



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO MULTIDISCIPLINAR EM SAÚDE
CAMPUS ANÍSIO TEIXEIRA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA



Pro
Reitoria

ANDRESSA VIEIRA OLIVEIRA

**ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE ADULTOS COM TDAH: SENTIDOS
ATRIBUÍDOS, RACIONALIDADES EM DISPUTA E PRÁTICAS DE
CUIDADO**

VITÓRIA DA CONQUISTA
2026

ANDRESSA VIEIRA OLIVEIRA

**ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE ADULTOS COM TDAH: SENTIDOS
ATRIBUÍDOS, RACIONALIDADES EM DISPUTA E PRÁTICAS DE
CUIDADO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto Multidisciplinar em Saúde, Campus Anísio Teixeira, Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Políticas, planejamento, gestão e práticas de saúde

Orientador: Prof. Dr. Adriano Maia dos Santos

Co-orientadora: Prof^ª Dr^a. Elvira Caires de Lima

**VITÓRIA DA CONQUISTA
2026**

Andressa Vieira Oliveira

“Itinerários terapêuticos de adultos com TDAH: sentidos atribuídos, racionalidades em disputa e práticas de cuidado”

Dissertação apresentada ao Programa de PósGraduação em Saúde Coletiva, Instituto Multidisciplinar em Saúde, Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva. Área de Concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Práticas em Saúde. Linha Pesquisa: Produção do cuidado e práticas em saúde.

Aprovada em 27/02/2026

BANCA EXAMINADORA

Documento assinado digitalmente
 **ADRIANO MAIA DOS SANTOS**
Data: 04/04/2026 17:55:39-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Adriano Maia dos Santos (Orientador)
Universidade Federal da Bahia - UFBA

Documento assinado digitalmente
 **ELVIRA CAIRES DE LIMA**
Data: 09/04/2026 16:53:40-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof.^a Dr.^a Elvira Caires de Lima (Co-orientadora)
Universidade Federal da Bahia - UFBA

Documento assinado digitalmente
 **DANIELA ARRUDA SOARES ALVES**
Data: 10/04/2026 17:23:27-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof.^a Dr.^a Daniela Arruda Soares Alves (Examinador Interno)
Universidade Federal da Bahia - UFBA

Documento assinado digitalmente
 **CARMEM VIRGINIA MORAES DA SILVA**
Data: 15/04/2026 21:13:47-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof.^a Dr.^a Carmem Virgínia Moraes da Silva (Examinadora Externa)
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

Aos meus pais, que plantaram em mim o amor pelos livros e abriram o meu caminho com
seus próprios esforços, oferecendo-me os horizontes que não puderam alcançar;

Aos meus irmãos, face mais sublime do amor. Vocês são a lição diária que me ensina a
mergulhar na essência de um afeto que transcende a matéria;

Ao meu esposo, alicerce dos meus dias, que me apoia desde que éramos apenas promessa, até
nos tornarmos a realidade de hoje.

AGRADECIMENTOS

A Deus e à espiritualidade, sopro divino que nos detalhes mais sutis me recorda que a solidão é uma ilusão.

À minha mãe, Marineide, solo fértil onde meus sonhos criaram raízes, por ter acreditado em mim antes mesmo que eu pudesse fazê-lo. Ao meu pai, Juscimar, alicerce firme que, com seu esforço incansável, garantiu que nunca me faltasse o sustento e a segurança para crescer.

Aos meus irmãos, Thamiris e Gustavo, bússolas que me regulam. Vocês são a força diária e o amparo, a certeza de que tenho aliados para todas as horas.

Ao meu esposo, companheiro de jornada. Agradeço pelo amor que sustentou meus dias e pela crença inabalável no meu potencial. Sem o teu apoio este caminho não teria sido possível.

Aos meus professores e orientadores, Adriano Maia e Elvira Caires. Obrigada por ensinarem que a rigidez acadêmica pode florescer na amorosidade. Vocês proporcionaram uma educação que me acolheu, incluiu e me transformou.

À minha turma de mestrado, encontro desenhado pelo destino, que se fez rede, sustento e alegria inesperada. À minha amiga Margarete, pela generosidade dos conselhos e pela partilha da caminhada.

Aos professores deste programa, que não apenas transmitiram conhecimento, mas plantaram em mim a semente inquieta de contribuir para uma sociedade mais justa.

E, com profunda reverência, aos participantes desta pesquisa. Obrigada por me confiarem o território sagrado de suas histórias, partilhando suas dores e alegrias mais profundas.

Figura 1. Liberdade condicional. Desenho realizado pela própria autora.



"Se for possível fazer da liberdade criativa um meio de vida... Em todo caso, eu recomendo só uma coisa: façam a profissão que vocês puderem, mas, ao passar, vejam se fazem uma arte menor, ou um pouquinho de pintura, ou de música... É que, pelo menos, vocês estão vivos."

Maria da Conceição de Almeida Tavares

RESUMO

OLIVEIRA, A.V. Itinerários terapêuticos de adultos com TDAH: sentidos atribuídos, racionalidades em disputa e práticas de cuidado. **Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.** Vitória da Conquista, Bahia: UFBA, 2026.

Introdução: O Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) caracteriza-se por sintomas de desatenção e hiperatividade que repercutem em múltiplas dimensões da vida. Na idade adulta, associa-se a dificuldades acadêmicas e laborais, baixa autoestima, acidentes, alterações do sono, instabilidade nas relações sociais, desemprego e comorbidades psiquiátricas. Embora haja avanços nos processos diagnósticos e terapêuticos, o modelo assistencial vigente permanece hegemonicamente biomédico, centrado na atuação profissional e na medicalização, em detrimento de estratégias de coprodução do cuidado. As expectativas e normas sociais influenciam tanto a expressão do TDAH quanto as decisões relacionadas aos itinerários terapêuticos (IT). A análise dos IT possibilita compreender as experiências vividas na busca por integralidade em saúde, reconhecendo a coexistência de diferentes formas de cuidado. **Aspectos metodológicos:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa realizada com 14 adultos diagnosticados com TDAH, residentes no município de Vitória da Conquista, Bahia. Os dados foram produzidos por meio de entrevistas semiestruturadas e analisados a partir da análise temática de conteúdo, orientada pela Análise Holística dos Itinerários Terapêuticos. **Resultados:** A *Categoria I* evidenciou que os significados atribuídos ao transtorno influenciam comportamentos, percepções e escolhas terapêuticas. Experiências de vida e diagnósticos prévios moldaram a compreensão do TDAH; mulheres foram frequentemente diagnosticadas com ansiedade ou depressão, enquanto homens tiveram o diagnóstico postergado, em consonância com padrões de masculinidade hegemônica. A ausência de reconhecimento do sofrimento esteve relacionado a sentimentos de raiva, culpa e autodepreciação. A *Categoria 2* revelou que fatores econômicos, sociais e familiares limitaram os IT, com dificuldades de acesso tanto aos serviços públicos quanto privados, consultas psiquiátricas restritas e elevado custo das medicações. As possibilidades de autocuidado que não implicassem gastos financeiros mostraram-se reduzidas, evidenciando fragilidades e desigualdades no cuidado. A *Categoria 3* constatou um cuidado fragmentado, centrado em condutas médicas pouco acolhedoras, com a prescrição medicamentosa como principal estratégia terapêutica, frequentemente desconsiderando as experiências sociais e as estratégias individuais de adaptação. Por fim, a *Categoria IV* destacou a centralidade da educação e do financiamento para ampliar a compreensão sobre o TDAH e promover um cuidado integral, ressaltando a necessidade de fortalecer políticas públicas, superar a fragmentação dos serviços e ampliar espaços de participação social. **Considerações finais:** Os IT extrapolam o acesso a serviços de saúde, configurando-se como processos contínuos de negociação identitária e construção de sentidos, nos quais gênero, relações familiares e vínculos sociais influenciam a adesão ao cuidado. Os sofrimentos psíquicos expressam determinações sociais mais amplas, e a centralidade das medicações – articulada à hegemonia médica e à lógica neoliberal da produtividade – tende a naturalizar seu uso, desconsiderando contextos de vida e a coprodução do cuidado. A privatização e a mercantilização no Sistema Único de Saúde contribuem para a fragmentação do cuidado, a responsabilização individual e a restrição da participação social, reforçando a necessidade de fortalecer a rede de atenção psicossocial em articulação com o território, promover processos de educação crítica e reconhecer os usuários como sujeitos ativos na produção do cuidado.

Palavras-chave: TDAH; Adultos; Itinerários terapêuticos; Saúde mental; Gênero; Acesso aos Serviços de Saúde

ABSTRACT

OLIVEIRA, A.V. Therapeutic itineraries of adults with ADHD: attributed meanings, disputed rationalities, and care practices. **Master's dissertation presented to the Postgraduate Program in Collective Health at the Federal University of Bahia.** Vitória da Conquista, Bahia: UFBA, 2026.

Introduction: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is characterized by symptoms of inattention and hyperactivity that have repercussions in multiple dimensions of life. In adulthood, it is associated with academic and work difficulties, low self-esteem, accidents, sleep disturbances, instability in social relationships, unemployment, and psychiatric comorbidities. Although there are advances in diagnostic and therapeutic processes, the current care model remains hegemonically biomedical, centered on professional practice and medicalization, to the detriment of strategies for the co-production of care. Social expectations and norms influence both the expression of ADHD and decisions related to therapeutic itineraries (TI). The analysis of TI allows for an understanding of lived experiences in the pursuit of comprehensive health, recognizing the coexistence of different forms of care. **Methodological aspects:** This is a qualitative study conducted with 14 adults diagnosed with ADHD, residing in the municipality of Vitória da Conquista, Bahia. Data were collected through semi-structured interviews and analyzed using thematic content analysis, guided by the Holistic Analysis of Therapeutic Itineraries. **Results:** Category I showed that the meanings attributed to the disorder influence behaviors, perceptions, and therapeutic choices. Life experiences and previous diagnoses shaped the understanding of ADHD; women were frequently diagnosed with anxiety or depression, while men had their diagnosis delayed, in line with hegemonic masculinity patterns. The lack of recognition of suffering was related to feelings of anger, guilt, and self-deprecation. Category 2 revealed that economic, social, and family factors limited the therapeutic itineraries, with difficulties in accessing both public and private services, restricted psychiatric consultations, and high medication costs. Opportunities for self-care that did not involve financial expenditure were reduced, highlighting weaknesses and inequalities in care. Category 3 found fragmented care, centered on unsupportive medical practices, with medication prescription as the main therapeutic strategy, frequently disregarding social experiences and individual coping strategies. Finally, Category IV highlighted the centrality of education and funding to broaden understanding of ADHD and promote comprehensive care, emphasizing the need to strengthen public policies, overcome the fragmentation of services, and expand spaces for social participation. **Final considerations:** Therapeutic itineraries extend beyond access to health services, configuring itself as continuous processes of identity negotiation and meaning-making, in which gender, family relationships, and social bonds influence adherence to care. Psychological suffering reflects broader social determinants, and the centrality of medication – linked to medical hegemony and the neoliberal logic of productivity – tends to naturalize its use, disregarding life contexts and the coproduction of care. Privatization and commodification within the Unified Health System contribute to the fragmentation of care, individual responsibility, and the restriction of social participation, reinforcing the need to strengthen the psychosocial care network in conjunction with the territory, promote critical education processes, and recognize users as active subjects in the production of care.

Keywords: ADHD; Adults; Therapeutic itineraries; Mental health; Gender; Access to Health Services

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Liberdade condicional

Figura 2 – Ansiedade

Figura 3 – O jardim da negação

Figura 4 – Sem piloto automático

Figura 5 – Modelo proposto para a análise holística de Itinerários Terapêuticos

Figura 6 – Caos sincronizado (Releitura do cartaz do filme “Tudo em todo lugar ao mesmo tempo”)

Figura 7 – O mundo começa em mim

Figura 8 – Atlas moderno

Figura 9 – O jardim da mente

Figura 10 – Fora da norma

Figura 11 – A lente do hiperfoco

LISTA DE ABREVIATURAS

ABDA - Associação Brasileira de Déficit de Atenção

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

DSM - *Diagnostic and Statistical Manual*

EC – Emenda Constitucional

Emulti – Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde

IT- Itinerários Terapêuticos

LC – Lei Complementar

NASF – Núcleos de Apoio à Saúde da Família

ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OMS – Organização Mundial da Saúde

PCDT - Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

SUS – Sistema Único de Saúde

TCC – Terapia Cognitiva Comportamental

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TEA – Transtorno do Espectro Autista

TDAH – Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade **UFBA**

– Universidade Federal da Bahia

Sumário

PRIMEIRAS APROXIMAÇÕES E ENVOLVIMENTO COM O OBJETO.....	13
1. INTRODUÇÃO.....	16
1.1 RECORTE DO OBJETO DE ESTUDO.....	17
2.OBJETIVOS.....	20
OBJETIVO GERAL.....	20
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	20
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	21
3.1 TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE.....	21
3.2 ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO NO TDAH.....	25
3.3 PRODUÇÃO DO CUIDADO.....	27
4. MARCO TEÓRICO METODOLÓGICO	31
4.1 ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS.....	31
4.2 MODELO HOLÍSTICO PARA ANÁLISE DE ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS.....	33
5. ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	35
5.1 TIPO DE ESTUDO.....	35
5.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO	35
5.3 TÉCNICA DE PRODUÇÃO DE DADOS.....	36
5.4 ANÁLISE DOS DADOS	37
5.5 DEVOLUÇÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA.....	38
5.6 ASPECTOS ÉTICOS	39
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	40
6.1 DIMENSÃO SIMBÓLICA	43
6.1.1 Categoria I: Entendendo o TDAH - significados atribuídos ao TDAH moldam comportamentos	44
<i>Entre a mente acelerada e o reconhecimento do sofrimento: itinerários terapêuticos</i>	<i>44</i>
<i>marcados pela busca de sentido, pertencimento e legitimidade</i>	<i>44</i>
<i>TDAH como experiência biográfica, institucional e relacional ao longo do curso da vida</i>	<i>52</i>
6.2 DIMENSÃO CONTEXTUAL.....	69
6.2.1 Categoria 2: Vulnerabilidade e saúde – como aspectos econômicos e sociais limitam o IT	70
<i>Entre o cuidado e a disciplinarização dos corpos: família, afetos e a produção social do sofrimento no TDAH.....</i>	<i>70</i>
<i>Normas de gênero, raça e poder: a produção social do sofrimento no TDAH.....</i>	<i>91</i>
6.3 DIMENSÃO DAS RACIONALIDADES E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS.....	103
6.3.1 Categoria 3: O esvaziamento do cuidado nas práticas medicalizantes em saúde	104
mental.....	104

<i>Repensando a saúde mental entre diagnósticos clínicos, condições sociais, processos de</i>	
.....	104
<i>medicalização e psicologização da vida</i>	104
<i>Psicofármacos na produção do cuidado e na gestão da vida</i>	119
<i>“Driblando o caos”: estratégias cotidianas de autorregulação, adaptação ambiental e</i>	
<i>ressignificação do viver com TDAH</i>	127
6.4 CONTEXTO DA AVALIAÇÃO DA EXPERIÊNCIA	140
6.4.1 Categoria 4: A produção do cuidado entre fragilidades estruturais e descontinuidades	141
<i>A mercantilização da saúde mental e a fragmentação das práticas de cuidado</i>	141
<i>A fragilização estrutural da RAPS e da APS na coordenação do cuidado</i>	146
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	152
REFERÊNCIAS	157
APÊNDICE	184
ANEXOS	187

PRIMEIRAS APROXIMAÇÕES E ENVOLVIMENTO COM O OBJETO

Figura 2. Ansiedade. Desenho produzido pela própria autora.



Meu envolvimento com esta temática surge muito antes de qualquer intencionalidade ou racionalidade acadêmica. Nasci no dia 1 de fevereiro de 1999, às 20h 30min de uma segunda-feira, momento ao qual a minha mãe já cursava em trabalho de parto há quase 48 horas e, após observarem a saída do líquido meconial, que é potencialmente prejudicial à saúde do bebê, o parto ocorreu de modo normal, em ambiente hospitalar e em uma circunstância de violência obstétrica. Este contexto ao qual a minha chegada foi anunciada já previa a complexidade de quem eu sou. Cresci como uma menina quieta, tímida, leitora assídua, amante dos animais, de

poucos amigos, conhecida resumidamente como a menina atrapalhada de sorriso doce que vivia no “mundo da lua”. Na escola, sempre distraída, muito comprometida em ser tagarela, destaque em expressões artísticas, “fracasso” em exatas, o suficiente para ser posta no lugar estereotipado de “burra”, por toda a minha trajetória escolar do fundamental e por ser uma dor de cabeça para os meus professores devido a minha hiperatividade (expressa na incapacidade de ficar sem conversar). No ensino médio, me comprometi em tentar ser diferente, mas não conseguia controlar minha compulsão em ler os livros da biblioteca e não conseguia cumprir com todas as minhas responsabilidades, desenvolvi diversos *hobbies* e abandonei todos eles, sem nunca entender uma razão para ser assim.

Em casa, apesar das dificuldades financeiras, meus pais sempre fizeram todo o possível para que eu alcançasse as oportunidades que eles não tiveram, o estudo sempre foi estimulado. Todavia, nunca imaginei que pudesse entrar em uma universidade, me formei em colégio público, em que ocasionalmente havia uma insuficiência de professores, que gerou um comprometimento do meu aprendizado. Em busca de alternativas para complementar meu estudo para ingressar na universidade, participei de um cursinho comunitário ao qual eu não sentia que conseguia ter bom aprendizado como os demais colegas. Porém, em 2016, acabei por receber uma ligação em que fui informada que estava sendo convocada para ingressar na Universidade Federal da Bahia (UFBA), no curso de Enfermagem. Minha escolha para este curso veio por meio do meu desejo de poder usar a minha vida de forma a ajudar os outros, de estender uma mão amiga mesmo que momentaneamente, cresci em bairros perigosos e desejava poder seguir o oposto de tanta violência ao qual me acostumei desde pequena. Na UFBA, pude perceber de forma ainda mais abrupta a minha dificuldade em relação aos colegas, pois não conseguia lidar com a expressão de desapontamento dos professores ou a falta de confiança dos meus próprios colegas. Não por acaso, pensei diversas vezes em desistir do curso, mas sempre pude contar com a ajuda do meu grupo de amigos que sempre estiveram ao meu lado (Katy, Iago, Ana Andrade, Ana Baleeiro e Luana). Em 2018, pude conversar com uma das minhas professoras, Bárbara Cabral, sobre as minhas dificuldades e, então, ela me disse: “Você tem Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)!!!!”. Assim, na UFBA, tive a oportunidade de fazer acompanhamento psicológico, conversei sobre esse ocorrido com a minha psicóloga Nanda e após uma longa investigação ela me disse: “É, eu acredito que você tenha o TDAH”. Ainda descrente, consegui uma consulta com um psiquiatra no ambulatório de saúde mental do município e, então, obtive mais uma confirmação: “Você realmente tem TDAH”.

Esse transtorno ficou oculto durante dois anos de terapia devido a um relacionamento abusivo, ao qual estive durante alguns anos. Toda minha vida, me enquadrei através de outros olhos e isso repercutiu diretamente na forma de me enxergar, ao ponto de pensar que o mundo não era o meu lugar, mas a partir do momento em que descobri o TDAH pude entender melhor quem eu sou. Já enfermeira, trabalhei em serviços públicos e privados, a assistência se tornou extremamente desconfortante ao vislumbrar as desigualdades sociais que promoviam tanto sofrimento, esse desconforto se tornou ainda mais angustiante ao atender usuários do serviço de oncologia em cuidados paliativos. Dizem que o objetivo da UFBA é que seus alunos retornem, não sei se tal premissa é verdadeira, mas comigo foi assim e, em 2023, retornei para ingressar no mestrado em saúde coletiva por meio de uma inquietação e vontade de novos aprendizados, novas perspectivas e ressignificados. Afinal, eu nunca me conformei com a ordem do sistema em que vivemos. Não imaginei que estaria aqui hoje, no entanto, cada dia que passa obtenho provas de que tudo acontece no momento certo. Não vivo no mundo da lua, vivo um universo inteiro e este estudo, antes de tudo, fala, também, sobre mim.

Para além da aproximação pessoal, esta dissertação nasceu de forma tímida, incentivada pelo meu orientador, Adriano Maia. Ele identificou na temática uma oportunidade de compreender um fenômeno pouco explorado sob perspectivas não hegemônicas, o que representou também uma possibilidade de autoconhecimento e de construção de cuidado. Como usuária do SUS e da rede privada, sempre precisei gerir e buscar alternativas para superar os obstáculos e alcançar resolutividade diante dos meus sofrimentos emocionais e sociais.

Assim, a partir da minha vivência com o TDAH e em diálogo com os discursos dos participantes da pesquisa, as diversas facetas dos itinerários terapêuticos foram desveladas. Do capítulo 1 ao 5, apresentam-se a definição do TDAH, as problemáticas do estudo, as bases teóricas dos itinerários e o delineamento metodológico da pesquisa. Os resultados e a discussão organizam-se em quatro categorias, nas quais se aprofundam as percepções dos entrevistados, o apoio social recebido, as práticas terapêuticas e o acompanhamento profissional. Analisa-se, ainda, como as redes de saúde se organizam para promover um cuidado integral e humano. Por fim, ressalta-se que as ilustrações presentes neste trabalho são de minha autoria, elaboradas a partir da interpretação das falas compartilhadas pelos interlocutores.

1. INTRODUÇÃO

Figura 3. O jardim da negação. Desenho produzido pela própria autora.



1.1 RECORTE DO OBJETO DE ESTUDO

Esta pesquisa analisou o Itinerário Terapêutico (IT) de pessoas que vivem com o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Para esse propósito, o estudo buscou debruçar-se com profundidade nas percepções e experiências dos sujeitos de forma a discorrer sobre o adoecimento, os processos adaptativos e os facilitadores e dificuldades frente a condição de saúde de modo a compreender como ocorre o processo de busca ao cuidado no município de Vitória da Conquista, Bahia.

O TDAH é um transtorno do neurodesenvolvimento caracterizado pela combinação de sintomas de desatenção e hiperatividade e/ou impulsividade que afetam de maneira complexa e diferente mais de uma situação de vida do indivíduo, é tipicamente diagnosticado na infância com persistência na vida adulta desde que os sintomas tenham tido início antes dos 12 anos de idade (Kessler *et al.*, 2005; Michielsen *et al.*, 2012; Silva *et al.*, 2022; Salvi *et al.*, 2019; Castro; De Lima, 2018). Na criança, o TDAH está associado a desregulação de emoções como raiva, irritabilidade, baixa tolerância a frustrações, explosões, alimentação desregulada e distúrbios do sono (Drechsler *et al.*, 2020). No adulto, por sua vez, a intensidade dos sintomas relacionase com dificuldades acadêmicas (Castro; Lima, 2018), abuso de drogas, baixa autoestima, maior índice de acidentes de trânsito e no trabalho, alterações significativas do ciclo circadiano do sono, maior taxa de desemprego, relações amorosas e familiares instáveis, e comorbidades psiquiátricas como ansiedade, depressão, borderline, perfil antissocial e transtornos alimentares (Weibel *et al.*, 2020; Zalsman; Shilton, 2016).

Atualmente, o diagnóstico do TDAH sustenta-se em algumas problemáticas, o *Diagnostic and Statistical Manual V* (DSM-5) objetivou melhorias para o diagnóstico em adolescentes e adultos (Peres; Campos, 2022), porém, não considera o desenvolvimento de estratégias compensatórias, de modo que a performance do indivíduo se adeque ao esperado, não sendo evidente o seu sofrimento, e ao perfil predominantemente desatento que pode vir a mascarar a identificação do TDAH em indivíduos dessa faixa etária (Ilario *et al.*, 2019; Zalsman; Shilton, 2016). Ademais, há um expressivo aumento do diagnóstico, associado ao fato da ciência positivista desconsiderar certos aspectos ao desenvolver o DSM 5, com um foco voltado para características biológicas e, também, ao diagnóstico feito por médicos sem preparo para o reconhecimento do TDAH ou sem formação acadêmica voltada para a psiquiatria (Martinhago; Caponi, 2019). Tal contexto a respeito do TDAH não pode ser observado somente por meio de suas características biológicas e sintomáticas, visto que cada indivíduo está inserido em uma sociedade que parte do pressuposto da valorização de pessoas que correspondam aos

padrões tidos como normais, habilitadas a uma concorrência em que evidencia uma hierarquização entre aqueles aptos e não aptos, baseado na meritocracia ao qual ameaça a inclusão e gera uma resistência do indivíduo em se relacionar com o mundo (Valente; Moura, 2018).

De maneira a reduzir desigualdades, a resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017, tem por objetivo fortalecer a rede de atenção psicossocial e fornece o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) para a população de maneira aberta e comunitária com prioridade para aqueles que possuem transtornos graves (Brasil, 2017). No entanto, o CAPS tem sido reconhecido como uma porta exclusiva para as demandas de saúde mental, gerando uma superlotação no serviço, situação agravada pela extinção das equipes de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) que retornaram em 2023 com o nome intitulado Equipes

Multiprofissionais na Atenção Primária a Saúde (Emulti) (Silva; Oliveira, 2023; Brasil 2023). Com um foco no cuidado ao indivíduo com o TDAH, a portaria conjunta nº 14, de 29 de julho de 2022, aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para o TDAH enfatizando a importância da abordagem multiprofissional, estabelecimento de planos para a transição do cuidado na infância para a vida adulta, sugere o tratamento medicamentoso como preferencial para o TDAH na infância e a terapia cognitiva comportamental (TCC) como prioridade para o TDAH adulto. Apesar disso, o PCDT não discorre sobre opções para o estabelecimento de fluxos e conformação dos serviços de saúde para o acesso e atendimento dos usuários com TDAH e nem estabelece prazo para que o adequamento para essa demanda dessa realizada. (Brasil, 2022).

Diante disso, evidencia-se uma dificuldade de acesso aos serviços de saúde mental devido a elegibilidade voltada para a gravidade dos sintomas, descontinuidade do cuidado durante a transição dos serviços infantis para adultos, a falta de suporte que reduz o cuidado apenas ao fornecimento da prescrição médica, acompanhamento prejudicado devido ao ceticismo de alguns profissionais em relação ao TDAH e a baixa qualificação em adequar a terapia medicamentosa, tais fatores contribuem para que o paciente abandone o atendimento

Figura 4. Sem piloto automático. Desenho produzido pela própria autora.



pela rede pública e recorra a serviços privados ou desista da realização do tratamento (Scarpellini; Bonati, 2022; Liberal, 2022).

Ademais, é possível reconhecer que as expectativas que a sociedade nutre a respeito do comportamento desses indivíduos reflete na forma como o TDAH é expresso, bem como a decisão de busca de determinados tratamentos e a maneira como irão se comportar em relação ao cuidado e avaliação dos seus resultados estão intimamente relacionados aos significados culturais e expectativas relacionadas a experiência da doença (Rabelo; Alves; Souza, 1999). O itinerário terapêutico surge, então, como uma maneira de versar sobre as experiências vividas pelos indivíduos para se alcançar uma integralidade em saúde, com o pressuposto de que a busca pelo cuidado se manifesta de diferentes formas, assumindo esse ato como um direito humano que não se reduz ao direito de ter saúde, mas, sim, ao seu direito de ser na saúde (Trad *et al.*, 2015). Daí, constrói-se a importância de compreender que o indivíduo busca o cuidado pelo seu sofrimento, que dificilmente pode ser explicado apenas por um diagnóstico, para alcançar tal compreensão, é necessário ampliar a escuta e construir um diálogo de forma a desenvolver as narrativas de seus itinerários terapêuticos, cujo o foco tende a fornecer subsídios para vislumbrar as repercussões e efeitos na garantia do direito humano à saúde (Moreira; Bosi; Soares, 2016)

A partir disso define-se como problema a ser desvelado: Como as pessoas adultas com TDAH constroem e experienciaram seu itinerário terapêutico para viabilizarem o cuidado em saúde – diagnóstico e terapêutico – que emerge de sua condição neuroatípica?

2.OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

- Compreender o itinerário terapêutico (IT) da vivência de adultos com o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Entender as concepções do cuidado e resolução dos problemas de saúde em decorrência do TDAH;
- Discutir a percepção que os indivíduos tiveram a respeito do apoio social e profissional recebido, identificando as redes que dispararam o cuidado.

3. REVISÃO DE LITERATURA

Para a fundamentação teórica deste estudo, adotou-se a revisão narrativa da literatura. Diferente das modalidades sistemáticas e integrativas, a revisão narrativa caracteriza-se por uma delimitação temática mais ampla, não sendo necessários o uso de protocolos rígidos para sua execução. A revisão narrativa possibilita uma discussão mais fluida e abrangente sobre o estado da arte e permite uma seleção criteriosa, porém flexível, dos estudos, na qual a subjetividade e a experiência do pesquisador atuam como elementos de síntese analítica (Cordeiro *et al.*, 2007).

3.1 TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE

O estudo sobre o TDAH não é recente, apesar de haver outros estudiosos nessa linha histórica, o pediatra George F. Still, foi o primeiro a trazer a definição do TDAH (Fernandez, 2017). No ano de 1902, Still realizou palestras em que caracterizava o comportamento de crianças como um defeito anormal de controle da moral associado a um comprometimento do intelecto relacionado reações desproporcionais para a idade frente a um estímulo e evidenciou a permanência de sintomas na vida adulta caracterizando o TDAH como um quadro predominantemente clínico (Still, 2006).

Posteriormente, em 1937, ao observar mudanças positivas em adultos que utilizavam o benzedrine – um estimulante do sistema nervoso central –, Charles Bradley conduziu um estudo ao qual ofertava o medicamento para 30 crianças com menos de 12 anos, hospitalizadas devido alguma desordem neurológica ou comportamental. Durante um período de observação de aproximadamente um mês, os resultados indicaram melhora significativa no desempenho escolar, bem como no manejo de emoções como irritabilidade, raiva e frustração, contribuindo para o fortalecimento da compreensão do TDAH e para a consolidação de abordagens terapêuticas de base farmacológica (Bradley, 1937)

A partir da década de 1960, com o objetivo de facilitar a comunicação científica, o TDAH era denominado como Disfunção Cerebral Mínima. Essa nomenclatura caracterizava alterações comportamentais e de aprendizado decorrentes de lesões cerebrais mínimas sem alteração aparente da inteligência e possuía critérios diagnósticos para avaliação dos sintomas nos mais diversos campos de vivência do indivíduo. Entretanto, esses critérios eram mais brandos e pouco específicos em razão da grande diversidade de sintomas incluídos (Clements, 1966).

Na década de 1970, Virgínia Douglas desempenhou um importante papel na redefinição do transtorno ao deslocar o foco da hiperatividade motora para os déficits atencionais. Para a autora, a impulsividade não seria relacionada ao excesso de atividade, mas sim, a incapacidade

manter a dificuldade em sustentar a atenção pelo mesmo tempo que as outras crianças que não apresentavam o transtorno (Pérez, 2009). Essa mudança de perspectiva possibilitou que um número crescente de pesquisadores passasse a investigar a hiperatividade e a desatenção por meio de medidas psicofisiológicas, configurando um marco relevante para a formulação da definição do transtorno posteriormente incorporada ao DSM-3 (Caliman; Ortega, 2006).

A década de 1990 ficou conhecida como a “década do cérebro”, período marcado pela intensificação da divulgação do TDAH e do tratamento com metilfenidato, o que ampliou o interesse público e científico sobre o transtorno. Nesse contexto, o diagnóstico passou a receber maiores investimentos em pesquisa e a ser progressivamente reconhecido também na população adulta, culminando, com a publicação do DSM-4, no reconhecimento formal do TDAH como entidade diagnóstica (Caliman, 2009). Em 1997, Barkley propôs que o TDAH decorre de um déficit neurofisiológico do sistema inibitório, envolvendo prejuízos no controle moral e volitivo, associado a fatores como práticas educativas parentais, estresse familiar, conflitos conjugais, hereditariedade e alterações no córtex pré-frontal (Barkley, 1997; Caliman, 2010).

Estudos longitudinais reforçaram a compreensão do caráter persistente do transtorno ao longo do curso da vida. Moffitt *et al.* (2015), ao acompanhar uma coorte de nascimentos, identificaram prevalência de 6% de TDAH na infância e de 3% aos 38 anos, com persistência do diagnóstico em 5% dos casos. Atualmente, o TDAH é compreendido como uma condição neurológica crônica, caracterizada pela manutenção de traços de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade desproporcionais à idade, com repercussões significativas em múltiplas dimensões da vida cotidiana (Austerman, 2015).

Apesar dos avanços nas pesquisas que utilizam exames de imagem e outros métodos diagnósticos, o TDAH não dispõe, até o momento, de um marcador biológico específico para seu diagnóstico. Dessa forma, a identificação do transtorno baseia-se na avaliação clínica, a partir da combinação de sintomas e comportamentos, considerando a persistência dos critérios estabelecidos nas subcategorias do DSM-5, a história clínica pregressa, bem como informações provenientes do contexto familiar e do ambiente escolar (Weibel *et al.*, 2020).

No que se refere à fisiopatologia do TDAH, evidenciam-se alterações bioquímicas que envolvem os sistemas de neurotransmissão da dopamina, noradrenalina, serotonina e outras monoaminas, além de modificações nas conexões neuronais em regiões corticais e límbicas, o que repercute em alterações das funções cognitivas. Estudos também apontam que determinadas células neuronais, como os astrócitos, podem apresentar redução na disponibilidade de lactato, comprometendo a produção energética celular. A longo prazo, esse processo pode manifestar-se clinicamente como instabilidade e menor eficiência no

desempenho de atividades que demandam velocidade e sustentação da resposta (Schmitz *et al.*, 2011).

Ao decorrer dos anos, outros fatores foram somados a pré-disposição ao TDAH e estão associados como por exemplo, o uso de álcool e outras drogas durante a gestação, estresse materno, baixo peso ao nascer (Kooij *et al.*, 2019), exposição a toxinas, deficiência nutricional de ferro, ômega-3 e vitamina D, eventos traumáticos, menor nível socioeconômico, casamentos conflituosos e criminalidade parental (Faraone *et al.*, 2021b). O DSM-5, manual de referência para o diagnóstico dos transtornos psiquiátricos, estabelece que os sintomas do TDAH devem estar presentes antes dos 12 anos de idade e manifestar-se em mais de um contexto da vida. Tal critério considera, entre outros aspectos, que pessoas do sexo feminino tendem a mascarar determinados sintomas ao longo do desenvolvimento, bem como que, na adolescência, é necessário um número menor de sintomas em comparação à infância. Ademais, o DSM-5 introduz o conceito de remissão parcial do TDAH, reconhecendo que uma parcela das crianças pode não apresentar impactos significativos nas atividades da vida diária após os 18 anos (Austerman, 2015).

As dimensões comportamentais do TDAH abrangem padrões de desatenção e desorganização, hiperatividade e impulsividade, bem como a combinação desses perfis, cujos sinais se situam em um espectro de intensidade capaz de gerar prejuízos às atividades essenciais da vida, estando o diagnóstico relacionado à manifestação desses comportamentos ao longo desse espectro (Hinshaw, 2018). O DSM-5 preconiza a especificação do grau de gravidade atual do transtorno, classificando-o da seguinte forma:

Leve: Poucos sintomas, se algum, estão presentes além daqueles necessários para fazer o diagnóstico, e os sintomas resultam em não mais do que pequenos prejuízos no funcionamento social ou profissional. Moderada: Sintomas ou prejuízo funcional entre “leve” e “grave” estão presentes. Grave: Muitos sintomas além daqueles necessários para fazer o diagnóstico estão presentes, ou vários sintomas particularmente graves estão presentes, ou os sintomas podem resultar em prejuízo acentuado no funcionamento social ou profissional. (DSM 5, 2014, p.60).

O perfil desatento está associado a dificuldades como a falta de atenção a detalhes ou a ocorrência de erros por descuido, a manutenção da atenção em atividades, a impressão frequente de não estar escutando, dificuldades de organização, prejuízos em tarefas que exigem esforço mental prolongado, distração por estímulos externos, bem como esquecimento de atividades cotidianas ou perda frequente de objetos. Já o perfil hiperativo caracteriza-se por atividade persistente e contínua de pés e mãos, incapacidade de realizar atividades de lazer de forma calma, fala excessiva, sensação subjetiva de estar com o “motor ligado”, tendência a emitir respostas antes da conclusão das perguntas e dificuldade em esperar a própria vez (APA, 2014).

Consensos e diretrizes internacionais convergem para a natureza clínica do diagnóstico do TDAH, o qual prescinde de exames complementares isolados e exige expertise profissional. Na infância e adolescência, a responsabilidade diagnóstica recai prioritariamente sobre psiquiatras infantis, neuropediatras e pediatras do desenvolvimento. No cenário da vida adulta, o diagnóstico concentra-se na psiquiatria de adultos, embora neurologistas e médicos da atenção primária devidamente capacitados também possam realizar o manejo clínico (Drechsler et al. 2020). Em ambos os ciclos de vida, o papel do psicólogo é fundamental na aplicação de escalas e testes, atuando frequentemente em articulação com o médico para a validação do laudo diagnóstico (Srouf *et al.*, 2025).

Diversas medicações são consideradas seguras e eficazes no tratamento dos sintomas do TDAH em diferentes faixas etárias, sendo classificadas em estimulantes (metilfenidato e anfetaminas) e não estimulantes (atomoxetina, guanfacina e clonidina). O uso dessas medicações contribui para que pessoas com TDAH apresentem desempenho cognitivo semelhante ao de indivíduos sem o transtorno, sem promover alterações na conformação cerebral (Faraone *et al.*, 2021a).

A legitimidade do TDAH como um transtorno “real” é frequentemente contestada tanto pelo público leigo quanto por alguns profissionais de saúde. Tal questionamento está associado, em parte, ao fato de o TDAH não dispor de um *táxon*, entendido como uma entidade dotada de existência objetiva e independente de consensos sociais ou de conveniências descritivas. No entanto, a ausência de um *táxon* não implica negar a existência de sofrimento, tampouco deslegitima a necessidade de atenção clínica aos indivíduos diagnosticados (McLennan, 2016). O debate central em torno do TDAH situa-se, portanto, na tensão entre sua compreensão enquanto patologia e a possibilidade de que seu tratamento esteja orientado predominantemente à melhoria da performance atencional. Sob essa perspectiva, observa-se que pessoas com TDAH não se diferenciam de forma absoluta dos sujeitos considerados “normais”, mas tendem a apresentar um ritmo de desenvolvimento diferente, não atendendo às expectativas em relação às expectativas normativas de desempenho (Caliman; Ortega, 2006).

Como anteriormente discutido, há um volume expressivo de pesquisas dedicadas à abordagem biológica do TDAH, sendo sua validação contemporânea fortemente sustentada pelos critérios do DSM-5. Nesse manual, as características diagnósticas descritas não são, em si, incomuns, diferenciando-se principalmente pela intensidade, frequência e impacto funcional dos comportamentos. Conforme analisa Henning (2000), esse movimento reflete uma ampliação progressiva daquilo que passa a ser compreendido como doença. Ao examinar as diferentes versões do DSM, o autor destaca que, inicialmente, o diagnóstico dialogava com

referenciais psicanalíticos, nos quais o sofrimento era compreendido como questão social e existencial. Com o avanço das edições, observa-se uma inflexão para um modelo medicocentrado, no qual a interpretação simbólica do adoecimento cede lugar à leitura objetiva de sinais e sintomas (Henning, 2000).

Sob essa ótica, o TDAH insere-se em um campo de disputas conceituais, clínicas e políticas, no qual a ampliação diagnóstica convive com a produção de novos modos de nomear, classificar e intervir sobre comportamentos. Reconhecer o sofrimento vivenciado por pessoas diagnosticadas com TDAH não implica aceitar de forma acrítica os limites e efeitos do modelo diagnóstico atual, mas exige problematizar os critérios que definem os limites entre o patológico e o normal, bem como os interesses que envolvem esse processo. Assim, mais do que afirmar ou negar sua legitimidade enquanto transtorno, torna-se fundamental refletir sobre os usos sociais, clínicos e institucionais do diagnóstico e sobre suas implicações na produção de subjetividades e modos de vida.

3.2 ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO NO TDAH

Para compreender as estratégias de cuidado relacionadas ao TDAH, torna-se necessário reconhecer os contextos da vida cotidiana que dificultam que pessoas com TDAH alcancem um desenvolvimento semelhante ao de seus pares. Os impactos associados ao transtorno manifestam-se, predominantemente, nas dimensões emocionais e sociais, estando relacionados a uma maior propensão à tomada de decisões impulsivas, bem como a dificuldades na resolução de problemas abstratos, na memória de trabalho, na atenção concentrada e sustentada e na memória verbal (Faraone *et al.*, 2021b). Corroborando essa perspectiva, um estudo qualitativo conduzido com adolescentes e jovens com TDAH e autismo evidenciou experiências marcadas por dificuldades no manejo emocional entre estresse e descanso, frequentemente acompanhadas por sentimentos de culpa decorrentes da percepção de não conseguir desempenhar atividades conforme o esperado, além de pensamentos persistentes relacionados à ideia de estar prejudicando os outros. Ademais, sentimentos e pensamentos recorrentes foram descritos como fonte de preocupação, sobretudo por emergirem de forma intrusiva e, em alguns casos, com características obsessivas (Ahlström; Wentz, 2014).

Pessoas com TDAH apresentam disfunções na via da serotonina, frequentemente associada ao denominado “cérebro social”, em razão de seu papel enquanto neurotransmissor e hormônio. A serotonina encontra-se concentrada em áreas cerebrais específicas responsáveis pela regulação da cognição social, da tomada de decisões, do humor e do sono, de modo que alterações nesse sistema podem repercutir em diferentes dimensões do funcionamento psíquico

e comportamental (Feliu; Fernández; Slobodianik, 2022; Patrick; Ames, 2015). As evidências científicas disponíveis concentram-se, prioritariamente, no uso de medicações estimulantes, como o metilfenidato e as anfetaminas, bem como de medicações não estimulantes, a exemplo da atomoxetina, guanfacina e clonidina. Paralelamente, são descritas estratégias não medicamentosas, como a terapia cognitivo-comportamental (TCC), práticas meditativas e o desenvolvimento de habilidades organizacionais, as quais têm sido utilizadas como abordagens complementares no cuidado ao TDAH (Faraone *et al.*, 2021; Kooij *et al.*, 2019). Contudo, o cuidado não se restringe à adoção isolada de intervenções farmacológicas ou psicoterapêuticas, sendo construído a partir de uma pluralidade terapêutica, na qual se articulam diferentes arranjos entre os recursos disponíveis e os aspectos subjetivos, sociais e culturais dos indivíduos. Essa perspectiva permite reconhecer a diversidade de trajetórias e estratégias mobilizadas na busca pela atenção às necessidades em saúde (Gerhardt; Burille; Müller, 2016).

Logo, adotar uma abordagem ampliada na compreensão do TDAH possibilita, reconhecer potencialidades que podem gerar repercussões positivas no desenvolvimento de habilidades sociais e pessoais. Estudos apontam que a hiperatividade pode manifestar-se de forma a favorecer o desenvolvimento de novas capacidades, sendo associada a melhorias no desempenho, como a realização de múltiplas tarefas e o desenvolvimento intelectual, bem como a aspectos relacionados à criatividade, carisma, ampliação de perspectivas e sociabilidade, incluindo maior sensibilidade nas relações interpessoais (Béliard *et al.*, 2019; Canela *et al.*, 2017).

