paris: Albin Michel, 2008.

VORCARO, A. O efeito bumerangue da classificação psicopatológica da infância. In: Jerusalinsky A, Fendrik S, organizadores. O livro negro da psicopatologia contemporânea. 2a ed. São Paulo: Via Lettera, 2011. p. 219-29.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Mental health of children and young people: service guidance. Geneva: World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF), 2024. Disponível em: <ISBN (WHO) 978-92-4-010037-4>. Acesso em: 22 mar. 2025.

APÊNDICE A - Roteiro De Entrevista Semiestruturado

I – DADOS DO ENTREVISTADO	
Dado de identificação para controle dos pesquisadores:	
Idade:	Gênero:
II – DADOS PROFISSIONAIS	
Tempo de atuação na prática clínica:	
III – DADOS DA FORMAÇÃO	
Graduação:	
Instituição:	Conclusão
Pós-graduação:	
Instituição:	Conclusão:
1) Na sua percepção, quais são as queixas infantis para atendimento psicológico mais frequentes? 2) E quais você considera serem os motivos mais frequentes para os encaminhamentos para avaliação psicológica? De onde se originam estes encaminhamentos? 3) De que maneira você normalmente investiga a origem da queixa? Por exemplo, utiliza testes, realiza visitas em outros contextos, entre outros. 4) Como você enxerga o papel da família durante o acompanhamento psicológico? E como você entende que seria a participação ideal no processo? 5) E como você enxerga o papel da escola no desenvolvimento da criança e na execução dos encaminhamentos advindos do atendimento psicológico?	

- 6) Na sua percepção, há um aumento dos encaminhamentos infantis para a clínica psicológica? Em caso positivo, qual seria o fator desencadeante?
- 7) Qual a sua percepção em relação ao uso de medicamentos na infância? E o que você pensa sobre alternativas de tratamento? Por exemplo, fonoaudiologia, terapia ocupacional, entre outras.
- 8) Referente a sua atuação enquanto psicólogo clínico, como você entende ser o seu papel na promoção da liberdade, dignidade e integralidade da infância?
- 9) Considerações finais a critério do participante.

APÊNDICE B – Transcrição das entrevistas

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Caro Participante:

Gostaríamos de convidá-lo a participar como voluntário da pesquisa intitulada *Percepção do Psicólogo Clínico Sobre o Aumento da Procura por Atendimento Psicológico na Infância*, que se refere a um projeto de pesquisa do(s) participante(s) Heloisa Passos Funchal de Melo; Lais Nunes Bindi; Mariana Araújo Karas; Sandra Regina dos Santos Silva Oliveira; Suelen Favaron Mathias e Vania Queiroz Nascimento Tardocchi que pertence(m) ao Curso de Psicologia da Universidade Paulista.

O objetivo deste estudo é investigar a percepção do psicólogo clínico frente aos fatores que desencadeiam o aumento da demanda de atendimento psicológico na infância. Os resultados contribuirão para a sociedade, pois a realização da pesquisa pode favorecer melhorias no atendimento para a população e colaborar com reflexões acerca da prática do psicólogo neste contexto e com novas possibilidades de atuação, além da relevância acadêmica, pois pode fornecer conhecimentos para que estudantes de psicologia possam contextualizar sua formação com a realidade da sociedade atual.

Sua participação consiste em responder às questões propostas pelos pesquisadores durante uma entrevista que ocorrerá de forma presencial e será agendada de acordo com sua disponibilidade. A entrevista será guiada por um roteiro composto por oito perguntas semiabertas que abordarão questões referentes ao processo de avaliação do psicológico clínico frente ao aumento das queixas de problemas de desenvolvimento infantil. A entrevista terá duração aproximada de 30 minutos. Pedimos a sua autorização para que a entrevista seja gravada em áudio e, para tal, utilizaremos um gravador para melhor captação das respostas. Após a realização da entrevista, o áudio será transcrito na íntegra para posterior análise dos pesquisadores.