Com o passar do tempo, adultos com TDAH desenvolvem um repertório de estratégias adaptativas fundamentais para gerir as exigências do cotidiano e do ambiente laboral. Estas táticas focam-se, primordialmente, na melhora da desatenção e da impulsividade através de recursos organizacionais, tais como o uso de listas estruturadas, alarmes e ferramentas digitais de lembretes. Complementarmente, o redirecionamento planejado da atenção perante tarefas de elevada complexidade permite a manutenção da produtividade. No que concerne à hiperatividade, a prática regular de exercício físico destaca-se como um recurso terapêutico crucial, auxiliando significativamente no manejo da hiperatividade e na redução da inquietação (Canela *et al.*, 2017), bem como uma importante função para o desenvolvimento das funções executivas, com impacto no controle inibitório e na memória de trabalho, além de contribuir para a redução de sintomas de ansiedade e depressão (Nazarova *et al.*, 2022; Valenzuela; Ramírez; Paredes, 2022).

Já a alimentação atua como uma estratégia compensatória relevante. Observa-se que pessoas com TDAH tendem a padrões nutricionais com alto consumo de açúcares e carência de

proteínas e vitaminas (Hershko et al., 2022). Nesse sentido, uma dieta equilibrada e rica em nutrientes como ômega-3, ferro e vitamina C pode otimizar a atenção e o comportamento (Feliu et al., 2022). Tais ajustes alimentares, somados ao exercício físico, auxiliam na regulação neuroquímica ao aumentar a disponibilidade de dopamina e norepinefrina. Esse processo é fundamental para fortalecer as funções executivas, como a memória de trabalho e o controle inibitório, que costumam apresentar déficits em adultos com o transtorno (Nazarova et al., 2022; Valenzuela et al., 2022).

No âmbito das relações interpessoais, as dificuldades associadas ao TDAH costumam envolver a desatenção durante conversas, inquietação e comportamentos impulsivos, como interromper falas ou expressar opiniões de forma precipitada. Nesse contexto, o uso do humor, de momentos de comédia ou da habilidade de estabelecer diálogos interessantes pode funcionar como uma estratégia adaptativa, favorecendo a mediação das interações sociais e a redução de conflitos interpessoais (Canela *et al.*, 2017).

Por conseguinte, a compreensão do cuidado em relação ao TDAH ultrapassa a centralidade do tratamento medicamentoso, incorporando práticas cotidianas relacionadas à alimentação, à atividade física e ao manejo do estilo de vida. Essas estratégias, ao dialogarem com aspectos biológicos, emocionais e sociais, reforçam a necessidade de uma abordagem integral e singularizada, que reconheça o sujeito em sua complexidade e em seus contextos de vida. Ao ampliar o olhar para além do diagnóstico e da farmacoterapia, torna-se possível construir modos de cuidado que não apenas reduzam sintomas, mas também promovam autonomia, bem-estar e qualidade de vida.

3.3 PRODUÇÃO DO CUIDADO

Ao refletir sobre o significado de “saúde”, usualmente associamos a algo que reside no corpo de forma individual, compreendendo-se como saudável aquele que apresenta um bom funcionamento biológico. Essa concepção constituiu a base para a expansão do conhecimento científico-industrial da medicina ao longo do século XX e ainda repercute na contemporaneidade, inclusive nas políticas públicas de saúde, que frequentemente são formuladas a partir de princípios quantitativos relacionados à oferta e ao acesso aos cuidados em saúde (Carapinheiro; Correia, 2015). Foucault (1980) descreve o surgimento da clínica como um modo específico de compreender a doença por meio da anatomia, no qual, a partir do século XIX, o adoecimento passou a ser interpretado como uma modificação da estrutura física do corpo. A psiquiatria moderna também se constituiu a partir dessas mesmas premissas, erguendo-se sobre a mente por meio de uma analogia com a anatomia corporal, ao buscar causas

físicas para os distúrbios psíquicos e propor intervenções ancoradas no chamado tratamento moral (Foucault, 1980).

Desde a década de 1960, o movimento antimanicomial passou a questionar as bases da psiquiatria, evidenciando o caráter socialmente construído dos diagnósticos e a patologização de comportamentos considerados 'desviantes', como ocorreu historicamente com a homossexualidade. Paralelamente, a ascensão da psicofarmacologia consolidou uma psiquiatria 'baseada em evidências' que, diante da ausência de causas etiológicas definidas, fundamenta suas classificações estritamente em fenômenos observáveis na prática clínica (Angel; Amaral, 2023). Nesse contexto, Foucault analisa a medicina como uma prática social de gestão dos indivíduos e da população, por meio da qual o corpo é regulado e convertido em força produtiva. Esse processo se dá pela atuação do biopoder, que opera sobre os corpos por meio de tecnologias disciplinares e da racionalidade médica, frequentemente utilizada para responder a questões socioeconômicas e culturais. Como efeito, observa-se a individualização do sofrimento e a transferência da responsabilidade ao sujeito, em detrimento do reconhecimento das determinações sociais do sofrimento psíquico (Gaudenzi; Ortega, 2012).

Desse modo, as grandes doenças que marcaram o mundo ocidental impulsionaram a expansão industrial da medicina, associando a noção de qualidade de vida ao aumento da produção de serviços de saúde. No entanto, esse crescimento não se traduziu, de forma proporcional, em aumento da expectativa de vida, dando origem a uma nova fonte de adoecimento: a iatrogenia. Ivan Illich critica a atribuição exclusiva da redução das taxas de mortalidade à eficácia dos procedimentos médicos, destacando a importância de considerar os determinantes sociais do estado de saúde das populações (Tabet *et al.*, 2017). Esse cenário torna-se particularmente evidente no campo da saúde mental, ainda marcado por um modelo de cuidado asilar, no qual o tratamento dos transtornos mentais é frequentemente reduzido ao uso de medicações como principal recurso terapêutico. Nesse modelo, o sujeito em sofrimento psíquico participa pouco das decisões sobre seu cuidado, o trabalho multiprofissional ocorre de forma fragmentada e há uma centralidade na prescrição de psicofármacos. Como consequência, a medicação passa a ser percebida como uma “pílula mágica”, capaz de oferecer respostas rápidas a problemas complexos (Santos; Zambenedetti, 2019).

Posto isso, é possível compreender que persiste uma formulação simplificada do cuidado em saúde, segundo a qual a ciência produz o conhecimento sobre as doenças, a tecnologia converte esse conhecimento em saberes e instrumentos de intervenção e os profissionais de saúde aplicam tais recursos para produzir saúde. No entanto, essa compreensão desconsidera que os profissionais não atuam como meros executores de técnicas, mas exercem

um papel mediador, realizando escolhas dentro de um conjunto de possibilidades condicionadas por contextos institucionais, éticos e sociais. Desse modo, o cuidado em saúde não pode ser reduzido à simples aplicação de tecnologias (Ayres, 2009). Em contraposição a esse modelo, os construcionistas sociais destacam que o significado e a experiência da doença são construídos nos sistemas sociais e culturais, estabelecendo uma distinção entre *enfermidade*, entendida como uma condição biológica, e *doença*, compreendida como o significado social atribuído a essa condição. Assim, ao diagnosticar uma condição humana como doença, o médico não apenas reconhece um estado biofisiológico, mas também atribui um estatuto social ao indivíduo, transformando sua experiência corporal por meio da nomeação diagnóstica (Conrad; Barker, 2011).

Outrossim, a produção do cuidado está relacionada às formas pelas quais os sujeitos compreendem a si mesmos e o mundo, expressando-se em modos de agir e interagir. O cuidado emerge, nem sempre de maneira consciente ou intencional, como resultado da autocompreensão e das práticas que transformam continuamente o sujeito e seu contexto, podendo ser compreendido como uma ação terapêutica dotada de sentido existencial e político (Ayres, 2007). Nesse amplo horizonte, o movimento da neurodiversidade propõe o reconhecimento de que determinadas condições não devem ser compreendidas apenas sob uma lógica biológica ou patológica, mas a partir de seus atravessamentos sociais e culturais. Tal perspectiva questiona a redução da variabilidade humana à noção de deficiência e evidencia as tensões entre o normal e o patológico, bem como entre aquilo que deve ser tratado como doença e aquilo que deve ser reconhecido como diferença (Ortega, 2009).

É equivocado falar de maneira biológica das doenças mentais pois ainda hoje não há nenhum teste ou método de imagem que comprove por meio de exames biológicos a existência de um transtorno mental. O pensamento medicalizado permite que se prescreva a sociedade essa distinção entre o normal e o patológico, impondo o sistema de normas sobre o comportamento, uma classificação diagnóstica jamais é neutra pois imprime uma visão do homem e da sociedade (Angel; Amaral, 2023). Nesse sentido, a questão central não reside na legitimação ou não de uma doença ou deficiência, mas no reconhecimento do sofrimento. Assim, uma das dimensões fundamentais da produção do cuidado consiste na decodificação dos significados singulares do adoecimento, os quais interferem no modo como os sujeitos reconhecem e lidam com os problemas da vida cotidiana, possibilitando a ruptura de ciclos que intensificam a angústia (Lira; Catrib; Silva, 2015).

Nessa perspectiva é possível observar, no âmbito da sociedade civil, práticas de cuidado em saúde desenvolvidas por grupos populares que ultrapassam as representações biomédicas.

Tais práticas se constituem em uma “diversidade na homogeneidade”, evidenciando singularidades entre sujeitos pertencentes a um mesmo grupo social e a coexistência de múltiplos sentidos atribuídos ao cuidado. Nesse contexto, torna-se fundamental apreender tanto o que se manifesta explicitamente nessas práticas quanto o que permanece implícito, de modo que as ações em saúde se efetivem por meio da articulação entre serviços, profissionais e população (Acioli, 2009).

Embora, no campo da saúde mental, avanços significativos tenham sido impulsionados por movimentos sociais que contribuíram para a transformação da figura do “louco” em “cidadão” e para a formulação de políticas públicas voltadas à redução do estigma, ainda persistem barreiras à superação da cultura manicomial e estigmatizante. Diante disso, a intersetorialidade e a diversificação das ofertas configuram-se como elementos centrais na produção do cuidado, uma vez que demandam a ampliação das respostas para além do setor saúde, reconhecendo que nem todas as necessidades podem ser por ele atendidas (Alves, 2009).

4. MARCO TEÓRICO METODOLÓGICO

4.1 ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS

A compreensão da experiência da enfermidade tem se transformado ao longo do tempo. Historicamente, a saúde esteve ancorada em um modelo médico-centrado, sustentado por uma relação hierárquica e supostamente neutra, na qual o sujeito passava a ser reconhecido como doente a partir do diagnóstico, devendo seguir estritamente as prescrições profissionais (Carvalho, 2018). A doença era - e em grande medida ainda é - interpretada à luz do modelo biomédico, característico das sociedades modernas e urbanizadas, que concebe o corpo de forma química e mecanicista e reconhece a verdade científica como único referencial explicativo legítimo (Gerhardt; Ruiz, 2015).

Nesse contexto, outros modos de conhecimento são frequentemente desqualificados como crenças, considerados insuficientes para orientar práticas de cuidado e estilos de vida saudáveis. Contudo, a doença não se reduz a uma realidade biológica a ser desvendada exclusivamente por médicos e cientistas, mas configura-se como uma construção social e histórica, cujas particularidades não se explicam apenas por seus aspectos biológicos, e sim pelas diferenças socioculturais que atravessam a experiência do adoecimento (Gerhardt; Ruiz, 2015).

Em decorrência disso, a avaliação em saúde tem sido predominantemente conduzida a partir da perspectiva de gestores e trabalhadores do setor, associando sua efetividade a indicadores epidemiológicos, como cobertura assistencial e taxas de morbimortalidade. Tal abordagem, em geral, orienta-se para patologias específicas e condições agudizadas, mostrando-se limitada para apreender os períodos de silenciamento, estabilidade ou normalidade vivenciados por pessoas em condição crônica (Gerhardt *et al.*, 2010). Contudo, não é possível sustentar uma visão estritamente funcionalista das redes de serviços em saúde sem reconhecer a complexidade inerente aos processos de adoecimento e às trajetórias de busca por cuidado (Medeiros; Gerhardt; Silva, 2016).

Nessa perspectiva, a noção de experiência refere-se à articulação entre a vivência individual e o contexto físico e social no qual o sujeito está inserido. A vida cotidiana constitui-se, assim, como o espaço prático em que conhecimentos são mobilizados para orientar situações diárias e atender a interesses concretos. Trata-se de uma relação contínua, por meio da qual se constrói um repertório de saberes forjado ao longo do “percurso biográfico”, no qual se elaboram planos de ação para lidar com as circunstâncias da vida (Alves, 2016). Assim, o

termo *itinerário terapêutico* refere-se aos trajetos percorridos pelos indivíduos ao longo da recuperação ou preservação da saúde, compreendendo os movimentos realizados na busca por cuidado por meio da utilização de recursos diversos, que incluem desde práticas caseiras e religiosas até o acesso aos serviços formais de saúde. Essa trajetória é construída a partir de múltiplos acontecimentos e decisões orientadas ao manejo da enfermidade (Cabral *et al.*, 2011).

O cuidado, nesse sentido, organiza-se conforme as explicações que o próprio sujeito elabora sobre seus problemas, bem como a partir das possibilidades de adaptação entre a oferta de cuidado, seus desejos e suas condições de vida. Assim, o indivíduo mobiliza os recursos disponíveis em sua busca por resolutividade, sem que exista um percurso único ou linear. Desse modo, o cuidado pode ser compreendido na articulação entre a estrutura médica - que envolve diagnóstico, uso de medicamentos e exames -, a estrutura alternativa - como práticas religiosas, uso de ervas e plantas medicinais - e as estruturas populares - representadas pela família, amigos, experiência individual e automedicação (Gerhardt, 2007).

Para apreender de forma aprofundada esses trajetos, torna-se fundamental considerar o contexto no qual o indivíduo está inserido, bem como as diferenças que o atravessam, incluindo relações étnicas, de gênero, raça e geracionais. Tal perspectiva permite compreender o sujeito para além de sua patologia, reconhecendo-o como alguém com necessidades singulares, e conceber o cuidado como uma prática em saúde que se expressa como uma teoria viva, e não apenas como uma competência técnica (Pinheiro; Silva Júnior, 2009). Ao reconhecer que o estado de saúde de uma população não está relacionado exclusivamente de decisões individuais ou de suas condições materiais de vida, torna-se possível compreender os itinerários terapêuticos como resultado de um processo complexo, no qual as alternativas de cuidado apresentam vantagens e limitações e são selecionadas conforme sua disponibilidade, bem como segundo explicações culturalmente compartilhadas pelo indivíduo e pela rede social à qual pertence (Gerhardt, 2007).

Desse modo, ao analisar os itinerários terapêuticos é possível visualizar a saúde e a doença de uma forma desmedicalizada e como resposta as relações que compõem as redes do IT. Esses encontros vão além dos aspectos biológicos e faz emergir uma dimensão relacional e simbólica que estão sobrepostas nesses encontros (Ruiz, Gerhardt; 2016). Portanto, é necessário reconhecer que não há um único padrão no processo do cuidado e, por isso, o itinerário terapêutico se constitui um processo complexo por existir diversas formas terapêuticas e visões discordantes que evidenciam que o processo de autocuidado é subjetivamente construído a partir de um compartilhamento entre sujeito, família e demais entes próximos (Gerhardt, 2006). Assim, ao se estudar a análise de itinerários terapêuticos, o foco não é voltado para a

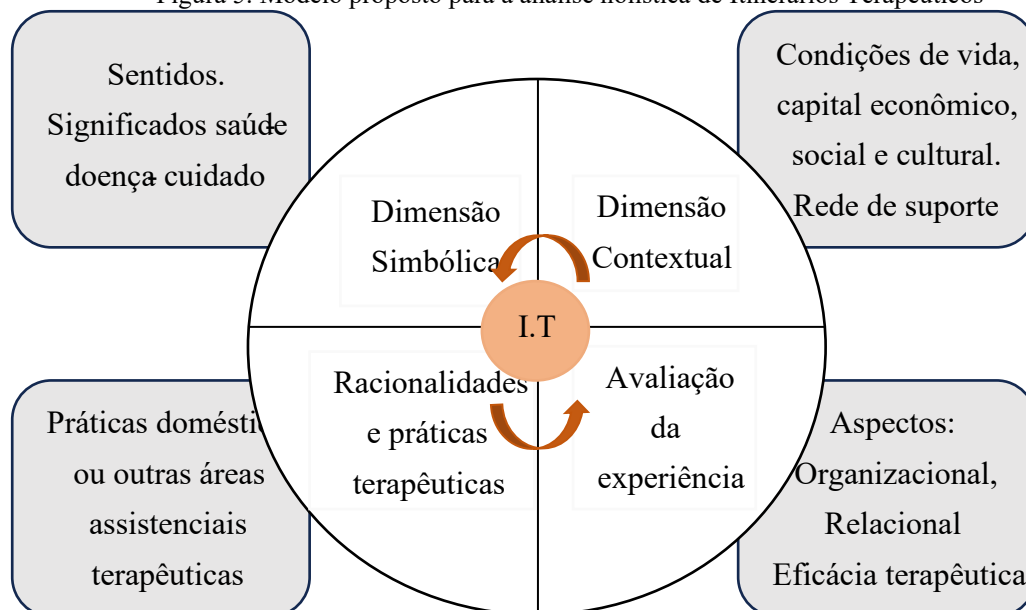
comparação de evidências construídas na pesquisa padrão e normas preestabelecidas, e sim, por meio das metodologias qualitativas, de forma a possibilitar a visualização da vivência e a lógica dessas pessoas, capturando suas interpretações e sentido dentro da trajetória para o cuidado (Trad, 2015).

4.2 MODELO HOLÍSTICO PARA ANÁLISE DE ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS

O modelo holístico de análise dos itinerários terapêuticos foi desenvolvido a partir do reconhecimento de que os comportamentos relacionados à saúde estão intrinsecamente vinculados à complexidade do contexto em que o indivíduo está inserido, bem como ao entrelaçamento de diferentes sujeitos, racionalidades e práticas (Trad, 2015). Nessa perspectiva, propõe-se uma análise centrada na pessoa e em sua singularidade, permitindo apreender, de forma aprofundada, os múltiplos aspectos envolvidos nas respostas frente a uma condição de saúde, especialmente no que se refere às decisões e aos percursos realizados na busca por cuidado, assim como às experiências de interação com agentes terapêuticos e assistenciais (Trad, 2015).

Para a compreensão dos itinerários terapêuticos, o modelo organiza-se em quatro eixos interdependentes, articulados de maneira dinâmica: dimensão simbólica, dimensão contextual, racionalidades e práticas terapêuticas, e avaliação da experiência (Figura 5). A interação entre esses eixos possibilita captar o ponto de vista do sujeito e, simultaneamente, explorar elementos relacionados aos contextos social, cultural e assistencial que atravessam a produção do cuidado (Trad, 2015).

Figura 5. Modelo proposto para a análise holística de Itinerários Terapêuticos



Fonte: Baseado em Trad, 2015.

A compreensão desse diagrama parte do centro, representado pelos itinerários terapêuticos (IT), que correspondem à configuração dos percursos de cuidado construídos pelos sujeitos. Nesse ponto, torna-se fundamental identificar os recursos acionados e o delineamento dos fluxos percorridos na busca por atenção à saúde. Trata-se do eixo inicial da análise, uma vez que oferece ampla riqueza interpretativa para compreender as motivações que conduzem à escolha de determinados recursos, bem como as facilidades, dificuldades enfrentadas ao longo do percurso e as consequências decorrentes dessas experiências (Trad, 2015).

A partir desse ponto, torna-se possível detalhar os quatro eixos de análise de forma mais minuciosa. A dimensão simbólica emerge com o objetivo de explorar as concepções mais amplas que o sujeito constrói acerca da doença, investigando os significados e interpretações atribuídos às suas características, bem como apreensões, expectativas e incertezas que permeiam a experiência do adoecimento (Trad, 2015). A dimensão contextual, por sua vez, volta-se para elementos específicos da trajetória do sujeito, como condições de vida e a existência, composição e particularidades da rede de apoio, permitindo dimensionar o alcance e as características dos recursos assistenciais formais e informais e refletir sobre sua implicação na busca pelo cuidado (Trad, 2015).

O terceiro eixo compreende as racionalidades implícitas no cuidado e nas práticas terapêuticas, possibilitando identificar agentes envolvidos, preceitos etiológicos, terapêuticos e nosológicos, e apreender a articulação entre o cuidado formal e informal (Trad, 2015). Por fim, o quarto eixo refere-se à avaliação da experiência, configurando-se como um elemento estratégico para a compreensão da dinâmica dos itinerários terapêuticos e das transformações decorrentes das escolhas realizadas, ao permitir dimensionar aspectos relacionados à organização, à disponibilidade e à qualidade dos serviços de saúde (Trad, 2015).

5. ASPECTOS METODOLÓGICOS

5.1 TIPO DE ESTUDO

Este estudo adotou uma abordagem qualitativa, cujo objetivo consiste em compreender histórias, relações, crenças, percepções e opiniões produzidas a partir das interpretações que os indivíduos elaboram sobre seus modos de viver, construir a si mesmos, sentir e pensar. A partir desse enfoque, torna-se possível desvelar processos sociais pouco conhecidos de grupos específicos, bem como construir novas abordagens analíticas e conceituais ao longo da investigação (Minayo, 2014).

A pesquisa qualitativa utiliza instrumentos capazes de oferecer maior riqueza de detalhes, valendo-se de um conjunto de práticas interpretativas e materiais que possibilitam compreender os sentidos atribuídos ao desenrolar da vida cotidiana no contexto contemporâneo (Bosi; Gastaldo, 2017). Os resultados que emergem desses processos não se restringem ao produto final da pesquisa, mas constituem um campo metodológico de inspiração sociológica voltado à compreensão do habitual e do vivido (Vidich; Lyman, 2010).

5.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO

No presente estudo, foram selecionadas pessoas adultas com diagnóstico de TDAH, realizado em qualquer fase da vida, identificadas por meio da técnica de amostragem em bola de neve (Bosi; Gastaldo, 2017). O processo iniciou-se intencionalmente em três contextos distintos: a rede de contatos pessoais da autora; indicações do serviço de Psicologia da Universidade Federal da Bahia (UFBA); e as redes sociais digitais (Instagram e Twitter). Nestas últimas, a divulgação por meio de postagens e *stories* buscou ultrapassar o círculo social imediato da pesquisadora, contando com o apoio de outros usuários para a captação de novos perfis a partir do compartilhamento da divulgação.

Tal estratégia visou garantir a heterogeneidade sociodemográfica da amostra e, consequentemente, a diversidade dos itinerários terapêuticos analisados. Os contatos foram estabelecidos via telefone, e-mail ou redes sociais, conforme as informações fornecidas pelos indicadores. A amostra final foi composta por 14 participantes que atenderam aos critérios de inclusão. Dos contatos realizados, dois foram descartados por não possuírem diagnóstico formal apresentando apenas identificação subjetiva com os sintomas – e cinco não retornaram às tentativas de comunicação. Ressalta-se que a técnica de “bola de neve” mostrou-se desafiadora e com baixa efetividade, uma vez que os entrevistados raramente conheciam outros pares diagnosticados ou as indicações fornecidas não resultavam em adesão. Diante dessa limitação,

foi necessário estabelecer novos pontos de partida através da mediação de profissionais de saúde mental (psicólogas). Assim, o grupo consolidou-se com a seguinte configuração: quatro indicações vinculadas à UFBA, três captados via redes sociais, quatro da rede de contatos da autora e três provenientes de indicações externas de profissionais.

Foram adotados como critérios de inclusão: ter 18 anos completos ou mais; possuir diagnóstico de TDAH realizado em qualquer fase da vida, com no mínimo dois anos de confirmação; e residir no município de Vitória da Conquista, em área urbana ou rural. Ressaltase que foi adotado como critério o diagnóstico formal por profissional médico, por compreender que, no atual contexto de saúde hegemônico, a conduta médica é o principal meio de validação diagnóstica nos meios formais de atenção à saúde. Foram excluídas pessoas que não conseguissem se expressar verbalmente ou que apresentassem condições cognitivas que inviabilizassem a compreensão e a resposta às perguntas. Ademais, qualquer condição clínica que impossibilitasse o estabelecimento de uma comunicação adequada foi considerada impeditiva.

5.3 TÉCNICA DE PRODUÇÃO DE DADOS

A produção dos dados se deu a partir do modelo holístico para análise de itinerários terapêuticos a partir do qual foi elaborado um plano de análise do qual norteou a elaboração do roteiro estruturado (apêndice A). A estratégia metodológica para a construção dos itinerários terapêuticos foi composta pela realização de entrevistas em profundidade com utilização de roteiro semiestruturado e questionário sociodemográfico.

A entrevista qualitativa com uma exploração em profundidade é uma ferramenta privilegiada de acesso a experiência dos indivíduos e é necessária para capturar e compreender com mais exatidão as condutas sociais, além de possuir uma importância ética e política ao propiciar conhecer intimamente os dilemas e questões vivenciados (Poupart, 2012). As entrevistas foram realizadas apenas pela pesquisadora e ocorreram em um momento único e em local previamente acordado entre o participante e a pesquisadora, preferencialmente, em um ambiente silencioso e sem distrações, de forma a permitir a livre expressão do participante e possuíram riscos mínimos, relacionados ao cansaço devido a duração da entrevista e constrangimento a alguma pergunta realizada, tendo sido dada a oportunidade do participante interromper a qualquer momento. As entrevistas foram gravadas em aparelho digital portátil, após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Destaca-se que durante as entrevistas, a pesquisadora utilizou-se do suporte de um diário de campo, de maneira a registrar observações, descrever e refletir sobre as experiências.

5.4 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados se deu a partir da Análise Temática de Conteúdo (Bardin, 2016), orientada pela metodologia da Análise Holística de Itinerários Terapêuticos (Trad, 2015).

A etapa de pré-análise corresponde à organização inicial do material empírico. Após a transcrição das entrevistas, foram realizadas a seleção dos documentos a serem analisados e a retomada dos objetivos da pesquisa, constituindo, assim, o corpus analítico (Minayo, 2014). Esse momento foi orientado por procedimentos que asseguram a exploração sistemática do material e a validade dos documentos, compreendendo: a leitura flutuante, que possibilita o contato inicial com os dados e a apreensão das primeiras impressões e direções analíticas; a exaustividade, caracterizada pela análise aprofundada e pela inclusão de todos os elementos relevantes do corpus; a representatividade, na qual o material analisado passa a configurar uma amostra passível de generalização; a homogeneidade, baseada em critérios precisos de seleção; e a pertinência, que assegura a adequação dos documentos aos objetivos que orientam a análise. Ressalta-se que, nessa etapa, não foi obrigatória a formulação prévia de hipóteses (Bardin, 2016).

Na segunda fase, realizaram-se as escolhas das categorias por meio de recortes das unidades de codificação, os quais se deram a partir da seleção de temas. Após a definição dessas unidades, procedeu-se à sua classificação em blocos que expressassem determinadas categorias, as quais permitiram confirmar ou modificar os elementos presentes nas hipóteses e nos referenciais teóricos adotados (Bardin, 2016).

A terceira fase do processo de análise de conteúdo correspondeu ao tratamento dos resultados, compreendendo a inferência e a interpretação. Nessa etapa, os dados foram tratados de modo a adquirir significado e validade analítica (Bardin, 2016). Todas as etapas foram realizadas pela pesquisadora, sem a utilização de softwares de apoio, por compreender-se a relevância de uma análise conduzida a partir de um olhar mais atento e humano, capaz de apreender nuances e informações pertinentes aos objetivos do estudo.

Quadro 1. Distribuição das dimensões e categorias temáticas

DIMENSÃO	CATEGORIA	SUBCATEGORIAS
Dimensão simbólica	Entendendo o TDAH - significados atribuídos ao TDAH moldam comportamentos	Entre a mente acelerada e o reconhecimento do sofrimento: itinerários terapêuticos marcados pela busca de sentido, pertencimento e legitimidade TDAH como experiência biográfica, institucional e relacional ao longo do curso da vida

Dimensão Contextual	Vulnerabilidade e saúde – como aspectos econômicos e sociais limitam o IT	Entre o cuidado e a disciplinarização dos corpos: família, afetos e a produção social do sofrimento no TDAH Normas de gênero, raça e poder: a produção social do sofrimento no TDAH
Racionalidades e Práticas terapêuticas	O esvaziamento do cuidado nas práticas medicalizantes em saúde mental	Repensando a saúde mental entre diagnósticos clínicos, condições sociais, processos de medicalização e psicologização da vida Psicofármacos na produção do cuidado e na gestão da vida. “Driblando o caos”: estratégias cotidianas de autorregulação, adaptação ambiental e ressignificação do viver com TDAH
Avaliação da experiência	A produção do cuidado entre fragilidades estruturais e descontinuidades do cuidado	A mercantilização da saúde mental e a fragmentação das práticas de cuidado A fragilização estrutural da RAPS e da APS na coordenação do cuidado

As entrevistas foram codificadas sequencialmente (E1, E2, ...) e identificadas ao longo do corpo do texto, de modo a sinalizar a origem empírica dos resultados apresentados. De forma complementar, selecionaram-se fragmentos considerados mais representativos do material empírico, os quais receberam uma codificação ampliada, composta pela ordem da entrevista (E1 a E14), seguida da identificação de gênero – M (masculino) ou F (feminino) –, idade e ocupação principal dos participantes.

5.5 DEVOLUÇÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA

Mediante a conclusão da pesquisa, a pesquisadora buscará formas de devolver os resultados à sociedade. Essa devolução, também, é uma forma dos participantes enxergarem que a sua colaboração foi fundamental para a construção de “novos saberes”, não sendo apenas um dado que será esquecido no meio científico (Knauth; Meinerz, 2015)

De forma a propor uma devolutiva significativa aos participantes, a pesquisadora buscará convidar gestores do município de forma a direcionar os achados encontrados como produto de produção de novas estratégias, organizar oficinas educacionais sobre TDAH nos espaços de produção do cuidado em saúde e de preferência em contextos em que poderá haver a participação da comunidade (como congressos, simpósios) e buscará elaborar um material de comunicação visual de forma a difundir um melhor conhecimento acerca do TDAH.

5.6 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa atendeu aos preceitos estabelecidos pela Resolução nº 466/2012, respeitando os princípios da autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, bem como os direitos dos pesquisadores e dos participantes. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Federal da Bahia, em 24 de julho de 2024, segundo parecer de nº 6.963.616 (**Anexo 1**). Todos os participantes foram devidamente esclarecidos quanto aos objetivos, métodos, possíveis danos e riscos, bem como aos demais aspectos relacionados à pesquisa, formalizando sua anuência por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Também foram observadas as disposições da Resolução nº 510, que trata das especificidades éticas das pesquisas nas Ciências Humanas e Sociais e de outras áreas que utilizam metodologias semelhantes (Brasil, 2016).

No desenvolvimento do estudo, foram utilizados recursos de inteligência artificial Gemini como ferramenta auxiliar, especialmente no apoio à organização textual e à revisão de coesão e pontuação, sem substituição da análise crítica, interpretação dos dados ou decisões metodológicas, que permaneceram integralmente sob responsabilidade da pesquisadora, em consonância com os princípios éticos da pesquisa científica.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra deste estudo foi composta por 14 adultos diagnosticados com TDAH, com idade predominante entre 26 e 30 anos (n= 8), seguida pelo grupo de 20 a 25 anos (n= 4). Quanto ao diagnóstico do TDAH, 57,1% (n= 8) dos participantes receberam o diagnóstico entre 2 a 5 anos, enquanto 42,9% (n= 6) foram diagnosticados há mais tempo, entre 6 e 10 anos.

Em relação a comorbidades psiquiátricas, observou-se uma diversidade de diagnósticos associados ao TDAH. Os mais frequentes foram ansiedade (n= 5), transtorno do espectro autista (n=4), depressão (n=4) e altas habilidades (n=3), enquanto outros diagnósticos como *borderline*, disforia social e transtorno obsessivo-compulsivo apresentaram menor incidência, (n=1, para cada um deles). Dois participantes não relataram comorbidades psiquiátricas associadas ao TDAH. Metade dos entrevistados possuía apenas um diagnóstico associado, enquanto três entrevistados apresentaram dois diagnósticos, e um dos participantes apresentou três ou quatro diagnósticos associados ao TDAH. Os características estão disposta na tabela 1.

Tabela 1. Caracterização dos participantes

Características	N	%
Idade		
20-25	4	28,6
26-30	8	57,1
31-36	1	7,1
37-42	1	7,1
Tempo do diagnóstico do TDAH		
Entre 2 e 5 anos	8	57,1
Entre 6 a 10 anos	6	42,9
Outros diagnósticos psiquiátricos		
Altas habilidades	3	21,4
Ansiedade	5	35,7
Bordeline	1	7,1
Depressão	4	25,6
Disforia Social	1	7,1
Transtorno do espectro autista	4	28,6
Transtorno obsessivo compulsivo	1	7,1
Não	2	14,3
Quantidade de diagnósticos psiquiátricos associados ao TDAH		
1	7	50
2	3	21,4
3	1	7,1
4	1	7,1
Medicações em uso		
Atomoxetina	1	7,1

Clonazepam	2	14,3
Fluoxetina	1	7,1
Lisdexafentamina	4	28,6
Lítio	1	7,1
Metilfenidato	4	28,6
Quetiapina	1	7,1
Risperidona	1	7,1
Sertralina	1	7,1
Venlafaxina	2	14,3
Nenhuma medicação	3	21,4
Quantidade do uso de fármacos psiquiátricos		
0	3	21,4
1	5	35,7
2	5	35,7
3	1	7,1
Gênero		
Feminino	7	50
Masculino	7	50
Raça/Cor		
Branco	7	50
Pardo	4	35,7
Preta	3	21,4
Orientação sexual:		
Hetero	9	64,3
Homossexual	1	7,1
Bissexual	4	28,6
Escolaridade		
Ensino médio completo	2	14,3
Ensino superior incompleto	3	21,4
Ensino superior completo	6	42,9
Pós graduação incompleta	2	14,3
Pós graduação completa	1	7,1
Característica do trabalho		
Formal	8	57,1
Informal	3	21,4
Desempregado	3	21,4
N de pessoas que residem na moradia		
1 pessoa	2	14,3
2 a 3 pessoas	8	57,1
4 pessoas ou mais	4	28,6
Renda Familiar		
Igual ou inferior a 2.000	2	14,3
Acima de 2.000 até 5.000	3	21,4
Acima de 5.000 até 10.000	3	21,4
Acima de 10.000 até 20.000	4	28,6
Acima de 20.000	1	7,1

Não soube informar	1	7,1
Convênio de saúde		
Não	7	50
Planserv	3	21,4
Geap	1	7,1
Sul américa	1	7,1
União médica	1	7,1
Unimed	1	7,1

Fonte: Elaboração própria

6.1 DIMENSÃO SIMBÓLICA

Figura 6. Caos sincronizado (Releitura do cartaz do filme “Tudo em todo lugar ao mesmo tempo”). Desenho produzido pela autora.



6.1.1 Categoria I: Entendendo o TDAH - significados atribuídos ao TDAH moldam comportamentos

Os resultados mostram que os sentidos construídos em torno de um adoecimento mental conduzem os comportamentos e as escolhas que serão feitas no enfrentamento da doença. As pré-noções e os diferentes contextos sociais influenciam fortemente a compreensão do processo saúde-doença-cuidado e direciona o itinerário terapêutico (IT).

Entre a mente acelerada e o reconhecimento do sofrimento: itinerários terapêuticos marcados pela busca de sentido, pertencimento e legitimidade

Os entrevistados demonstraram entendimento dos aspectos fisiológicos do TDAH, enquanto um transtorno neurológico que podia ser classificado como *predominantemente hiperativo, desatento ou misto*, provocado por uma deficiência de dopamina que, por sua vez, implicava especialmente no foco e atenção. Por outro lado, destacavam que o TDAH ocasionava repercussões individuais e coletivas em todas as áreas da vida, como social, emocional e executiva, ou seja, viver com o TDAH repercutia na forma como existiam e concebiam o mundo. Os entrevistados destacaram a mente acelerada como uma característica marcante, convivendo com pensamentos acelerados e sobrepostos que, inclusive, se apresentavam como uma fusão entre passado e presente perturbando a noção de tempo e espaço, o que levava a uma dispersão e falta de foco. Como consequência, percebiam dificuldade para manter a concentração, a organização e o interesse em atividades monótonas, ainda que fundamentais no cotidiano, porquanto, realizar atividades domésticas, escolares e de trabalho eram, frequentemente, procrastinadas e relacionar-se com outras pessoas poderia representar um grande desafio (E1 a E13).

[...] entendo formalmente que o TDAH é basicamente uma deficiência dopaminética, que o meu cérebro tem dificuldade em produzir a dopamina e, por conta disso, tenho alguns problemas. Além de outros fatores que sei que contribui também, mas, quimicamente falando, sei que é mais ou menos isso, mas, sintomaticamente falando, acho que essa é a palavra, é justamente o fato de ter falta de foco, procrastinar com coisas que não é de meu interesse. Por exemplo, se é uma coisa que não gosto de fazer, vou procrastinar até o último segundo (E. 12M, 29 anos, programador)

Afeta principalmente a parte social, emocional e laboral. [...] no sentido de afastar do foco daquelas coisas que elas são mais amorosas [...] é [...] te manter em um estado constante de pensamento acelerado, é de taquipsiquismo em relação a coisas que não necessariamente estão relacionadas ao que está acontecendo, o que naturalmente te leva a uma condição de estar meio dentro da sua mente e fora do que está acontecendo e, ao mesmo tempo, trabalhando em tudo que está acontecendo. É como se fosse tudo ao mesmo tempo. Aquele filme de tudo agora nesse exato momento o tempo inteiro (risos). Se alguém está falando a respeito de alguma coisa que preciso saber, mas que não tenha interesse, eu fico muito agoniado, quero sair, quero sair de dentro de mim, sabe? Arrancar minha pele fora (E. 5M, 27 anos, médico).

Me sinto, às vezes, muito fora da realidade, assim da sociedade, tenho muita dificuldade para entender certos assuntos, tenho muita dificuldade para fazer duas coisas ao mesmo tempo, esqueço muito, tenho dificuldade para focar. Isso são coisas que interferem assim, não só no meu pessoal, mas percebi que interfere muito no meu cotidiano, com outras pessoas, terceiras pessoas, no meu relacionamento. Interfere muito com meus afazeres de casa, atrapalha muito na faculdade, atrapalha muito. [...] a gente já nasce com isso, é genética, dizem que a genética. Que passa pela genética, porque acho que minha mãe também tem esse jeitinho especial de ser, só que ela nunca foi diagnosticada (E. 4F, 27 anos, estudante e social média).

Uma pessoa com TDAH apresenta uma multifatorialidade genética e de bases neuronais, que contribui para uma variedade de sintomatologias e dificuldades de autorregulação, afetando tanto os processos internos quanto as relações interpessoais (Faraone; Cruz; Olvera, 2019). Até o momento não existe um único biomarcador capaz de caracterizar o transtorno; sua identificação decorre da combinação de diferentes indicadores biológicos e comportamentais que produzem desajustes cognitivos e executivos (Chen *et al.*, 2023).

Entre os depoimentos, a dificuldade em manter o foco destaca-se como o principal significado do TDAH, ainda que os entrevistados compreendessem a relação da sustentação da atenção aos níveis mais reduzidos de dopamina (E1, E2, E7, E11, E12). De tal modo, os entrevistados relataram ter muitas ideias, viver de forma acelerada e realizar inúmeras atividades concomitantemente, porém sem conseguir finalizá-las.

O seu cérebro não se comunica direito, você não tem o sistema de recompensa bem estruturado. Então é uma coisa que você está sempre em busca da recompensa, aquilo que não me recompensa, eu não faço e aí isso reverbera em várias questões (E. 7M, 27 anos, enfermeiro).

[...] entendo o TDAH só sobre essa hiperatividade de pensar muito, de querer fazer muitas coisas ao mesmo tempo, de conseguir fazer muitas coisas ao mesmo tempo. De começar e, às vezes, não terminar muitas coisas ao mesmo tempo. Pensamento acelerado e isso afeta na minha fala, porque quero falar na mesma velocidade que penso e não dá certo (E. 13F, 22 anos, farmacêutica).

O TDAH sempre foi algo que atrapalhava a minha produção, um transtorno que não me deixa focar. Eu tenho, como dizem meus amigos, muitas ideias, muita coisa para fazer e sempre fico no vou fazer. Fui assim na escola, fui assim na faculdade, fui assim no mestrado. É assim no dia a dia. Eu entendo que existe uma hiperatividade em mim, não paro quieto etc. Mas não é algo que atrapalhou, então, o TDAH para mim sempre foi essa grande falta de atenção, para concluir as coisas (E. 11M, 41 anos, historiador, professor e editor de livros).

Tais percepções não se restringem a uma sensação de angústia decorrente da dificuldade de gerenciamento do tempo, da velocidade de processamento de atividades ou da facilidade de distração observada em pessoas com TDAH. Essas manifestações estão fortemente relacionadas a um déficit motivacional, uma vez que tarefas longas e repetitivas tendem a reduzir o

engajamento e a motivação desses indivíduos (Mohamed *et al.*, 2021). Além disso, alterações no circuito límbico-cortical-estriatal-pálido-talâmico desempenham papel relevante nas funções cognitivas, podendo estar associadas ao comprometimento do processamento de recompensas. Tal comprometimento leva as pessoas com TDAH a apresentarem maior sensibilidade a recompensas imediatas, em detrimento das recompensas de longo prazo (Katzman *et al.*, 2017).

No sentido oposto, algumas correntes científicas entendem o TDAH como um “produto neoliberal” em uma sociedade que desconsidera condições existenciais objetivas e subjetivas e preza pelo desempenho e produtividade (Barbarini; Corbanezi, 2022). Um dos apontamentos direciona-se ao DSM 5, por propor diagnósticos relacionados a respostas individuais a influências sociais, históricas e culturais em detrimento de marcadores biológicos, refletindo como o contexto político-social é passível de ser deslocado para o campo individual, sendo possível ser medicalizado dentro do saber médico de maneira a corresponder a um ideal normativo de saúde (Neves; Sousa, 2022).

A crescente valorização de explicações de base biológica para justificar e legitimar intervenções médicas em aspectos da vida cotidiana, aliada a uma sociedade orientada pelo ideal de alto desempenho, tem contribuído para a ampliação do campo da medicalização (Barbarini; Corbanezi, 2022). Nesse contexto, comportamentos antes considerados variações normais da subjetividade humana passam a ser interpretados como manifestações patológicas, o que favorece a busca crescente por diagnósticos, como o do TDAH, tanto por indivíduos quanto por seus familiares. Essa dinâmica tem resultado no aumento expressivo dos diagnósticos e, conseqüentemente, na prescrição de medicamentos classificados como estimulantes (Redon; Cartaxo, 2025; Neves; Souza, 2022).

Essas correntes podem ser melhor compreendidas ao observar que os manuais diagnósticos foram construídos na Europa e/ou América do norte – como o DSM e o CID – e exportados a nível global como uma abordagem padrão que não considera realidades locais, com uma conseqüente exclusão do pensamento crítico a respeito da influência de estruturas locais na de resposta ao sofrimento. Tal processo perpetua estruturas de poder que marginalizam outras formas de conhecimento, destroem a diversidade e se torna reducionista ao ignorar como concepções de bem-estar estão imbricadas em redes de interconexões e relações de poder desiguais (Mills; Fernando, 2014). Tal perspectiva é retroalimentada em um contexto de oferta e demanda, em que diante de uma reestruturação de serviços, diagnósticos e tratamentos em saúde mental, indivíduos buscam reconhecimento do sofrimento subjetivo por meio de diagnósticos. À medida que determinadas categorias diagnósticas ganham maior visibilidade e

procura, a sociedade se mobiliza para compreendê-las e legitimá-las, como ocorreu com o reconhecimento da persistência do TDAH na vida adulta (Beeker *et al.*, 2021).