Seu nome não será utilizado em qualquer fase da pesquisa, o que garante seu anonimato e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

Não será cobrado nada e não haverá gastos decorrentes de sua participação. Se houver algum dano decorrente da pesquisa, o participante será indenizado nos termos da Lei.

Considerando que toda pesquisa oferece algum tipo de risco, nesta pesquisa o risco pode ser avaliado como mínimo e este pode ser explicado como um possível constrangimento ou desconforto ao responder às questões propostas pelos pesquisadores. Para tentar amenizar esse risco, você, como participante, tem total liberdade para responder ou não às perguntas sem qualquer prejuízo ou

constrangimento e pode interromper ou desistir da entrevista a qualquer momento. Em caso de persistência do desconforto, você será acolhido e poderá buscar atendimento psicológico no Centro de Psicologia Aplicada da Universidade Paulista – Unip Marquês, que se encontra no endereço: Av. Comendador Martinelli, 72 - Vila Chalot - São Paulo – SP, podendo ser entrado em contato pelo telefone: (11) 3611-3030

São esperados os seguintes benefícios para você, decorrentes da sua participação nesta pesquisa: 1) Refletir sobre o processo de crescimento e amadurecimento das crianças e em como a sociedade atual vem lidando com esses fatores; 2) Refletir sobre como os transtornos de desenvolvimento vem sendo tratados na atualidade e como eles compreendem o aumento da demanda desse tipo de queixa e o que pode ter favorecido o crescimento na busca de laudos; 3) A possibilidade dos psicólogos clínicos compartilharem o conhecimento e experiência, oriundos de sua vivência, com os colegas estudantes da psicologia e ter acesso aos resultados da pesquisa para complementar ou repensar sua prática atual. Caso tenha interesse, você pode pedir o envio por e-mail do resultado da sua participação.

Gostaríamos de deixar claro que sua participação é voluntária e que poderá recusar-se a participar ou retirar o seu consentimento, ou ainda descontinuar sua participação se assim o preferir, sem penalização alguma ou sem prejuízo ao seu cuidado. Caso queira retirar o seu consentimento, entre em contato com o pesquisador responsável Profa. Dra. Luan Flávia Barufi Fernandes pelo e-mail luan.fernandes@docente.unip.br com cópia para o CEP-UNIP pelo e-mail cep@unip.br. Os seus dados serão retirados caso seja possível identificá-los no banco de dados.

Desde já, agradecemos sua atenção e participação e colocamo-nos à disposição para maiores informações.

Esse termo terá suas páginas rubricadas pelo pesquisador principal e será assinado em duas vias, das quais uma ficará com o participante e a outra com o pesquisador principal. Prof.^a Dra. Luan Flávia Barufi Fernandes Campus Cidade Universitária: CIDADE UNIVERSITÁRIA, endereço: Avenida Torres de Oliveira, nº 330, Jaguaré, São Paulo/SP, CEP: 05347-020, telefone (11) 3767-5800, e-mail: luan.fernandes@docente.unip.br.

Eu _____

(nome do participante e número de documento de identidade) confirmo que Heloisa Passos Funchal de Melo - RG: 52.798.394-9; Lais Nunes Bindi - RG: 38.102.858-6; Mariana Araújo Karas – RG: 39.298.595-0; Sandra Regina dos Santos Silva Oliveira – RG: 20.567.232-2; Suelen Favaron Mathias – RG: 42.355.802-X e Vania Queiroz Nascimento Tardocchi – RG: 33486061-1 explicou-me os objetivos desta pesquisa, bem como, a forma de participação. As alternativas para minha participação também foram discutidas. Eu li e compreendi este Termo de Consentimento, portanto, eu concordo em dar meu consentimento para participar como voluntário desta pesquisa.

Local e data: _____, ____ de _____ de 20 ____.

(Assinatura do participante da pesquisa)

Eu, _____ (nome do membro da equipe que apresentar o TCLE) obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido do participante da pesquisa ou representante legal para a participação na pesquisa.

(Assinatura do membro da equipe que apresentar o TCLE)

Profa. Dra. Luan Flávia Barufi Fernandes
Pesquisadora responsável
Psicóloga – CRP 06/72491