Ao observar o TDAH por essa luz, nas entrevistas, foi constatado que, comumente, a busca por cuidado estava relacionada ao sofrimento gerado pela sensação de desajuste e exclusão social que, por sua vez, motivava a procura por psiquiatras e psicólogos com o objetivo de amenizar as aflições. No entanto, ao buscar atendimento visualizava a medicação como último recurso terapêutica. Por outro lado, após o início do uso de estimulantes, passaram a reconhecer o tratamento medicamentoso como um importante facilitador no processo terapêutico, ainda que não o considerassem o elemento central desse percurso. Os relatos evidenciaram que, antes do diagnóstico, havia uma percepção de inadequação e desajuste, marcada pela sensação de viver “de forma errada” em comparação aos outros, o que gerava frustração e sofrimento (E1, E2, E3, E4, E7, E11, E13). Contudo, a confirmação diagnóstica possibilitou a esses indivíduos ressignificar suas experiências, permitindo-lhes compreender que dificuldades como a falta de foco, a inconstância em projetos, os desafios de aprendizagem e os entraves nas relações interpessoais estavam relacionadas ao TDAH, e não a falhas pessoais.

Mas acho que uma maior dificuldade foram os projetos que deixei pelo caminho, porque eu começava coisas que achava que eram muito boas e no meio do caminho eu só desistia porque não me davam mais da dopamina, não era mais divertido fazer aquilo. [...] Eu já tinha perdido o emprego por causa da falta de atenção, porque não conseguia começar os projetos, não conseguia terminar os projetos. Eu estava tendo um prejuízo real na vida e para mim eu estava encarando como “não, é normal, as pessoas passam por isso”, mas não era, era prejuízo do TDAH. (E.1F, 28 anos, engenheira de *software*)

A partir do diagnóstico, os entrevistados passaram a reavaliar suas trajetórias e a reconhecer que diversas experiências negativas ao longo da vida poderiam ter sido evitadas ou atenuadas caso o tratamento tivesse iniciado precocemente. Essas reflexões concentraram-se, sobretudo, nas vivências escolares e familiares marcadas por práticas punitivistas, que reforçaram sentimentos de inadequação e incompreensão. Tais vivências os levaram a compreenderem a infância como uma etapa decisiva para a construção de uma melhor qualidade de vida na fase adulta.

Paralelamente, emergiram reflexões sobre a impossibilidade de cura e a consequente necessidade de aprender a conviver com o TDAH ao longo de toda a vida (E1, E2, E3, E4, E7, E8, E9, E11, E12). Essas reflexões evidenciam que o diagnóstico precoce do TDAH não apenas amplia as possibilidades de intervenção desde a infância, mas também contribui para uma compreensão mais aprofundada de como os contextos educacional e familiar influenciam a construção das trajetórias individuais. A adaptação e o manejo do transtorno ao longo da vida

demandam estratégias contínuas de enfrentamento, que envolvem tanto o sujeito quanto os sistemas de apoio que o cercam. Dessa forma, torna-se imprescindível compreender o TDAH como uma condição que interage de maneira dinâmica com o ambiente e com as condições sociais, afetando diretamente a qualidade de vida e o desenvolvimento das potencialidades de cada pessoa.

Uma frustração assim, do tipo, será que vou ter que ficar lidando com isso para sempre? [...] Mas olhando a trajetória toda assim e entendendo hoje que muita coisa foi do TDAH e que talvez tivesse sido o melhor se tivesse tido um diagnóstico mais cedo ou qualquer coisa do tipo, TDAH é ainda doloroso, principalmente porque ele vem carregado de lembranças, que não foram legais, tipo [...] sei lá [...] meu pai perguntou uma vez, 5x7, aí eu falei que tinha que ser 5, [...] aí, ele quebrou a cadeira nas minhas costas, literalmente (E.11M, 42 anos, historiador, professor e editor de livros).

Os relatos dos entrevistados também evidenciaram que a forma como suas diferenças e individualidades foram acolhidas na infância exerceu influência direta sobre a maneira como passaram a se perceber e a se posicionar socialmente. Ressentimentos em relação ao passado mostraram-se recorrentes, especialmente diante da compreensão de que um diagnóstico precoce poderia ter modificado aspectos significativos de sua formação pessoal e emocional. Diversos participantes relataram a internalização de adjetivos depreciativos antes do diagnóstico, percebendo-se como pessoas pouco inteligentes, egoístas ou inúteis, além de atribuírem à sorte eventuais conquistas acadêmicas e profissionais (E2, E3, E4, E7, E8). Tais narrativas indicam que a ausência de compreensão e acolhimento durante o desenvolvimento pode produzir efeitos duradouros sobre a autoestima e a constituição da identidade, reforçando a relevância de uma detecção precoce e de práticas educativas pautadas na empatia, na escuta sensível e na inclusão.

O estigma social, enquanto construção coletiva, é um reflexo direto de como a sociedade desvaloriza características que fogem de um padrão normativo e esperado, com uma consequente exclusão da sociedade por meio de julgamentos e discriminação. Destarte, o sujeito internaliza estereótipos negativos e replica essas crenças sobre si mesmo, levando-as como verdadeiras (Nascimento; Leão, 2019). O que pode ser observado é uma camuflagem de comportamentos considerados inadequados, acompanhados do sentimento de vergonha, menor respeito próprio e desempoderamento (Alves; Oliveira; Oliveira, 2024).

Ver que eu não sou uma pessoa neurotípica, que eu sou divergente, me doeu muito. No início foi um alívio, porque ainda bem que eu tenho isso, por que se não eu era uma pessoa muito ruim, muito ruim. No início eu falei assim, nossa, ainda bem, só que depois eu falei assim, meu Deus, isso não tem cura, eu vou ficar desse jeito para o resto da minha vida (E.4F, 27 anos, estudante).

Pessoas diagnosticadas com TDAH tendem a apresentar níveis mais baixos de autoestima e pior qualidade de vida quando comparadas àquelas sem o transtorno (Pawaskar *et al.*, 2020). Observa-se, ainda, que indivíduos com menor controle dos sintomas manifestam impactos mais significativos na autoestima, frequentemente associados a uma maior prevalência de outros transtornos psiquiátricos, como depressão e ansiedade. Essa associação sugere que o sofrimento psicológico pode atuar como mediador negativo na autoestima de adultos com TDAH (Pedersen *et al.*, 2024). No presente estudo, a maioria dos entrevistados recebeu, ao longo dos anos, outros diagnósticos antes que o TDAH fosse identificado, de forma isolada ou concomitante a outros transtornos (E1, E2, E3, E4, E7, E8, E9, E10, E11, E12, E13). Entre esses, oito participantes relataram diagnóstico concomitante de ansiedade e/ou depressão (E2, E3, E4, E5, E7, E10, E11, E12). Apenas um afirmou não apresentar comorbidades psiquiátricas associadas ao TDAH, sendo justamente o que recebeu o diagnóstico e teve acompanhamento e tratamento precoces (E14).

Eu tinha passado por vários psiquiatras, vários psicólogos desde criança e sempre fui [tratado] com uma ansiedade e depressão. Por que? Porque eu era gordo, daí, todo mundo achava que, por causa da ansiedade, eu comia muito; só que não! (E.10M, 26 anos, *dropshipping*).

Usualmente pessoas com TDAH costumam apresentar mais de uma comorbidade psiquiátrica, sendo ansiedade e depressão as mais prevalentes (Mestres *et al.*, 2025). Essas condições podem coexistir ou apresentar sintomas semelhantes, sendo necessário uma avaliação clínica minuciosa pois a presença de outras comorbidades psiquiátricas pode alterar o curso e a resposta ao tratamento do TDAH (Dieguez *et al.*, 2016).

Tive o diagnóstico em março de 2023, por acaso, porque, tive uma crise de ansiedade, porque até então era só ansiedade e depressão desde criança e tomei um frasco de Rivotril, e não aconteceu basicamente nada, eu só fiquei muito sonolento, não aconteceu mais nada, o frasco estava cheio (E.10M, 26 anos, *dropshipping*).

Tive muitas dúvidas, acho que até eu fazer realmente a avaliação neuropsicológica, eu tinha muitas dúvidas se realmente seria um TDAH. Porque assim, descobri o TDAH através da depressão. Então, não foi pelos outros sintomas, chegou um momento que depressei, que eu já estava muito deprimida e durante o tratamento da depressão que cogitei a possibilidade de ter o TDAH, quando o psiquiatra realmente considerou a possibilidade de ser o TDAH (E.9F, 26 anos, psicóloga).

O relato da entrevistada evidencia um itinerário confuso e, por vezes, solitário em que houve a necessidade de percorrer outros diagnósticos até encontrar um sentido para sua experiência. A descoberta do TDAH a partir de um quadro depressivo transparece como o sofrimento emocional, mais visível e socialmente reconhecido, tende a ser o ponto de partida

para a busca de ajuda. A dúvida constante sobre o próprio diagnóstico expressa não apenas a complexidade envolvida na esfera da saúde mental, mas também a insegurança gerada por sucessivas interpretações parciais de si mesma. A importância de nomear o que sente e de compreender suas próprias dificuldades, abre a possibilidade de um diagnóstico oferecer uma narrativa organizadora para o que antes era confuso e segmentado. Essa trajetória mostra que o reconhecimento do TDAH não é apenas um processo clínico, mas também um exercício de reconstrução subjetiva em que é possível entender o motivo de certas dores, falhas ou cansaços que sempre estiveram presentes.

O TDAH apresenta uma expressiva correlação com outros transtornos psiquiátricos, como o transtorno bipolar e a depressão (Reith *et al.*, 2022). Essa associação pode ser explicada por fatores neurobiológicos compartilhados, relacionados a regiões cerebrais envolvidas tanto no curso do TDAH quanto em outras condições psiquiátricas. Entre os participantes da pesquisa, quatro apresentavam concomitantemente o diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (TEA) associado ao TDAH. A literatura indica que entre 50% e 70% dos casos de TEA estão acompanhados do TDAH, o que suscita reflexões acerca do real significado desse duplo diagnóstico, do limiar que distingue os dois transtornos e da possibilidade de que parte dos sintomas observados represente, na verdade, manifestações menos intensas do TEA, erroneamente atribuídas ao TDAH (Hours; Recasens; Baleyte, 2022).

Outro aspecto importante é que o diagnóstico tardio associado a falta de acolhimento e respeito às individualidades, seja pela falta de compreensão dos pais a respeito dos transtornos psiquiátricos ou pela falta de recurso e apoio escolar conduziram a distorção de imagem nos entrevistados. Portanto, para além dos fatores biológicos que caracterizam o TDAH, há aqueles advindos de outros fatores, como o social, que contribuem significativamente como o TDAH é expresso e a complexidade do acompanhamento para que essa pessoa consiga lidar com essas repercussões. A ênfase em fatores biológicos do TDAH esvazia a compreensão do fenômeno, com consequente reforço à medicalização e controle social ao negligenciar dimensões subjetivas, culturais e políticas do sofrimento.

Nessa perspectiva, existem outros elementos que intensificam a vivência das pessoas com TDAH, adotar um olhar interseccional amplia a compreensão das múltiplas dimensões sociais que se articulam e influenciam tanto as estruturas coletivas quanto as experiências individuais. A interseccionalidade parte da premissa de que categorias como raça, classe social, gênero, orientação sexual e faixa etária estão interconectadas e se transformam mutuamente, configurando subjetividades e moldando as relações sociais (Collins, Bilge, 2020). Ao serem questionados sobre sua compreensão acerca do TDAH, poucos entrevistados mencionaram

explicitamente fatores não biológicos como determinantes para a gravidade dos sintomas. Contudo, todos relataram vivências que evidenciam a influência de elementos contextuais - como a presença de um ambiente familiar disfuncional, a limitação da rede de apoio, experiências traumáticas e o difícil acesso a serviços de saúde - na expressão e no manejo do transtorno (E4, E6, E10, E11). Elementos que se relacionam diretamente com raça, classe social e gênero. Assim, compreender o TDAH a partir de uma perspectiva interseccional implica reconhecer que sofrimento psíquico e desigualdades estruturais se entrelaçam, produzindo resultados únicos sobre cada trajetória que não podem ser medidos de maneira padronizada.

Já fui abusada ainda na infância, então, tem um pouco de ... sabe? Um trauma! (E.4F, 27 anos, estudante)

O relato da entrevistada introduz uma dimensão de sofrimento marcada pela experiência de violência sexual na infância, evidenciando como traumas na infância moldaram trajetórias de vida, relações e modos de subjetivação. Ao mencionar “um trauma”, de forma breve e quase contida, a participante sinalizou tanto a permanência da dor quanto a dificuldade de traduzi-la plenamente, o que demonstra um caráter silencioso e, muitas vezes, invisibilizado dessas experiências. Esse fragmento demonstrou que, para além de sintomas atencionais ou impulsivos, muitos adultos com TDAH carregam histórias complexas de vulnerabilidade e ruptura, que se entrelaçaram às dificuldades atuais.

A fala reforça que os itinerários terapêuticos não se desenvolvem em um ambiente neutro, eles são envolvidos por memórias dolorosas, relações de poder e contextos sociais que produzem desproteção. Nesses casos, o sofrimento não pode ser compreendido apenas como disfunção neurobiológica, mas, também, como expressão de trajetórias marcadas por violência, desigualdade e ausência de cuidado adequado ao longo da vida. Tal compreensão amplia a noção de tratamento, deslocando o foco exclusivo da farmacoterapia para a necessidade de abordagens sensíveis ao trauma, centradas na escuta, no vínculo e em estratégias que possibilitem reconstruções simbólicas e práticas de proteção.

Reconhecer a complexidade desse sofrimento implica situar o cuidado em uma ética que considere as múltiplas camadas que constituem o sujeito - biológicas, emocionais, sociais e históricas - e que nem sempre são passíveis de resolução medicamentosa. Ao trazer à tona essas narrativas, torna-se possível compreender que os itinerários terapêuticos exigem intervenções integradas, capazes de responder às necessidades reais e singulares de cada pessoa, favorecendo práticas mais humanizadas e comprometidas com a dignidade do cuidado.

Nesse contexto, um tratamento pautado exclusivamente no uso de medicamentos tende a desconsiderar o sentido e a gênese dos sintomas. De modo preocupante, observa-se que, com

frequência, profissionais da psiquiatria deixam de investigar os eventos e condições contextuais que podem estar na origem das manifestações clínicas, limitando-se à intervenção sobre a demanda sintomática. Assim, a prescrição medicamentosa é utilizada como meio para atenuar os efeitos adversos do TDAH, ainda que tal conduta possa comprometer a qualidade de vida do indivíduo ou não incidir sobre as condições subjacentes que contribuem para o desencadeamento dos sintomas atribuídos ao transtorno. O resultado é um processo de medicalização que tende a enclausurar o sujeito na posição de passividade, tornando-o dependente das soluções que lhe são oferecidas e pouco reflexivo acerca de sua própria condição e de suas possibilidades de enfrentamento (Diemer, Cavagnoli, 2022).

Depois do diagnóstico, só me fez uma certa raiva, porque tudo o que a gente tentou, tentou a Ritalina, não funcionou, tentou o Venvanse, não funcionou. Uma frustração assim, do tipo, será que vou ter que ficar lidando com isso para sempre? No psiquiatra agora, ele falou, “olha, existe uma pequena margem de pessoas em que realmente não é tratável” (E.11M, 41 anos, historiador, professor e editor de livros)

Cara, acho que de 2023 para 2024, tomei mais de 25 ou 26 medicamentos diferentes, e todos eu tinha os piores efeitos colaterais, todos deram rebote. [...] nenhuma medicação deu certo. Então, é mais fácil conviver com o transtorno do que tratar ele. (E.10M, 26 anos, *dropshipping*).

Ao tratar o sujeito apartado do seu contexto, reduzido à dimensão individual, corre-se o risco de transformá-lo em mais um objeto de manipulação no mundo. A singularidade tende a ser negligenciada, perdendo-se as possibilidades de promover a construção de identidades e o fortalecimento do poder transformador de indivíduos e coletivos no âmbito da saúde (Ayres, 2009). Dessa forma, mostra-se equivocada o tratamento do TDAH centrado na unicausalidade e na ênfase exclusiva dos sintomas. Tal perspectiva sustenta uma concepção estritamente biológica da causa e identifica comportamentos considerados disfuncionais como algo a ser controlado pelo próprio indivíduo, para que este se ajuste às normas sociais. No entanto, é imprescindível reconhecer que a sociedade exerce responsabilidade primordial na criação de condições e práticas que promovam a saúde e favoreçam o cuidado em sua dimensão integral.

TDAH como experiência biográfica, institucional e relacional ao longo do curso da vida

Nessa subcategoria, os participantes relataram suas trajetórias de vida, descrevendo os sofrimentos, fragilidades e anseios vivenciados antes e após o diagnóstico do TDAH. A vida adulta permanece fortemente marcada pelas experiências, por vezes traumáticas da infância e da adolescência, períodos nos quais a sensação de deslocamento e a percepção constante de inadequação produziram desgastes emocionais significativos, que tendem a intensificar o sofrimento psíquico das pessoas com TDAH.

Na infância e na adolescência, os traços de hiperatividade mostravam-se mais evidentes por se manifestarem fisicamente, como a dificuldade em permanecer sentado durante as aulas, estudar sem se movimentar, manter o silêncio ou evitar conversas paralelas, além de, em alguns casos, faltar propositalmente às atividades escolares (E1, E2, E3, E7, E11, E12). Esses comportamentos, frequentemente interpretados como indisciplina ou desinteresse, tornavam-se alvo de repreensões e punições, resultando, por vezes, em reprovações ou até mesmo em expulsões escolares. Esses elementos evidenciaram uma concepção pedagógica ainda alicerçada na homogeneização dos modos de aprender, sustentada pela crença de que existe apenas uma forma “correta” de atenção e de comportamento. A ausência de metodologias pedagógicas mais inclusivas e sensíveis à neurodiversidade contribuiu para experiências de exclusão e frustração, evidenciando que o sistema educacional, em vez de acolher as diferenças cognitivas, tende a transformá-las em falhas morais ou déficits individuais.

Quando eu era mais nova, tive muito problema de não conseguir estudar, sentar para estudar, né? Normalmente minha cabeça tinha muitas ramificações, depois descobri que tinha uma explicação para isso além do TDAH (autismo), mas não conseguia manter o foco em nada do que fazia. Era muita coisa que acontecia na minha cabeça e senti que minha cabeça estava o tempo inteiro assim, oh, agitada, o tempo inteiro parecendo que estava processando 1000 coisas ao mesmo tempo (E.1F, 28 anos, engenheira de *software*).

A parte da adolescência que tenho mais lembrança, é que eu tinha muita dificuldade em simplesmente só sentar e ficar quieto e prestar atenção. Eu não conseguia, matava muita aula, sempre inventava desculpa pra ir no banheiro, aí eu saía, fugia. Que eu não conseguia ficar de jeito nenhum sentado, pra mim era uma tortura mesmo. (E.12M, 29 anos, programador).

A escola constitui um dos principais espaços de socialização e aprendizagem para crianças neurodivergentes (Pigato, 2024). Trata-se de um ambiente que pode favorecer a adaptação psicossocial e desempenhar papel essencial na integração da criança à sociedade (Tupou, 2024). Para tanto, é imprescindível que haja compreensão das particularidades do desenvolvimento neurodivergente, bem como atitudes de acolhimento e tolerância por parte de professores, colegas e familiares (Pinto *et al.*, 2025; Khaustov, Dubynin, 2024). No entanto, esse cenário ainda apresenta desafios significativos, pois professores da educação infantil, em geral, enfrentam lacunas tanto na formação inicial quanto na continuada para atender adequadamente estudantes neurodivergentes, ficando, muitas vezes, à mercê de cursos extracurriculares ou de iniciativas individuais. Além disso, alguns educadores mantêm uma compreensão restrita da neurodivergência, concentrando-se na correção de comportamentos em vez de valorizar as diferenças (Tupou, 2024; Coutinho, Tessano, 2024). Outrossim, a carência

de recursos pedagógicos, de apoio institucional e de formação continuada contribui para perpetuar essa problemática.

Para os entrevistados, de modo geral, suas singularidades não foram acolhidas nem reconhecidas no ambiente escolar. Nesse contexto, as respostas institucionais aos comportamentos considerados inadequados materializavam-se, com frequência, em punições - como reprovações em componentes curriculares, mesmo diante de bom desempenho nas avaliações, além de suspensões e advertências (E2, E7, E9, E11, E12). Assim, o espaço escolar, numa perspectiva foucaultiana, exercia um papel de regulação comportamental que extrapolava a função educativa e adentrava o campo do controle social por meio da vigilância e punição. À luz da lógica do biopoder, a escola se configura como um espaço de normalização dos corpos e das condutas, promovendo a docilização dos sujeitos por meio de práticas hierárquicas, vigilância contínua, exames e punições normatizadoras (Barros, Colaço, 2013). Dessa forma, em vez de atuar como um ambiente voltado ao desenvolvimento das potencialidades individuais, a instituição escolar reforça a ideia de que a diferença constitui um desvio a ser corrigido, contribuindo para a internalização de sentimentos de inadequação e para a invisibilização de modos diversos de aprender e existir entre os entrevistados.

Se fosse hoje, acho que provavelmente teriam tratado de outra forma, mas naquela época o que eu queria que fizessem? Era uma reprovação, então, perdi de ano três vezes, por exemplo, e a justificativa que tive era por comportamento. Tirava ponto, porque eu tirava nota muito boa, tirava meu ponto e perdia por comportamento. Eu era agitado, porque eu andava para o lado do ponto, porque uma vez eu estava tão agoniado, no lado do ponto eu pulei no ar condicionado, fiquei lá pendurado, ou queria assistir a aula em formas diferentes, queria assistir a aula em pé (E.11M, 41 anos, historiador, professor e editor de livros).

A infância constitui um período crucial para o desenvolvimento das capacidades de interação social e habilidades emocionais que reforçam o aprendizado ao longo da vida (Maleki *et al.*, 2019). Para além do aprendizado da leitura e da escrita, a escola desempenha uma função essencial na regulação das emoções e na construção de habilidades socioemocionais na infância (Tupou, 2024). Nesse sentido, é compreensível que algumas crianças apresentem dificuldades em adaptar-se ao ambiente educacional tradicional, desafio que se mostra ainda mais complexo para aquelas com TDAH (Kara *et al.*, 2025). Portanto, pensar a escola como espaço de aprendizagem requer ultrapassar um pensamento normativo e reconhecer sua responsabilidade na valorização das individualidades de cada sujeito. Uma educação inclusiva pressupõe a implementação das diferentes formas de aprender, sentir e interagir, rompendo com modelos homogêneos que reforçam exclusões sutis. Assim, o ambiente escolar deve ser entendido como um espaço de construção de trajetórias, com o compromisso de promover o desenvolvimento

integral, garantindo não apenas o acesso, mas também a permanência e o desenvolvimento de cada estudante.

Paralelamente ao percurso escolar, as questões de gênero também se mostraram relevantes. Embora os participantes não tenham identificado explicitamente diferenças entre os gêneros masculino e feminino em suas trajetórias, seus relatos de vida revelaram nuances que, quando analisadas sob uma perspectiva de gênero, evidenciam experiências distintas quanto à forma como o TDAH foi percebido, interpretado e manejado socialmente.

A gente também tem esse distanciamento, muitas vezes do que é o TDAH para meninos e que é o TDAH para meninas e aí acaba sendo diferente mesmo e falta essa educação melhor (E.2F, 26 anos, social media).

Os critérios diagnósticos do DSM e da CID foram historicamente construídos a partir de amostras predominantemente masculinas, o que contribui para a identificação de manifestações mais comuns em meninos e prejudica o reconhecimento de apresentações femininas (Neufang *et al.*, 2025; Santos *et al.*, 2022). Em meninas, os sintomas tendem a se expressar de forma mais internalizante - como desatenção, ansiedade e depressão - e menos por comportamentos desafiadores, o que reduz a percepção de sua gravidade por pais, professores e profissionais de saúde (Dimitri *et al.*, 2025). Além disso, ao apresentarem comportamentos consistentes com o do TDAH - como a impulsividade, hiperatividade e desorganização - as meninas são julgadas socialmente por violarem as normas femininas (Attoe; Climie, 2023). Assim, para evitar tais penalidades, muitas desenvolvem estratégias de compensação e mascaramento social (*masking*), buscando adequar-se às expectativas de desempenho e comportamento impostas, o que contribui para a ocultação dos sintomas e para o atraso no diagnóstico (Santos *et al.*, 2022). Dessa forma, meninas frequentemente recebem o diagnóstico apenas na adolescência ou idade adulta, após passarem por diagnósticos prévios associados a quadros de ansiedade ou depressão, o que evidencia a necessidade de uma compreensão mais sensível às especificidades de gênero no processo diagnóstico do TDAH (Martin *et al.*, 2024).

Sob essa perspectiva de gênero, observa-se que, na infância, os meninos com TDAH tendem a ser percebidos por professores e pais como mais hiperativos, impulsivos e opositores, enquanto as meninas são frequentemente vistas como desatentas e menos hiperativas. Essa diferença de percepção pode estar relacionada à sutileza com que os sintomas se manifestam entre as meninas, o que contribui para a subestimação e o subdiagnóstico dos casos femininos (Carbonneau *et al.*, 2021). Tais achados dialogam com os resultados deste estudo, em que os entrevistados homens se reconheceram predominantemente como hiperativos e com comportamentos de oposição - descrevendo-se como mais agitados, questionadores e propensos

a expressar raiva de forma mais evidente (E7, E10, E11, E12). Por sua vez, as mulheres relataram manifestações marcadas pela desatenção, frequentemente associadas a modos distintos de perceber o mundo, caracterizados por pensamentos dispersos, divagações e uma hiperatividade mais interna, traduzida pela presença de múltiplos fluxos mentais (E1, E2, E3, E4, E8, E9, E13).

Eu era uma criança muito retraída e a minha hiperatividade era na cabeça. Então, eu era uma criança muito criativa. Essa criatividade passava por mim o tempo inteiro em tudo o que eu fazia, eu era uma criança que alterava os gostos, o hiperfoco com muita rapidez. Então, uma hora eu estava querendo fazer uma coisa, outra hora, queria fazer outra e eu era uma criança muito fantasiosa, então, eu vivia no mundo da fantasia. Eu adorava tudo que envolvia fantasia e foi uma coisa que carreguei até a adolescência (E.9F, 25 anos, psicóloga).

Eu não parava quieto na minha cadeira, atrapalhava tudo e todos na sala, eu conversava com tudo e todos, então sempre as reuniões eram “Pais, o filho de vocês não tem problema do ponto de vista de rendimento, mas ele atrapalha todo mundo e tem dia que eu não consigo dar aula, porque ele me pergunta a aula inteira” (E.7M, 27 anos, enfermeiro).

É necessário contextualizar que, ao se comparar traços entre gêneros em uma sociedade marcada pela lógica binária, parte-se do entendimento de que o gênero constitui uma repetição estilizada de atos, ancorada em construções históricas e culturais que definem o que é ser mulher e o que é ser homem. Nessa perspectiva, compreende-se que o sofrimento é socialmente construído e moldado conforme as normas de gênero, tornando-se particularmente evidente na forma como se expressa o adoecimento psíquico (Zanello; Fiuza; Costa, 2015). Assim, presume-se que as mulheres são socialmente autorizadas a manifestar emoções em público - como o choro, a vulnerabilidade e a insegurança, enquanto aos homens se atribuem expectativas de agressividade, repressão emocional e reatividade. A partir desses papéis sociais, emergem influências que delimitam o tipo de patologia mental mais facilmente reconhecida em cada gênero, conferindo ao modelo biomédico o poder de definir o que é considerado normal ou patológico nos modos de ser homem e ser mulher (Diemer, Cavagnoli, 2022).

Diante disso, para além dos aspectos biológicos, o gênero feminino é socialmente induzido a agir conforme valores culturalmente reconhecidos como “femininos”, o que influencia tanto a forma como o TDAH é expresso quanto o grau de tolerância social diante de seus sintomas. Esse contexto torna-se evidente ao se observar que, em geral, as mulheres entrevistadas (E2, E3, E4, E8, E9, E13) relataram não externalizar sentimentos como raiva e frustração desde a infância, em contraste com a maioria dos homens (E7, E10, E11, E12), cujos comportamentos foram descritos como mais explosivos e contestadores. Por outro lado, os entrevistados E5, E6 e E14 apresentaram trajetórias que destoam do padrão de socialização

tradicionalmente atribuído ao gênero masculino. Apesar de suas diferentes realidades socioeconômicas, compartilham uma característica comum: foram criados predominantemente sob a influência materna, por mulheres com maior nível de escolaridade, o que possivelmente contribuiu para formas mais reflexivas de construção da individualidade e de manejo emocional.

A minha mãe sempre me ajudou bastante com as questões do compromisso. Ela sempre, desde criança, me ensinou a fazer uma agenda, a anotar o que tenho que fazer, anotar tudo certinho, fazer uma rotina e hoje em dia, como adulto essas coisas me ajudam bastante (Ent. 14M, 20 anos, estudante).

Entre os entrevistados, não foram observadas diferenças significativas na manifestação dos sintomas centrais do TDAH nem na presença de comorbidades associadas, independentemente do gênero. Todos apresentaram, em maior ou menor grau, sinais de hiperatividade, impulsividade e desatenção. A distinção residiu sobretudo na forma como tais sintomas e emoções foram expressos ao longo da vida: os participantes que se identificavam com o gênero masculino (E7, E10, E11, E12) relataram manifestar com maior naturalidade sentimentos de raiva e impulsividade, enquanto as participantes do gênero feminino (E1, E2, E3, E4, E9) expressaram predominantemente sentimentos de culpa e tristeza, geralmente de modo mais contido ou internalizado. Ademais, observou-se que duas entrevistadas (E1, E3) desenvolveram o transtorno de escuriação, possivelmente associado a mecanismos de regulação emocional frente às dificuldades impostas pelo TDAH.

O ideal hegemônico de masculinidade em nossa cultura é uma forma culturalmente idealizada de atitudes e práticas entre homens que perpetuam a desigualdade de gênero, envolvendo tanto dos homens sobre as mulheres quanto o poder de alguns homens sobre outros (Jewkes *et al.*, 2015). Essa masculinidade hegemônica, marcada pela valorização da virilidade, da força e da produtividade deve ser constantemente reafirmada e reconhecida socialmente para que o sujeito seja validado dentro das normas culturais de gênero (Zanello; Fiuza; Costa, 2015). O nascimento de uma pessoa biologicamente com pênis constitui, por si só, um marcador de inserção em um sistema de relações de poder sustentado por convenções culturais (Wandscheer; Pacheco, 2024) e legitimado por estruturas patriarcais, inclusive expressas simbolicamente por meio de representações fálicas (Nobus, 2020).

Nesse contexto, as crianças crescem imersas em um ritual social hierarquizado e vigilante, voltado a assegurar a manutenção desse modelo de masculinidade hegemônica, entendido como instrumento de controle e dominação sobre aqueles que não se enquadram nesse padrão (Wandscheer; Pacheco, 2024). Essa construção social do masculino faz com que

determinados comportamentos - como expressar raiva, desafiar regras, bater portas ou quebrar objetos - sejam mais aceitos e até esperados nos meninos (E10, E11, E12). No contexto da infância e adolescência dos entrevistados, tais manifestações eram interpretadas como traços de personalidade ou sinais de rebeldia, e não como possíveis expressões de um transtorno do neurodesenvolvimento.

A primeira vez que fui ao psicólogo, eu era muito novo, tinha uns 10 anos, 11 anos. Ele não tinha um foco no TDAH, era mais de convivência com a minha mãe e lembro que meu pai chegou conversando com a minha mãe e falou assim “O psicólogo falou que ele é normal, o problema é você” (risos), e acho que por conta disso, de falarem que eu era normal, o psicólogo não fez eles correrem atrás durante essa fase da adolescência, principalmente de procurar outro psicólogo (E.12M, 29 anos, programador).

Por outro lado, é socialmente esperado que a figura feminina apresente características como calma, docilidade, paciência, cuidado e empatia, traços que culturalmente validam sua identidade de gênero (Joseph, 2025). Essa expectativa normativa contribuiu para que várias entrevistadas recebessem diagnósticos prévios de depressão e/ou ansiedade antes que o TDAH fosse considerado (E1, E2, E3, E4, E8, E9, E12). Na mesma direção, constatou-se também que o participante E10 recebeu inicialmente diagnóstico de ansiedade, o qual foi correlacionado pelos profissionais ao sobrepeso. Por sua vez, o entrevistado E7, homem cisgênero e bissexual que não performava a masculinidade dentro dos moldes socialmente convencionados, foi durante anos diagnosticado com ansiedade e depressão. Esse cenário evidencia como as noções de gênero influenciam o reconhecimento e a interpretação dos sintomas, determinando quais patologias tendem a ser mais facilmente identificadas em cada indivíduo e revelando, assim, o quanto o próprio modo de performar o gênero incide sobre o processo diagnóstico.

A partir das diferenças observadas na percepção e na expressão dos sintomas entre os gêneros, torna-se evidente que o diagnóstico do TDAH é atravessado por múltiplos fatores biográficos, sociais e clínicos, o que o torna mais complexo e suscetível a equívocos diagnósticos ou à sobreposição com outros transtornos. Os participantes demonstraram compreender o TDAH como um transtorno psiquiátrico multifacetado, capaz de desencadear outras condições mentais ou apresentar sintomas que se confundem com diferentes diagnósticos (E1, E5, E7, E8, E9). Essa percepção foi reforçada pelas próprias trajetórias dos entrevistados, muitos dos quais levaram anos até obter um diagnóstico conclusivo. Em diversos casos, a adesão ao tratamento medicamentoso ocorreu como resposta à exaustão decorrente do sofrimento psíquico, sendo os fármacos aceitos, ainda que inicialmente com resistência, na esperança de obter algum alívio ou controle sintomático (E1, E4, E6, E7, E11).

Eles estão ali, meio que mecanicamente, para passar um remédio para calar sua boca e você parar de reclamar e acho que isso para quem tem TDAH, não só TDAH, mas todos os outros transtornos, enfim, outros problemas é que você, às vezes, só quer ser ouvido e quer dizer, quer que a pessoa entenda que você está sofrendo (E. 1F, 28 anos, engenheira de *software*).

A relação psiquiatra-paciente envolve assimetrias de poder, em que o médico detém o conhecimento técnico e controle sobre decisões terapêuticas, isso resulta em relações em que os pacientes sentem que não são envolvidos nas decisões e suas experiências e conhecimentos são invalidados (Mertens *et al.*, 2025). Essa falta de compartilhamento de decisões dentro do processo terapêutico resulta em um sentimento de impotência com o medo de expressar opiniões e de represálias, além de uma redução a adesão ao tratamento pois a falta de escuta diminui a confiança e a falta de engajamento do paciente (Hamann *et al.*, 2016). A organização dos serviços, a disponibilidade de recursos e as próprias rotinas institucionais tendem a reproduzir uma lógica hierárquica que restringe o protagonismo do paciente no processo terapêutico, reforçando fatores estruturais e culturais que moldam o modo como as práticas clínicas se desenvolvem (Jørgensen *et al.*, 2024).

Fatores como subtipo de TDAH, gênero, etnia, grau de funcionalidade e o contexto social influenciam o reconhecimento do transtorno, revelando que ambientes com menor tolerância à diversidade comportamental esses sujeitos frequentemente enfrentam atrasos diagnósticos ou permanecem sem diagnóstico (Tam; Taechameekietichai; Allen, 2024). Essa ambivalência entre comportamento reprovado e potencial criativo revela que as interpretações sociais e institucionais sobre o TDAH influenciam diretamente o desenvolvimento e a autopercepção desses sujeitos. O mesmo traço que, em determinados contextos, é lido como desatenção, pode manifestar-se, em ambientes mais estimulantes e flexíveis, como curiosidade e criatividade. Assim, compreender o TDAH exclusivamente pela ótica do déficit implica invisibilizar as potencialidades que emergem justamente da diversidade de modos de atenção, interesse e aprendizado.

Com o avanço da idade, os traços característicos do TDAH não desaparecem, mas assumem novas formas de expressão (Mestres *et al.*, 2025). Na vida adulta, a hiperatividade tende a manifestar-se de modo mais interno e subjetivo, traduzindo-se em inquietação mental, sensação persistente de estar “ligado” e dificuldade em relaxar - diferentemente da infância, quando prevalecem manifestações motoras mais evidentes. Essa hiperatividade mental pode envolver aceleração dos pensamentos, impulsividade nas decisões e dificuldade em desacelerar o ritmo interno, o que frequentemente resulta em sobrecarga e exaustão psíquica (Welbel *et al.*, 2020; Rohde *et al.*, 2019; Kooji *et al.*, 2018). Esse esforço contínuo para manter o autocontrole,

atender expectativas de produtividade e mascarar sintomas resulta em fadiga mental, procrastinação e queda de desempenho em tarefas que exigem atenção sustentada. Com isso é possível que essa sobrecarga pode se associar a déficits nas funções executivas e até mesmo aumentar a vulnerabilidade a processos de declínio cognitivo ao longo da vida (Welbel *et al.*, 2020).

Entre os entrevistados, as palavras mais associadas ao TDAH foram *barulho* e *cansaço* (E1, E2, E4, E6, E7, E9, E11, E12), indicando uma experiência subjetiva marcada pela sensação de ruído interno e fadiga constante. Os traços de hiperatividade observados na infância e adolescência transformaram-se, na idade adulta, em uma hiperatividade predominantemente mental - descrita como uma “mente barulhenta”, com múltiplos pensamentos simultâneos e dificuldade de “desligar”. Essa condição produzia impactos significativos no sono, na atenção e na regulação emocional, frequentemente associando-se à ansiedade. Além disso, os traços de desatenção tornaram-se mais perceptíveis e persistentes ao longo da vida adulta (E1, E6, E7, E9, E10, E11, E12, E13, E14).

A minha cabeça realmente não para, eu só queria que ela calasse a boca 5 minutinhos, só queria que meu cérebro ficasse quieto 5 minutinhos assim. Eu sou ansioso por natureza e, por isso, que tomo clonazepam. [...] Na maioria das vezes, não consigo ser objetivo, porque minha cabeça está pensando 1000 coisas, parece que estou construindo uma linha do nada, essa linha se quebra e dessa linha que quebrou, crio mais 2 linhas que vão para outras coisas completamente diferentes. [...] Tenho um déficit de atenção muito forte, muito forte mesmo, é muito difícil ficar entretido com alguma coisa por muito tempo (E.6M, 28 anos, nutricionista).

A fala do entrevistado traduz a vivência de uma mente que está em constante movimento, onde o excesso de pensamentos impossibilita um espaço de silêncio e de descanso. O desejo de silenciar a mente expressa não apenas cansaço, mas também uma luta interna repetitiva em que o controle sobre determinada ação e objetivo escapam ao desejo consciente. A fragmentação do raciocínio, refletida nas “linhas que se quebram”, demonstra uma percepção de desorganização mental e de perda de continuidade entre pensamento. Sob essa ótica, o cansaço não se restringe ao corpo, mas transparece como consequência de uma sobrecarga psicológica contínua, em que o pensar se torna, por si próprio, fonte de exaustão.

Adultos relatam sensação constante de “mente acelerada”, excesso de pensamentos e dificuldade em controlar o fluxo mental, mesmo quando o comportamento externo parece calmo (Weibel *et al.*, 2019). Para alguns adultos com TDAH, o acúmulo de funções e a intensa autocobrança por desempenho podem emergir paradoxalmente da própria liberdade que o diagnóstico proporciona - a possibilidade de reconhecer-se e explorar suas potencialidades, entre elas o hiperfoco e a criatividade (Schippers; Greven; Hoogman, 2024). Entretanto, essa

mesma dinâmica é atravessada pela impulsividade, que frequentemente dificulta a avaliação de consequências em longo prazo e a regulação do engajamento em múltiplas atividades. O hiperfoco, caracterizado por períodos prolongados de concentração em tarefas de interesse, coexiste com a busca constante por novidade e estimulação, expressa na necessidade de desafios e mudanças contínuas (Rohde *et al.*, 2019).

O envolvimento em atividades que despertem motivação intrínseca, ofereça variedade e garantam certo grau de autonomia tende a favorecer o desempenho e a satisfação profissional desses indivíduos. Contudo, a dificuldade em estabelecer fronteiras entre a vida pessoal e a profissional, aliada à tendência ao excesso de dedicação, frequentemente resulta em sobrecarga e esgotamento (Ginapp *et al.*, 2022). Essa interação entre hiperfoco, impulsividade e alta exigência de desempenho pode intensificar sintomas de ansiedade e, em casos mais severos, culminar em um quadro de fadiga crônica ou *burnout* (Rogers *et al.*, 2017).

Tinha um *burnout* há uns 2 meses, porque estava trabalhando, eu fazia 96 horas de plantão em uma semana e 120 horas na outra. Eu alternava 96, 120, 96, 120, ficava nessa, deu um problemão, né? Óbvio que deu um problemão, parei assim, tudo de vez. Desde então, simplesmente não consigo fazer atividade física, por exemplo, que seria uma das coisas que eu mantinha (E.5M, 27 anos, médico).

O cansaço foi um sintoma recorrente no cotidiano dos entrevistados (E1, E2, E3, E6, E8, E9, E11, E12). A literatura aponta que pessoas com TDAH apresentam níveis significativamente mais elevados de fadiga quando comparadas a indivíduos sem o transtorno (Rogers *et al.*, 2017). Essa sobrecarga, associada à dificuldade de organização, concentração e gerenciamento do tempo, torna os adultos com TDAH mais vulneráveis ao desenvolvimento de quadros de *burnout* e depressão - comorbidades estreitamente relacionadas ao funcionamento cognitivo e emocional (Porto; Murgos; Sousa, 2024). No entanto, é necessário compreender que, enquanto indivíduos inseridos em uma sociedade neoliberal, marcada pela competição, individualismo e valorização extrema da produtividade, intensifica o risco de depressão e *burnout* em pessoas com TDAH (Becker; Hartwich; Haslam, 2021). A pressão por uma alta performance e a responsabilização individual pelo sucesso ou fracasso elevam sentimentos de solidão, desconexão social e autodepreciação, principalmente em quem já enfrenta desafios de autorregulação e desempenho (Soler-Gutiérrez; Pérez-González; Mayas, 2023).

Os entrevistados relataram desafios em manter um equilíbrio saudável entre vocação, responsabilidades e as especificidades do TDAH. Essa tensão levou alguns deles a adotar estratégias de produtividade pouco sustentáveis, como o consumo excessivo de energéticos, alterações no ciclo do sono, descontrole alimentar e redução das interações sociais (E1, E2, E5, E6, E9, E11, E12). Embora o hiperfoco proporcione períodos de alta energia e dedicação intensa

às atividades de interesse, os participantes enfatizaram a necessidade de intervalos de descanso diferenciados em comparação a pessoas neurotípicas, o que se torna uma fonte de preocupação em contextos laborais e acadêmicos que não reconhecem nem acomodam a neurodivergência (E1, E6, E9).

Não consigo fazer uma quantidade de coisas no dia que provavelmente uma pessoa que não tem TDAH consegue fazer e isso é muito frustrante no mercado de trabalho. As pessoas têm a expectativa de que eu cumpra com uma determinada demanda de quantidade de coisas para serem feitas e não faço, não tenho como fazer aquilo. Se eu fizer aquilo, vai me deixar numa sobrecarga, todas as vezes é assim. No mestrado, o TDAH ficou assim vindo muito intenso, porque é menos tempo, a pressão é maior, é você sozinho e é um local extremamente não pensado para pessoas que têm neurodivergências. Assim, de todos os ambientes que estive, o mestrado foi o pior, de longe e não encontrei nenhum recurso na universidade que me ajudasse com isso, a não ser as prorrogações de prazo e bom senso ou a boa vontade da coordenação (E.9F, 25 anos, psicóloga).

O século XXI tem sido marcado pelo que Han (2017) denomina “violências neuronais”, expressas na lógica da autoexploração, da produtividade incessante e do desempenho como valor central da existência. Nesse cenário, reduz-se o espaço para a pausa, a escuta de si e o ócio criativo, convertendo o sujeito em agente e vítima de um regime de exaustão permanente. A modernidade, conforme Foucault (1987), institui dispositivos de controle que regulam o tempo, o corpo e o comportamento, produzindo indivíduos autocontrolados e orientados à eficiência. Assim, a sociedade contemporânea é atravessada por uma tensão constante entre o que o sujeito é e o que acredita dever ser; nunca antes os inquietos foram tão valorizados (Nietzsche, 2017). Essa perspectiva amplia a compreensão do fenômeno e convida à reflexão sobre o modo como a estrutura social, fundada na moral do dever e na racionalidade produtivista, atravessa os diagnósticos em saúde mental. Parte desses quadros, portanto, pode refletir menos um desvio individual e mais a inadequação às exigências de uma lógica social que valoriza o desempenho contínuo e desconsidera os ritmos singulares da experiência humana.

Antes, eu tomava 11 a 13 litros de energético por mês, era uma forma que tinha encontrado assim, de tentar driblar o sono e ainda assim, com o energético até o talo, eu ainda conseguia cochilar de tarde e ficar sonolento. [...] Depois principalmente que fui medicado, já é uma coisa assim mais o contrário, hoje parece que sinto uma culpa muito grande se eu não conseguir trabalhar. Então, trabalho praticamente mais do que deveria hoje, sento, começo a fazer minhas coisas, e aí eu empolgo, e aí daqui a pouco já passou do horário, justamente por ser *home office* (E.12M, 29 anos, programador).

No que se refere à vida financeira, os interlocutores relataram dificuldades em gerir recursos, com destaque para gastos impulsivos em viagens, compras *online* e alimentação por aplicativos ou restaurantes (E1, E2, E6, E7, E9). Esses comportamentos parecem estar

associados à dificuldade de adiar gratificações imediatas, característica frequentemente descrita no TDAH, o que reforça percepções de falta de autocontrole e amplia o sofrimento psíquico. O diagnóstico tardio também pode ter contribuído para o descontrole financeiro na vida adulta, uma vez que pessoas com TDAH apresentam maior dificuldade em planejar, avaliar riscos e tomar decisões econômicas equilibradas (Mette *et al.*, 2019), o que se expressa em atrasos de pagamento e dificuldades em gerar poupança (Liao, 2020).

Não obstante, adultos com TDAH tendem a exibir maior propensão a compras impulsivas e a estilos de decisão financeira desvantajosos, embora tais associações sejam moduladas por fatores como personalidade, presença de depressão e condições socioeconômicas (Bangman *et al.*, 2020). Mais do que consequências isoladas do transtorno, essas dificuldades evidenciam a tensão entre limitações individuais e expectativas sociais, em um contexto em que pouco se considera o impacto dos desarranjos econômicos e da precarização do trabalho sobre o comportamento de consumo. Nesse cenário, o prazer e o lazer são frequentemente convertidos em culpa, reproduzindo a lógica moral de responsabilização individual por experiências que, em última instância, refletem as contradições de uma sociedade orientada pela produtividade e pelo consumo.

Estou numa fase que, muitas vezes, estou chateada, estou cansada, eu vou comprar um lanche. Assim que termino de comer, me sinto culpada e não é uma culpa por causa da comida, é por causa do dinheiro, porque “Ah, fui impulsiva! Ah, vou sentir falta!” Ah, quando o dinheiro acaba “Ah, não deveria ter feito isso, aquilo lá”. [...] A minha principal questão com a impulsividade no momento é isso, de que assim, imediatamente quando gasto com qualquer coisa, me sinto culpada imediatamente, entendeu? (E.2F, 26 anos, social media).

O TDAH também me afeta muito nisso, nos gastos, é muito difícil para mim ter uma planilha de controle de gastos e as pessoas falam assim “por que você não faz a planilha de gastos para lhe ajudar organizar”. Eu fico tipo assim, gente, vocês não entendem o quanto é difícil colocar uma informação na planilha, vocês não entendem como é impossível colocar a informação na planilha. Às vezes, consigo durar um mês, no outro mês, não consigo mais fazer, sou muito impulsiva em relação aos gastos, acho que sempre posso fazer tudo, sempre acho que lá na frente vou dar um jeito de pagar tudo aquilo, às vezes, o jeito não acontece. Só nisso aí já foi praticamente minha vida inteira (E.9F, 25 anos, psicóloga).

Ademais, a convivência no ambiente domiciliar também intensificou as dificuldades associadas ao TDAH entre os entrevistados, que relataram obstáculos em tarefas cotidianas, como levantar da cama, manter o espaço organizado, lembrar-se de compromissos previamente combinados com o parceiro e administrar o tempo necessário para as atividades, o que frequentemente levava à postergação de tarefas mais urgentes (E1, E2, E4, E6, E7, E9). Manter uma rotina estruturada dentro de casa mostrou-se especialmente desafiador, uma vez que o espaço doméstico, ao carecer de regras e horários fixos, exige do indivíduo maior autonomia

para planejar e regular suas próprias ações. A não realização das demandas cotidianas gerava sentimentos recorrentes de culpa e impotência, evidenciando que, mesmo em contextos considerados de liberdade, as exigências de autocontrole e produtividade permanecem internalizadas. Assim, a experiência doméstica revela a tensão entre a busca por autonomia e a pressão por eficiência, convertendo o lar - espaço tradicionalmente associado ao descanso - em mais um território de cobrança e autorregulação.

Se deixo de fazer alguma coisa, se esqueço de, sei lá, minha irmã que mora comigo, pediu para eu botar uma roupa dela específica para lavar e botar atrás na geladeira, eu esqueci. Na minha cabeça, às vezes, ela nem se importa ou então ela me lembra algumas horas depois por eu esquecer e na minha cabeça fica um coisão, “Ah, meu Deus, esqueci, viu como é que eu sou?” (E.2F, 26 anos, social media).

Estava na sala estudando, de repente, olhei pro chão, falei nossa esse chão tá muito sujo, eu levantei e varri a casa, sentei, mexi mais um pouco, falei “mas está muito sujo, vou passar um pano”, passei um pano, terminei de passar o pano, falei “poxa, me sujei, acho que vou tomar um banho”, olhei e falei “já que vou tomar banho, vou logo lavar os pratos”, lavei os pratos, falei “pô já tô mexendo na cozinha, vou logo ajeitar o almoço”, ajeitei o almoço, terminei de ajeitar o almoço, tomei meu banho já era tipo assim, 11 e 50, falei “a não vou voltar a estudar agora, por que tenho que parar pra almoçar”, fui almoçar, lavar os pratos do almoço. Então, isso me distrai muito, começo a fazer outras coisas e não consigo focar no que tenho que fazer, não consigo falar bem assim, “só saio daqui quando esse parágrafo estiver escrito, não consigo” (E.6M, 28 anos, nutricionista).

Da mesma forma, as relações interpessoais também se mostraram significativamente impactadas pelo TDAH. Os entrevistados relataram dificuldades nos relacionamentos amorosos, frequentemente marcados por conflitos decorrentes da impulsividade, esquecimentos, falta de atenção ao parceiro e, em alguns casos, pelo reconhecimento de comportamentos agressivos na condução das discussões (E4, E7, E8, E9). Tais depoimentos atestam como as manifestações do TDAH transcendem o campo individual, articulando-se a dinâmicas relacionais permeadas por expectativas sociais e emocionais. A combinação entre desatenção, hiperfoco e impulsividade pode gerar descompassos entre o desejo de conexão e a capacidade de manutenção do vínculo, o que torna as relações afetivas mais vulneráveis a rupturas e exige dos envolvidos estratégias ampliadas de comunicação, empatia e autorregulação emocional para sustentar uma convivência saudável.

Os relatos demonstram que o TDAH interfere não apenas na capacidade de organização ou atenção, mas também na maneira como as emoções são expressas nos relacionamentos. Nesses contextos, a impulsividade e a dificuldade em regular reações imediatas podem ser entendidas como expressões de uma deficiência interna tornam o gerenciamento emocional mais desafiador, o arrependimento posterior e a consciência do efeito causado salientam um desarranjo entre a intenção afetiva e o modo como o comportamento se manifesta. Assim, os

vínculos afetivos acabam se tornando espaços de tensão, onde amor e frustração coexistem, refletindo o esforço contínuo dessas pessoas para equilibrarem afeto, autocontrole e aceitação de suas próprias limitações.

[...] Acho que nas minhas relações sociais atravessa profundamente, no meu dia a dia, na minha organização, me atravessa profundamente, esquece data importante, esquece aniversário de namoro, esquece isso, esquece aquilo. Então, o esquecimento, a falta de atenção, aí, às vezes, são as mudanças de humor, né? (...) Eu tive situações em que eu fui muito violenta com as pessoas, não no sentido de agressão física, mas no sentido de palavras mesmo, de ser violenta com as pessoas com as palavras e quando olho para isso, é uma coisa que me incomoda muito, porque não gosto de perder o controle dessa forma e não gosto de agredir as pessoas que amo dessa forma, num momento de raiva (E.9M, 25 anos, psicóloga).

A desregulação emocional tem sido reconhecida como um sintoma central na compreensão do TDAH em adultos, frequentemente associada à impulsividade. Esses indivíduos usualmente apresentam déficits nas estratégias de regulação emocional, recorrendo com maior frequência à ruminação, à autocritica e ao direcionamento externo de culpa. Mesmo quando mobilizam estratégias de aceitação, observa-se a persistência e intensificação do sofrimento emocional, o que contribui para a manutenção de um ciclo disfuncional de reatividade afetiva (Soler-Gutiérrez; Pérez-González; Mayas, 2023). As dificuldades em monitorar o próprio estado emocional comprometem a capacidade de reconhecer o momento em que seria necessário adotar estratégias regulatórias eficazes. Essa limitação prejudica o controle das reações a estímulos negativos e repercute de forma ampla na qualidade de vida, especialmente nas relações interpessoais (Cohen *et al.*, 2021).

Destarte, entre adultos em busca de tratamento, os conflitos conjugais configuram-se como uma queixa recorrente (Öncü; Kislak, 2022). Por esse prisma, parceiros frequentemente identificam traços característicos do transtorno - como dificuldade em manter a atenção, organizar tarefas domésticas, cumprir compromissos e regular emoções -, aspectos centrais que afetam diretamente a convivência cotidiana e geram tensões na dinâmica conjugal. Ademais, a impulsividade verbal, expressa em dizeres precipitados ou reações desproporcionais, pode acarretar sobrecarga emocional ao parceiro e contribuir para uma maior probabilidade de separações entre casais em que um dos membros apresenta TDAH (Wymbs *et al.*, 2019; Kosheleff *et al.*, 2023).

Entre as mulheres, observa-se dificuldade em iniciar ou manter relacionamentos saudáveis, frequentemente marcados por abuso, divórcio ou insatisfação sexual. Também são comuns o distanciamento emocional e a dificuldade em expressar necessidades sem anular a própria identidade. Esse contexto pode ter uma interferência na dificuldade em captar sinais sociais e, também, em uma sensação de desajuste diante do esforço constante para não

verbalizar falas ofensivas e inapropriadas (Attoe; Climie, 2023). Ao se atentar às dificuldades conjugais, é essencial considerar o papel feminino nos relacionamentos, em que as mulheres frequentemente assumem funções de cuidadoras e responsáveis pela organização do lar, além de trabalhos remunerados, o que as torna mais vulneráveis à piora de sintomas. Diante disso, é necessário reconhecer o contexto social do relacionamento de forma a validar as implicações do TDAH nos relacionamentos amorosos (Taubin; Maeir, 2024).

Apesar desses desafios, os entrevistados revelaram esforços conscientes para minimizar os impactos do transtorno na relação, adotando estratégias como a divisão equilibrada das tarefas domésticas, a evitação de discussões em momentos de estresse e o cuidado com o tom de voz e com as palavras empregadas. Tais atitudes denotam um processo de autoconhecimento e de desenvolvimento de habilidades socioemocionais voltadas à manutenção do vínculo afetivo, indicando que a preservação de relações saudáveis não depende apenas do controle sintomatológico, mas também da capacidade de reconhecer limitações e construir práticas de convivência mais empáticas e colaborativas. As falas retratam uma movimentação constante de reconstrução da convivência, em que a aceitação das próprias vulnerabilidades se transforma em oportunidade para a evolução da comunicação e da escuta mútua. É possível observar o esforço em transformar a reatividade em diálogo e o conflito em aprendizado, ampliando a possibilidade de crescimento relacional.

Igual a dificuldade do meu relacionamento, a comunicação e o esquecimento, essas coisas. A gente pode procurar formas, ele tem que procurar formas também de me entender e aceitar, é difícil (E.4F, 27 anos, estudante).

As falas expressam que a evolução do vínculo afetivo está intrinsecamente ligado ao desenvolvimento do auto respeito. Ao reconhecer suas próprias limitações e emoções, os entrevistados demonstram um processo de autocompreensão que viabiliza estabelecer limites mais saudáveis nas relações. Os entrevistados demonstram assim, um movimento crescente onde a culpa deixa de ser o principal ator e a corresponsabilidade é entendida não como um espaço unilateral, mas de mutualidade. Essa perspectiva viabiliza a compreensão e acolhimento demonstra como é possível equilibrar necessidades individuais e relacionais, especialmente nos desafios experienciados pelo TDAH, como a impulsividade e o esquecimento.

Sempre fui uma pessoa muito reativa e explosiva, você falava um desaforo e eu te esculhambava. Antes, eu chegava e, às vezes, parecia que eu estava confrontando, brigando. Hoje, tenho a parcimônia de pensar: “olha, tenho isso e isso pra te falar, acho que você agiu assim, de tal forma que não precisava” (E.7M, 27 anos, enfermeiro).

Níveis mais elevados de autocompaixão tendem a atenuar o impacto de críticas internas e externas, favorecendo a resiliência emocional e a regulação das emoções diante de situações de conflito ou fracasso (Farmer *et al.*, 2022). O desenvolvimento da autocompaixão como estratégia terapêutica, portanto, revela-se promissor para a promoção da saúde mental e o fortalecimento dos vínculos interpessoais em adultos com TDAH (Beaton; Sirois; Milne, 2020). De forma complementar, parceiros de pessoas com TDAH também desempenham papel fundamental nesse processo, ao oferecer suporte emocional, manter uma comunicação aberta sobre necessidades mútuas (Taubin; Maeir, 2024), reconhecer os esforços e limitações do outro e buscar compreender o transtorno, suas manifestações e desafios cotidianos (Atique; Climie; Callahan, 2025).

Não obstante, tais processos de autocompreensão e apoio interpessoal não se constroem em um vazio social, mas se entrelaçam a histórias de vida marcadas por estigmas e experiências reiteradas de desvalorização. As pré-noções socialmente difundidas, e por vezes reproduzidas também por profissionais de saúde, sustentam a crença de que a pessoa com TDAH seria incapaz de alcançar níveis satisfatórios de funcionalidade, mesmo mediante esforço e sofrimento. Tal perspectiva gerou, em alguns participantes, um sentimento de desvalorização de suas próprias conquistas, frequentemente atribuídas à “sorte” e não ao mérito pessoal (E3, E4, E7, E11). Desse modo, ainda que haja avanços relacionados ao desenvolvimento da autocompaixão, as marcas deixadas pela deslegitimação e pela incompreensão social continuam a repercutir no modo como o sujeito se percebe e se posiciona nas relações.

Essas vivências podem ser compreendidas como componentes formadores da construção de projetos de vida, nos quais se entrelaçam dimensões sociais e biográficas. Por um lado, o indivíduo confronta-se com crenças e expectativas socialmente compartilhadas, que orientam modos de ser e de satisfazer propósitos; por outro, depara-se com sua situação biográfica particular, que o faz reconhecer limites impostos e, simultaneamente, espaços possíveis de ação e transformação (Rabelo, 1999). Dessa tensão entre o “mundo dado” e os elementos passíveis de mudança emergem os propósitos práticos do sujeito, que orientam suas decisões e trajetórias, muitas vezes atravessadas por cautela, insegurança e subestimação do próprio potencial.

E aí, tudo isso para falar [o psiquiatra], “cara, você não tem um TDAH, você não tem déficit, senão você não conseguiria entrar [em uma faculdade pública]”. Porque isso vem da lógica capacitista que a gente que é neurodivergente não é inteligente, então, na verdade não, mas o resultado do meu rendimento vem à custa de sofrimento. Então, fui uma pessoa, uma criança, um adolescente e um jovem adulto que sofreu muito para estudar, que estudava chorando, que dava conta chorando das coisas, mas foi

muito sofrido. [...] Então, via sempre assim “dei conta dessa vez, mas foi sorte” (E.7M, 26 anos, enfermeiro).

Fico pensando também, o quanto de qualidade deixo de entregar, porque fui fazer de última hora. O mestrado mesmo, entreguei o texto para o professor externo, ele estava no voo para Salvador e eu ficava pensando assim: “Não mereço dez, não mereço dez”. Vai que eu passe [...] e aí, me deu um dez (E.11M, 41 anos, historiador, professor e editor de livros).

Reconhecer o potencial de uma pessoa com TDAH implica, portanto, compreender simultaneamente suas capacidades e os condicionamentos externos - como expectativas sociais, estruturas institucionais e práticas normativas - que podem tanto restringir quanto ampliar suas possibilidades de ação. Esse olhar mais abrangente permite compreender que sofrimento, desempenho e realização não se excluem, mas coexistem e se entrelaçam, revelando que a trajetória de vida não pode ser reduzida a sintomas ou a resultados isolados.

6.2 DIMENSÃO CONTEXTUAL

Figura 7. O mundo começa em mim. Desenho produzido pela própria autora.



6.2.1 Categoria 2: Vulnerabilidade e saúde – como aspectos econômicos e sociais limitam o IT

Na categoria 2, os achados indicam que fatores econômicos, sociais e de gênero exercem influência decisiva sobre os processos de tomada de decisão e sobre as escolhas de cuidado realizadas pelos usuários do IT. Assim, as condições de vida desfavoráveis e as limitações financeiras retardam o acesso oportuno aos serviços de saúde e moldam as estratégias adotadas para o autocuidado.

Entre os 14 participantes, oito possuíam emprego formal, três trabalhavam informalmente e três encontravam-se desempregados; ainda assim, todos relataram algum grau de suporte familiar. Entre os participantes, as rendas familiares variavam entre 2 mil e 25 mil reais mensais, configurando possibilidades distintas de agregarem cuidados aos seus IT. Ainda assim, as observações registradas em diário de campo evidenciaram que, mesmo em contextos de maior estabilidade financeira, apenas três entrevistados (E1, E7 e E14) descreveram acompanhamento psiquiátrico e psicológico considerado satisfatório. Conforme descrito na tabela 1, somente dois participantes não apresentavam diagnóstico neuropsiquiátrico associado. Entre os demais, os diagnósticos relatados incluíram ansiedade (n=5), autismo (n=4), depressão (n=4), altas habilidades (n=3), transtorno bipolar (n=1) e transtorno obsessivo-compulsivo (n=1), sendo frequente a coexistência de dois ou mais diagnósticos.

Esse panorama reforça a complexidade do cuidado em saúde mental e evidencia a necessidade de profissionais qualificados e de um acesso efetivo e contínuo à rede de atenção, de modo a garantir integralidade e continuidade do cuidado.

Entre o cuidado e a disciplinarização dos corpos: família, afetos e a produção social do sofrimento no TDAH

É concebível compreender que as relações sociais se sustentam por circuitos de afetos, os quais moldam a forma como os contextos sociais, as normas e as instituições são interpretados, bem como os modos de vinculação dos indivíduos aos grupos. É por meio dos sentidos produzidos nesses circuitos de afetos que as sociedades passam a atuar como sistemas produtores e gestores de patologias, ao regular as formas pelas quais determinados sofrimentos emergem, são reconhecidos e administrados (Safatle, 2024). Nessa perspectiva, o simbolismo presente nas interações sociais cotidianas permite investigar como a doença é vivenciada e significada no cotidiano, interferindo diretamente no desempenho e na experiência subjetiva dos indivíduos. Desse modo, ao se atribuir um significado social de doença a uma condição, um estado social é incorporado à condição biofisiológica (Conrad; Barker, 2013).

Dessa forma, o surgimento de um adoecimento mental pode ser compreendido como uma situação problemática que mobiliza um complexo social voltado ao seu enfrentamento. Definir, explicar e atribuir sentido a essa experiência, que produz aflição e sofrimento, constitui um processo ancorado em um mundo compartilhado com outros. No manejo do adoecimento mental, diferentes redes sociais podem ser reafirmadas, tensionadas ou mesmo desfeitas, o que, por sua vez, pode repercutir de maneira significativa nos itinerários de vida dos indivíduos (Rabelo; Alves; Souza, 1999; Saborido; Zamora-Bonilla, 2024).

Paralelamente, o construto social contemporâneo tem privilegiado um modelo de organização no qual a iniciativa individual é amplamente incentivada, deslocando a responsabilidade pela condução da vida do campo coletivo para o âmbito estritamente individual. Nesse contexto, a gestão dos riscos passa a ser atribuída ao sujeito, de modo que, diante do adoecimento, tende a recair sobre ele a responsabilização e a culpabilização por não ter evitado tal condição (Almeida; Sousa; Fortes, 2008).

Nesse âmbito, a família configura-se como o primeiro e mais imediato sistema de atenção à saúde, atuando como instância produtora, transmissora e reguladora dos modelos explicativos de doença. Desse modo, o reconhecimento social de um processo de adoecimento é mediado por elementos como a moralidade cotidiana, as normas culturais, as expectativas de desempenho, os papéis de gênero e os valores associados à produtividade. Esse conjunto de referências socioculturais orienta a forma como os sintomas são legitimados, negados ou reinterpretados no interior das relações familiares (Kleinman, 1980). Sob essa perspectiva, determinadas dinâmicas familiares podem minimizar, moralizar ou desqualificar a dor psíquica, enquadrando o sofrimento em categorias como fraqueza, descontrole ou falha moral (Bowe; Thomas; Mackey, 2025). Ademais, práticas relacionais e padrões de resposta ao sofrimento – tais como estratégias de evitação, sobrecarga de responsabilidades, rigidez comportamental ou modos de silenciamento – tendem a ser transmitidos intergeracionalmente e reforçados no convívio cotidiano, contribuindo para a reprodução de disposições emocionais e percepções sobre saúde-doença-cuidado (Flanagan *et al.*, 2020).

No presente estudo, observou-se que as crenças e concepções de pais, familiares e professores acerca da saúde mental exerceram impacto significativo sobre a forma como os entrevistados vivenciaram sua infância, interpretaram seus sintomas e acessaram cuidados ao longo da vida. Os participantes relataram dificuldades relacionadas à compreensão e à aceitação de diagnósticos em saúde mental por parte de seus familiares, evidenciando lacunas de conhecimento, resistência e estigmas associados à temática (E1, E5, E9, E11, E12). Nesse sentido, as narrativas revelam que a família se constituía, simultaneamente, um espaço de apoio

e um potente vetor de reprodução de estigmas sociais, influenciando tanto a experiência subjetiva do adoecimento quanto os IT percorridos.

Quando a gente vai ter problema é justamente de conviver com pessoas que não tem TDAH, que não tem autismo, que parece que uma luta de não ceder, de não entender, de procurar não compreender como que uma outra pessoa pode viver de forma diferente. [...] Meu pai já é daquelas pessoas que acham que vou usar no TDAH para justificar tudo, mas agora está convivendo comigo. Minha mãe tem se esforçado em entender, por que tem coisas que realmente não consigo fazer. (E.9F, 25 anos, psicóloga).

O depoimento da entrevista demonstra porque, nos IT dos entrevistados, a família aparece simultaneamente como lugar de proteção e como fonte de estigmas. Nesse cenário, a construção social da doença pode ser compreendida a partir de como pais e cuidadores compreenderam ou deslegitimaram manifestações comportamentais durante a vida que influenciaram diretamente o acesso ao diagnóstico, o tipo de cuidado recebido e as interpretações que o próprio indivíduo desenvolveu sobre si, como foi abordado e discutido na dimensão simbólica.

Assim, a fala da entrevistada evidencia um elemento central do sofrimento vivido por pessoas com TDAH: a tensão gerada no convívio com indivíduos que não compartilham o mesmo modo de “funcionamento”. O sofrimento evidencia-se não somente na presença dos sintomas, mas dos aflitos cotidianos produzidos quando o outro persiste em interpretar a diferença a partir de seus próprios parâmetros de “normalidade”.

Minha mãe tem muita dificuldade, mas na cabeça dela nem sabia o que era TDAH, ela sempre achou que eu era uma pessoa terrível porque eu queria. Minha irmã sempre foi mais compreensível, principalmente por conta dela ser da área. Meu pai também, hoje em dia, ele é uma pessoa bem compreensível, a gente se dá muito bem, apesar de ter tido uma relação bem conturbada justamente por conta do meu passado (E.12M, 29 anos, programador).

A narrativa do entrevistado evidencia como a compreensão – ou a ausência dela – por parte do núcleo familiar modifica a experiência subjetiva do TDAH. Ao relatar sua percepção de que a mãe o percebia como “uma pessoa terrível”, por acreditar que seu comportamento era intencional, ele demonstra como, na ausência de conhecimento sobre a condição, a diferença tende a ser interpretada sob categorias morais, gerando culpa, conflitos e deslegitimação do sofrimento. Em contraste, a postura mais acolhedora da irmã e a evolução da compreensão paterna ao longo do tempo mostram que a relação com o diagnóstico não é fixa, ela se transforma conforme o ambiente se torna mais informado e receptivo. Essa dinâmica dialoga diretamente com a percepção de que há uma “luta de não ceder” no convívio com pessoas que não compartilham o mesmo modo de viver no mundo. Tal conflito revela vínculos marcados

por rigidez, nos quais o reconhecimento da singularidade do outro é substituído por tentativas de enquadramento a expectativas normativas. Assim, a diferença não é acolhida, mas contestada, como se fosse necessário justificar continuamente a legitimidade das próprias necessidades.

Para além da produção de significados sobre o adoecimento, a família exerce papel central na mediação dos IT, influenciando tanto o momento da busca por cuidado quanto os tipos de recursos acionados. Assim sendo, tensões familiares, estigma e desconhecimento sobre saúde mental configuram-se como barreiras relevantes para o acesso aos serviços e para a continuidade do tratamento (Reupert *et al.*, 2021). Famílias que vivenciam conflitos, evitam discutir o tema ou temem o julgamento social tendem a postergar a busca por diagnóstico e acompanhamento, frequentemente ocultando sintomas ou evitando serviços formais em razão da vergonha ou do medo da discriminação (Samari *et al.*, 2022).

Por outro lado, contextos familiares que dispõem de informações adequadas, apoio emocional e orientação profissional tendem a reconhecer os sintomas de forma mais precoce, buscar tratamento de maneira proativa e favorecer a adesão terapêutica, reduzindo interrupções e descontinuidades no cuidado (Waid; Kelly, 2020). Dessa forma, observa-se que as práticas de busca por cuidado em saúde mental são influenciadas por processos de transmissão familiar, uma vez que a forma como os pais lidam com sua própria saúde mental tende a servir de referência para os filhos. Isso evidencia que as trajetórias de cuidado são socialmente construídas no contexto familiar, contribuindo para a reprodução de modos específicos de enfrentamento do sofrimento (DuPont-Reyes *et al.*, 2024).

Nessa mesma direção, a família, enquanto principal instância de socialização moral, ensina e reforça critérios de normalidade, esforço e responsabilidade. Quando tais valores são aplicados ao adoecimento mental, os sintomas tendem a ser interpretados como falhas de caráter, preguiça ou falta de autocontrole, em vez de serem reconhecidos como condições de saúde (Mittal; De Choudhury, 2023). Assim, narrativas familiares frequentemente sustentam a ideia de que lidar com o sofrimento psíquico é sobretudo uma questão de força de vontade ou mérito moral, e não de necessidade de cuidado ou tratamento especializado (Yin; Zhou, 2019). Consequentemente, antes mesmo da busca por atendimento em saúde, pessoas em sofrimento psíquico já se encontram inseridas em contextos familiares e sociais que delimitam o que é considerado “normal” e o que é percebido como “patológico”, favorecendo a internalização de julgamentos morais sobre si próprias (Maheshka *et al.*, 2024; Lawn *et al.*, 2015). Quando o sofrimento psíquico não é reconhecido ou validado – seja pelo próprio indivíduo, pela família ou por profissionais de saúde – tende a produzir um sofrimento secundário, expresso em

sentimentos de culpa, vergonha, isolamento e autodepreciação. Esse sofrimento adicional amplia a carga emocional e compromete ainda mais o bem-estar e a saúde mental (Buchman-Wildbaum *et al.*, 2020; Arvidsdotter *et al.*, 2015). Em contrapartida, o reconhecimento familiar do adoecimento mental favorece o fortalecimento do sentimento de pertencimento, amor e aceitação, contribuindo para uma melhor autoestima e maior confiança no enfrentamento dos desafios cotidianos (An *et al.*, 2024).

Nessa perspectiva, o envolvimento da rede de apoio contribui para que o diagnóstico seja incorporado à identidade do indivíduo de maneira menos ameaçadora e estigmatizante (Aass *et al.*, 2020). Os entrevistados relataram que a presença de familiares e amigos que abriam espaços de acolhimento e escuta tornava seus IT menos solitários, além de propiciar um ambiente seguro para a livre expressão de suas identidades (E1, E2, E3, E4, E7, E9, E10). A partir dessas narrativas, compreende-se que os IT não se limitam a percursos pelos serviços de saúde, mas configuram-se também como processos contínuos de negociação identitária, vivenciados no cotidiano das relações mais próximas.

Passar por essa fase do diagnóstico, se entender como uma pessoa que tem algum transtorno, fica muito mais fácil se você tem uma pessoa que te apoia e entenda as decisões que você está tomando, porque esse é um processo muito difícil, muito solitário, porque você começa a questionar se realmente tem aquele problema, se não é você inventando alguma desculpa para poder culpar o fato de você não conseguir fazer coisas básicas (E.1F, 28 anos, engenheira de *software*).

A fala da entrevistada demonstra que o processo de construção e aceitação do diagnóstico não se restringe ao diagnóstico, mas envolve uma elaboração subjetiva permeada por dúvidas, inseguranças e conflitos internos. Ao questionar se estaria “inventando alguma desculpa”, é possível perceber a interiorização de uma dúvida de caráter moral, na qual o sofrimento é colocado sob suspeita e interpretado como possível falha pessoal ou incapacidade individual. Essa reflexão revela como a ausência de validação pode levar o próprio indivíduo a deslegitimar sua experiência, intensificando sentimentos de culpa e autoincriminação. Nesse contexto, o apoio relacional emerge como elemento central para a sustentação do diagnóstico, não apenas como fonte de acolhimento emocional, mas como um dispositivo que confirma a legitimidade do sofrimento vivenciado. A presença de alguém que apoia e compreende as decisões tomadas contribui para reduzir a sensação de solidão e para estabilizar a narrativa sobre si, oferecendo um contraponto à insegurança subjetiva. Assim, o reconhecimento do outro atua como um fator de proteção a autocrítica excessiva, permitindo que o indivíduo se aproprie do diagnóstico de forma mais integrada à sua identidade.

É extremamente importante ter os meus amigos para poder conversar, para poder falar sobre, muitas vezes para poder entender as coisas que estou sentindo, porque alguns

dos meus amigos também têm diagnóstico de depressão ou alguns têm familiares que têm TDAH e coisas assim e tipo compreendem mais um pouco a situação (E.2F, 26 anos, *social media*).

A fala da entrevistada destaca o papel das redes de amizade como espaços fundamentais de elaboração e compreensão do sofrimento psíquico. Ao mencionar a importância de “poder conversar” e “entender as coisas que está sentindo”, é possível observar que a experiência do adoecimento não foi vivida de forma isolada, mas construída e interpretada no diálogo com o outro. A presença de amigos que compartilham diagnósticos semelhantes ou possuem vivências próximas ao TDAH e à depressão favoreceu um ambiente de reconhecimento mútuo, no qual os sentimentos deixaram de ser estranhos ou incompreensíveis e passaram a ser validados como experiências legítimas. Esse compartilhamento de referências reduziu a sensação de singularidade excessiva do sofrimento e contribuiu para a produção de sentidos mais compreensíveis sobre o próprio estado emocional. Além disso, a fala sugere que a compreensão advinda dessas relações não se limitou à empatia afetiva, mas envolveu um entendimento prático e cotidiano das dificuldades enfrentadas, o que fortaleceu o sentimento de pertencimento e diminuiu o isolamento. Dessa forma, as redes de amizade configuram-se como importantes dispositivos de apoio simbólico, capazes de sustentar os IT e auxiliar na reorganização subjetiva diante do diagnóstico.

Nesse contexto, torna-se relevante considerar que os significados atribuídos aos diagnósticos em saúde mental também são impactados por diferenças geracionais, que influenciam diretamente a forma como o adoecimento é interpretado, legitimado ou moralizado no interior das relações familiares. Os entrevistados também observaram que gerações diferentes refletiam na forma como os familiares visualizavam os diagnósticos em saúde mental, relatando uma melhor compreensão com outras pessoas que possuíam a mesma faixa etária, assim, mesmo diante do apoio, pessoas de gerações anteriores tendiam a acreditar que os sintomas do TDAH relacionavam-se à falta de vontade (E2, E6, E7, E9).

Meu namorado é de outra geração que lidava com esses problemas de outra forma, aliás, não lidavam com esses problemas, não dialogavam. Ele fala: “mas é só você sentar e ler, escrever melhor”, “vou trabalhar hoje”, ele senta, fico com inveja, porque vejo ele trabalhar, nada tirar a atenção dele, o telefone tá tocando na casa, está caindo, tudo desabando, ele está ali focado, porque ele tem que resolver aquilo ali agora e eu não consigo ser. [...] (E.6M, 29 anos, nutricionista).

A fala do entrevistado demonstra uma percepção entre sua forma de lidar com o sofrimento psíquico e a maneira como as pessoas de gerações anteriores, representadas pelo namorado, enfrentam situações de tensão e exigência cotidiana. Enquanto o participante com

TDAH descreveu dificuldades de concentração, maior sensibilidade às distrações e necessidade de diálogo e escuta, o namorado foi apresentado como alguém que responde às demandas por meio da ação imediata, do foco contínuo e do silenciamento das emoções. Esse contraste foi acompanhado por sentimentos ambíguos, como a admiração e a inveja, que revelaram não apenas a valorização social da produtividade, mas também uma sensação de inadequação diante da própria incapacidade de corresponder a esse modelo. Ao mesmo tempo, o entrevistado destacou o diálogo e a escuta como elementos centrais de seu suporte emocional, indicando uma forma distinta de enfrentamento do sofrimento, mais relacional e verbalizada, em oposição ao manejo mais solitário e objetivo atribuído às gerações mais antigas.

Gerações mais jovens tendem a ter níveis mais altos de sofrimento psíquico, ansiedade e estresse, frequentemente associados a fatores como pressão social, uso intenso de redes sociais e busca por equilíbrio entre vida pessoal e trabalho. Por sua vez, as gerações mais antigas tendem a valorizar mais a resiliência, disciplina e aceitação do sofrimento como parte da vida (Botha *et al.*, 2023). A característica da sociedade atual é entendida como a do desempenho, em que a responsabilidade de autorealização é individual, tornando o “indivíduo senhor e escravo de si mesmo” e permanentemente insuficiente, enquanto nas gerações anteriores os sujeitos eram produzidos pela obediência à hierarquia, ao dever e mediante a um poder externo e visível (Han, 2017a).

De tal modo, gerações anteriores caracterizadas pela disciplina tem uma relação afirmativa com a dor, em que o indivíduo se enrijece de modo que esteja preparado a todo momento para o confronto com a dor. Já a geração atual do desempenho neoliberal, proibições e punições dão lugar a motivação e auto-otimização, ser feliz emerge como uma nova forma de dominação, a dor perde sua relação com o poder e se despolitiza em uma circunstância médica (Han, 2021b). Desse modo, o aumento do sofrimento psíquico nas gerações mais jovens não decorre da ausência de capacidade para lidar com a dor, mas da transformação estrutural da própria experiência do sofrimento.

Essas transformações estruturais da experiência do sofrimento repercutem diretamente no interior das relações familiares, manifestando-se na forma de expectativas normativas sobre comportamento, desempenho e modos de responder às demandas do cotidiano. Nesse contexto, comportamentos que escapam ao padrão esperado tendem a ser rapidamente interpretados como problemas a serem corrigidos (E2, E4, E6, E7, E9), muitas vezes, por meio de intervenções medicalizantes que visam restaurar a funcionalidade e o autocontrole. O relato do entrevistado 7 ilustra esse processo ao apontar a atribuição recorrente da necessidade de medicação a qualquer comportamento que não corresponda às expectativas familiares, revelando uma lógica

de ajuste e normalização. Ao mesmo tempo, o entrevistado destaca a importância de impor limites e investir em educação em saúde como estratégias para romper com práticas estigmatizantes, indicando a necessidade de reconfigurar os sentidos atribuídos ao diagnóstico no contexto familiar. A dificuldade dos familiares em compreender o TDAH, nesses casos, evidencia como o transtorno pode ser perpetuado simbolicamente por meio da imposição de expectativas normativas, que desconsideram as singularidades do sujeito e reforçam leituras moralizantes sobre suas dificuldades no enfrentamento do cotidiano.

Eles [pais e tios dizem] “você já está descompensado hoje, você não tomou seu remédio hoje”, eu falo “você sabe que você está sendo extremamente preconceituoso e capacitista? Eu não quero tomar um remédio para atender uma expectativa que é sua e outra eu não preciso do meu remédio para viver, não, só preciso pra tratar uma questão, você não pode falar isso”. Então eu acho que a minha função é muito no meu seio familiar, às vezes é muito de ensinar nesse sentido. Porque tem muita gente intolerante, principalmente quando o meu transtorno deixa de atender uma expectativa do outro (E.7M, 27 anos, enfermeiro).

O relato do entrevistado demonstra que a medicação surgiu como um marcador moral, utilizada pelos familiares não apenas como recurso terapêutico, mas como instrumento de controle e adequação do sujeito às suas expectativas. Ao recusar essa lógica, o depoente explicitou a experiência de preconceito e capacitismo, denunciando a redução de sua subjetividade ao diagnóstico e a medicalização como resposta automática às diferenças comportamentais. Nesse sentido, o sofrimento deixou de ser reconhecido em sua complexidade e passou a ser validado apenas quando interfere no desempenho esperado. A posição assumida pelo entrevistado revela uma inversão de papéis, a partir dos quais o indivíduo em sofrimento se responsabiliza por mediar o desconhecimento, a intolerância e os estigmas, o que pode ampliar sua carga emocional e reforçar a sensação de inadequação frente às demandas sociais.

O relato demonstra que a medicalização do sofrimento psíquico não se restringe ao campo clínico, mas se produz e se reproduz no cotidiano das relações sociais, especialmente no âmbito familiar. Nesse sentido, Ivan Illich (1975) argumenta que a medicalização da sociedade – a ampliação do poder médico sobre aspectos cotidianos da vida – gera não apenas danos clínicos, mas também formas de iatrogenia social. Para o autor, isso ocorre quando a medicina redefine experiências humanas naturais, como envelhecer, sofrer ou morrer, como problemas médicos, levando indivíduos e sociedades a perderem autonomia para lidar com essas questões de forma não médica.

Assim, a família, antes modelo, transforma-se em instrumento privilegiado do governo da vida, sendo mobilizada para internalizar normas de saúde, higiene e comportamento, e para vigiar e corrigir condutas consideradas desviantes (Colombani; Carácio; Veríssimo, 2019).

Assim, o sofrimento psíquico é tolerado apenas enquanto não compromete as expectativas do outro, sendo despolitizado e individualizado, o que desloca a responsabilidade do coletivo para o indivíduo e reforça práticas capacitistas e moralizantes (Minakawa; Frazão, 2019).

A percepção dos entrevistados acerca do preconceito relacionado aos diagnósticos de transtornos mentais evidenciou que o estigma não se manifestou apenas pela negação ou silenciamento do sofrimento psíquico, mas também por meio da desqualificação e da banalização dos diagnósticos. Os entrevistados trouxeram que pessoas ao seu entorno entendiam que atualmente “tudo se justifica” com TDAH ou autismo, os participantes revelaram um cenário marcado por disputas morais e normativas sobre quais sofrimentos eram considerados legítimos, abrindo espaço para uma percepção que articula estigma, medicalização e expectativas sociais de normalidade (E1, E2, E3, E5, E7, E9, E11, E12).

Tem uma moça lá no estágio dizendo que antigamente não tinha essas coisas [TDAH]. Tem gente que fala tipo, “mas não parece”. As pessoas ainda são muito cabeça fechada para esse tipo de coisa, não só para o TDAH, mas tipo autismo, ansiedade (E.3F, 21 anos, estudante).

Ao relatar comentários como “antigamente não tinha essas coisas” e “não parece”, a fala apontou para formas de invalidação do sofrimento que se baseavam na ausência de sinais visíveis ou em comparações com gerações anteriores. Essa postura foi descrita como uma dificuldade coletiva de reconhecer experiências que não se manifestam de maneira evidente, o que amplia o sentimento de incompreensão. Além disso, a entrevistada destacou que essa resistência não se restringia a um único diagnóstico, mas se estendia a diferentes condições, como TDAH, autismo e ansiedade, indicando uma visão generalizada e ainda restrita sobre a diversidade das experiências em saúde mental.

A experiência da doença, biológica e subjetiva, é essencial para compreensão da causa social da doença. Nesse sentido, o conhecimento leigo é central para a descoberta da doença e suas condições (Nunes, 2009). Cada época histórica faz circular certos modos de sofrimento e, ao mesmo tempo, invalida ou silencia outros. Sob essa ótica, as categorias clínicas não são neutras, mas participam de formas sociais de disciplina, controle e normatização. Assim, o desaparecimento de certas patologias, como a histeria e o neurótico obsessivo, não significa que o sofrimento deixou de existir, mas que ele deixou de ser inteligível socialmente, ou seja, não sofremos menos, sofremos de outra forma e reconhecemos apenas certos sofrimentos (Safatle *et al.*, 2024). Portanto, quando certos quadros deixam de ser reconhecidos, o sofrimento associado pode ser invalidado ou não encontrar espaço de expressão, levando à sensação de não reconhecimento ou de isolamento (Ludot-Grégoire *et al.*, 2022). Assim, há a reformulação

frente a noção de transtorno mental e aos diagnósticos, com a amenização para que os sujeitos possam se vincular a eles sem estigma e um aumento de categorias diagnósticas de maneira a patologizar diversas esferas da vida na sociedade (Neves *et al.*, 2025).

Do mesmo modo, o TDAH não constitui uma entidade homogênea nem pode ser compreendido como um fenômeno natural intrínseco ao indivíduo, mas como uma condição que emerge em contextos específicos de demandas sociais. Nesse sentido, sua avaliação é determinada pelo grau de prejuízo funcional, uma noção socialmente construída e profundamente dependente do contexto e do ambiente em que o sujeito se encontra (Banaschewski *et al.*, 2024). Portanto, ao estar inserido em uma sociedade neoliberal orientada pela lógica do desempenho, o sofrimento deixa de ser associado a grupos, ideologias ou classes sociais e passa a ser individualizado, recaindo sobre sujeitos constantemente compelidos a superar a si mesmos. Esse cenário, articulado às relações de produção capitalistas, torna-se ainda mais eficaz na medida em que a autoexploração é vivenciada como expressão de liberdade (Han, 2017a). Diante disso, as experiências subjetivas são moldadas por condições materiais, relações de poder e significados culturais (Jones; Pietilä, 2020). Tais experiências podem produzir sofrimentos que, quando compartilhados coletivamente, dão origem a narrativas organizadas e, muitas vezes, politizadas, capazes de ressignificar o sofrimento e convertê-lo em recurso para intervenções no espaço público (Santos, 2020; Campbell, 2021).

Nesse contexto, o sofrimento psíquico individual não se restringe à experiência subjetiva isolada, mas se estende às relações mais próximas, especialmente ao núcleo familiar, que passa a assumir funções centrais no manejo, na sustentação e na organização do cuidado. As demandas impostas por uma sociedade orientada pelo desempenho e pela funcionalidade tendem a se deslocar para a família, que se torna o principal espaço de absorção das insuficiências da rede de apoio e das políticas públicas. Assim, os diagnósticos não apenas nomeiam experiências individuais, mas reorganizam dinâmicas familiares, redistribuem responsabilidades e ampliam a carga emocional dos envolvidos, criando contextos complexos de cuidado que extrapolam o sujeito com TDAH.

A experiência da parentalidade atípica evidencia como o cuidado extrapola o sujeito diagnosticado e se distribui entre os membros do núcleo familiar. Em alguns contextos, isso implica a coexistência de múltiplas demandas terapêuticas e de saúde, que exigem maior suporte e reorganização do cotidiano. Esse cenário é exemplificado pelo relato do entrevistado 10, que apresenta diferentes diagnósticos e exerce a parentalidade de uma criança de sete anos, também, autista, que convive com uma condição crônica de saúde e necessita de cuidados contínuos, como o uso de dispositivos contínuos para controle glicêmico. Tal situação evidencia a

complexidade do cuidado familiar e a necessidade de recursos ampliados para lidar com as exigências físicas, emocionais e relacionais envolvidas.

É o verdadeiro pai atípico, que também é atípico. [...] O pai é atípico, mas a criança é atípica, não vou dizer que é mais fácil, mas é o facilitador, até porque é basicamente um espelho. Tem hora que a gente evita de sair, [parceira fala], “bora levar ele”, o que me incomoda não é [o meu filho], é o jeito que ele se comporta, por que sei que é dele, não me importo, agora as pessoas se chocam [do meu filho] ter uma crise ou alguma coisa, ou até birra mesmo, ficam olhando como se fosse a criança mal educada. (E.10M, 26 anos, *dropshipping*).

Quando pais e filhos compartilham a condição de atipicidade, o diagnóstico deixa de operar exclusivamente como um rótulo clínico e passa a assumir a função de marcador identitário. Esse deslocamento possibilita que a família construa uma perspectiva de “deficiência” afirmativa, na qual o foco não está na correção do corpo ou da mente, mas no reconhecimento e na aceitação de diferentes formas de funcionamento (Moreira, 2022). Nessa direção, o diagnóstico passa a ser mobilizado como recurso para a negociação de práticas identitárias e estratégias de autogoverno, deixando de representar apenas uma “sentença” de incapacidade ou limitação (Lane, 2020). No entanto, essa ressignificação encontra limites importantes no espaço público, que está longe de ser neutro e frequentemente atua como cenário de punição moral, no qual concepções normativas sobre o que é considerado cuidado adequado são continuamente refletidas, avaliadas e julgadas (Joelsson, 2019).

Ademais, crianças com transtornos do desenvolvimento são frequentemente vistas como perigosas ou ameaças à segurança de outras crianças, levando à exclusão de brincadeiras e interações sociais. Ao internalizarem esse julgamento, muitos pais optam pelo autoisolamento para proteger sua saúde mental e evitar novos episódios de humilhação pública (Tekola *et al.*, 2020). Nesse contexto, emerge uma pressão para que os pais se conformem a ideais de cuidado que, muitas vezes, são incompatíveis com a realidade da atipia e com situações de vulnerabilidade social (Mendes, 2024).

Para muitas pessoas atípicas, o isolamento não é ponto de partida nem escolha livre, mas o resultado sedimentado de exclusões recorrentes. O que aparece como retraimento “voluntário” é, com frequência, uma forma de sobrevivência em contextos que reiteradamente expulsam, estigmatizam e não incluem a diferença (Marinucci; Riva, 2020; Reinhard *et al.*, 2019). No contexto neoliberal e de austeridade, a assistência social torna-se mínima e ultraseletiva reforçando a expectativa de que a família resolva sozinha situações de desemprego, deficiência, adoecimento e violência (Braga; Amaro, 2019). Assim, quando políticas sociais são acompanhadas por uma busca constante pela redução de gastos públicos, elas podem forçar indivíduos a lidarem sozinhos com suas limitações em domicílios que carecem de suporte

adequado. Essa falta de proteção social do Estado pode transformar o lar de um espaço de independência em um ambiente de insegurança, isolamento e exclusão multidimensional (Ristolainen *et al.*, 2024). Isso cria uma narrativa de responsabilidade pessoal que oculta as causas estruturais da desigualdade e do sofrimento mental, deixando o indivíduo isolado em suas dificuldades (Cummins, 2018).

Nesse contexto, o apoio familiar aparece como um recurso central no cotidiano de pessoas atípicas, especialmente diante da insuficiência de suporte social e institucional. O cuidado tende a se organizar prioritariamente no interior da família, o que implica uma redistribuição das tarefas, do tempo e das responsabilidades entre seus membros. Assim, a atipicidade não se restringe ao indivíduo diagnosticado, mas passa a atravessar a dinâmica familiar como um todo, exigindo reorganizações constantes da vida cotidiana. Em muitos casos, esse cuidado compartilhado envolve múltiplas demandas simultâneas e pode gerar sobrecarga, particularmente para aqueles que assumem funções de apoio contínuo. Essa realidade é evidenciada no relato a seguir, no qual a entrevistada descreve a rede de apoio construída no âmbito familiar e as implicações desse arranjo para o cotidiano do cuidado:

Meu esposo me ajuda muito, minha mãe também, embora meu esposo tenha uma sobrecarga, ele tem três pessoas com deficiência dentro da casa, a esposa e os dois filhos. Ele também precisa de um suporte, mas ele me ajuda em tudo, me ajuda nas atividades acadêmicas, ele ajuda nas minhas agendas de trabalho, em minhas planilhas, pagamentos de pacientes, tudo é ele, ele se promoveu meu secretário [risos] pra poder me auxiliar justamente nessas questões (E.8F, 32 anos, estudante).

O relato evidencia como o cuidado ultrapassa o apoio emocional e se estende a tarefas práticas e organizacionais, envolvendo desde o acompanhamento das atividades acadêmicas até a gestão de compromissos profissionais e financeiros. A participação do cônjuge surgiu como elemento central para a manutenção da rotina e para a viabilização das atividades cotidianas da entrevistada, indicando uma divisão do cuidado que extrapola os papéis tradicionalmente atribuídos ao suporte familiar. Ao mesmo tempo, a entrevistada reconheceu a sobrecarga envolvida nesse arranjo, ao mencionar que o cônjuge convivia com a responsabilidade de apoiar três pessoas com deficiência no mesmo domicílio. Esse dado revela a complexidade do cuidado familiar em contextos de atipicidade múltipla, nos quais o suporte oferecido é contínuo e atravessa diferentes dimensões da vida cotidiana. A centralidade atribuída ao apoio familiar no relato também indica a limitação de outras redes de suporte, fazendo com que o cuidado seja concentrado no espaço doméstico.

Figura 8. Atlas moderno. Desenho realizado pela própria autora.



Outrossim, familiares e amigos assumem responsabilidades que vão muito além do apoio emocional, incluindo a gestão de medicação e cuidados pessoais, assistência em atividades da vida diária e gestão financeira, intervenção em crises, muitas vezes fornecendo suporte intensivo no ambiente doméstico para prevenir danos e, auxílio na adesão ao tratamento e no alcance de metas de vida social (van Husen *et al.*, 2025). Embora o gerenciamento clínico individual seja fundamental, estratégias microsociais tendem a produzir efeitos limitados se não estiverem articuladas à cultura organizacional e aos recursos disponíveis no sistema. A melhoria dos desfechos em saúde depende da capacidade institucional de reconhecer a pessoa como sujeito ativo e integral, e não apenas como objeto passivo de intervenções clínicas (Hughes; Shaw; Greenhalgh, 2020).

No campo da saúde mental, os IT evidenciam que, apesar da existência de dispositivos como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), a rede de atenção ainda apresenta lacunas importantes. A efetivação do cuidado integral requer articulação intersetorial entre saúde, justiça, educação e assistência social, o que nem sempre ocorre de forma contínua e coordenada (Lemos *et al.*, 2022). Nesse contexto, a vulnerabilidade social não se limita à insuficiência de renda, mas envolve desigualdades no acesso a bens e serviços públicos, além da fragilidade dos vínculos afetivos. Ademais, o preconceito social – inclusive no âmbito familiar – configura-se como uma barreira adicional, dificultando a adesão ao tratamento e a participação social das pessoas em sofrimento psíquico (Vilela *et al.*, 2021).

Nesse sentido, os IT analisados evidenciam que o cuidado em saúde da pessoa com TDAH não se organiza apenas em torno das intervenções clínicas individuais, mas é profundamente influenciado pelo núcleo de convivência e pelas condições sociais em que está inserido. Os relatos indicam que a ausência de suporte institucional ampliado desloca para a família a responsabilidade de sustentar o cuidado, intensificando a sobrecarga emocional, financeira e organizacional. Quando o plano terapêutico incorpora o acompanhamento da rede de apoio e o acesso a dispositivos sociais, como creches, flexibilização de jornadas de trabalho e suporte acadêmico nas universidades, observa-se maior continuidade do cuidado e melhores desfechos em saúde. A experiência da entrevistada 4 ilustra esse movimento: após sucessivas trocas de instituição de ensino, a inserção de uma psicopedagoga no contexto universitário possibilitou adequações nos processos de aprendizagem, sendo avaliada por ela como um elemento fundamental para sua permanência acadêmica. Esse achado reforça que o cuidado efetivo depende da articulação entre saúde, educação e políticas sociais, deslocando o tratamento do campo exclusivamente clínico para uma lógica ampliada de inclusão e corresponsabilidade social.

Se tem algum edital, ela vai me explicar como faz, me ajuda, achei incrível fazer essa prova separada. Tenho essa dificuldade de apresentar, em falar em público, os professores já estão cientes sobre o prazo de trabalho, vou tentar entregar no prazo, mas se caso não conseguir, vai me dar um prazo a mais por conta do meu diagnóstico (E.4F, 27 anos, estudante).

O relato evidencia a importância do suporte institucional e pedagógico no percurso acadêmico da entrevistada. A possibilidade de contar com uma profissional de referência para orientar sobre editais, processos avaliativos e organização das demandas acadêmicas foi percebida como um apoio significativo, contribuindo para maior segurança e previsibilidade no cotidiano universitário. Além disso, a fala aponta para o reconhecimento do diagnóstico por parte dos docentes, o que possibilitou flexibilizações nos prazos de entrega e maior compreensão em relação às dificuldades enfrentadas, especialmente no que diz respeito às apresentações orais. Esse reconhecimento institucional não eliminou as exigências acadêmicas, mas criou condições mais ajustadas para que a estudante tentasse cumprir os prazos e manter sua trajetória na universidade. Assim, o suporte relatado aparece como um fator que favorece a permanência acadêmica, ao reduzir barreiras relacionadas à comunicação, à avaliação e à gestão das demandas universitárias. Entretanto, a possibilidade de acessar e sustentar esse tipo de cuidado não se distribuiu de forma equânime entre os entrevistados, revelando que experiências positivas de adaptação institucional estão profundamente condicionadas por recursos materiais e pela inserção em redes formais de cuidado.

Ao ampliar o olhar para o conjunto dos participantes, observa-se que a acessibilidade a esse cuidado se torna restrita quando considerados os custos envolvidos na sua manutenção. Poucos entrevistados conseguiram manter ou acessar acompanhamento contínuo pela rede SUS e aqueles que conseguiram intercalaram com serviços de saúde mental ofertados por universidades (E8). Entre os participantes, sete possuíam planos de saúde, mas relataram cobertura limitada para atendimentos com psiquiatras e psicólogos, além de mudanças frequentes de profissionais (E2, E3, E7, E11, E12, E13, E14). Aqueles que não dispunham de plano de saúde, e até mesmo os que estavam vinculados a um convênio privado, recorreram a ambulatórios universitários, serviços públicos e ao desembolso direto (E1 a E10).

No que se refere ao tratamento medicamentoso, o medicamento psicoestimulante apareceu como a principal estratégia terapêutica, embora não seja disponibilizada pelo SUS, o que reforça as desigualdades no acesso ao cuidado. Uma das entrevistadas (E1), que também possui diagnóstico de autismo, relatou conseguir um acompanhamento que considera adequado, contudo, destacou que isso só era possível à custa de gastos elevados, que comprometiam de forma significativa parte de sua renda.

Entendo que a minha realidade não é a mesma de todo mundo. O processo do laudo é um absurdo, o meu custou 4500 reais e foram quatro sessões, o remédio é caríssimo, o *Venvanse* custa quase 600 reais e vem 28 comprimidos. O psiquiatra passa a receita de 2 caixas, eu já tenho que gastar 1200 reais, é quase um salário mínimo, só de remédio. À psicóloga, mensalmente, pago 1240 reais, é uma sessão por semana, a questão da academia que aí vai mais uns 500 reais. Porque não consigo treinar sozinha, então, tenho que treinar com o *personal* [por conta do autismo]. No total, acho que dá quase 5000 reais só de coisas para facilitar. Consigo manter o tratamento com o psiquiatra, com a psicóloga, a medicação, a academia, mas se for colocar na ponta do lápis, é bizarro, não é? Não é qualquer pessoa que consegue manter. (E.1F, 28 anos, engenheira de *software*)

A fala da entrevistada evidencia de forma detalhada o custo financeiro envolvido na manutenção de um cuidado em saúde mental e neurodivergência considerado adequado. Ao enumerar os gastos com laudo diagnóstico, consultas psiquiátricas, acompanhamento psicológico, medicação e atividades complementares, como a prática de exercícios físicos com acompanhamento profissional, o relato torna explícita a dimensão econômica do IT. A entrevistada demonstrou consciência de que sua experiência não é generalizável, ao reconhecer que sua realidade difere de outras pessoas, o que apontou para uma percepção das desigualdades de acesso ao cuidado. O relato também demonstrou que o cuidado não se restringe a intervenções clínicas, mas envolvia um conjunto de estratégias articuladas para possibilitar o funcionamento cotidiano, a organização da rotina e o manejo das dificuldades associadas ao autismo e ao TDAH.

A necessidade de acompanhamento contínuo e especializado foi apresentada como condição para a manutenção da autonomia e do bem-estar, mas essa condição estava fortemente mediada pela capacidade de arcar com custos elevados e recorrentes. Ao quantificar os gastos e compará-los a um salário mínimo, a entrevistada explicitou o caráter excludente desse modelo de cuidado, indicando que o acesso a tratamentos considerados eficazes dependia de recursos financeiros significativos. A expressão de estranhamento diante do valor total despendido (“é bizarro, não é?”) demonstrou uma crítica implícita à normalização desses custos e à ausência de alternativas acessíveis. Dessa forma, o relato evidencia como a garantia do cuidado em saúde mental se apoia, nesse caso, em investimentos privados elevados, produzindo uma barreira estrutural que limita o acesso e aprofunda desigualdades entre pessoas que vivem condições semelhantes, mas dispõem de recursos distintos.

Esse cenário, embora particular, dialoga com a experiência de outros participantes, que relataram a necessidade de reorganizar o cuidado para torná-lo minimamente possível. Entre os participantes que realizavam acompanhamento por meio do desembolso direto com psiquiatras e/ou psicólogos (E2, E3, E4, E7, E9, E12, E13), uma estratégia frequente foi ampliar os intervalos entre as consultas, na tentativa de reduzir os custos do tratamento. Em relação aos medicamentos, alguns só conseguiam adquirir opções mais baratas, como o metilfenidato, mas que apresenta menor tempo de ação e maior probabilidade de efeitos colaterais quando comparado a outras formulações. Assim, a adaptação ao tratamento medicamentoso esteve fortemente condicionada às possibilidades financeiras, medicações como a atomoxetina (*Atentah*) e a lisdexanfetamina (*Venvanse*) foram descritas pelos entrevistados como mais eficazes que o metilfenidato, porém, as variações de preço – mais elevados – tornam-nas, com frequência, inacessíveis. Diante do aumento dos custos, muitas pessoas acabam interrompendo o uso e, conseqüentemente, abandonando o tratamento.

Faço o acompanhamento psiquiátrico pelo plano, e a medicação (atomoxetina) o preço da caixa era mais em conta. Se não me engano, eram 30 comprimidos de 80 miligramas, que saíam por cerca de 90 reais, estava bem em conta, mas o preço quase triplicou nos últimos meses. E, honestamente, tenho pensado em buscar outras alternativas só pelo preço. Realmente, são 270 reais a caixa, e tomo uma caixa por mês. (E.14M, 20 anos, estudante).

A fala destaca como o custo dos medicamentos exerce influência direta e contínua sobre as decisões terapêuticas. Embora o entrevistado possuísse plano de saúde para o acompanhamento psiquiátrico, a elevação do preço da atomoxetina transformou um tratamento inicialmente viável em um gasto difícil de sustentar. Soma-se a isso o fato de que os convênios de saúde, em geral, não cobrem o custo das medicações, deslocando integralmente para o

usuário um gasto mensal elevado e imprevisível. Assim, o tratamento permanece parcialmente privatizado, mesmo quando há acesso ao serviço médico. A fala mostrou um movimento de cálculo econômico permanente, no qual o tratamento passou a ser avaliado menos por sua eficácia clínica e mais por sua viabilidade financeira. Ao afirmar que considerava “buscar outras alternativas só pelo preço”, o entrevistado demonstrou que mudanças terapêuticas nem sempre derivam de orientação clínica, mas de imposições do mercado farmacêutico e das condições materiais de vida. A periodicidade mensal da medicação evidencia ainda o caráter cumulativo desse custo, que se torna um peso recorrente no orçamento. Assim, o relato ilustrou como a oscilação de preços pode produzir insegurança terapêutica, obrigando as pessoas a reavaliar seus tratamentos mesmo quando estes estavam funcionando, e reforça o papel central das barreiras econômicas na continuidade do cuidado.

Não obstante, indivíduos pertencentes a grupos socialmente desfavorecidos, especialmente aqueles de baixa renda, utilizam menos os serviços de saúde mental, apesar de apresentarem elevada necessidade de cuidado. Essa disparidade sustenta um ciclo no qual justamente quem mais precisa de suporte é quem encontra maiores obstáculos para acessá-lo (Alegria; Nakash; NeMoyer, 2018). Mesmo em sistemas orientados pela equidade, persistem desigualdades em todas as etapas do tratamento, pessoas com menor renda tendem a apresentar maior gravidade inicial, receber menos tempo de acompanhamento e ter menor probabilidade de alcançar melhora funcional (Lopes *et al.*, 2023). Assim, a desigualdade em saúde mental não se limita ao acesso inicial, mas se expressa na qualidade, na adequação e na continuidade do cuidado, sendo ainda mais acentuada no acesso a tratamentos especializados, como consultas com psiquiatras e psicólogos clínicos (Dawadi *et al.*, 2024).

Nesse contexto, pessoas com diagnósticos mentais frequentemente alternam entre serviços biomédicos, práticas tradicionais e períodos sem cuidado, com múltiplos deslocamentos e longos hiatos até alcançar tratamento adequado (Sarkar *et al.*, 2021). Essa fragmentação do cuidado está associada a pior qualidade do tratamento, maior risco de erros de medicação e aumento da mortalidade, além de favorecer a despersonalização do paciente, que passa a ser tratado como um conjunto de sintomas isolados (Prior *et al.*, 2023). A ausência de medicamentos gratuitos e episódios recorrentes de desabastecimento agravam esse cenário, levando famílias de baixa renda a interromper ou alternar tratamentos conforme sua capacidade financeira (Sarkar *et al.*, 2021).

Outrossim, quando o custo terapêutico se torna uma barreira insustentável, os sujeitos não abandonam o cuidado, ao contrário, desenvolvem estratégias para torná-lo minimamente viável, como a troca de medicamentos de marca comercial por genéricos, a migração para

terapias ou diagnósticos mais baratos, a alteração e espaçamentos de dosagens ou mesmo a interrupção temporária (Hunter *et al.*, 2016). Em muitos contextos, a ordem dos tratamentos é definida por modelos de *stepped care*, que iniciam com opções de menor custo; porém, a economia obtida na “primeira linha” pode ser apenas aparente, já que cada falha terapêutica tende a ampliar gastos futuros, incluindo hospitalizações e perdas de produtividade (Knapp; Wong, 2020; Arnould *et al.*, 2021).

No que se refere ao TDAH, a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec) recomendou a não incorporação de metilfenidato e lisdexanfetamina para crianças e adolescentes de 6 a 17 anos, argumentando insuficiência de evidências robustas sobre sua eficácia (Barbarini; Corbanezi, 2022). Ao mesmo tempo, o TDAH consolidou-se como uma realidade médica e social que sustenta reivindicações por acesso a tratamento, mesmo diante de incertezas científicas (Kato, 2022). Assim, a gestão pública – orientada por evidências e pelo controle de custos – entra em tensão com expectativas sociais marcadas pela necessidade de desempenho e pela compreensão do diagnóstico como identidade que demanda compensação medicamentosa.

Desse modo, pensar o cuidado em saúde mental exige ultrapassar o campo estrito da psicologia e da psiquiatria, reconhecendo que ele é moldado, de forma decisiva, por condições socioeconômicas. Segundo os dados, a obtenção de um cuidado considerado adequado – como evidenciado no caso da entrevistada 1 – esteve condicionada à disponibilidade de uma renda familiar elevada. Em contraste, entre outros participantes, mesmo aqueles com rendas médias, foram observadas dificuldades para manter a continuidade da rotina terapêutica. Esse achado sugere que indivíduos em maior situação de vulnerabilidade social tendem a vivenciar diagnósticos tardios, maior restrição no acesso a terapias seguras e contínuas e maior exposição a iniquidades quando dependem do desembolso direto para garantir cuidados mínimos em saúde. Ademais, tais condições reforçam desvantagens estruturais que contribuem para a estigmatização desses sujeitos e para a reprodução de sua permanência em determinados estratos sociais.

Diante dessa lacuna, muitas pessoas restringem os cuidados necessários ao TDAH ao que está disponível no cotidiano – atividades físicas, música, leitura, práticas culturais – que funcionam como suportes importantes, mas que não substituem políticas públicas capazes de garantir acesso contínuo e integral aos avanços científicos.

Fiz musicalização quando era pequeno e nunca parei para tomar como um *hobby*, era uma coisa que eu pegava e depois de um tempo largava, não tinha muita disciplina para manter e depois do diagnóstico tardio a minha vida deu uma mudada boa, pois tomei a música como um *hobby* que honestamente me ajudou bastante na questão da atenção. [...] Gosto muito de ir lá na [praça] Tancredo Neves, que lá não é um lugar

perigoso, e é um bom lugar para ficar sem precisar me preocupar com o TDAH, sem ficar me preocupando de prestar atenção (E.14M, 20 anos, estudante)

A fala do entrevistado revela como o diagnóstico tardio de TDAH operou em novos desdobramentos em sua trajetória, reorganizando hábitos e formas de manejo do cotidiano. Ao retomar a musicalização, inicialmente vivenciada de maneira fragmentada e sem continuidade, o entrevistado ressignificou essa prática, transformando-a em um *hobby* que passa a ter função terapêutica, especialmente no apoio à atenção e à autorregulação. O relato frisa que o cuidado não se restringiu ao uso de medicamentos ou consultas profissionais, mas incluiu atividades significativas que melhoraram a concentração, despertava o prazer e o sentido no modo de fazer as coisas. Além disso, a referência aos espaços públicos, como a praça Tancredo Neves, destaca a importância do território como elemento de cuidado e pertencimento. O entrevistado descreveu esse local como seguro e acolhedor, permitindo-lhe estar presente sem a constante vigilância sobre seus “déficits” de atenção, ou seja, o cuidado é, também, dependente de políticas públicas abrangentes e intersetoriais. Assim, a narrativa mostrou como estratégias informais e acessíveis, como a música e o uso de espaços públicos, podem auxiliar no manejo do TDAH, ampliando a compreensão de cuidado para além do modelo estritamente biomédico e revelando a potência de práticas que articulam autonomia, bem-estar e vida comunitária. Entre os entrevistados (E1, E2, E4, E7, E10), foram mencionadas diversas práticas complementares realizadas no município de Vitória da Conquista, como acupuntura, aromaterapia, massagem, aulas de dança, *muay thai* e natação. Essas experiências foram descritas como favorecedoras de bem-estar e melhora no cotidiano, funcionando como estratégias adicionais de manejo dos sintomas e da rotina. Entretanto, por se tratarem de serviços privados, muitas vezes não puderam ser mantidas de forma contínua, sobretudo diante da prioridade dada aos custos do acompanhamento psiquiátrico, psicológico e/ou medicamentoso.

Além disso, alguns participantes (E1, E5, E9, E11) relataram que a prática regular de atividade física atuava como importante recurso de regulação emocional e organização do dia a dia, ainda que sua permanência dependesse das condições materiais disponíveis. Somente o entrevistado 14 e o entrevistado 11, professor voluntário de capoeira, citaram estratégias de bem-estar disponíveis no município de Vitória da Conquista em que não fossem necessários o desembolso direto. Vale ressaltar, também, que os entrevistados moravam em diferentes bairros, desde os mais privilegiados aos mais periféricos, demonstrando que oportunidades públicas de lazer e bem-estar no território são restritas independente de condições financeiras.

Fiz as aulas de dança por um tempo só que com a rotina, acabava não conseguindo acompanhar, larguei por causa do trabalho. Teve um período que queria, porque tinha feito natação quando era criança e queria muito voltar, mas o preço dos lugares de

natação não dá. [...] Tem situações em que quero focar mais em algumas coisas que são melhores para mim e entrar nesses espaços que me fazem bem, mas acabam ficando em segundo plano, até por questões financeiras mesmo, preciso trabalhar, não tenho opção, preciso pegar um *freela* extra para completar as contas. (E.2F, 26 anos, *social media*)

O depoimento evidencia como práticas que promovem bem-estar, como a dança e a natação, entram em permanente disputa com as demandas do trabalho e com as restrições financeiras. A entrevistada descreveu a dificuldade de sustentar atividades que lhe fazem bem, seja pela rotina exaustiva, seja pelo alto custo das atividades. Ao priorizar múltiplos empregos para complementar a renda, essas experiências acabaram relegadas ao segundo plano, ainda que fossem percebidas como importantes para sua saúde e organização da vida cotidiana. Ao mesmo tempo, a fala permitiu problematizar o fato de que, embora existam políticas públicas voltadas à promoção da saúde e do lazer, a oferta concreta desses serviços permanece insuficiente e distribuída de forma desigual no cotidiano e no território. Assim, o acesso a práticas que poderiam compor o cuidado cotidiano depende, de maneira decisiva, não apenas do desejo individual, mas das condições materiais de vida e das oportunidades efetivamente disponíveis nos diferentes contextos.

A urbanização contemporânea pode ser compreendida simultaneamente como um campo de disputa política e como um contexto que produz riscos e oportunidades para a saúde mental. Áreas urbanizadas possuem maiores prevalências de psicose, depressão, ansiedade e outros transtornos se comparados a áreas rurais (Krabbendan *et al.*, 2021). Entre os fatores associados, destacam-se solidão, violência, desigualdade, poluição, ruído, escassez de áreas verdes, precariedade habitacional e oferta insuficiente de serviços de saúde mental (Misiak *et al.*, 2025). Uma urbanização mal planejada intensifica esses efeitos, impactando de maneira significativa o adoecimento psíquico (Liu, 2024).

No Brasil, esse processo é impactado pela expansão urbana vinculada à “modernização” promovida pelo Estado e pelo capital agrário. A ausência de planejamento adequado resultou em déficits estruturais – moradia, trabalho, transporte e lazer – que alimentam males urbanos e produzem contextos insustentáveis tanto para o poder público quanto para a coletividade (Oliveira *et al.*, 2019). A construção do espaço urbano, portanto, não se resume à concentração populacional em determinado território, trata-se de um ambiente onde se articulam produção capitalista, reprodução da vida e formas de organização política. É nesse cenário que emergem as contradições do próprio sistema, evidenciando que dimensões sociopolíticas e culturais constituem elementos indissociáveis do urbano (Domingues, 2022).

Paralelamente, a forma contemporânea de produzir saúde tem deslocado dos indivíduos a possibilidade de refletirem e atuarem sobre si mesmos. Em vez disso, estes passam a seguir prescrições de especialistas que estabelecem padrões sobre como comer, dormir, amar, divertir-se, sofrer e até morrer (Gaudenzi; Ortega, 2012). No entanto, os transtornos psiquiátricos não podem ser compreendidos apenas a partir do indivíduo, eles são determinados por dinâmicas sociais relacionadas à vida e a gestão do Estado, como condições de trabalho, gestão estatal, saneamento básico, moradia e acesso aos serviços de saúde, elementos fundamentais para a promoção da saúde mental (Neves *et al.*, 2025).

Nesse contexto, a noção de iatrogênese estrutural proposta por Illich (1975) evidencia os limites de um modelo centrado exclusivamente na medicalização. Para o autor, a transformação social e a melhoria da saúde dependem do fortalecimento da educação para a vida, dos serviços sociais e do cuidado psicológico, aliados a investimentos mais amplos em fatores ambientais e culturais (Minakawa; Frazão, 2019). Entretanto, na prática, o Estado, enquanto instância responsável por regular e distribuir a riqueza socialmente produzida, mostrase frequentemente ineficaz e desigual, operando historicamente de forma enviesada na distribuição de poder e na priorização de interesses ligados ao capital financeiro e a seus aliados (Oliveira *et al.*, 2019). Nesse sentido, a luta por um direito à cidadania digna emerge enquanto resposta a uma dor existencial de uma crise devastadora da vida cotidiana na cidade e como uma exigência por formas alternativas de viver uma vida urbana menos alienada, mais significativa e aberta ao conflito e ao futuro (Battaus; Oliveira, 2016). Um dos caminhos possíveis é incluir a saúde mental dentro do planejamento urbano, com políticas de redução de pobreza, combate à exclusão, ampliação de áreas verdes, transporte acessível e serviços comunitários (Misiak *et al.*, 2025).

Por conseguinte, é fundamental reconhecer que a saúde mental constitui uma luta coletiva, indissociável das transformações socioeconômicas e espaciais. Trata-se do direito inalienável a uma vida digna para todos, independentemente do território em que se vive. A gestão da saúde mental não pode se restringir às práticas desenvolvidas dentro dos serviços, ela deve ultrapassar o enfoque biológico e sintomatológico e reivindicar formas de cuidado que rompam com a lógica neoliberal de organização da vida, criando condições para modos de existência mais sustentáveis e saudáveis, individuais e coletivos. Mais do que um direito formal, o que está em disputa é a possibilidade concreta de viver, sendo necessário exigir do Estado condições materiais que permitam não apenas o acesso a bens e serviços mínimos, mas também a chance de usufruir da vida em sua plenitude, com escolhas reais sobre aquilo que cada sujeito reconhece como melhor para si.

Normas de gênero, raça e poder: a produção social do sofrimento no TDAH

É possível compreender que os discursos sobre saúde mental não apenas descrevem realidades preexistentes, mas participam ativamente da produção de sujeitos, condutas e normalidades. Foucault questiona a tese repressiva do poder e mostra que, na modernidade, o poder opera sobretudo de forma produtiva, ao incitar discursos, criar saberes especializados e organizar um dispositivo que faz dos corpos um campo de vigilância, classificação e normalização (Foucault, 1998).

Nesse sentido, o “gênero” emerge como um conceito relacional que implica, sempre, relações de poder e privilégios. “Tornar-se” homem ou mulher implica induzir o corpo a ajustar-se às expectativas históricas sobre o que significa ser homem e ser mulher (Zanillo, 2018).

Nessa lógica, a masculinidade hegemônica tende a valorizar um corpo controlado, resistente e pouco expressivo de vulnerabilidade, favorecendo a conversão do sofrimento em manifestações de raiva, em vez de expressões de fragilidade que poderiam conduzir a diagnósticos como depressão ou ansiedade (Berke; Reidy; Zeichner, 2018). Desse modo, modelos masculinos socialmente prescritos associam masculinidade a agressividade, assertividade e domínio, ao mesmo tempo em que desencorajam a vulnerabilidade emocional (Kim *et al.*, 2022). Entre os participantes, dois homens autodeclarados heterossexuais apresentavam TDAH associado à depressão (E10, E11) e demonstraram dificuldade em desenvolver estratégias consideradas eficazes para o manejo do transtorno, além de referirem resposta limitada aos tratamentos instituídos. Em seus relatos, a raiva apareceu como elemento recorrente: dois entrevistados a trouxeram como traço marcante ao longo de suas trajetórias (E10, E12), enquanto um terceiro (E11) associou-a à experiência de violência paterna, que se tornou um marcador significativo de sua história de vida.

Embora todos os entrevistados reconhecessem o TDAH como uma alteração de base biológica, capaz de interferir na sustentação do interesse e da atenção, foi possível observar que fatores contextuais modularam a intensidade de manifestações como desatenção, hiperatividade e impulsividade. Nos casos mencionados, a raiva foi frequentemente interpretada como característica “natural” e socialmente legitimada, o que contribuiu para sua expressão recorrente sem, contudo, ser problematizada como dimensão do sofrimento psíquico. Tal compreensão pode estar relacionada a expectativas culturalmente construídas sobre a masculinidade, que tendem a autorizar expressões de agressividade e conter demonstrações de vulnerabilidade e,

nesse sentido, podem ter influenciado IT mais tardios, fragmentados ou pouco responsivos, favorecendo o agravamento do adoecimento mental.

Sinto um pouquinho de [...] não uma falta de controle, mas acho que já ficou uma coisa mais normalizada do ser humano, porque qualquer ser humano no momento de raiva sempre tem uma pequena explosão, né? Então, acho que hoje já tá uma coisa mais dentro do padrão, né? (E.12M, 29 anos, programador).

Na fala do entrevistado, houve uma normalização da experiência da raiva, situando-a como algo inerente à condição humana. Ele afirmou não perceber a situação como falta de controle, mas como uma resposta que se tornou natural, indicando que pequenos episódios de explosão seriam esperados “em qualquer ser humano”. Ao recorrer à ideia de “padrão”, o participante transfere a raiva do campo do sintoma ou do desvio para o campo do que é considerado aceitável socialmente, minimizando possíveis implicações negativas desse comportamento. Essa justificativa pode ter se relacionado com um processo de ajustamento subjetivo, a raiva deixou de ser problematizada e passou a ser vista como parte de um repertório emocional legítimo, o que pode ter influenciado tanto a forma como foi percebido o próprio sofrimento quanto a decisão de buscar, ou não, estratégias de cuidado.

As normas que regulam as emoções são historicamente e culturalmente contingentes, orientando o que pode ser expresso e o que é considerado apropriado ou desviante (Cummins; Pahl, 2024). Ao compreender as emoções como pensamentos incorporados, os sentimentos deixam de ser vistos apenas como reações biológicas e passam a ser entendidos como pensamentos “sentidos” no corpo, envolvidos pela percepção de que o indivíduo participa de uma situação social. Essa perspectiva permite questionar hierarquias que utilizam a emoção para além das representações simbólicas de gênero (Bispo; Coelho, 2019). Assim, as funções atribuídas à raiva, como sinal de injustiça, *status*, autoridade, descontrole, pecado ou doença, variam de acordo com o contexto cultural, religioso e político.

Os significados da raiva são produzidos e difundidos por meio de rituais, discursos religiosos, mídia e práticas institucionais, orientando o que é reconhecido como resposta “normal” e o que passa a ser interpretado como “patológico” (Bezklubaya, 2024). Sob essa ótica, os sentimentos são construções sociais e qualquer discurso sobre emoção implica, ainda que de forma implícita, um discurso sobre gênero e sobre as dinâmicas de poder que estruturam a sociedade (Bispo; Coelho, 2019). Essa dinâmica gera consequências importantes: a imposição de padrões de “virilidade” para homens e de “delicadeza” para mulheres produz conflitos internos significativos, com maior tendência a quadros depressivos entre mulheres, enquanto

homens apresentam maior inclinação ao suicídio e a comportamentos agressivos ou abusivos, em função da repressão emocional (Jesus *et al.*, 2019).

Entre os homens heterossexuais, observou-se uma tendência à naturalização de comportamentos associados à raiva, que passaram a ser interpretados como parte do cotidiano ou mesmo como traços “intrínsecos” da masculinidade. Em contraste, dois participantes (E5, E14) trouxeram a presença materna como referência nas trajetórias de vida, estes participantes apresentaram postura distinta, indicando que diferentes arranjos familiares podem produzir também formas distintas de lidar com emoções e conflitos. A presença de figuras paternas marcadas por práticas autoritárias parece ter contribuído para a reprodução de modos de agir voltados à validação de um ideal de “ser homem”.

Um dos entrevistados, ao refletir sobre sua trajetória, reconhece que esses aprendizados são transmitidos entre gerações; ainda assim, descreveu um movimento intencional de romper ciclos de violência, ressignificar experiências passadas e construir formas mais protetoras de viver. Nessa perspectiva, o IT em saúde mental revela-se como um processo contínuo, que ultrapassa o manejo de sintomas e de diagnósticos específicos. Ele envolve também o enfrentamento de memórias, relações e expectativas sociais que modulam a expressão do TDAH e configuram as estratégias de cuidado buscadas ao longo da vida.

Meu pai apanhou muito e a gente se resolveu nesse ponto, acho que era o que ele aprendeu, ele falou, “é isso que forma”, deu certo comigo e tenho certeza também que apanhei bem menos do que o que ele apanhou, muita coisa ele já tinha aprendido. Mas juntou um dia ruim, juntou a minha falta de atenção e tudo, ele perdeu a cabeça e sei que ele perdeu a cabeça e que depois ele vinha conversar e pedia desculpa, ele sabia que ele estava errado, mas é isso, acho que é ainda muito carregado de coisas dolorosas pensar no TDAH (E.11M, 41 anos, historiador, professor, editor de livros).

Na fala do entrevistado, a violência paterna apareceu como uma prática naturalizada e inserida em uma cadeia intergeracional: o pai “apanhou muito” e, ao ter reproduzido esse modelo educativo, o entrevistado considerou que “deu certo”. A justificativa do pai “é isso que forma” revelou a internalização de um ideal formativo que associa sofrimento físico à construção moral e ao desenvolvimento de caráter. O entrevistado reconheceu, contudo, nuances nesse processo, afirmou ter apanhado “menos” que o pai, sugerindo tanto a permanência quanto certa atenuação do ciclo de violência. A fala também apontou para ambivalências afetivas. O pai foi descrito como alguém que “perde a cabeça”, mas que posteriormente pedia desculpas, reconhecendo o erro. Esse movimento demonstrou elementos de cuidado e arrependimento, sem, entretanto, anular os efeitos emocionais da agressão.

A experiência foi ressignificada como parte de um passado doloroso que permaneceu presente quando o entrevistado pensa sobre o TDAH, indicando que o diagnóstico não se

dissocia das memórias familiares e das formas socialmente legitimadas de lidar com indisciplina, desatenção e comportamento considerado inadequado. Ao situar a violência como algo aprendido e transmitido, mais do que como mero descontrole individual, a fala evidenciou como expectativas de masculinidade, de autoridade paterna e de controle do comportamento infantil moldam trajetórias de sofrimento. Desse modo, o IT não se limita ao tratamento dos sintomas, mas convoca a elaboração de histórias de vida marcadas por disciplina punitiva, culpa e tentativas posteriores de reparação.

As práticas parentais violentas são, com frequência, justificadas como estratégias necessárias para corrigir comportamentos considerados inadequados e para “formar caráter”. Pais e avós tendem a não reconhecê-las como abuso, mas como um recurso disciplinar legítimo (Vilches *et al.*, 2025). Homens que aderem de modo mais rígido às normas de masculinidade hegemônica, associadas à força, autossuficiência e restrição emocional, mostram maior propensão ao uso de disciplina dura, punições físicas, controle autoritário e menor envolvimento afetivo com os filhos (Petts; Shafer; Essig, 2018).

Essas representações de gênero são continuamente reafirmadas por tecnologias sociais e práticas cotidianas, como cinema, mídia, brincadeiras e insultos (Zanello, 2018). Nesse processo, a socialização masculina tende a valorizar agressividade e competição, ao mesmo tempo em que desautoriza a expressão de vulnerabilidade: meninos aprendem que chorar, pedir ajuda ou adotar condutas cuidadosas é “coisa de mulher” (Valério; Castro; Florencio, 2022). Na família nuclear tradicional, a maternidade é construída como cuidado integral e abnegação, enquanto a paternidade é definida sobretudo pela provisão material e pela autoridade exercida à distância (Delgado-Herrera; Aceves-Gómez; Reyes-Aguilar, 2024). Em arranjos matriarcais, como observado em alguns itinerários analisados, as mães ocupam posições de decisão e provimento, rompendo com a lógica de subordinação e tensionando prerrogativas atribuídas à masculinidade hegemônica (Barbosa; Pires; Di Gregório, 2023).

No contexto de maternidades exercidas de forma solitária, torna-se compreensível que a identificação de sinais indicativos de possíveis transtornos mentais em crianças seja dificultada. Quando a mãe acumula responsabilidades domésticas, cuidado integral dos filhos e trabalho remunerado, sua capacidade de observar mudanças sutis de comportamento, acompanhar o desempenho escolar e buscar avaliação especializada torna-se limitada. Como efeito, o diagnóstico precoce pode ser postergado, não por desinteresse ou negligência, mas por uma condição estrutural de sobrecarga que atravessa a experiência da maternidade solo.

Só que na minha infância, passei pelo divórcio dos meus pais. Eu era muito novinha, tinha 2 anos, não sei se isso pode interferir nisso, que dizem que a infância muda, né? [...] demorei a aprender a escrever, fazia muito reforço [escolar] e me sentia muito

diferente dos meus colegas em questão a isso, porque via todo mundo conseguir aprender as coisas e eu tipo, ‘poxa, meu Deus, o que está acontecendo comigo?’ Eu poderia ter esse diagnóstico mais cedo, só que entendo que minha mãe não pôde me dar esse apoio, porque ela foi mãe solo, tinha 5 filhos, trabalhava muito, então não tive esse apoio, esse cuidado. Então, fui levando, achando que era normal, achando que era coisa minha mesmo, meu jeitinho especial de ser (E.4F, 27 anos, estudante).

A participante inicia o relato recuperando um evento marcante e precoce, o divórcio dos pais, e o coloca como uma possível chave explicativa para suas dificuldades posteriores. Ao admitir que “não sabe se isso pode interferir”, ela demonstra uma tentativa de organizar sua experiência, essa dúvida também mostra a incerteza que acompanha trajetórias sem acompanhamento adequado: quando não há explicação, a pessoa aprende a preencher as lacunas por conta própria. A fala revela a experiência de alguém que, desde a infância, conviveu com dificuldades de aprendizagem que não foram compreendidas ou nomeadas. A entrevistada descreveu o esforço contínuo em reforços escolares e a sensação constante de diferença em relação aos colegas, acompanhada por dúvidas e questionamentos sobre si mesma.

O relato demonstrou um processo de comparação com os outros e a construção de um sentimento de estranhamento, enquanto os demais “conseguiram”, ela se percebeu ficando para trás e tentava entender o motivo. Ao reconhecer que o diagnóstico poderia ter acontecido mais cedo, a participante também demonstrou compreensão do contexto familiar: uma mãe solo, sobrecarregada com cinco filhos e trabalho intenso. Não houve acusação, mas uma leitura sensível das limitações impostas pela rotina e pela falta de tempo. Diante disso, suas dificuldades foram sendo integradas ao cotidiano como algo “normal”, interpretadas como um traço próprio, um “jeitinho de ser”. O trecho evidencia, portanto, como a ausência de reconhecimento e apoio transforma um problema vivenciado no corpo e na escola em algo internalizado, que passa a ser visto como parte da própria identidade.

A monoparentalidade compulsória obriga muitas mulheres a assumirem as responsabilidades financeiras, afetivas e sociais da família. Inseridas em um sistema capitalista e patriarcal, elas acumulam ainda o trabalho doméstico gratuito, fundamental para a reprodução da vida e da força de trabalho, mas desvalorizado e não remunerado, essa divisão faz com que as chefes de família ocupem simultaneamente os papéis de provedoras e gestoras do lar, produzindo rotinas extenuantes (Barbosa; Pires; Di Gregório, 2023). Somam-se a isso as demandas contínuas de cuidado, que se estendem por anos e constituem uma das principais barreiras para que mães acessem o suporte em saúde mental para seus filhos (Gilson *et al.*, 2021). Assim, a sobrecarga restringe tempo, energia e disponibilidade para buscar serviços, insistir em encaminhamentos e acompanhar avaliações, sobretudo em contextos de poucos

recursos (Masefield *et al.*, 2020). Nesse cenário, ao se articularem desigualdades de gênero e excesso de responsabilidades, comportamentos infantis tendem a ser interpretados como problemas morais ou de disciplina – malcriação, falta de limite –, e não como possíveis indicadores de sofrimento psíquico ou transtornos do desenvolvimento, o que posterga a procura por avaliação especializada (Ma *et al.*, 2022). Não raro, mães solo são alvo de estigma moral e culpabilização, o que implica um maior isolamento social (Dharani; Balamurugan, 2024).

Paralelamente, o TDAH compromete de maneira relevante a organização da rotina, o manejo de recursos financeiros e as relações familiares e sociais, o que tende a intensificar conflitos no cotidiano (Souza *et al.*, 2021). Nesse contexto, quando a rede de apoio intra e extrafamiliar é ausente ou frágil, as responsabilidades recaem quase integralmente sobre um único cuidador, geralmente a mulher/mãe, que passa a acumular tarefas e, muitas vezes, abandona o autocuidado, o trabalho e o lazer, além de enfrentar obstáculos adicionais para acessar serviços de saúde para si e para o familiar (Lemos *et al.*, 2022). Como consequência, o próprio percurso de identificação e acompanhamento do TDAH torna-se ainda mais difícil, pois é permeado por barreiras recorrentes, como filas extensas, oferta restrita de serviços especializados, escassez de profissionais com expertise e desarticulação da rede, atrasando o acesso ao cuidado adequado e oportuno (Mckenna *et al.*, 2023).

Nesse cenário de acesso limitado e suporte insuficiente, os efeitos do TDAH tornam-se ainda mais complexos quando associados a comorbidades psiquiátricas, como a depressão. A impulsividade elevada pode intensificar comportamentos de risco e ampliar a vulnerabilidade ao suicídio. Somam-se a isso a sobrecarga da parentalidade, a dificuldade de navegar pelos serviços do SUS e o manejo nem sempre qualificado de quadros psiquiátricos, fatores que alimentam sentimentos persistentes de desesperança.

O caso do entrevistado 10 ilustra essa complexidade. Diagnosticado com TDAH, autismo, depressão, altas habilidades e transtorno de personalidade *borderline*, ele apresenta um histórico prolongado de passagens por diversos serviços da RAPS, com baixa resolutividade mesmo diante de múltiplas tentativas de autoextermínio. A refratariedade terapêutica, evidenciada pelo uso de 27 medicações com pouca resposta, agrava o quadro. Além disso, o entrevistado é responsável por um filho com autismo e diabetes de difícil controle, exigindo cuidados intensivos e contínuos. Inserido em uma rede de apoio restrita, encontra dificuldades para compartilhar responsabilidades e construir estratégias de autocuidado, permanecendo exposto a um contexto de elevada vulnerabilidade psicossocial.

Acho que antes do diagnóstico, tinha tentado suicídio umas três vezes. Depois do diagnóstico, acho que tentei umas dez, daí falei: ‘cansei, nem para morrer presto’. Daí a médica, ‘Por que você fez isso?’ ‘Sua função aqui não é me julgar, bicho. Você vai fazer alguma coisa?’ ‘Ah, você está sentindo alguma coisa?’ ‘Ah rapaz, não estou sentindo nada.’ ‘Uma pontada no peito? Não...Liberado, vai embora’. Eu falei, rapaz, tu vai ver acontecer a mesma coisa toda vez, que é pegar um relatório para levar tudo pro Hospital Crescência Silveira e colocar na pasta e o pessoal simplesmente não tinha nada, até que cheguei e ‘pô véi, deixa quieto, vamos levando do jeito que dá, encheção de saco do dia a dia, e é só B.O, não tem um dia de paz’. Acho que se não fosse minha companheira e principalmente meu filho, eu já estaria morto há muito tempo. (E.10M, 26 anos, *dropshipping*).

O relato do entrevistado evidencia uma trajetória marcada por tentativas recorrentes de suicídio, tanto antes quanto depois do diagnóstico, revelando que a nomeação do transtorno, por si só, não se traduziu em alívio subjetivo. Ao afirmar que “nem para morrer presto”, ele expressa um movimento de desqualificação de si que mistura exaustão, desesperança e um sentimento profundo de inadequação. A cena narrada no atendimento em saúde mostra um encontro atravessado por distanciamento e pouco acolhimento, o profissional pergunta, mas não escuta; avalia, mas não oferece continência ou projeto terapêutico. A liberação rápida, baseada apenas em sintomas físicos, comunica implicitamente que o sofrimento psíquico não é prioridade, reforçando a sensação de invisibilidade. A fala também traz a experiência de circular repetidamente por serviços que acumulam documentos, mas não constroem cuidado. O entrevistado descreve um percurso burocratizado, no qual relatórios são arquivados sem que isso produza mudanças concretas.

Diante dessa repetição, ele adota uma postura resignada “vamos levando do jeito que dá” que traduz mais um mecanismo de sobrevivência do que uma escolha genuína. A vida cotidiana aparece, então, como uma sucessão de “problemas” e interrupções, sem espaço para descanso ou previsibilidade, o que intensifica o desgaste emocional. Ao mesmo tempo, a presença da companheira e, sobretudo, do filho, funciona como âncora simbólica, ele se mantém vivo porque existe alguém por quem vale permanecer. O fato de “pensar em tudo” a partir da figura do filho indica tanto responsabilidade quanto peso, cuidar do outro convive com a impossibilidade de cuidar de si. As noites sem dormir, povoadas por pensamentos intrusivos, revelam a persistência de um sofrimento que não encontra contenção, nem no corpo clínico nem nas redes de apoio. Assim, o relato condensa a experiência de alguém que habita um lugar fronteiro entre o desejo de seguir e a exaustão de permanecer, um sujeito que continua vivo menos pelo suporte dos serviços, e mais pelos vínculos afetivos que o impedem de se perder completamente.

Em Vitória da Conquista, observa-se uma comunicação frágil entre os serviços, especialmente entre a atenção primária e os CAPS, e pouca clareza sobre as responsabilidades de cada unidade, o que contribui para a descontinuidade do cuidado. A limitada infraestrutura dos serviços reduz a capacidade de manejo das crises, sobrecarrega os hospitais e favorece o uso de contenções inadequadas. Soma-se a isso a centralidade conferida ao tratamento medicamentoso, frequentemente em detrimento de abordagens psicossociais (Sampaio; BispoJunior, 2021). A fragilidade na gestão de crises e na continuidade do tratamento não é apenas local, mas nacional. Embora a política de saúde mental priorize o cuidado comunitário, hospitais e prontos-socorros acabam regulando os itinerários, pois são os únicos a responder prontamente a demandas não agendadas. Sem fluxos clínicos definidos, o usuário passa a conduzir o próprio percurso, resultando em cuidado fragmentado e sem acompanhamento contínuo (Amaral *et al.*, 2018). Nessas condições, o acesso ao cuidado em saúde mental não se distribui de forma igual. Marcadores como raça, gênero, classe e organização familiar moldam quem consegue chegar aos serviços, quem é escutado com maior legitimidade e quem obtém diagnóstico e tratamento oportunos, contribuindo para a reprodução de desigualdades e indicando a necessidade de respostas orientadas pela justiça social (Kirkbride *et al.*, 2024). Assim, compreender o TDAH e seus desdobramentos na vida adulta exige olhar para além dos sintomas, incorporando as condições concretas de existência que moldam trajetórias, perpassam diagnósticos e produzem modos distintos de lidar com o sofrimento. É nessa perspectiva que emergem os relatos dos participantes negros deste estudo, nos quais o transtorno aparece imbricado a experiências de desigualdade e avaliação constante. Nessas narrativas, a vivência com o TDAH se combina a uma expectativa permanente de desempenho e superação, que opera como exigência subjetiva e social, intensificando pressões sobre escolaridade, trabalho e autoconceito. A fala a seguir ilustra como essa cobrança cotidiana é percebida e internalizada:

Nós que somos pretos, a gente é cobrado a excelência, tem que fazer sempre 10.000 vezes mais para que o que a gente faz seja de fato validado. Então se a gente tem uma necessidade de entregar sempre a perfeição, porque a gente sabe que em uma vaga de emprego ou um projeto a gente vai ser negligenciado de alguma maneira, e tinha essa cobrança na minha cabeça, porque ficava sabendo das minhas deficiências e tentando pensar como saná-las, porque eu sabia que tinha de entregar mais, não bastava ser só ser um bom aluno, tinha que ser o melhor, inclusive na graduação isso foi muito forte assim, minha turma era majoritariamente de mulheres brancas, na minha cabeça, tinha que me dedicar pra ser melhor aluno, não só necessariamente em notas. Os casos de racismo que a gente vai vivenciando fortalece essa percepção da gente. É, pode não ter haver com TDAH o que eu vou falar, mas é porque, para reforçar seu argumento sobre como as pessoas pretas elas são: tem que se mostrar bem vestidas, a gente tem que estar sempre bem vestido, não é? (E.6M, 28 anos, nutricionista)

O depoimento demonstra, de forma contundente, como o racismo estrutural se traduz em mecanismos sutis e, ao mesmo tempo, violentos, de cobrança permanente por excelência. A afirmação de que pessoas negras precisam “fazer 10.000 vezes mais” para ter seu trabalho reconhecido não expressa apenas uma experiência individual, mas um padrão social: a validação do desempenho negro é sempre condicionada, provisória e sujeita à desconfiança. Ao internalizar essa lógica, o depoente passa a viver sob um regime contínuo de autovigilância e autocritica, tentando corrigir “falhas” e alcançar um nível de perfeição que, paradoxalmente, nunca é suficiente. Na graduação, inserido em um grupo majoritariamente branco, essa pressão se intensifica: não se trata apenas de ser um bom estudante, mas de ocupar um lugar constantemente ameaçado, em que qualquer erro pode ser interpretado como incapacidade e convertido em exclusão. Quando esse cenário se combina com o TDAH, as tensões se ampliam. A dificuldade de concentração, a dispersão e o maior tempo necessário para concluir tarefas exigem do sujeito um esforço adicional para alcançar resultados semelhantes aos de colegas sem o diagnóstico. Em vez de reconhecer essas condições como necessidades legítimas de cuidado e adaptação, o contexto social tende a culpabilizar o indivíduo, reforçando a ideia de insuficiência ou falta de empenho.

Assim, o TDAH deixa de ser apenas um desafio clínico e passa também a operar como fator de desigualdade no acesso a oportunidades, reconhecimento e permanência. Os episódios de racismo vivenciados ao longo do tempo intensificam ainda mais esse quadro: se já existe uma expectativa de desempenho excepcional para validar a presença de pessoas negras em espaços acadêmicos e profissionais, o TDAH adiciona uma camada extra de vulnerabilidade. O resultado é um acúmulo de pressões, performar mais, errar menos, compensar as dificuldades e, ao mesmo tempo, lidar com o medo constante de ser desqualificado. A necessidade de “estar sempre bem vestido” ou “se portar de forma impecável” funciona como dispositivo de proteção, mas também se converte em custo emocional permanente. Desse modo, o relato evidencia que não estamos diante de uma mera questão individual de esforço ou disciplina. Trata-se do encontro entre diagnóstico, expectativas meritocráticas e racismo estrutural, que amplia o sofrimento, naturaliza sobrecargas e desloca para o sujeito a responsabilidade por desigualdades historicamente produzidas.

O racismo configura-se como um mecanismo contínuo de desgaste e invalidação, manifestando-se tanto em interações cotidianas marcadas por discriminação quanto em normas e práticas institucionais que produzem desigualdades sistemáticas. Trata-se de uma experiência persistente que organiza modos de viver e se relacionar, instaurando um regime de vigilância social no qual populações negras e indígenas permanecem em condição permanente de

vulnerabilidade (Ferreira; Carvalho; Palumbo, 2025). No cotidiano, o racismo atua como um estressor crônico: microagressões, suspeição constante, desrespeito e invisibilização produzem aumento imediato de emoções negativas, como raiva, tristeza e ansiedade e, simultaneamente, reduzem recursos psicossociais essenciais, entre eles autoestima, senso de autonomia e percepção de apoio (Cénat, 2023). A repetição desse padrão contribui para a formação de um quadro de trauma racial complexo, caracterizado por hipervigilância, percepção contínua de ameaça, questionamento do próprio valor e interiorização de crenças de inferioridade (Jones *et al.*, 2020). Nesse cenário, muitas pessoas negras adotam estratégias de enfrentamento baseadas em alto investimento de esforço – trabalhar mais, demonstrar competência continuamente, exercer rígido autocontrole, suprimir emoções e intensificar a autocrítica – como forma de proteção e sobrevivência em contextos sociais que reiteram cobrança e vigilância racial (Jacob *et al.*, 2023).

A meritocracia sustenta a promessa de que “quem se esforça chega lá”, ao mesmo tempo em que invisibiliza o peso de fatores como classe social, raça, gênero, escolaridade, redes de apoio e discriminação nos resultados alcançados (Clarke; Hurst; Tomlinson, 2024). Em sociedades marcadas por racismo e desigualdade, a ideia meritocrática transforma-se em mecanismo de culpabilização. Ao atribuir o sucesso apenas ao esforço individual, reforça-se a responsabilização dos que “fracassam” e naturalizam-se desigualdades como se fossem merecidas (Kuppens *et al.*, 2018). Nesse cenário, organizações e instituições que se proclamam meritocráticas acabam premiando, com maior frequência, sujeitos brancos já favorecidos. Mesmo com desempenhos equivalentes, credenciais e trajetórias oriundas de contextos privilegiados são tomadas como evidências “objetivas” de maior potencial, reforçando hierarquias (Van Dijk *et al.*, 2020). Paralelamente, o mito meritocrático é internalizado por pessoas pertencentes a grupos subalternizados, que passam a acreditar que precisam provar valor continuamente, ser “melhores que todos” para alcançar o mesmo reconhecimento e atribuir dificuldades a falhas pessoais, e não às barreiras estruturais. Esse movimento aprofunda padrões de autocobrança e autocrítica (Mesquita; Bezerra, 2020). Assim, a exigência permanente de excelência não é neutra: em sociedades racialmente estratificadas, ela funciona como mecanismo ideológico que oculta o racismo estrutural, responsabiliza indivíduos negros por resultados produzidos em contextos desiguais e enfraquece a capacidade de crítica e transformação coletiva.

Outrossim, o TDAH está associado a maiores dificuldades acadêmicas, risco de fracasso escolar, baixa autoestima, depressão e ansiedade, além de exigir maior esforço cognitivo para alcançar desempenhos semelhantes aos de pessoas sem o diagnóstico. Seus sintomas

frequentemente ampliam conflitos familiares e escolares, aumentando críticas e expectativas sobre o comportamento (Faraone *et al.*, 2015). Paralelamente, o racismo estrutural expõe a população negra a estresse crônico, discriminação e vigilância constante, fatores relacionados a piores indicadores de saúde mental, como ansiedade, depressão e experiências traumáticas (Cénat, 2023; Bernard; Smith; Lanier, 2022). Entre jovens negros com TDAH, observa-se maior frequência de trauma, ansiedade e depressão, em contextos que reforçam padrões de cobrança, *feedback* negativo e perfeccionismo (Randle *et al.*, 2025). Além disso, processos de racialização do diagnóstico fazem com que crianças negras com TDAH sejam mais frequentemente interpretadas como “indisciplinadas” e punidas, em vez de receberem apoio adequado, o que sustenta um ciclo de esforço excessivo e expectativa permanente de desempenho (Bergey *et al.*, 2022). Desse modo, o TDAH amplia o esforço necessário para tarefas cotidianas, enquanto o racismo intensifica as sanções diante de qualquer falha, produzindo a soma de pressões que reforça sofrimento psíquico, sintomas e autocobrança.

Logo, raça/etnia e diagnósticos de adoecimentos mentais influenciam de forma decisiva quem consegue acessar psicoterapia, hospitalização e outros cuidados médicos (Accurso *et al.*, 2025). Assim, a formulação e a gestão de políticas públicas não devem considerar raça de modo isolado, mas sim a partir de uma lente interseccional que integre raça, etnia, gênero, classe social e idade (Ferreira; Carvalho; Palumbo, 2025). Evidências indicam que pessoas residentes em bairros mais pobres, com piores indicadores sociais, iniciam menos tratamentos – mesmo em contextos com ampla presença de especialistas – o que revela limites de políticas centradas apenas em “aumentar oferta” (Cook *et al.*, 2017). Nessa perspectiva, torna-se fundamental colocar a justiça social no centro das políticas de saúde mental, ultrapassando a lógica restrita de “fechar o *gap* de tratamento” e atuando sobre determinantes sociais como pobreza, condições de trabalho, habitação, violência e discriminação. Isso implica desenvolver planos locais voltados aos determinantes sociais da saúde mental, construídos em coprodução com usuários, movimentos sociais e organizações comunitárias (Mezzina *et al.*, 2022), além de implementar e sustentar formações institucionais contínuas contra práticas discriminatórias e para o cuidado interseccional em serviços e universidades – e não apenas formações pontuais (Funer, 2023).

Ademais, a gestão pública precisa reconhecer que a segregação residencial racial constitui uma causa fundamental das disparidades em saúde, devendo ser incorporada como eixo analítico e operacional nas políticas do setor (Ferreira; Carvalho; Palumbo, 2025). Diante desse quadro, evidencia-se a necessidade urgente de políticas e serviços de saúde mental explicitamente orientados por classe, raça e gênero, utilizando referenciais de determinantes sociais, justiça social e interseccionalidade para definir prioridades, organizar serviços e avaliar

resultados, tendo a redução das desigualdades como objetivo central, e não apenas a ampliação genérica da oferta de cuidado.

6.3 DIMENSÃO DAS RACIONALIDADES E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS

Figura 9. Aurora Vital. Desenho produzido pela própria autora.



6.3.1 Categoria 3: O esvaziamento do cuidado nas práticas medicalizantes em saúde mental

Nesta categoria, evidenciou-se que as vivências no contexto do cuidado em saúde repercutem de maneira significativa na trajetória de vida, influenciando percepções, expectativas e modos de se relacionar com os serviços. Ao mesmo tempo, tornou-se possível identificar como os profissionais e as instituições de saúde têm atuado ou deixado de atuar diante das lacunas existentes na organização do cuidado. Essas lacunas revelam limites ainda presentes para a consolidação de uma atenção integral e longitudinal, considerando as necessidades individuais e coletivas.

Repensando a saúde mental entre diagnósticos clínicos, condições sociais, processos de medicalização e psicologização da vida

Os entrevistados relataram motivações diversas para a busca por acompanhamento em saúde mental. Na maioria dos casos (E1, E2, E3, E4, E7, E8, E9, E10, E13), o acesso inicial a psiquiatras ou psicólogos esteve associado a quadros de ansiedade e depressão, os quais, em grande medida, contribuíram para retardar o reconhecimento do TDAH. Apenas dois participantes tiveram o diagnóstico estabelecido ainda na adolescência (E5, E6); para os demais, o percurso terapêutico foi prolongado, exigindo anos de acompanhamento clínico até que o TDAH fosse efetivamente identificado e nomeado. Esse percurso evidencia limites na abordagem do sofrimento psíquico, na medida em que o reconhecimento do TDAH ocorreu de forma tardia e fragmentada, exigindo longos itinerários de cuidado até que o diagnóstico fosse considerado.

Um aspecto recorrente nos relatos refere-se à dificuldade de encontrar profissionais psiquiatras que ofertassem, de fato, acolhimento e escuta qualificada. A atuação frequentemente ancorada em uma concepção restritiva da saúde mental, aliada à desconfiança quanto às motivações que levavam os usuários a buscar esse tipo de cuidado, contribuiu para o fortalecimento de sentimentos de frustração, deslegitimação e descrédito em relação aos serviços. Nessa perspectiva, os IT configuraram-se como percursos marcados por desgaste emocional, repetição de tentativas e baixa resolutividade, revelando práticas terapêuticas pouco sensíveis à complexidade do TDAH e limitadas em sua capacidade de responder, de modo integral, às demandas de saúde apresentadas.

Foram 6 médicos (psiquiatras), a primeira foi em 2018, que foi quando eu estava no fundo do poço. Foi quando tive a minha primeira tentativa de autoextermínio, e aí ela

me diagnosticou com a ansiedade generalizada e *borderline* ou bipolar, me encheu de remédio, vivia dopado e aí maquiou os sintomas. (E.7M, 27 anos, enfermeiro).

O relato do entrevistado evidencia um IT marcado por sucessivas tentativas de cuidado especializado, materializadas na consulta a diferentes psiquiatras ao longo dos anos. A referência ao período vivido como o “fundo do poço” explicita a intensidade do sofrimento psíquico experimentado, bem como a urgência que impulsionou a busca por assistência em saúde mental. Nesse contexto de extrema vulnerabilidade, o primeiro diagnóstico atribuído – ansiedade generalizada associada a transtornos como *borderline* ou bipolaridade – orientou uma racionalidade terapêutica fortemente centrada na medicalização intensiva. Tal abordagem, descrita pelo participante como um estado de “viver dopado”, produziu repercussões significativas em sua vida cotidiana e contribuiu para o mascaramento de sintomas que, posteriormente, seriam reconhecidos como compatíveis com o TDAH.

O itinerário narrado revela, assim, a sobreposição entre sofrimento intenso, diagnóstico equivocado e práticas clínicas pouco sensíveis à complexidade da experiência subjetiva do entrevistado. A ausência de uma escuta qualificada, aliada à falta de uma avaliação longitudinal cuidadosa, retardou o reconhecimento do TDAH e prolongou o sofrimento psíquico, favorecendo a produção de sentimentos de descrédito em relação ao cuidado ofertado. Esse percurso ilustra como a fragmentação do cuidado e a centralidade quase exclusiva no uso de psicofármacos podem obscurecer dimensões centrais do quadro clínico, dificultando a construção de um cuidado integral, continuado e orientado às necessidades singulares de adultos que vivenciam o TDAH.

Segundo Zola (1972), o envolvimento da medicina na gestão da sociedade não é um fenômeno recente, mas resulta de sua inserção em um complexo aparato burocrático e tecnológico que, progressivamente, produziu uma relação de dependência social em relação às instituições médicas. Tal dependência se manifesta de forma sutil, por meio da medicalização da vida cotidiana, na qual as classificações de “saudável” e “doente” passam a incidir sobre esferas cada vez mais amplas da existência humana. Nesse sentido, a medicalização consiste em definir e explicar problemas em termos médicos, incorporando estruturas diagnósticas e terapêuticas e, por fim, submetendo-os a intervenções clínicas (Conrad, 1992).

A partir desse horizonte crítico, Illich (1975) retoma a discussão ao introduzir a noção de “imperialismo médico”, que designa a expansão da medicina sobre todos os domínios da vida, convertendo-se em uma forma de tutela que, sob a aparência de cuidado, ameaça a autonomia humana e produz sujeitos “anestesiados”, inclusive em suas dimensões mais íntimas.

Nessa lógica, a medicalização atua como um dispositivo que despolitiza problemas sociais: ao deslocar suas causas e soluções para o indivíduo, neutraliza-se a possibilidade de intervenções coletivas e estruturais. Tal movimento evidencia o risco de uma sociedade que, obcecada pelo bem-estar físico e pela funcionalidade, acaba por sacrificar liberdades civis e valores éticos em nome de uma segurança médica supostamente garantida (Conrad, 1992).

Assim, constrói-se uma oposição entre independência, concebida como ausência de coerções externas, inclusive do Estado, e autonomia, entendida como poder de instituir suas próprias regras (Silva *et al.*, 2025). Nessa perspectiva, o discurso neoliberal associa o Estado de bem-estar à ineficiência, ao déficit e à ameaça à liberdade, legitimando a retração das funções sociais e regulatórias do Estado e valorizando processos de desregulamentação, liberalização e privatização (Silva Junior, 2020; Lucchesi; Santo; Charles, 2025). Paralelamente, difunde-se a ideia do indivíduo como “empreendedor de si”, responsável por gerir riscos, aprimorar constantemente seu desempenho e competir em igualdade formal de oportunidades (Fonseca, 2025).

Não obstante, o neoliberalismo não apenas se associa ao aumento do sofrimento, como também converte dores sociais em “doenças individuais”. Esse processo manifesta-se, por um lado, por meio da centralidade da performance e da produtividade, que alimenta lógicas de autoaperfeiçoamento contínuo e está relacionada a quadros de exaustão, ansiedade, depressão e *burnout* (Silva; Oliveira, 2025). Por outro lado, a intensificação da competição contribui para experiências de isolamento e diminuição do pertencimento, com repercussões negativas para o bem-estar (Becker; Hartwich; Haslam, 2021). Soma-se a isso a precarização do trabalho e a insegurança material, marcadas por desemprego, instabilidade e redução de proteções sociais, associadas ao agravamento do sofrimento psíquico e a fenômenos descritos como “mortes por desespero” (Zeira, 2022).

No âmbito educacional e dos serviços públicos, a imposição de metas e o medo de cortes também têm sido vinculados ao aumento de adoecimento mental entre estudantes e trabalhadores (Silva; Oliveira, 2025). Dessa forma, os processos de medicalização reforçam a transferência do peso dos problemas coletivos para o indivíduo, que passa a ser responsabilizado por suas dores e fracassos. Ao esvaziar a dimensão política do sofrimento e ao restringir as respostas possíveis ao campo estrito do tratamento biomédico, produz-se a dependência de especialistas e a redução da autonomia, consolidando relações de tutela e hierarquia no interior do cuidado (Minakawa; Frazão, 2019).

Nesse cenário em que a medicalização amplia o controle sobre a vida cotidiana e desloca para os indivíduos a responsabilidade por administrar seus sofrimentos, os IT passam a ser

envoltos por relações assimétricas entre usuários e profissionais, diagnósticos restritivos e práticas centradas quase exclusivamente na prescrição medicamentosa. Em muitos casos, a escuta é limitada e o questionamento do paciente é interpretado como suspeita ou resistência, produzindo experiências de descrédito e deslegitimação do sofrimento. A narrativa a seguir evidencia de forma concreta como essas dinâmicas se materializam no cotidiano de adultos que buscam cuidado para o TDAH, revelando percursos marcados por peregrinação, conflito e frustração com os serviços de saúde.

Aqui em Conquista, passei por, pelo menos, que me lembre 8 psiquiatras, nenhum deles funcionou comigo, todos queriam me empurrar remédios que eu sabia que não iam funcionar e quando eu questionava, eles não aceitavam ser questionados, então não funcionou. [...]. Já fui no psiquiatra, que falei que eu tinha problema de foco, ele falou para mim que eu só estava querendo receita de ritalina, que ele não ia me dar a receita da ritalina e eu, até então, nem sabia o que era ritalina. (E.1F, 28 anos, engenheira de *software*).

O relato evidencia um IT marcado por múltiplas tentativas de cuidado especializado, expressas em sucessivas consultas a diferentes psiquiatras, sem que a entrevistada se sentisse efetivamente acolhida ou compreendida em suas demandas. A expressão “empurrar remédios” traduz a percepção de uma prática clínica fortemente orientada pela prescrição farmacológica, na qual o medicamento ocupa lugar central, em detrimento do diálogo, da escuta qualificada e de uma avaliação clínica contextualizada. Tal racionalidade terapêutica limita a construção compartilhada do cuidado e reduz a complexidade da experiência subjetiva a protocolos prescritivos pouco sensíveis às singularidades do caso.

A recusa dos profissionais em serem questionados revelou relações assimétricas de poder, nas quais o saber médico foi tomado como incontestável, restringindo a participação ativa da entrevistada nas decisões terapêuticas. O momento em que a queixa de dificuldade de foco foi imediatamente associada a um suposto interesse pela obtenção de metilfenidato evidenciou, ainda, a presença da suspeita moral e de controle sobre o acesso aos psicotrópicos. Paradoxalmente, essa mesma lógica convive com práticas de prescrição ampliada, produzindo um cenário ambíguo: ao mesmo tempo em que determinados sujeitos são acusados de buscar “receitas”, outros são rapidamente medicalizados. Tal ambiguidade expressa tensões mais amplas entre regulação estatal, interesses econômicos e práticas clínicas.

Quando observada à luz das críticas à medicalização, a fala sugere que o cuidado oferecido opera, em grande medida, como mecanismo de normalização, orientado a corrigir desempenhos e garantir funcionalidade. Nesse sentido, o IT deixa de ser apenas uma trajetória individual e passa a refletir a imbricação entre medicina, Estado e mercado. Em um contexto neoliberal, em que o indivíduo é responsabilizado por sua produtividade e por gerir seus próprios

riscos, a medicina emerge como tecnologia central de governo: controla o acesso a diagnósticos, regula comportamentos e define quem está “apto” ou “inapto” para realizar. Assim, a experiência narrada revelou não apenas frustrações com profissionais específicos, mas os efeitos de um modelo de cuidado que combina racionalidades econômicas – eficiência, prescrição rápida, padronização – com dispositivos de poder médico. O resultado é um percurso de peregrinação, marcado por vigilância, suspeita e inadequação terapêutica, que contribui para a invisibilização do TDAH e para a produção de sofrimento adicional.

A medicina tem adquirido um monopólio cada vez mais radical sobre a definição do que é saúde, doença, necessidade e tratamento, contribuindo para a deslegitimação de saberes leigos e de outras formas de cuidado (Lupton, 2005). Esse monopólio sustenta a expansão de um amplo mercado de serviços e tecnologias, no qual parcelas crescentes da vida cotidiana são medicalizadas e convertidas em oportunidades de consumo – novos diagnósticos, fármacos, exames e formas de monitoramento (Oliveira, 2021). À medida que se intensifica o consumo de cuidados profissionais, enfraquecem-se as capacidades de autocuidado e de convivência com a dor, a finitude e as diferenças, configurando um processo de expropriação da saúde e, inclusive, da própria morte (Lupton, 2005).

Paralelamente, racionalidades econômicas passam a organizar o cuidado em moldes empresariais, produzindo pressão financeira, burocratização, falta de tempo e escassez de pessoal. O trabalho em saúde é reconfigurado em torno de metas de produtividade e custoefetividade, o que, embora dialogue com ideais de “bom cuidado”, frequentemente os distorce: eficiência passa a significar atender mais pessoas em menos tempo, delegar tarefas e seguir protocolos cada vez mais rígidos (Thieme; Richter; Ammann, 2022). Nessa direção, modelos contemporâneos de gestão priorizam redução de custos, baixa complexidade e monitoramento intensivo, apoiados em tecnologias de informação e mecanismos de pagamento por desempenho. Tais dispositivos reforçam práticas de avaliação contínua, estratificação de risco e controle das trajetórias dos usuários, sob a justificativa de garantir sustentabilidade e combater “desperdícios” (Veras, 2025).

Quando a saúde mental é reduzida apenas ao tratamento de sintomas, corre-se o risco de torná-la um instrumento de controle, direcionado a ajustar os indivíduos para que se adequem às exigências da sociedade. Nesse contexto, um dos entrevistados – médico – chama atenção para o fato de que o cuidado em saúde mental ainda permanece fortemente centrado na medicalização. Para esse entrevistado, é fundamental que a psicoterapia receba maior destaque, seja como etapa inicial, seja de forma articulada ao uso de medicamentos, possibilitando a elaboração mais profunda dos processos vividos pelas pessoas.

[...] se pudesse, mandava todo mundo ir para psicoterapia, porque todo mundo tem alguma coisa que pode aprender lá dentro. A medicação, acho que entra em [pacientes] mais refratários. A cultura de remédio, hoje em dia, ainda é muito forte. Tudo quer se quer resolver com a pílula, com injeção, com alguma coisa! Acho que a gente precisa passar pela psicoterapia para entender que não é assim que funciona. (E.5M, 27 anos, médico).

O entrevistado expressa sua preocupação com o uso excessivo de medicamentos na saúde mental e atribui à psicoterapia um lugar central como espaço de reelaboração, reflexão e aprendizado sobre o sofrimento. Ao afirmar que quase todos poderiam se beneficiar desse recurso, ele destaca a importância de ir além dos sintomas e compreender suas origens. Entretanto, quando a psicoterapia passa a ser apresentada como via principal – ou quase exclusiva – paradoxalmente, há o risco de que o sofrimento seja deslocado para o âmbito puramente individual.

Desafios como sobrecarga laboral, ausência de suporte social, violência e desigualdade acabam convertidos em problemas a serem resolvidos “no consultório”. Dessa forma, mesmo ao criticar a medicalização, a fala também revela um movimento em que o sofrimento deixa de ser compreendido como produção social e passa a ser interpretado sobretudo como responsabilidade do próprio sujeito, ampliando o alcance das intervenções psicológicas e diminuindo o foco sobre políticas públicas e transformações estruturais. Ainda assim, em um cenário em que o Estado opera sob a lógica neoliberal, espaços que favorecem a expressão de sentimentos e o desenvolvimento de estratégias pessoais – como a psicoterapia – mostram-se necessários, desde que articulados à análise dos determinantes sociais que produzem e mantêm o sofrimento.

No contexto neoliberal, constrói-se um *self* concebido como “empreendedor de si”, orientado ao desempenho contínuo, à autogestão emocional e ao aprimoramento permanente, frequentemente dissociado de seus contextos históricos e sociais (Adams *et al.*, 2019). Nessa lógica, discursos de autonomia, responsabilidade individual, positividade e empreendedorismo passam a moldar sujeitos que se percebem como projetos infinitos de desenvolvimento, avaliando a si mesmos em termos de produtividade, eficiência e capacidade de “gerir” as próprias emoções (McDonald *et al.*, 2017). O sofrimento produzido por processos de precarização, desigualdade e endividamento é, então, recodificado como falha pessoal ou incapacidade de adaptação (Cosgrove; Karter, 2018). Sob esse regime, o excesso de “liberdade positiva” – acompanhada de uma coação silenciosa que convoca os indivíduos a superarem continuamente a si próprios – contribui para a centralidade contemporânea de diagnósticos como depressão, *burnout* e TDAH (Han, 2017a). O aceleramento do tempo social,

hiperconectividade e sobrecarga passam a ser enfrentados por meio de soluções individualizantes, como *time management*, resiliência e programas de *coaching*, deslocando o foco das estruturas socioeconômicas para a responsabilização subjetiva (Sugarman; Thrift, 2017). Paralelamente, a saúde mental torna-se objeto de mercantilização: triagens em larga escala, aplicativos, sistemas de monitoramento e a expansão diagnóstica intensificam práticas de vigilância e autorregulação (Cosgrove; Karter, 2018).

Portanto, os IT passam a ser impactados por expectativas de autogestão e desempenho, ao mesmo tempo em que se inserem em um mercado de serviços de saúde crescentemente mercantilizado. Planos privados, protocolos padronizados e terapias “de linha” configuram ofertas de cuidado que, muitas vezes, priorizam intervenções rápidas, centradas na normalização de comportamentos e na redução de sintomas, em detrimento de abordagens integradas e contextualizadas. Assim, o acesso ao cuidado deixa de ser orientado por necessidades e passa a depender de cobertura contratual, capacidade de pagamento e aderência a formatos terapêuticos previamente definidos. O resultado é a produção de trajetórias fragmentadas, marcadas por tentativas sucessivas, descontinuidade de vínculos e sensação de inadequação do cuidado recebido.

A experiência do entrevistado, a seguir, ilustra essas tensões, evidenciando como a lógica neoliberal do cuidado – mediada por planos de saúde, limites de cobertura e oferta terapêutica restrita – contribui para o esgotamento e a descrença em relação aos serviços disponíveis.

Até 2018, tinha plano de saúde, sempre ia pra Unimed, tudo muito fraco, na época também não tinha diagnóstico, não. Era só “Ah, por que você fica ansioso. A gente tem que gerenciar essa raiva e tal” desde a infância, pode botar uns, sei lá, 16, 18, tudo a mesma ladainha. [...] Começa bem, daí começa a desandar. Os psicólogos conseguem ser até apenas o TCC, eles não conseguem abrir o leque ali pra outras opções de terapia. [...] só tem uma psicóloga que eu esqueci qual é a sigla específica para o *borderline*. Só que uma sessão com a [psicóloga] é 500 reais, falo não, pode deixar que fico em casa e guardo meus quinhentos. (E.10M, 26 anos, *Dropshipping*)

A fala do entrevistado revela um percurso marcado por sucessivas tentativas de cuidado, permeadas por frustrações e descontinuidades. Desde a adolescência, suas queixas foram tratadas de forma genérica, reduzidas a orientações sobre “gerenciar ansiedade e raiva”, sem aprofundamento diagnóstico ou compreensão mais ampla de sua trajetória de sofrimento. Mesmo com acesso ao plano de saúde privado, as consultas foram percebidas como “fracas”, pouco resolutivas e repetitivas, indicando um modelo de atenção que tende a padronizar condutas e oferecer respostas superficiais. Ao relatar a experiência com diferentes psicólogos, o entrevistado

apontou a predominância de abordagens restritas – especialmente focadas na terapia cognitivocomportamental (TCC) –, que não se articulam a outras possibilidades terapêuticas.

Paralelamente, foram mencionadas terapias potencialmente mais adequadas, mas inacessíveis economicamente: a única profissional especializada em um método voltado ao transtorno *borderline* cobrava um valor muito superior à sua disponibilidade financeira. A consequência foi clara: entre “cuidar-se” e preservar o orçamento, o entrevistado vê-se forçado a desistir de novas tentativas. O depoimento também evidencia o cansaço diante da circulação entre múltiplos profissionais e serviços – “cansei”, sugerindo que o sistema, em vez de organizar itinerários de cuidado, fragmenta-os. Ao mesmo tempo, aponta para a tensão entre o que os convênios privados oferecem – consultas rápidas, padronizadas e com baixa resolutividade – e o que, de fato, seria necessário para um acompanhamento contínuo e qualificado. Esse cenário prepara terreno para discutir como, no cruzamento entre medicina, mercado e políticas de saúde, o cuidado tende a ser estruturado por critérios de custo, produtividade e padronização. Nesse contexto, o sofrimento aparece muitas vezes como algo a ser “gerenciado” pelo indivíduo, enquanto terapias mais longas, complexas e contextualizadas tornam-se privilégio de quem pode pagar. Tal dinâmica se concretiza em sistemas segmentados público-privados, nos quais aqueles que podem pagar planos obtêm maior cobertura e rapidez, enquanto os que dependem exclusivamente do setor público enfrentam serviços subfinanciados e sobrecarregados (Rotarou; Sakellariou, 2017).

Outrossim, a análise do uso dos serviços públicos de saúde mental revela que a garantia do direito à saúde, especialmente no que se refere ao acesso oportuno e contínuo aos cuidados necessários, permanece um desafio significativo. Em Vitória da Conquista, os entrevistados relataram maior uso do Ambulatório de Saúde Mental do CEMAE (E4, E6, E13), seguido do CAPS (E7) e do Hospital Crescêncio Silveira (E10), além de experiências pontuais com serviços gratuitos vinculados a uma universidade (E8). Apesar disso, constatou-se desconhecimento generalizado sobre a oferta de dispositivos de saúde mental no SUS, o que limita o percurso assistencial e contribui para descontinuidades no cuidado. Tal cenário é atravessado por um modelo ainda fortemente biomédico e fragmentado, que tende a produzir respostas estigmatizantes e de baixa resolutividade, deixando muitos usuários em situação de invisibilidade. É nesse contexto que se tornam centrais os debates sobre a Reforma Psiquiátrica e a configuração da Raps, elementos fundamentais para compreender as tensões atuais entre práticas comunitárias e a revalorização de dispositivos hospitalocêntricos no país.

Nesse contexto, os CAPS consolidaram-se como eixo estruturante do modelo brasileiro, ofertando atendimentos individuais, como a psicoterapia, consultas clínicas, manejo

medicamentoso e visitas domiciliares e atividades coletivas, como oficinas terapêuticas e iniciativas comunitárias voltadas à reintegração social (Marchionatti *et al.*, 2023). Evidências indicam que a ampliação da cobertura dos CAPS está associada à redução de internações relacionadas a tentativas de suicídio, transtornos psiquiátricos e problemas decorrentes do uso de álcool, além da diminuição de hospitalizações psiquiátricas de longa permanência (Machado *et al.*, 2018).

Entretanto, a partir de 2016, observa-se um movimento de inflexão nas políticas públicas, com a revalorização de dispositivos hospitalocêntricos e o enfraquecimento de estratégias comunitárias. A Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, tornou-se um marco desse redirecionamento ao ampliar leitos em hospitais psiquiátricos e aumentar significativamente o repasse de recursos públicos ao setor privado (Sade; Sashidharan; Silva, 2021). Concomitantemente, verificou-se um processo de “ambulotorização do cuidado”, caracterizado pelo fortalecimento de equipes especializadas na atenção secundária e pela centralidade de intervenções individuais e farmacológicas, frequentemente desvinculadas do território e da vida cotidiana dos usuários. Apesar dessas mudanças, o número de hospitais psiquiátricos permaneceu praticamente inalterado, evidenciando tensões persistentes entre modelos de cuidado reformistas e dispositivos de caráter manicomial (Krefer; Oliveira, 2025).

No diário de campo, observou-se que a elevada demanda por atenção em saúde mental repercute na superlotação dos serviços, resultando em consultas breves e acompanhamentos espaçados por longos intervalos. Diante de atendimentos marcados por estigmatização, ausência de vínculo e acolhimento insuficiente, os entrevistados que utilizavam os serviços fornecidos pelo SUS (E4, E6, E7, E10, E13) acabavam interrompendo o cuidado ou buscando alternativas no setor privado. A entrevistada 4 relatou seu acompanhamento em um ambulatório de saúde mental: já apresentando quadro prévio de ansiedade e receio em relação ao uso de psicofármacos, recebeu orientação da psiquiatra para não ler a bula do medicamento e retornar apenas caso surdissem alterações importantes. Contudo, ao iniciar o tratamento, passou a manifestar efeitos adversos raros descritos na bula e, ao procurar novamente o serviço, encontrou um atendimento que não correspondeu às suas expectativas.

Retornei na psiquiatra, no primeiro dia ela não pôde me atender, porque estava muito cheio. Ela pediu para aguardar que ia me atender no final, mas não atendeu e falou “você volta aqui amanhã de manhã, chega bem cedo que será a primeira atendida.” Fui, ela foi me atender meio-dia e me tratou de uma forma como se eu fosse louca! Como se todos esses efeitos fossem coisa da minha cabeça”. Ela falou mal da minha psicóloga; falou que a minha psicóloga estava enchendo de coisa na minha cabeça. [...] Eu comentei que ela me falou que, se eu sentisse alguma coisa, era para procurar ela, [então] ela falou que não era assim, porque a agenda dela era lotada, que só teria

uma vaga daqui a não sei quantos meses e que eu estava sendo privilegiada por ela me atender naquela hora. (E4, 27 anos, estudante)

Outro entrevistado também realizou consultas com a mesma profissional descrita acima:

Senti que a minha consulta, ela mal olhou pra minha cara. Tipo, “você está sentindo isso, isso e isso e então toma esses remédios aqui”. Eu demorei um ano para comprar [os remédios]. Fiquei muito tenso pela forma como fui atendido, sabe? Ela [psiquiatra] me chamou na sala, entrei na sala e ela estava com a cabeça baixa e com a cabeça baixa ela ficou (E6, 28 anos, nutricionista).

As duas falas destacam para um padrão recorrente de atendimento marcado por pressa, distanciamento e deslegitimação da experiência do indivíduo. Tomadas em conjunto, as falas evidenciam um tipo de cuidado que combina superlotação institucional, centralidade do medicamento e baixa qualidade relacional. A justificativa da “agenda lotada” e a ideia de que o usuário está sendo “privilegiado” naturalizam a escassez e produzem relações assimétricas, nas quais questionar o tratamento é visto como ameaça à autoridade profissional. Ao mesmo tempo, a desqualificação da psicoterapia e a minimização dos efeitos adversos mostram um campo clínico pouco integrado e pouco sensível ao sofrimento narrado. Esses relatos sugerem, portanto, que a continuidade do cuidado não é comprometida apenas por limitações estruturais, mas também por práticas cotidianas que silenciam, estigmatizam e desautorizam a experiência dos sujeitos – contribuindo para o afastamento dos serviços, a interrupção dos tratamentos e a perda de confiança na rede pública de saúde mental.

Nesse cenário, em que a prática médica se reorganiza segundo lógicas produtivistas e o sofrimento é progressivamente individualizado, os usuários vivenciam concretamente os efeitos desse arranjo. O cuidado passa a ser estruturado por prioridades que pouco dialogam com as necessidades reais das pessoas, resultando em percursos fragmentados, longos tempos de espera e intervenções centradas sobretudo na contenção imediata de sintomas – em detrimento da construção de vínculos, acompanhamento contínuo e escuta qualificada. Para quem depende majoritariamente do SUS, o atendimento tende a se restringir ao mínimo necessário para estabilizar a queixa e liberar o paciente, evidenciando como a racionalidade gerencial e econômica atravessa o cotidiano do adoecimento. É nesse horizonte que se inscreve a fala a seguir, ilustrando como tais políticas e práticas se materializam na experiência concreta dos usuários.

Ficar em casa, porque pra mim que depende do SUS, se eu for na UPA, por exemplo, no Crescêncio [hospital], não vou até atendido muito, vou ficar lá o tempo todo até melhorar. Pronto, acabou (E.10M, 26 anos, *dropshipping*).

Na região de Vitória da Conquista, os serviços que compõem a Raps têm se mostrado insuficientes diante da elevada demanda, evidenciando dificuldades persistentes de acesso por

parte dos usuários. A articulação entre os diferentes pontos da rede revela-se frágil e fragmentada, com centralização excessiva nos serviços especializados e limitações na comunicação com a APS e os dispositivos de urgência e emergência. Ademais, a ausência de fluxos assistenciais institucionalizados compromete a coordenação do cuidado e aprofunda a descontinuidade do acompanhamento (Sampaio, 2020). Nesse contexto, tanto a sociedade quanto os serviços de saúde tendem a produzir respostas alienantes, capturadas por uma racionalidade instrumental que se expressa na objetificação dos sujeitos e na centralidade do manejo psicofarmacológico como principal estratégia de cuidado (Bandeira; Onocko-Campos, 2024). A adesão terapêutica, contudo, pressupõe processos de empoderamento compartilhado, nos quais o usuário reconheça sua capacidade e autonomia, ao mesmo tempo em que divide com o profissional a gestão do adoecimento (Náfrádi; Nakamoto; Schulz, 2017). Para além disso, estratégias de promoção da adesão devem ser concebidas como um processo transversal e contínuo ao longo de todo o tratamento, e não restritas aos momentos iniciais de acolhimento ou vinculação (Bandeira; Treichel; Onocko-Campos, 2020).

As dificuldades de adesão e continuidade do cuidado, portanto, não podem ser compreendidas apenas como falhas localizadas dos serviços públicos, tampouco atribuídas exclusivamente às condições individuais dos usuários. Elas expressam limites estruturais mais amplos, permeados por uma racionalidade mercantil que engloba tanto o SUS quanto o setor privado. A estrutura ofertada privilegia o ato médico e reproduz a hierarquia biomédica do cuidado, relegando a segundo plano práticas interdisciplinares, territoriais e comunitárias. Em ambas as vias de acesso, observaram-se limitações importantes na assistência em saúde mental, com destaque para relatos de interações com psiquiatras marcadas por falta de sensibilidade, minimização das queixas e, por vezes, atitudes de menosprezo. Tais experiências, longe de favorecerem a adesão terapêutica, tendem a intensificar o sofrimento, reafirmar estigmas historicamente construídos e aprofundar a tensão entre o ideal de cuidado integral e as práticas efetivamente oferecidas.

Nesse lugar atende [marcar consulta onde o plano cobre], acho que lá estavam com 2 [psiquiatras], primeiro fui em uma mulher, depois mudei porque quando eu estava com mais lesões dermatites geradas pela ansiedade], ela falou que as pessoas iam sair correndo de mim. porque iam achar que eu estava com sarna. Fiquei um tempo absurdo sem usar biquíni, porque a mulher falou que o povo ia pensar que eu estava com sarna. (E3F, 21 anos, estudante)

Outro entrevistado traz em sua fala como, mesmo no setor privado, o usuário encontra barreiras simbólicas e práticas que desautorizam sua experiência e deslocam a responsabilidade do sofrimento exclusivamente para o indivíduo.

Fui em dois psicólogos do plano de saúde, não foi legal e também fui em dois psiquiatras no plano e o rapaz me disse assim: “ah, eu também sou TEA, também tenho TDAH e resolvi minha vida”, eu só fui nessa consulta também. Ele virou e falou assim: “eu consegui ser médico” e eu falei “que bom”, então, saí, não voltei mais (E11M, 41 anos, historiador, professor e editor de livros).

As falas dos entrevistados evidenciam como a experiência com os planos de saúde, longe de representar um acesso ampliado e qualificado ao cuidado, reproduz formas de violência simbólica e desresponsabilização institucional. No primeiro relato, a psiquiatra utilizou uma metáfora estigmatizante, associando as lesões cutâneas à sarna que, ao invés de acolher e orientar, produziu vergonha, retraimento social e reforça o medo do julgamento. O impacto subjetivo dessa fala ultrapassou o episódio clínico, atingindo dimensões do cotidiano, como o uso do corpo em espaços públicos, e demonstra como o atendimento pode se tornar um elemento produtor de sofrimento.

Por sua vez, no segundo depoimento, o discurso do profissional deslocou a problemática do campo relacional e estrutural para o âmbito exclusivamente individual, mobilizando sua própria trajetória como exemplo de superação. Ao afirmar que “resolveu a vida” apesar do TEA e do TDAH e que, ainda assim, “conseguiu ser médico”, o psiquiatra reafirmou valores meritocráticos alinhados à racionalidade neoliberal, sugerindo que o sofrimento se deve a uma suposta incapacidade pessoal de administrar a própria condição. Esse movimento anulou a singularidade do entrevistado e reduziu o atendimento a um julgamento moral, rompendo a possibilidade de vínculo. As duas narrativas ilustram como o setor privado pode operar sob a mesma lógica tecnicista, produtivista e individualizante observada em outros contextos, oferecendo um cuidado que é formalmente acessível, mas subjetivamente distante.

No que se refere aos serviços públicos, a fala a seguir evidencia como a experiência do cuidado, ou a ausência dele, repercute diretamente nas estratégias cotidianas adotadas pelos usuários diante do adoecimento. O entrevistado expressa uma relação marcada pela desconfiança e pelo afastamento dos serviços públicos de saúde, revelando como a percepção de baixa resolutividade e de atendimento pouco responsivo produz formas de autocuidado baseadas na evitação institucional, mesmo quando isso implica permanecer em sofrimento. Assim, a preferência para buscar um local seguro para promoção do cuidado se restringe a segurança do lar.

[Prefiro ficar em] casa, por que pra mim que depende do SUS, se eu for na upa, por exemplo, no Crescêncio, eu não vou ser atendido muito cedo, vou ficar lá o tempo todo até melhorar. [...] Eu fiquei três horas rodando de um lado, naquele jardim do crescêncio (E.10M, 26 anos, *dropshipping*).

No sentido oposto, a fala do entrevistado, a seguir, evidencia que, ao mostrar como dispositivos informais, afetivos e comunitários se tornam, muitas vezes, as únicas formas de cuidado disponíveis, ainda que pouco reconhecidas pelos serviços formais de saúde.

As [terapias] não oficiais, muito essa questão de *comfort people*, pessoas que são confortáveis e que vão me acolher e que eu sinto, tipo assim, no ninho, abraçado, prático, junto e fique à vontade para deixar vocês para descompensar muito entre aspas assim, tipo para deixar seu transtorno correr e depois você volta. Às vezes, uma comida que é confortável, uma comida que me traz paz, às vezes, é um chocolate quente e tá um calor de matar (E.7M, 27 anos, enfermeiro).

As duas falas evidenciam dimensões distintas e, ao mesmo tempo, complementares do modo como o cuidado em saúde mental se organiza no contexto neoliberal. Na primeira [E7], o entrevistado descreve a experiência com o SUS como algo essencialmente centrado na lógica da espera e da estabilização mínima: “ficar até melhorar” e, em seguida, encerrar o atendimento. O cuidado aparece reduzido a uma intervenção pontual, episódica, orientada a mitigar sintomas imediatos, sem continuidade, vínculo ou construção de projetos terapêuticos mais amplos. Trata-se de um modo de funcionamento compatível com políticas que priorizam fluxo, produtividade e regulação do risco, mas que raramente contemplam as dimensões relacionais e existenciais do sofrimento.

Em contraste, a segunda fala [E7] desloca o foco para formas “não oficiais” de cuidado, que emergem fora das instituições e são ancoradas em afeto, proximidade e cotidiano. O entrevistado descreve redes de apoio informais – “pessoas-ninho”, comida que conforta, espaços em que é possível “descompensar” sem julgamento – como fundamentais para sustentar crises e produzir alívio. Esses recursos, embora frequentemente desqualificados como “não terapêuticos”, operam como práticas potentes de cuidado, construídas coletivamente e baseadas no pertencimento. O contraste entre as falas revela, assim, um paradoxo: enquanto o sistema formal oferece respostas rápidas, tecnicizadas e fragmentadas, os sujeitos recorrem a redes afetivas e comunitárias para obter aquilo que os serviços raramente entregam, como tempo, acolhimento, continuidade e reconhecimento da singularidade do sofrimento.

O neoliberalismo tende a dissolver vínculos e a transferir para os indivíduos a responsabilidade pela gestão de seus próprios riscos e sofrimentos, o que dificulta a construção de práticas sustentáveis de cuidado. Culturas baseadas em produtividade, excelência e competição colocam o trabalho acima do bem-estar, comprimindo o tempo destinado às relações, ao lazer, ao preparo de alimentos e ao descanso compartilhado (Sai *et al.*, 2024). Nesse cenário, há uma maior sensação de competição, menor conexão social, mais solidão e pior bemestar, em um clima que corrói a disponibilidade para simplesmente “estar com” alguém,

sem cálculo de utilidade (Becker; Hartwich; Haslam, 2021). Nos contextos urbanos, políticas neoliberais contribuem para a eliminação de espaços públicos, o desmonte de bairros populares e a substituição de sociabilidades locais por megaprojetos, zonas especiais, shopping centers e condomínios fechados, fragmentando o cotidiano e enfraquecendo redes de vizinhança (Brenner; Theodore, 2002; Brandão, 2017).

Paralelamente, privatizações e cortes em políticas sociais desmantelam equipamentos comunitários, como centros culturais, praças ativas e serviços de proximidade, transformando direitos em serviços pagos e restringindo o acesso àqueles que podem arcar com os custos (Souza *et al.*, 2020). Nos serviços de saúde mental, esse mesmo processo se expressa na precarização do trabalho, na alta rotatividade de profissionais e em redes pouco articuladas, produzindo atendimentos fragmentados, burocratizados e frequentemente desumanizados (Lima; Sampaio; Souza, 2023).

Nesse quadro mais amplo, a mesma lógica que reorganiza a vida social por metas, produtividade e eficiência passa a orientar também o cuidado, traduzindo experiências complexas em indicadores, protocolos e diagnósticos padronizados. Assim, sofrimentos singulares são enquadrados em categorias clínicas que, embora úteis à gestão do sistema, nem sempre conseguem capturar a densidade do viver. Ao mesmo tempo, a proliferação de classificações convive com a incerteza própria do saber, produzindo ambiguidades e controvérsias sobre o que efetivamente constitui “doença”, “transtorno” ou simples “variação” da vida psíquica. Para profissionais e usuários, esse encontro entre padronização e incerteza gera sentimentos de inadequação, dúvida e desconfiança quanto à capacidade da clínica de apreender a complexidade do sofrimento. É nesse cenário que a fala do entrevistado a seguir – médico – ganha relevo, pois evidencia a dificuldade de conciliar múltiplos diagnósticos, limites explicativos e a sensação de que, na saúde mental, as categorias disponíveis nem sempre dão conta do que se vive.

Só que as doenças mentais, como elas envolvem um supercomputador que é a nossa cabeça, que a gente tem várias coisinhas separadas que estão trabalhando sempre ao mesmo tempo. São coisas que é muito difícil você achar um meio termo que funciona para todo mundo e pronto, parou aí, sabe? Não gosto desses parâmetros de comparação para doença mental. Então, se você vira para mim e fala que uma pessoa é autista, tem TDAH, tem altas habilidades e sei lá, na infância, ela tem um transtorno opositor desafiador e tem traços disso, se todos esses problemas têm problemas em comum, quem é que me garante que isto não é outro problema, que não seja esses todos juntos, mas na verdade um ou 2 que se conversam e que geram todos esses sintomas, entendeu? Então, a saúde mental, para mim é uma área difícil de engolir. (E.5M, 27 anos, médico)

Abordar patologias sociais requer compreender essas condições não como reflexos de uma sociedade “saudável” ou “doente”, mas como categorias que descrevem modos específicos

de participação social. Nesse sentido, as questões clínicas não devem receber o estatuto de problemas autônomos, mas ser reinscritas dentro do sistema de circulação de valores que estruturam as diversas esferas da vida social, configurando um contínuo de implicações recíprocas (Safatle, 2024). Entender patologias como modos socialmente moldados de participação permite evitar tratar problemas clínicos enquanto entidades isoladas e incentiva a sua análise no contexto de valores e normas presentes em instituições como mercado, família, Estado e serviços de saúde (Laitinen; Sarkela, 2019).

As categorias diagnósticas, nesse sentido, devem ser questionadas quanto à sua utilidade social, às relações que reforçam ou invisibilizam, e aos interesses que servem (Lannamann; McNamee, 2019). O TDAH, por exemplo, não se configura somente como uma entidade “natural” ou homogênea do indivíduo, mas também como um construto socialmente produzido, moldado por critérios diagnósticos, práticas clínicas e expectativas de desempenho. O critério central de *impairment* evidencia que a manifestação do transtorno depende da interação entre indivíduo e as demandas do ambiente – ritmo escolar, pressão por performance e exigência de autocontrole prolongado – e não apenas de fatores neurobiológicos isolados (Banaschewski *et al.*, 2024).

Além disso, o TDAH se revela também como efeito de configurações sociais patogênicas, apresentando forte associação com a desvantagem socioeconômica, estresse familiar, pobreza e exclusão. Em muitos casos, o diagnóstico funciona como uma forma de nomear sofrimentos ligados a estresse crônico e vulnerabilidade social (Erlandsson *et al.*, 2022). Embora haja evidências consistentes de bases neurodesenvolvimentais e de prejuízos reais na vida escolar, laboral e relacional, tais impactos são amplificados ou atenuados pelas normas sociais, políticas públicas e desigualdades estruturais (Ros; Graziano, 2018). Assim, pensar o TDAH como uma patologia social implica reconhecê-lo como um ponto de atrito entre a neurodiversidade individual e um sistema social que impõe modos estreitos de atenção, conduta, tempo e produtividade, evidenciando a interdependência entre fatores neurobiológicos e determinantes sociais (Banaschewski *et al.*, 2024).

Nesse sentido, categorias diagnósticas como TDAH funcionam como instrumentos que organizam, classificam e legitimam determinados modos de desempenho e conduta, mas também obscurecem a compreensão das causas sociais que contribuem para o sofrimento. Reconhecer essas dimensões sociais implica repensar tanto a prática clínica quanto às políticas de saúde, incorporando uma abordagem que articule cuidado individual e transformação estrutural, evitando que a psicologização da vida e a medicalização do sofrimento naturalizem desigualdades e deslocamentos de responsabilidade do coletivo para o indivíduo. Em última

instância, considerar o sofrimento como patologia social é um convite a compreender a saúde mental não apenas como um fenômeno clínico, mas como um reflexo das condições de vida, das estruturas de poder e das relações sociais que estão imbricados no cotidiano dos indivíduos.

Psicofármacos na produção do cuidado e na gestão da vida

As reflexões apresentadas acerca da patologização da vida, à primeira vista, podem ser equivocadamente interpretadas como uma recusa ao acesso a serviços de saúde mental e ao uso de tratamentos medicamentosos. No entanto, tal perspectiva não implica a rejeição dessas ferramentas, que permanecem úteis para a promoção do bem-estar e devem integrar as políticas públicas de cuidado em saúde mental. O que se coloca em questão é o reconhecimento de seus limites e da insuficiência de respostas exclusivamente biomédicas para abarcar a complexidade do sofrimento humano.

A medicalização, nesse contexto, pode emergir como um gesto de sobrevivência em uma sociedade que ainda encontra dificuldades em acolher a singularidade sem convertê-la em patologia. Assim, ao assumir a posição de pesquisadora que faz uso de medicamentos psiquiátricos, não se evidencia uma contradição, mas a recusa a uma simplificação reducionista da vida e do sofrimento.

À luz dessa compreensão, observa-se que os entrevistados recorreram ao uso de medicações como estratégia para manejar sintomas e adequar-se às normativas sociais vigentes. Entre os fármacos mais mencionados destacam-se a lisdexanfetamina (Venvanse) e o metilfenidato (Ritalina). A lisdexanfetamina, em particular, foi descrita como a medicação mais eficaz no controle dos sintomas do TDAH, sobretudo por promover uma sensação de silenciamento quase completo da mente, favorecendo o foco e a disposição. Contudo, a continuidade do tratamento mostra-se limitada pelo alto custo do medicamento, o que dificulta sua manutenção e evidencia as desigualdades de acesso ao cuidado farmacológico.

Me sentia muito funcional com a ritalina, mas o venvanse, não sinto que tem algo, sabe? Simplesmente vejo que liguei, falo que ligo na tomada e vou. Com a ritalina parecia que entrava em um transe, fazia, fazia, produzia, produzia, produzia e depois saía e aí, tinha que tomar outro comprimido com 4, 5, 6 horas. A ritalina, subia o mais rápido que o venvanse e sentia descer mais rápido. O venvanse, às vezes, me programo para tomar 9 da manhã para eu funcionar até às 9 da noite. (E.7M, 27 anos, enfermeiro)

O entrevistado descreve de maneira minuciosa os efeitos subjetivos e funcionais do uso de diferentes psicofármacos no manejo do TDAH, expondo como a experiência medicamentosa é percebida no cotidiano. Ao comparar o metilfenidato e a lisdexanfetamina, o participante destacou diferenças marcantes tanto na intensidade quanto na temporalidade dos efeitos. O

metilfenidato foi associado a um estado de hiperfuncionalidade momentânea, descrito metaforicamente como um “transe”, no qual há aumento expressivo da produtividade, seguido por uma queda abrupta que demanda nova administração do medicamento após algumas horas. Esse movimento de “subida” e “descida” rápida sugere um efeito mais intenso, porém menos estável, que fragmenta o dia em ciclos sucessivos de desempenho e interrupção.

Em contraste, a lisdexanfetamina foi narrada como um fármaco de ação mais contínua e menos perceptível, cuja eficácia não se expressa por sensações corporais intensas, mas por uma ativação funcional sustentada ao longo do dia. A metáfora de “ligar na tomada” demonstrou uma integração quase automática entre o entrevistado e sua capacidade de agir, sem a experiência de picos ou rupturas abruptas. O planejamento do horário de uso, “tomar às 9 da manhã para funcionar até às 9 da noite”, revelou a incorporação do medicamento à organização temporal da vida cotidiana, reforçando sua função como tecnologia de regulação do desempenho e da produtividade. De modo geral, o relato demonstra que a avaliação do medicamento não se restringe à redução de sintomas clínicos, mas envolve critérios como previsibilidade, duração do efeito e impacto na capacidade de sustentar atividades ao longo do dia. A experiência descrita aponta para uma medicalização que se articula diretamente às exigências de funcionalidade contínua, mostrando como o uso de psicofármacos se insere na gestão do tempo, do corpo e da produção na vida adulta.

Além dos psicoestimulantes amplamente utilizados no manejo do TDAH, os entrevistados também relataram o uso da atomoxetina (Atentah), medicamento recentemente incorporado ao mercado brasileiro, com início de comercialização em 2023. Diferentemente do metilfenidato e da lisdexanfetamina, ambos classificados como psicoestimulantes e associados ao aumento da disposição, foco e rendimento, a atomoxetina é um fármaco de ação não estimulante, com perfil antidepressivo, frequentemente indicado em casos de TDAH associado a quadros de ansiedade.

Nos relatos, a atomoxetina aparece como uma alternativa com efeitos percebidos como mais sutis, especialmente quando comparada aos estimulantes, o que aponta para diferentes expectativas e critérios de avaliação da eficácia terapêutica por parte dos usuários, bem como para a necessidade de adequação do tratamento às demandas subjetivas e contextuais de cada indivíduo. Essa diferenciação entre os efeitos das medicações se expressa de forma clara na fala do entrevistado a seguir, que reconhece melhora clínica com o uso da atomoxetina, embora identifique uma percepção de maior efetividade inicial com a ritalina. Ao relatar a interrupção do psicoestimulante devido à diminuição progressiva dos efeitos ao longo do tempo, o participante evidencia tanto os limites da resposta medicamentosa quanto a importância de

ajustes terapêuticos contínuos, especialmente em contextos de exigência acadêmica e emocional, como o ingresso em um cursinho preparatório.

[Atomoxetina] Ainda tenho algumas dificuldades, mas, com o tratamento, está bem melhor. Não vou negar que, com a Ritalina, os sintomas pareciam menores, como se tivesse uma efetividade maior. Só que parei porque a efetividade [da ritalina] começou a cair com o tempo, e comecei a fazer o tratamento [da atomoxetina] junto com o cursinho. (Ent. 14M, 20 anos, estudante)

Entre os entrevistados que fizeram uso da lisdexanfetamina, observou-se que, embora a medicação tenha produzido um efeito inicial intenso, esse resultado não se manteve ao longo do tempo. O primeiro contato com o medicamento foi descrito como altamente eficaz, gerando aumento significativo de disposição, energia e produtividade, o que levou à expectativa de que aquela seria a solução definitiva para suas dificuldades. No entanto, a rápida perda de efeito nos dias subsequentes produziu estranhamento, frustração e insegurança em relação ao tratamento. Essa oscilação atesta como a experiência medicamentosa é vivida de forma concreta no cotidiano, marcada por tentativas, expectativas e interpretações próprias sobre o funcionamento do fármaco. A fala a seguir ilustra esse percurso ao descrever o contraste entre o impacto inicial do uso da lisdexanfetamina e a ausência de efeito percebida logo em seguida. Além disso, a surpresa diante da mudança abrupta e a suspeita de erro no fracionamento do medicamento revelam não apenas a centralidade atribuída à medicação como recurso de manejo do sofrimento, mas também a dificuldade em compreender e sustentar um tratamento quando seus efeitos não correspondem às expectativas criadas, reforçando a sensação de instabilidade no cuidado.

O venvanse tá aqui, acho que é trinta agora, comprei um de setenta e pedi para fracionar. Aí, no primeiro dia que tomei esse remédio, fiquei doido, fiz toda a limpeza da casa numa manhã e do jeito que faço, mas limpou tudo, aí falei “pronto, achei o remédio que vai salvar a minha vida”. No dia seguinte, tomei, tomei, tomei, tomei nada, aí, eu ainda fiquei assim, “será que quando fracionaram botaram um placebo aí, alguma coisa?”. (E.11M, 41 anos, historiador, professor e editor de livros)

As falas dos entrevistados indicam que o uso de psicofármacos no TDAH ultrapassa a adesão estrita às prescrições formais, configurando uma farmacologia construída no corpo e no cotidiano. Os sujeitos relataram testar doses, ajustar horários, relacionar efeitos a contextos específicos e negociar continuamente entre alívio sintomático, desempenho esperado e preservação de uma sensação de autenticidade. Esse saber experiencial, produzido na vida diária, constitui um elemento central para a construção de um cuidado efetivamente compartilhado, uma vez que desloca o usuário da posição passiva de “seguimento da bula” para a de agente ativo na gestão do tratamento. Nesse processo, os psicofármacos aparecem não apenas como recursos terapêuticos, mas também como ferramentas de autorregulação

emocional e de conformação de um eu percebido como responsável, funcional e auto gerível (Choudhury; McKinney; Kirmayer, 2015). Assim, a medicação passa a mediar a relação do sujeito com as normas sociais, traduzindo queixas difusas em uma identidade de “transtorno tratável” e organizando práticas de autocontrole, monitoramento emocional e adesão terapêutica como valores morais associados ao cuidado de si (Howe *et al.*, 2025).

Entretanto, a eficácia percebida do tratamento farmacológico pode diminuir ao longo do tempo. O uso mais prolongado tende a apresentar reduções graduais no efeito terapêutico, possivelmente associadas a processos de adaptação neurobiológica e à natureza não estática do TDAH, marcado por períodos de remissão e recorrência sintomática. Ainda assim, a interrupção abrupta das medicações costuma resultar em piora rápida dos sintomas, indicando que o fármaco permanece ativo, mesmo quando há a percepção de menor intensidade de seus efeitos ao longo do uso (Handelman; Sumiya, 2022).

Entretanto, nem todos os entrevistados relataram adaptação positiva ao uso do metilfenidato. As experiências narradas indicam que a resposta aos psicoestimulantes é profundamente atravessada por condições clínicas associadas, como os transtornos de ansiedade, bem como por sensibilidades corporais específicas. Nesses casos, a medicação, ao invés de promover organização psíquica e funcionalidade, pode intensificar sensações de desconforto, hiperestimulação e perda de controle corporal. Essa heterogeneidade nas vivências reforça a necessidade de considerar o sofrimento em sua singularidade, especialmente quando o uso de psicoestimulantes ocorre em contextos marcados por comorbidades ansiosas, como exemplifica a fala a seguir.

Foi horrível com a Ritalina; porque minhas vistas são muito sensíveis à luz, a tudo. Parecia que [meus olhos] iam pular para fora, parecia que eu tomava bala [*ecstasy*] (E.4F, 27 anos, estudante)

A fala da entrevistada descreve uma experiência marcadamente negativa com o uso do metilfenidato, centrada sobretudo na intensificação das sensações corporais e sensoriais. O desconforto foi expresso por meio de imagens fortes, como a sensação de que os olhos “pareciam pular para fora”, o que evidenciou uma vivência de hiperestimulação visual e perda de controle sobre o próprio corpo. A comparação com o uso de “bala (*ecstasy*)” reforçou a percepção de um estado alterado de consciência, associado a excitação excessiva e estranhamento, distante da expectativa de organização psíquica ou alívio do sofrimento. O relato também explicitou como a sensibilidade prévia da entrevistada à luz e aos estímulos ambientais funcionou como um elemento central na forma como a medicação foi experimentada. Em vez de promover foco e funcionalidade, o metilfenidato parece ter

amplificado a percepção sensorial, produzindo sofrimento físico e psicológico. Essa experiência contribuiu para a rejeição da medicação e aponta para os limites de uma abordagem farmacológica padronizada, especialmente em contextos marcados por ansiedade e hipersensibilidade corporal.

Em termos farmacológicos, o metilfenidato compartilha com outras substâncias estimulantes um conjunto de efeitos fisiológicos e subjetivos que ajudam a compreender por que sua ação pode ser vivenciada de maneira ambígua ou mesmo aversiva por determinados sujeitos. Em doses mais elevadas, tanto o metilfenidato quanto o MDMA (metilenodioximetanfetamina ou, popularmente, *ecstasy*) estão associados ao aumento da pressão arterial e da frequência cardíaca, além de produzirem sensações de estimulação, energia e intensificação do estado de alerta, compondo um núcleo de efeitos do tipo anfetamínico (Dolder *et al.*, 2018).

A experiência com o metilfenidato, entretanto, não pode ser compreendida como uniforme ou previsível, o que tensiona a lógica dos protocolos clínicos baseados em respostas médias e perfis idealizados dos indivíduos. A pressuposição de que a medicação atuará de maneira semelhante em todos os corpos desconsidera diferenças subjetivas, sensoriais e diagnósticas que atravessam o uso dos psicoestimulantes, sobretudo em contextos de comorbidade, como nos casos em que o TDAH se sobrepõe a quadros de ansiedade. Nesses cenários, os efeitos estimulantes da substância podem não apenas deixar de produzir alívio, mas intensificar estados de hiperexcitação, desconforto corporal e sofrimento psíquico. A clínica orientada por diretrizes rígidas e esquemas terapêuticos padronizados tende, assim, a invisibilizar experiências que escapam ao “perfil esperado” de resposta medicamentosa, tratando-as como exceções, exageros ou falhas individuais, em vez de reconhecê-las como expressão legítima da diversidade dos modos de adoecer e responder ao tratamento. Tal dinâmica evidencia os limites de uma abordagem que privilegia a normatividade farmacológica em detrimento de uma escuta clínica sensível às singularidades do corpo, da história e das condições psíquicas de cada sujeito.

Além das medicações tradicionalmente associadas ao tratamento do TDAH, como o metilfenidato e a lisdexanfetamina, alguns entrevistados relataram experiências com fármacos utilizados de forma *off label*, entre esses medicamentos, destaca-se o modafinil. A fala a seguir explicita como tais expectativas nem sempre se traduzem em experiências terapêuticas positivas, revelando os limites do modafinil enquanto estratégia de manejo do TDAH e reforçando a necessidade de considerar a singularidade dos corpos, dos sintomas e das trajetórias clínicas.

Para mim, o que não funcionou foi o modafinil, porque ele não é para TDAH, pelo menos não para o meu nível de TDAH. Segundo o meu psiquiatra, algumas pessoas podem responder bem ao tratamento, mas assim, a indicação do modafinil era para narcolepsia, pois ele é considerado como um neurotrópico para poder deixar a pessoa mais inteligente, mas isso é mentira, não faz nada disso, ele te deixa um pouco mais acordada, mas em troca de você sente uma dor de cabeça infernal, que dá vontade de morrer. (E.1F, 28 anos, engenheira de *software*).

A entrevistada descreve uma experiência negativa com o uso do modafinil (Stavigile), apontando sua ineficácia para o manejo do TDAH em seu caso específico. O relato informa a percepção de inadequação do fármaco ao “nível” de seu transtorno, ao mesmo tempo em que reconhece a variabilidade de resposta entre os pacientes, conforme orientação médica. A fala também problematiza o discurso que associa o modafinil a um suposto aumento da inteligência, contrapondo essa expectativa aos efeitos vivenciados, limitados ao aumento da vigília acompanhado de efeitos adversos intensos, como cefaleia incapacitante. Dessa forma, o depoimento reforça os limites do uso do modafinil fora de sua indicação original e destaca a centralidade da experiência subjetiva na avaliação da eficácia terapêutica.

O modafinil é classificado como um estimulante atípico, com ação dopaminérgica relativamente discreta e perfil farmacológico predominantemente voltado à regulação da vigília e do ciclo sono-vigília, sendo sua principal indicação clínica a narcolepsia, e não o manejo dos sintomas centrais do TDAH, como inatenção e impulsividade, que são mais diretamente modulados por fármacos como o metilfenidato e as anfetaminas (Rowley *et al.*, 2014).

Evidências em adultos indicam que anfetaminas, metilfenidato, bupropiona e atomoxetina apresentam superioridade em relação ao placebo no tratamento do TDAH, enquanto o modafinil não demonstrou eficácia significativa, além de estar associado a maior probabilidade de descontinuação do tratamento em decorrência de efeitos adversos (Cortese *et al.*, 2018). Ensaios clínicos com modafinil em adultos com TDAH são escassos, envolvem amostras reduzidas e apresentam resultados inconsistentes, de modo que, quando analisados em conjunto, o efeito médio observado aproxima-se de zero (Elliott *et al.*, 2020). Embora diretrizes clínicas sejam construídas a partir de evidências populacionais, elas não capturam plenamente a variabilidade individual das respostas farmacológicas, exigindo que a prescrição seja continuamente ajustada ao julgamento clínico e às circunstâncias singulares de cada paciente (Murad, 2017). Nesse contexto, o TDAH se caracteriza por ampla heterogeneidade terapêutica, tanto em relação à dose ótima quanto à tolerabilidade e aos efeitos adversos dos medicamentos utilizados (Farhat *et al.*, 2022).

Nessa mesma direção, um dos entrevistados relatou a experiência com a associação de anfetamina e dextroanfetamina (Adderall), fármaco cujo uso é proibido no Brasil em razão de

seu elevado potencial de abuso e dependência. A menção a essa substância emerge articulada à percepção de melhora expressiva de desempenho, descrita como superior, inclusive, aos efeitos atribuídos à lisdexanfetamina, medicação amplamente reconhecida, tanto na literatura quanto entre os entrevistados, como uma das principais referências no manejo farmacológico do TDAH. Esse relato reforça a complexidade das experiências medicamentosas e ressalta como a noção de “melhora” é atravessada por expectativas de performance, produtividade e funcionalidade, que nem sempre se alinham aos parâmetros de segurança e regulação do cuidado.

Já tomei Adderall uma vez, é outro nível, parece que você está flutuando o tempo inteiro assim, você é onisciente, onipresente, você fica andando por aí, flutuando, é incrível e faz todo o sentido, porque virou uma febre nos Estados Unidos. A Anvisa é muito rígida. Eles são muito assim, criteriosos a respeito do que pode e o que não pode (E.5M, 27 anos, médico)

A fala do entrevistado constrói uma narrativa fortemente marcada pela intensidade da experiência subjetiva com o Adderall, descrita em termos de elevação contínua do estado de funcionamento, expansão da consciência e sensação de potência quase ilimitada. As metáforas de “flutuar”, “onisciência” e “onipresença” sugeriram não apenas melhora de atenção ou foco, mas uma vivência de hiperdesempenho e excepcionalidade, na qual o corpo e a mente parecem operar acima de seus limites habituais. Essa descrição aproximou o efeito da medicação de uma experiência euforizante e reforça seu potencial de reforço positivo, o que ajuda a compreender por que o entrevistado associou diretamente tais efeitos à popularização do Adderall nos Estados Unidos. Ao mencionar a rigidez da Anvisa, o relato deslocou a experiência individual para o campo das políticas regulatórias, contrapondo a percepção de eficácia e prazer ao controle estatal sobre substâncias com alto potencial de abuso e dependência. Assim, a fala explicitou a tensão entre a busca por desempenho máximo, a sedução farmacológica da produtividade e os limites ético-sanitários impostos pela regulação, revelando como o uso de estimulantes se inscreve em disputas mais amplas entre autonomia individual, mercado e proteção coletiva.

O Adderall consiste em uma combinação de sais mistos de anfetamina (dextroanfetamina e levoanfetamina), atuando como potente estimulante do sistema nervoso central. Aprovado em alguns países para o tratamento do TDAH e da narcolepsia, seu mecanismo de ação baseia-se no aumento da disponibilidade de dopamina e noradrenalina, o que favorece a vigília, a motivação e o comportamento orientado a metas (Faraone, 2018). Em razão de seu elevado potencial de abuso e dependência, o fármaco é classificado como substância controlada, sendo amplamente documentado o seu uso não prescrito, especialmente

entre estudantes universitários e de cursos da área da saúde, como estratégia para intensificar o rendimento acadêmico e prolongar estados de alerta (Weyandt *et al.*, 2016).

Nesse contexto, as experiências narradas pelos entrevistados evidenciam que o uso de psicofármacos não se reduz a uma imposição externa ou a um consumo acrítico, mas envolve processos reflexivos nos quais os sujeitos ponderam riscos, perdas e ganhos à luz de seus próprios projetos de vida. A medicalização, embora permeada por lógicas produtivistas e normativas, é também apropriada de forma pragmática por aqueles que buscam minimizar o sofrimento e sustentar alguma qualidade de vida em um cotidiano marcado por exigências contínuas de desempenho e autorregulação. Assim, o recurso à medicação aparece menos como sinal de passividade e mais como uma escolha situada, negociada e, por vezes, ética, na qual o indivíduo avalia o que está disposto a suportar, inclusive efeitos adversos e uso prolongado, em troca de maior estabilidade, funcionalidade e bem-estar. É nesse registro que se insere a fala a seguir, que explicita uma tomada de posição consciente diante do tratamento medicamentoso e antecipa a crítica ao estigma e ao preconceito ainda associados ao uso contínuo de psicofármacos.

Se for pra tomar sempre, beleza, se é isso que tenho que fazer para ter qualidade de vida até o final da minha vida, tudo bem. Qual o problema de ter que tomar? Não é melhor que ter esse prejuízo de tomar [medicação] e ter alguns prejuízos, mas viver uma vida leve, com qualidade, do que viver uma vida descompensada só “Ah, mas pelo menos não tomo remédio”, de nada adianta, porque não tomar remédio, não ter qualidade de vida, não serve para nada. Então, o que sempre digo é, não tenha preconceito. (E.7M, 27 anos, enfermeiro).

A fala do entrevistado expressa uma defesa enfática do uso de psicofármacos como recurso legítimo para a manutenção da qualidade de vida, ao deslocar o debate do eixo moral entre “tomar ou não tomar remédio” para uma avaliação pragmática do sofrimento e do bemestar possível. Ao afirmar que preferia conviver com os “prejuízos” do uso contínuo da medicação a permanecer em uma vida “descompensada”, o entrevistado confrontou diretamente o estigma que associa o tratamento medicamentoso à fraqueza, dependência ou fracasso pessoal.

Trata-se, portanto, de uma posição que não nega a medicalização em si, mas a ressignifica como estratégia de cuidado diante de condições concretas de vida que tornam o sofrimento difícil de manejar sem suporte farmacológico. No entanto, essa mesma fala permite uma problematização crítica quando situada no contexto mais amplo das racionalidades biomédicas e neoliberais que organizam o cuidado em saúde mental. Ao assumir que “tomar sempre” pode ser o preço inevitável para viver com qualidade, corre-se o risco de naturalizar a dependência farmacológica como única via possível de regulação do sofrimento, deslocando o

foco das condições sociais, econômicas e políticas que o produzem. Nesse sentido, o uso contínuo de medicamentos pode operar como tecnologia de biocontrole, ajustando corpos e subjetividades às exigências de produtividade, estabilidade emocional e desempenho, sem que as estruturas que geram adoecimento sejam efetivamente questionadas.

Assim, a crítica aqui proposta não se dirige à utilização das medicações, que permanecem fundamentais e, muitas vezes, indispensáveis, mas à transformação dos sujeitos em usuários passivos de protocolos farmacológicos, destituídos de participação ativa na definição do cuidado. Tornar-se coautor do tratamento implica reconhecer os limites da intervenção medicamentosa e reivindicar que a qualidade de vida não seja reduzida à estabilidade sintomática. Isso exige tensionar os dispositivos de regulação que operam sobre os corpos e disputar políticas públicas que garantam condições materiais de existência: moradia digna, alimentação adequada, jornadas de trabalho compatíveis com a vida, remuneração justa, acesso ao lazer e, sobretudo, tempo livre para viver. Sem essas condições, o medicamento corre o risco de funcionar apenas como paliativo, sustentando a adaptação individual a um mundo estruturalmente adoecedor, em vez de compor um cuidado verdadeiramente emancipatório.

“Driblando o caos”: estratégias cotidianas de autorregulação, adaptação ambiental e ressignificação do viver com TDAH

Nesta subcategoria, os entrevistados relataram formas que encontraram para tentar manejar e driblar algumas dificuldades vividas por conta do TDAH. Em síntese, compreender como viver melhor com o TDAH significa realizar várias tentativas até encontrar uma que se adeque melhor.

Pessoas com TDAH frequentemente relatam dificuldades associadas a um padrão crônico e excessivo de procrastinação, caracterizado pela incapacidade de iniciar tarefas até que se tornem urgentes (Kofler *et al.*, 2018). Observa-se, também, uma tendência a maior engajamento em projetos de curto prazo e, em contrapartida, dificuldade em sustentar o esforço em atividades que exigem dedicação prolongada, especialmente aquelas que envolvem produção textual (Tucha *et al.*, 2017; Babajanyan *et al.*, 2023). Além disso, destacam-se o apego acentuado a memórias antigas, a dificuldade em recordar acontecimentos recentes e a limitação em regular as próprias ações - expressa pela impulsividade na fala, nos comportamentos e até nos processos de pensamento (Brown; Kennedy, 2019). *Grosso modo*, a literatura ainda carece de estudos robustos que investiguem estratégias alternativas à medicação e à psicoterapia no manejo dos sintomas do TDAH em adultos, sendo que as principais evidências disponíveis permanecem concentradas em populações infantis.

O comprometimento das funções executivas, especialmente inibição, planejamento, monitoramento e memória de trabalho, compõem o principal fator explicativo da procrastinação e das falhas de autorregulação em adultos com TDAH. Essa dificuldade atua como mediadora entre os sintomas do transtorno e os prejuízos funcionais, impactando na redução do bem-estar (Babajanyan *et al.*, 2023). Consequências disso são observadas em atividades que exigem a escolha entre recompensas pequenas e imediatas ou maiores e adiadas que, por meio de uma menor ativação no córtex pré-frontal dorsolateral, no giro frontal superior, no núcleo caudado e no cerebelo adultos com TDAH evidenciam um menor recrutamento dos circuitos neurais responsáveis pelo autocontrole e pelo planejamento (Ortiz *et al.*, 2015). Além disso, o sistema dopaminérgico, especialmente nas vias mesocortical e mesolímbica, regula motivação e aprendizado por recompensa. Em adultos com TDAH, disfunções nesses circuitos reduzem a sensibilidade a recompensas futuras e favorecem uma “motivação dependente de urgência”, em que o engajamento ocorre apenas diante de reforço imediato ou pressão temporal (Speranza *et al.*, 2021).

Assim, adultos com TDAH relatam com frequência a experiência de saber exatamente o que precisa ser feito, mas não conseguem iniciar ou completar tarefas. O gap entre “saber o que fazer” e “conseguir fazer” está ligado à incapacidade de mobilizar mecanismos de regulação executiva suficientes para transformar a intenção em execução consistente, o que explica a procrastinação e a tendência a focar apenas em tarefas com urgência evidente (Mostert *et al.*, 2015). A memória de trabalho e a capacidade de formar novas lembranças são prejudicadas, levando a um padrão de maior apego a memórias antigas e esquecimento de eventos recentes, esse padrão está associado. Isso diferencia o TDAH de quadros como o comprometimento cognitivo leve, onde o problema central é o armazenamento, não a codificação.

O desenvolvimento de estratégias de enfrentamento requer o fortalecimento de competências como autocontrole, autoconhecimento, tomada de decisão e resolução de problemas, que compõem um repertório fundamental para o autogoverno do indivíduo. Tais habilidades favorecem uma gestão mais eficaz das atividades em função do tempo disponível e ampliam a assertividade na resolução de problemas, considerando as múltiplas variáveis que interferem no próprio comportamento (Michelato-Yoshiy; Kienen, 2018).

Nesse sentido, os entrevistados relataram as estratégias às quais melhor se adaptaram, destacando o planejamento de uma rotina e a organização do ambiente como formas centrais de favorecer a execução de tarefas. Essas práticas contribuíram para reduzir distrações e facilitar a visualização e priorização das demandas cotidianas (E1, E3, E5, E7, E14). Além disso,

ênfâtizaram a importância de reconhecer a dinâmica dos espaços e adequar os compromissos à realidade vivenciada. Assim, apontaram que rotinas com maior flexibilidade se mostraram mais compatíveis com seu modo de funcionamento, priorizando a conclusão das atividades em detrimento do cumprimento rigoroso de horários (E1, E13, E14).

Principalmente me organizando com antecedência, pelo esquecimento, principalmente, eu acabo fazendo uma agenda em um quadro de anotações de coisas para fazer, e a minha rotina é checar o quadro todo dia. A parte positiva é que, quando está no quadro, acabo não esquecendo, é muito bom (E.14M, 20 anos, estudante).

Os entrevistados demonstraram que a criação de rotinas e a organização do ambiente não são apenas medidas práticas, mas também uma intermediação entre a busca de autonomia e as limitações da manutenção da atenção (E1, E2, E7, E14). A criação de quadros de anotações, listas e rotinas visuais surgem como estratégia de compensação diante à tendência ao esquecimento, permitindo maior previsibilidade e sensação de controle. Simultaneamente, os entrevistados tiveram uma ambivalência em relação à rotina rígida e a necessidade de equilíbrio entre estrutura e flexibilidade, enquanto alguns entrevistados encontram na repetição um recurso para reduzir a sobrecarga cognitiva (E1, E12, E14), outros percebem o excesso de padronização como fator de desmotivação e cansaço. Essa dualidade indica que a eficácia das estratégias organizacionais depende menos da rigidez do planejamento e mais da capacidade de ajustá-lo às variações internas de foco, energia e interesse (E6, E9, E13).

Não gosto de rotina para algumas coisas, para outras coisas, sou muito dependente de rotina, sou dependente de rotina dentro de casa, tudo tem que ser no mesmo horário. [No trabalho] fica maçante, aí, não aguento (E.13F, 22 anos, farmacêutica).

Por esse prisma, outros aspectos relacionados à gestão organizacional também podem favorecer um melhor gerenciamento das rotinas diárias, como estabelecer horários regulares para alimentação, sono, trabalho e lazer, além de manter listas de tarefas e reduzir estímulos externos que provoquem distração (Ginapp *et al.*, 2022). Para os entrevistados, uma das estratégias mais eficazes nesse sentido foi a atenção à alimentação, uma vez que, em momentos de hiperfoco ou dispersão, relataram com frequência esquecer de comer. Assim, desenvolver horários fixos para as refeições mostrou-se um recurso importante para estruturar a rotina, auxiliando na organização temporal das atividades e na redução de comportamentos procrastinatórios ou impulsivos (E1, E2, E5, E6, E7, E9). A regularidade alimentar foi percebida não apenas como um cuidado físico, mas também como uma prática de autorregulação emocional, capaz de proporcionar equilíbrio e previsibilidade ao cotidiano. Essa atenção aos pequenos hábitos cotidianos revela como estratégias aparentemente simples podem

atuar como âncoras de estabilidade, conferindo à pessoa maior senso de controle sobre aspectos que antes se apresentavam como caóticos ou imprevisíveis.

Eu acho que isso é uma das coisas que são positivas é a parte de alimentação, é outra que eu acho que faz sentido você manter pelo menos um horário regular. Então a qualidade da refeição é mais interessante em outros aspectos da vida, mas a regularidade de refeição em horários específicos é mais importante. Se eu sentar entre meio-dia e 1 hora, é a hora de almoçar. Então eu sei que eu separo os meus horários, para que entre esse horário e eu tenha disponibilidade para comer (E.5M, 27 anos, médico).

Os entrevistados demonstraram que uma estruturação de horários fixos para as refeições ultrapassava a dimensão fisiológica e assumia um papel regulador no campo emocional e comportamental. A organização alimentar apareceu como um exercício de autogoverno, em que se aprende a reconhecer seus limites, antecipar gatilhos e intervir preventivamente sobre comportamentos automáticos, como a compulsão alimentar (E1, E2, E5, E6, E7, E9). Nesse sentido, a atenção à rotina alimentar expressa um esforço consciente de transformar aspectos cotidianos em instrumentos de autorregulação, permitindo aos entrevistados recuperarem uma sensação de previsibilidade diante do caráter frequentemente imprevisível do próprio funcionamento psíquico e da rotina. Esse movimento também demonstra uma ampliação da percepção de si, na medida em que o controle sobre o tempo das refeições se converte em um marcador de controle sobre o tempo interno, favorecendo a integração entre corpo, emoção e ação.

Sinto que vai atacar a impulsividade com a comida, eu começo a fracionar a minha alimentação para evitar ficar períodos de recessão alimentar para evitar uma fome absurda e não aparecer uma compulsão alimentar, então é sempre retirar os estímulos, os gatilhos para as impulsividades (E.6M, 28 anos, nutricionista).

Devido a uma percepção ampliada e atenção a vários estímulos, os entrevistados relataram que utilizar protetores auriculares, fones de ouvido ou música pode ajudar a isolar barulhos externos. Com isso, os participantes conseguiam focar em uma atividade que exigia maior concentração (E1, E2, E3, E4, E11).

Gosto de usar fone de ouvido, bloquear algum barulho externo, sabe? Mas sinto muito isso, que é meio que a velocidade na cabeça da gente, sabe que dá para perceber o mundo assim em volta. [...] Acho que a coisa que mais me ajuda é o fone de ouvido, que eu já vi que muita gente acha que atrapalha (E.3F, 21 anos, estudante).

Normalmente a minha estratégia é sair um pouco do meio de pessoas, ficar um pouco fora da sociedade nesses dias ou então colocar uma música no ouvido já que não tenho tampão. Percebi que esses ruídos de fundo me deixam muito estressada. [...] Não consigo ficar no mesmo ambiente com som repetitivo (E.4F, 27 anos, estudante e social media).

Indivíduos com TDAH apresentam níveis significativamente mais elevados de sensibilidade sensorial, busca e evitação de estímulos, além de baixo registro sensorial. Esses padrões, embora usualmente negligenciados nas diretrizes clínicas, representam dimensões “extra-executivas” que influenciam de modo tangível o funcionamento cotidiano, especialmente no que se refere a capacidade de filtrar ruídos ambientais, modular a atenção e manter o foco em contextos de alta estimulação (Jurek *et al.*, 2025). Diante disso, estratégias como o uso de música, ruído branco ou protetores auriculares podem ser entendidas como formas de autorregulação sensorial, utilizadas para diminuir distrações e regular o nível de excitação necessário ao desempenho das tarefas. Em atividades simples ou repetitivas, tais estímulos tendem a favorecer o foco, porém, em contextos de maior complexidade cognitiva, podem intensificar a distração ou a sobrecarga sensorial, evidenciando a necessidade de ajuste individualizado às demandas ambientais (Martin-Moratinos *et al.*, 2023).

Nessa perspectiva, a música pode funcionar como uma estratégia de regulação atencional e emocional, atuando na canalização do foco, na redução de estímulos externos indesejados e na modulação de estados afetivos, contribuindo para o equilíbrio do humor e o aumento da motivação, além de favorecer processos criativos. Para alguns adultos com TDAH, a estrutura rítmica e a previsibilidade sonora parecem auxiliar na manutenção da atenção e na ancoragem no tempo presente (Ghetti *et al.*, 2024). Essa prática demonstra um reconhecimento dos próprios limites e a adoção de estratégias ativas de auto regulação ambiental, sendo vista como uma resposta adaptativa e funcional às dificuldades atencionais. Contudo, apesar de sua eficácia, tais estratégias podem favorecer uma dependência de contextos sensorialmente controlados, restringindo a capacidade de manutenção do foco e do desempenho em ambientes imprevisíveis ou excessivamente estimulantes (Achuthan; Khobragade, 2025). Assim, os relatos dos participantes evidenciam um processo de autoconhecimento e experimentação na busca por ferramentas de autorregulação, em que a música emerge não apenas como um recurso de lazer, mas como um dispositivo de mediação cognitiva e emocional, capaz de favorecer o engajamento em tarefas e promover bem-estar subjetivo.

Os entrevistados mencionaram, ainda, o uso das redes sociais como um importante potencializador de distrações, em razão da multiplicidade de estímulos e formas de entretenimento disponíveis em um mesmo espaço virtual. Tal característica favorecia a dispersão da atenção e o prolongamento do tempo de permanência nessas plataformas, frequentemente resultando em horas de imersão contínua. Em contrapartida, alguns participantes relataram estratégias de enfrentamento, como priorizar atividades de maior urgência ou necessidade antes de acessar as redes sociais e configurar os algoritmos para que

privilegiem conteúdos relacionados a temas de interesse pessoal ou de aprendizado. Esse redirecionamento algorítmico pode ser compreendido como uma forma de manejo cognitivo e emocional mediado pela tecnologia, na medida em que transforma um ambiente potencialmente desorganizador da atenção em um espaço de engajamento produtivo e recompensador. Apesar da relevância dessa prática, não foram identificados estudos que investiguem o uso intencional de algoritmos como estratégia de contenção de danos associados à dificuldade de autorregular o tempo de exposição às telas.

Não sou uma pessoa que consegue tentar estudar, o que é que fiz, o que é que faço muito tranquilamente, horas de Instagram, horas de celular. Então, enchi tudo de saúde, tudo de estudo no meu Instagram, no meu TikTok. Então, estou ali o dia inteiro perdendo tempo no Instagram e no TikTok, mas tenho a todo momento alguma coisa relacionada à saúde, porque pelo menos diminuo o prejuízo daquilo. Tem coisa que você não vai conseguir fazer, perfeito. Então, vai dividir para conquistar (E.7M, 27 anos, enfermeiro).

As falas dos entrevistados demonstraram uma relação ambivalente com o uso das redes sociais, pois, ao mesmo tempo em que reconheceram seu potencial de distração e perda de tempo, também as utilizaram de forma estratégica para minimizar danos e favorecer a produtividade. Essa ambiguidade expressa a tentativa de manejar os efeitos da busca por recompensas rápidas por meio de ajustes conscientes no ambiente digital para redução de danos. Ao personalizar o conteúdo das redes e direcionar os algoritmos para temas de interesse, os participantes demonstraram capacidade reflexiva e agência sobre o próprio comportamento, transformando uma fonte de distração em um instrumento de aprendizado ou de motivação. Contudo, esse controle depende de esforço cognitivo contínuo, o que indica que o uso adaptado da tecnologia não dissipa a possibilidade de distrações, mas a redimensiona dentro de limites ajustáveis.

Uma coisa que eu ouvi uma vez, uma dica justamente sobre isso, de quem tem no TDAH já começar o dia sem se envolver muito com rede social, sem se envolver com coisas que têm um pico de dopamina muito fácil, e buscar dopamina mais difícil, vamos dizer assim, mais de qualidade, que o ato de você arrumar a casa e ver a casa arrumada, querendo ou não, no final você sente aquela sensação de recompensa, e aí é uma dopamina boa, tipo isso, e aí consigo seguir no dia com a consciência limpa (E.12M, 29 anos, programador).

O entrevistado revela um esforço de manejo do próprio comportamento, marcado por tentativas de regular estímulos e organizar o cotidiano de forma funcional. Ao relatar a decisão de evitar redes sociais ao despertar e buscar atividades que proporcionem uma “dopamina de qualidade”, ele demonstrou uma compreensão objetiva dos mecanismos de recompensa envolvidos no TDAH. Sua estratégia consistia em substituir recompensas imediatas por

recompensas mais demoradas e ligadas ao cuidado do ambiente doméstico, o que lhe oferecia a sensação de ordem, controle e “consciência limpa”. Esse relato evidenciou que o itinerário terapêutico não se restringe às consultas clínicas ou ao uso de medicação, mas se estende às práticas cotidianas que os sujeitos constroem para lidar com suas dificuldades. Assim, observase como o adulto com TDAH assume o papel de gestor de seu próprio cuidado, elaborando estratégias que funcionam como “micro intervenções” terapêuticas no cotidiano. Pessoas com TDAH demonstram maior vulnerabilidade ao uso excessivo e disfuncional de redes sociais, uma vez que essas plataformas oferecem estímulos imediatos e altamente reforçadores, os quais intensificam o ciclo de busca por recompensas rápidas. A exposição contínua a esse tipo de reforço está associada à ativação dos circuitos dopaminérgicos, favorecendo padrões de comportamento compulsivo, redução do controle inibitório e aumento da impulsividade (Fayzhia; Setiawati, 2024). O uso de ferramentas digitais para limitar o tempo de uso, bloquear notificações ou ajustar algoritmos demonstra uma abordagem ativa de compensação dos déficits executivos, ao evidenciar consciência e manejo ativo das próprias limitações cognitivas. Intervenções tecnológicas, como bloqueadores de aplicativos e controle de tempo, podem favorecer a autorregulação digital, desde que sustentadas por engajamento e motivação intrínseca (Arness; Ollis, 2023). Apesar de estratégias adaptativas, o ambiente digital impõe desafios importantes para pessoas com TDAH, intensificando a sobrecarga cognitiva, a fadiga e a redução da eficiência mental (Shuai *et al.*, 2021). Assim, o desenvolvimento de uma psicoeducação digital e uso de *chatbots* e aplicativos que estimulem o autoconhecimento e uso de estratégias adaptativas são eficazes para promoção da autorregulação e engajamento no tratamento (Gudka *et al.*, 2025).

No que se refere às potencialidades associadas ao TDAH, a criatividade e o hiperfoco foram as características mais citadas pelos entrevistados, destacadas como elementos que favorecem a resolução de problemas e proporcionam uma maneira singular de perceber e interagir com o mundo (E1, E2, E3, E4, E6, E7, E9, E12). A criatividade, nesse contexto, suscita uma releitura do que convencionalmente é denominado “déficit de atenção”, podendo ser compreendida como uma atenção expandida, capaz de transformar o comum em novas formas e significados (Lasky *et al.*, 2016). O modelo tradicional limita o entendimento do TDAH e perpetua o foco em sintomas e disfunções, no entanto, abordagens contemporâneas sugerem que pessoas com TDAH podem apresentar características positivas como criatividade, hiperfoco, energia, flexibilidade, resiliência e pensamento divergente (Schippers; Greven; Hoogman, 2024). Esse movimento amplia a compreensão do TDAH para além do modelo deficitário, aproximando-o de uma perspectiva de *neurodiversidade*, em que diferenças

cognitivas são vistas como variações naturais da mente humana e que a adaptação do ambiente pode potencializar competências (Swanepoel, 2024).

O hiperfoco, por sua vez, emerge como uma capacidade de intensa concentração em períodos curtos, que possibilita a realização de tarefas complexas em um intervalo de tempo reduzido (Schippers; Greven; Hoogman, 2024). O hiperfoco em TDAH evidencia uma distribuição desigual da atenção, em decorrência da hiperativação dopaminérgica, o que desafia a visão tradicional de “déficit de atenção” e reforça a importância da motivação no funcionamento atencional do TDAH (Babajanyan *et al.*, 2023). Sob essa perspectiva, a neurodivergência adquire um espectro positivo, revelando modos alternativos de pensar, criar e solucionar problemas. Tal conjunto de habilidades confere aos indivíduos com TDAH uma versatilidade cognitiva que, quando adequadamente canalizada, pode se traduzir em elevado desempenho e inovação em diferentes contextos, especialmente no ambiente de trabalho (Dangmann *et al.*, 2024). Dessarte, ambientes que viabilizam uma gestão flexível de horários e a liberdade criativa facilitam a transformação do hiperfoco em produtividade, pois possibilitam que o indivíduo direcione sua energia para atividades de maior interesse e relevância pessoal (Hotte-Meunier *et al.*, 2024). Portanto, profissões criativas, manuais ou autônomas são frequentemente citadas como áreas onde pessoas com TDAH podem se desenvolver, aproveitando sua energia, criatividade e capacidade de hiperfoco (Pinho; Coutinho, 2024).

Acho que pela minha percepção, da forma como eu vejo o mundo, [...] gosto muito da forma como vejo o mundo, lugares que eu entro e que tento sempre tirar alguma coisa boa dali [...] É uma possibilidade de criar alguma coisa, de ver as coisas de outras perspectivas [...] até por a gente não ter atenção em algumas coisas, a gente acaba redobrando a atenção em outras coisas e percebendo uma perspectiva que as pessoas não percebem, [...] gosto muito justamente dessa questão da perspectiva que tenho do mundo, [...] e até o fato de que o mundo não foi necessariamente pensado para pessoas com TDAH, muitas vezes, a gente acaba adaptando e criando os relacionamentos de uma forma muito bonita (E.2F, 26 anos, social media).

Os entrevistados demonstraram que o hiperfoco não é apenas uma manifestação cognitiva, mas uma experiência subjetiva que reorganiza a maneira de conceber o mundo e de produzir novos sentidos nas interações cotidianas. Essa visão amplia a sensibilidade perceptiva e a capacidade de associação criativa dos entrevistados e favorece soluções originais diante de desafios práticos e emocionais. Além disso, o hiperfoco é descrito como um estado que proporciona prazer e engajamento, funcionando como um mediador entre a motivação e a expressão criativa. Tais experiências corroboram a compreensão de que o TDAH não se restringe a limitações atencionais, mas engloba modos singulares de funcionamento cognitivo e afetivo que podem se converter em potência criadora e adaptativa.

E não é só criatividade de pensar e escrever uma história, de fazer arte, eu acho que criatividade com a vida mesmo. Às vezes, tenho um problema e aí minha cabeça já começa a pensar em soluções assim, tipo, percebo que a criatividade é muito útil nesse espaço, porque ela vai buscando soluções até encontrar uma coisa que caiba, alguma coisa que seja possível de ser feita. E isso para mim é muito útil no meu dia a dia. Porque a resolução de problemas é uma habilidade, né? [...] Essa quantidade de hiperfocos ao longo da minha vida me deu uma gama de muitos conhecimentos aleatórios sobre muitas coisas que também ajuda nas minhas socializações. Às vezes, meus amigos ficam muito interessados no que tenho pra dizer (E.9F, 25 anos, psicóloga).

O hiperfoco, ao ser direcionado a atividades motivadoras, direciona a energia mental dispersa em uma concentração intensa, permitindo que múltiplas ideias aparentemente desconexas sejam integradas de forma criativa (Sedgwick; Merwood; Asherson, 2019). Nesse sentido, estudos quantitativos mostram que adultos com TDAH pontuam mais alto em tarefas de pensamento divergente, como originalidade, flexibilidade e novidade, especialmente quando motivados intrinsecamente (White; Shah, 2016). A neurodivergência, nesse contexto, assume um espectro ampliado, em que tais características revelam a habilidade de pensar sob múltiplos ângulos, formular soluções alternativas e cultivar interesses singulares. Esse conjunto de atributos confere uma vantagem perceptível em diferentes esferas, especialmente no ambiente de trabalho (Dangmann *et al.*, 2024). Assim, compreender o TDAH apenas sob a ótica de suas limitações implica restringir a percepção de suas potencialidades; reconhecer a criatividade e o hiperfoco como expressões funcionais da neurodiversidade possibilita ressignificar o transtorno e ampliar a compreensão sobre as múltiplas formas de funcionamento humano.

Definitivamente o hiperfoco. É uma coisa assim que acho até injusto outras pessoas da minha área, porque as pessoas ficam bestas, porque tipo assim, o que consigo aprender em pouco tempo, outra pessoa, sem o TDAH, vamos dizer assim, uma pessoa mais normal, ela levaria muito tempo porque não consegue ficar conectado 10, 12 horas ali, ligado, mexendo no que gosta, enfim. [...] Acho que é justamente o que induz a ficar muito tempo, é porque sinto que eu estou indo no lugar certo, se eu parar, sinto que vai demorar muito para voltar, ter aquele estado onde eu estava, entendeu? (E.12M, 29 anos, programador).

Entre os entrevistados, o hiperfoco foi descrito não apenas como um estado de atenção ampliada, mas também como uma experiência de empenho intenso que confere sentido e propósito à ação. Esse envolvimento, frequentemente acompanhado por uma sensação de prazer e domínio, parece funcionar como um mecanismo de autorregulação emocional, capaz de transformar o impulso disperso em produtividade. Assim, a energia característica do TDAH é redirecionada para metas concretas, tornando-se uma via de expressão criativa e, simultaneamente, uma estratégia de enfrentamento diante das demandas cotidianas.

Ao lidar com as dificuldades inerentes ao TDAH, seria esperado que indivíduos apresentassem menor capacidade de resiliência diante das adversidades cotidianas (Regalia *et*

al., 2019; Oddo *et al.*, 2016). Entretanto, entre os participantes, observou-se que apenas dois entrevistados (E10 e E11) demonstraram maior dificuldade em enfrentar situações adversas, sendo também os únicos que ainda não haviam encontrado um plano terapêutico capaz de promover melhora efetiva do quadro. Apesar disso, ambos permanecem em constante movimento, buscando caminhos que viabilizem novas possibilidades de cuidado. Além do TDAH, esses participantes conviviam com outros transtornos psiquiátricos sobrepostos, o que potencializava os desafios emocionais e comportamentais. Nesses casos, sentimentos de desesperança e a dificuldade em reconhecer suas próprias potencialidades mostraram-se mais evidentes.

Algumas são essas assim de criar uma rotina, botar a chave no mesmo lugar, sempre, botar o cartão no mesmo lugar, às vezes, falha, mas se não tiver nada desviando a minha atenção, geralmente consigo. O que não consegui muito é produção, preciso sentar e estudar, não consegui criar ainda uma rotina onde eu estudo. Então, estudo da mesma forma que sempre fui na minha vida, de última hora. [...] Acho que ainda estou na fase de descobrir as partes boas (E.11M, 41 anos, historiador, professor e editor de livros).

Entre os entrevistados, alguns relataram ter encontrado profissionais e vínculos interpessoais capazes de acolher suas demandas e compreender seus sofrimentos, o que favoreceu uma melhor aceitação do diagnóstico e o desenvolvimento gradual de habilidades de resiliência e estratégias de enfrentamento mais adaptativas (E1, E3, E4, E5, E7, E8, E12, E13, E14). Essa visão subjetiva do diagnóstico, mediada por um acolhimento profissional mais empático e pela compreensão de suas próprias formas de funcionar, parece favorecer a internalização de uma narrativa menos patologizante e mais realista sobre si. Nos relatos, o processo de autocompreensão surge como um movimento de reconstrução de identidade, no qual os participantes passam a reconhecer suas particularidades cognitivas e emocionais não apenas como obstáculos, mas também como modos singulares de estar no mundo.

Embora não exista um caminho único para lidar com o TDAH, a aceitação tem se mostrado um elemento central no Figura 10. Fora da norma. Desenho produzido pela própria autora. fortalecimento da capacidade de enfrentamento (Beaton; Sirois; Milne, 2020). Ainda assim, noções rígidas sobre o que é considerado “normal” impõem barreiras adicionais e expõem a neurodivergência a contextos mais estressantes, com menor margem para estratégias eficazes de

adaptação (Shippers; Greeven; Hoogman, 2024). Tal cenário impacta a saúde e a qualidade de vida de forma abrangente, indo além dos sintomas específicos do transtorno. Tentativas frustradas de corresponder às expectativas sociais e sentimentos persistentes de incompreensão são experiências recorrentes entre pessoas com TDAH e outros transtornos psiquiátricos (Dangmann *et al.*, 2024). Nesse sentido, reconhecer-se e compreender-se como alguém que convive com o TDAH - uma condição intransferível e constitutiva da própria identidade - pode abrir espaço para uma forma mais leve e autêntica de se relacionar com as diversas dimensões da vida.



O que aprendi com a terapia para tentar controlar o TDAH é só entender minhas limitações, então, por exemplo, se sinto que o meu corpo não vai responder, não vai fazer o que quero fazer, faço o mínimo que é aceitável, então ao invés de ficar frustrada porque não vou conseguir fazer nada, tento fazer o mínimo do mínimo, já me deixa numa situação menos ruim do que se não tivesse feito nada e me ajuda a regular a quantidade de dopamina, então funciona bem (E.1F, 28 anos, engenheira de software).

Tais características se desdobram de maneira a tornar a pessoa com TDAH uma presença singular nos espaços que ocupa, pois, mesmo diante das dificuldades, suas potencialidades não passam despercebidas. Essa integração subjetiva parece permitir que vulnerabilidade e potência coexistam, como expressa a fala de um dos entrevistados, para quem a vivência do TDAH é, simultaneamente, fonte de dor e de vitalidade. A partir desse movimento, o sofrimento não é negado, mas ressignificado e passa a integrar um processo mais amplo de autoconhecimento e reconstrução de identidade.

Uma coisa que uma amiga sempre fala para mim, que é muito verdade, se você não tivesse nascido, a gente tinha que te encomendar, porque uma pessoa TDAH num ambiente, é uma pessoa que ascende, não passa despercebida. É uma pessoa que modifica o ambiente, entendeu? Que influencia o ambiente de maneira muito positiva, é uma pessoa que alegra todo mundo, é uma pessoa muito cômica. É uma pessoa muito funcional no sentido de que faço muita diferença na minha profissão e que faço a diferença na vida das pessoas, ao passo que é uma dor, é muito custoso para a gente ser uma pessoa TDAH. É um gasto energético muito grande, é um sofrimento muito grande para fazer coisas que são simples. É uma dor e uma delícia realmente, porque

é um sofrimento nesse sentido, mas por outro lado, é algo muito legal (E.7M, 27 anos, enfermeiro).

Essa ambiguidade entre sofrimento e potência convoca a uma reflexão mais ampla sobre o lugar da neurodiversidade na sociedade contemporânea. Para isso, reconhecer o TDAH como uma expressão legítima da diversidade neurológica, e não apenas como transtorno, implica mudar o olhar da patologização para a valorização de diferentes modos de existir (Walker, 2022). Nesse sentido, o reconhecimento das próprias qualidades e potencialidades, relatado pelos participantes desta pesquisa, pode ser interpretado como uma forma de enfrentamento emocional positiva, que favorece uma relação mais equilibrada consigo mesmos e com o mundo ao redor. Embora as vivências sejam frequentemente marcadas por sofrimento e pela sensação de desajuste, os entrevistados demonstraram capacidade de identificar em si habilidades e recursos que lhes permitem promover mudanças positivas no ambiente (E1, E2, E4, E5, E7, E9, E12). Essa percepção de valor pessoal pode estar associada ao desenvolvimento de processos de autocompaixão, que envolvem encarar as próprias limitações com compreensão e gentileza, em vez de autocritica excessiva. Porém, adultos com TDAH tendem a apresentar níveis mais baixos de autocompaixão, condição que se associa a piores índices de bem-estar emocional e maior vulnerabilidade a sintomas de ansiedade e depressão (Beaton; Sirois; Milne, 2020).

Poucos entrevistados relataram ter conhecido outras pessoas com TDAH, mas destacaram que o contato com indivíduos que possuíam alguma neurodivergência ou que acolhiam suas diferenças proporcionava uma sensação de aceitação e segurança (E2, E3, E5, E7, E8, E9). Enquanto, na perspectiva individual, o TDAH pode estar associado a sentimentos de inadequação e falta de pertencimento, no contexto coletivo ele pode se transformar em um marcador identitário que favorece vínculos mais autênticos e relações mais leves. Esse contraste evidencia a relevância de espaços de convivência voltados à neurodiversidade, nos quais pessoas com TDAH possam compartilhar experiências, reconhecer-se mutuamente e construir narrativas que rompam com o isolamento frequentemente vivenciado. A criação e valorização desses espaços de apoio e reconhecimento mútuo contribuem não apenas para o fortalecimento da identidade neurodivergente, mas também para o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento baseadas na empatia, na troca de vivências e no sentimento de pertencimento a uma comunidade que valida suas formas singulares de ser e estar no mundo.

Identidade, na verdade, sabe? Tipo, acho que o TDAH bem [sobre]diagnosticado [...] porque hoje em dia o povo está enchendo o saco, todo mundo tem TDAH e não é todo mundo que tem TDAH. Só que o TDAH é um negócio que ele é muito definidor de quem você é em relação ao que você faz na vida, sabe? [...] Então, na verdade, acho que é uma condição que me dá um centro de identidade, sabe? Me identifico com quem tenha doença, poxa, não me sinto sozinho nesse mundo em que as coisas são assim. Porque a prevalência realmente, acho que é maior do que a gente tinha antes,

apesar de que hoje está sendo mal diagnosticado, ainda acho que tem muita gente que falta ser diagnosticada de forma correta. (E. 5M, 27 anos, médico).

Não obstante, as relações constituem parte fundamental da busca por si mesmo, seja pelo sentimento de igualdade com o outro, seja pela experiência de solidão que permite reconhecer a própria singularidade no mundo (Corrent, 2023). Sob essa perspectiva, a psiquiatria assume uma função simbólica relevante ao participar da construção de significados e da definição de quem se é, influenciando a forma como o sujeito se percebe e se comporta. No campo político, para além do rótulo de medicalização que frequentemente acompanha o diagnóstico, emerge a possibilidade de transformação de identidades que antes eram desagregadas e deslegitimadas (Brito; Caliman, 2017). Assim, compreender o diagnóstico de TDAH apenas como um instrumento de patologização é reduzir sua potência simbólica. Quando apropriado de modo crítico e coletivo, ele pode operar como meio de afirmação identitária, pertencimento e reconstrução de sentido, favorecendo a emergência de narrativas que deslocam o transtorno do campo da deficiência para o da diversidade humana.

Desse modo, ao buscar compreender-se, a pessoa com TDAH abre a possibilidade de atribuir sentido à própria identidade e de acompanhar, a seu modo, o ritmo da sociedade. Nesse percurso, algo singular e, por vezes, inquietante se revela: não existe um caminho único ou universal capaz de oferecer soluções definitivas. O processo de autocompreensão é dinâmico, marcado por tentativas, erros e constantes adaptações, em que o indivíduo aprende a reconhecer seus limites e potencialidades diante das exigências do cotidiano. Trata-se de um movimento contínuo de experimentação e reconstrução, no qual a determinação e a coragem assumem papel central, fortalecendo-se à medida que se estabelecem relações acolhedoras – espaços que legitimam a diferença e possibilitam a experiência de simplesmente ser.

6.4 CONTEXTO DA AVALIAÇÃO DA EXPERIÊNCIA

Figura 11. A lente do hiperfoco. Desenho realizado pela própria autora.



6.4.1 Categoria 4: A produção do cuidado entre fragilidades estruturais e discontinuidades

Nesta categoria, os entrevistados refletem sobre a percepção dos fluxos dos serviços de saúde, das relações de cuidado e das possibilidades de melhoria. As falas evidenciam a fragmentação e a defasagem do campo da saúde mental, tanto nos serviços públicos quanto nos privados. Ademais, os participantes apontam propostas de aprimoramento e formas de cuidado capazes de tornar a saúde mental mais humanizada, menos estigmatizada e mais acessível à população.

A mercantilização da saúde mental e a fragmentação das práticas de cuidado

No município de Vitória da Conquista, observa-se um distanciamento em relação ao princípio da universalidade do acesso à saúde mental. As equipes de Saúde da Família atendem territórios com populações superiores ao recomendado, o que compromete a capacidade de resposta às demandas em saúde mental. A sobrecarga assistencial reflete-se na restrição de vagas em serviços especializados, como os CAPS. Diante desse contexto, a adoção de grupos terapêuticos tem funcionado, em muitos casos, mais como estratégia compensatória frente à demanda reprimida do que como escolha terapêutica planejada (Sampaio; Bispo Júnior, 2021). Nessa conjuntura, os entrevistados que utilizam exclusivamente os serviços do SUS relataram enfrentar obstáculos significativos ao longo de seus IT, especialmente no que se refere ao acesso a acompanhamento psiquiátrico e psicológico. A elevada demanda pelos serviços especializados resulta em dificuldades para o agendamento de consultas, número limitado de sessões psicoterapêuticas e acesso pontual a estratégias de cuidado mais inclusivas. Essas limitações contribuem para a conformação de um cuidado fragmentado, pouco articulado e marcado por experiências recorrentes de exclusão, conforme expressa o relato a seguir:

Queria conseguir ter um atendimento psiquiatra, acho que poderia me ajudar, eu conseguiria ter mais sessões com a psicóloga e eu queria que meio que todo mundo conseguisse me entender, sabe? Igual mesmo, acho que a diferença mesmo com essa psicopedagoga lá na UESB faz total diferença quando a pessoa tenta te acolher e te entender. O universo parece que flui um pouco mais leve, porque parece que fica tudo muito pesado, porque a gente tenta se inserir numa sociedade que quer todo mundo neurotípica e a gente é divergente, a gente meio que não se encaixa nisso, e a sociedade, quando uma pessoa não se encaixa, você é excluído. As pessoas não te entendem e nem tentam te entender. (E.4F, 27 anos, estudante).

A fala da entrevistada explicita a percepção de insuficiência e discontinuidade do cuidado em saúde mental, particularmente no que diz respeito ao acesso ao acompanhamento psiquiátrico e à frequência das sessões psicoterapêuticas. O relato apontou lacunas objetivas na oferta de serviços, que interferem diretamente em sua experiência de cuidado e na possibilidade de manejo adequado do TDAH. Paralelamente, a entrevistada atribuiu valor significativo à

relação estabelecida com uma psicopedagoga da universidade, ressaltando que a diferença no cuidado não se limita à técnica profissional, mas reside na disposição para escuta, compreensão e validação de suas singularidades. Além disso, a entrevistada ampliou sua avaliação do cuidado ao situá-lo em um contexto social mais amplo, marcado por normas de neurotipicidade. Ao se identificar como “divergente”, ela explicitou a vivência de não pertencimento e exclusão, percebendo a sociedade como pouco aberta à diferença e à adaptação às suas necessidades. A ausência de compreensão por parte dos outros foi expressada como um fator que intensificou o sofrimento e reforçou a sensação de exclusão.

O histórico subfinanciamento do SUS, intensificado pelos desdobramentos da crise capitalista contemporânea, consolidou-se em um processo de desfinanciamento estrutural, especialmente a partir da promulgação da Emenda Constitucional nº 95, em 2016 (Mendes; Carnut, 2020). Nesse contexto, pesquisas realizadas no município de Vitória da Conquista evidenciaram a insuficiência de profissionais de saúde mental para atender à demanda existente, resultando na sobrecarga dos CAPS e na formação de extensas filas de espera. Soma-se a esse cenário a ausência de um CAPS III – serviço destinado à oferta de atendimento integral, em regime de 24 horas, a pessoas com transtornos mentais graves –, o que tem se configurado como um obstáculo adicional ao acompanhamento comunitário de situações mais complexas (Sampaio; Bispo Júnior, 2020).

Entidades empresariais, como a Coalizão Saúde, têm defendido a ampliação do protagonismo do setor privado na gestão dos serviços públicos, inclusive por meio da adoção de mecanismos como o “vale-saúde”, que deslocam do Estado o dever de manter uma rede pública própria (Bravo; Pelaez; Bezerra, 2020). Nesse cenário, a saúde consolida-se como um campo envolto por contradições, conflitos e disputas de interesses. À medida que o setor privado assume centralidade na organização do cuidado, a racionalidade lucrativa do capital tende a orientar as decisões, resultando na focalização e fragmentação da atenção e comprometendo a efetivação do princípio da universalidade que fundamenta o SUS (Rosado; Freitas, 2020). É nesse contexto que os entrevistados relatam desconhecimento dos fluxos assistenciais e dificuldades de acesso aos serviços de saúde, inclusive entre aqueles que custeiam planos de saúde, como evidenciado no relato a seguir.

Queria muito conseguir vaga, conseguir uma consulta assim pelo plano de saúde, porque acho assim, por mais que fique pesado, a gente consegue pagar essas consultas, claro que não é todo mês, né? Mas, por exemplo, não é todo mundo que consegue pagar, que pode pagar 500 reais na consulta, sabe? E consegue comprar as medicações. Então, acho que esse acesso, pelo plano de saúde e até do CEMAE, que eu nem fazia ideia de como conseguir, sabe? Eu já vi várias pessoas perguntando como é que eu consigo? Porque é muito caro e muita gente não sabe disso, então eu queria muito conseguir pelo meu plano de saúde e essas outras atividades também pelo SUS,

né? Eu tenho sorte de ter plano de saúde e mesmo assim eu estou reclamando. Eu tenho muito essa dificuldade de conseguir coisa pelo plano de saúde (E.3F, 21 anos, estudante).

A entrevistada demonstrou que a cobertura privada não se traduz, necessariamente, em acesso efetivo e contínuo aos serviços necessários, apontando dificuldades recorrentes para agendamento e manutenção do acompanhamento especializado. O relato também explicitou a dimensão econômica como elemento central na avaliação da experiência de cuidado. A entrevistada reconheceu a possibilidade de arcar com consultas particulares de forma esporádica, mas também enfatizou o elevado custo financeiro como fator limitante, sobretudo quando considerado em conjunto com as despesas contínuas com medicação.

A entrevistada destacou, também, lacunas nos fluxos de acesso aos serviços, como o desconhecimento sobre formas de acesso a serviços especializados, a exemplo do CEMAE que seria uma opção de acompanhamento diante da falta de cobertura dos planos de saúde. Essa ausência de informação surgiu como um obstáculo adicional nos itinerários terapêuticos, reforçando a percepção de um cuidado pouco integrado e de difícil navegação, tanto no setor público quanto no privado. Tais dificuldades se mostraram frequentes pelos entrevistados que possuíam planos de saúde, expondo uma falsa expectativa de um cuidado integral que a assistência privada oferece.

O CEMAE, serviço responsável pela oferta de atendimentos ambulatoriais especializados na região de saúde de Vitória da Conquista, apresenta uma organização do cuidado predominantemente médico-centrada. Observa-se a atuação de profissionais médicos com baixo nível de integração com a rede regional de atenção à saúde, detentores de elevado poder de barganha na definição dos processos de trabalho. Tal dinâmica se expressa na concentração de atendimentos em intervalos reduzidos de tempo e, não raramente, na concomitância do exercício profissional no serviço público e em serviços privados, inclusive no mesmo turno de trabalho (Santos, 2018).

No que se refere aos obstáculos vivenciados tanto nos serviços públicos quanto nos privados, um dos entrevistados reflete sobre os impactos negativos produzidos pela fragmentação da assistência ofertada e fatores externos que implicam no desconhecimento e perpetuação da banalização do TDAH:

Se você está no particular, você identifica rápido, você é encaminhado rápido, e aí você é tratado mal. No serviço público, você demora para identificar, demora para ser encaminhado e aí quando você é encaminhado, você é tratado mal, entendeu? Primeiro que acho que a gente no geral, a forma, a mídia de vinculação hoje é mais forte no mundo inteiro, é rede social, o último estudo que tinham feito a respeito de de levantamento de dados do que era passado nesses conteúdos de shorts de pessoas

que se diziam é formador de conteúdo, 50% não eram verídico, sabe? Eram coisas que eram mitos do TDAH. Então, as pessoas, na verdade, estão sendo desinformadas a respeito do que é o TDAH, de como é que ele funciona e como é que ele é tratado e eu acho que o primeiro mecanismo do que poderia ser feito é, na verdade, você ter um controle a respeito disso, só que a gente tem um problema com *fake news* e desinformação com várias áreas (E.5M, 27 anos, médico).

A fala do entrevistado sustenta uma percepção crítica sobre a fragmentação da assistência tanto no setor público quanto no privado. Ao comparar os dois contextos, o participante reconheceu diferenças nos tempos de acesso, mas destacou a permanência de experiências negativas de acolhimento em ambos, sintetizadas pela recorrência de um tratamento percebido como inadequado ou desumanizado. Além disso, o entrevistado ampliou sua análise ao situar o cuidado em saúde no contexto da desinformação social sobre o TDAH.

O depoente atribuiu as redes sociais como principal meio de disseminação de informações, muitas vezes não verídicas, que contribuem para a circulação de mitos e para a incompreensão sobre o transtorno e seu tratamento. Essa desinformação foi percebida como um obstáculo adicional aos itinerários terapêuticos, ao interferir no reconhecimento do TDAH, na busca por cuidado qualificado e na relação entre usuários e serviços de saúde. Assim, a experiência relatada revelou não apenas limitações estruturais dos serviços, mas também barreiras informacionais que envolvem e condicionam o acesso e a qualidade do cuidado. De modo ilustrativo em relação à percepção expressa pelo entrevistado 5, uma das entrevistadas detalha sua experiência ao acessar o serviço público como usuária, destacando percepções semelhantes às do entrevistado 6, que também relatou uma vivência pouco positiva nesse contexto assistencial:

Pela minha experiência do serviço público, igual a experiência que eu tive com essa psiquiatra foi péssima. Não sei se é por ser público. Os psicólogos dos setores públicos que eu fui, alguns tentaram me entender, acho que pareceu ser algo muito superficial, sabe? Eu não conseguia me sentir conectada com o profissional. Parece que as pessoas trabalham só para se pagar, mesmo que elas estejam recebendo do Estado, eu senti um pouco defasado, parece negligência, sabe? O setor público. É legal ter isso, porque várias pessoas não têm condições de pagar um psicólogo ou psiquiatra, porque é muito caro, realmente. As pessoas que querem trabalhar nessa área deveriam tentar se aprofundar um pouco para poder entender e acolher melhor seus pacientes ou clientes (E.4F, 27 anos, estudante)

Outra entrevistada relatou experiências esvaziadas de sentido em seus atendimentos com diferentes psiquiatras no município, chamando atenção o fato de que todos ocorreram no âmbito de consultas particulares. O relato atesta que a defasagem da assistência psiquiátrica no município não se restringe à dicotomia entre serviços públicos e aqueles ofertados por operadoras de saúde suplementar, mas expressa um esvaziamento do próprio sentido do cuidado em saúde mental, progressivamente subordinado a uma lógica neoliberal.

A média de tempo das consultas psiquiátricas que eu passei na minha vida toda era 20 minutos no máximo. Eu acho que isso que falta na psiquiatria, virou uma coisa muito mecanizada quando não deveria ser, porque o psiquiatra acha que a obrigação de escutar é do psicólogo, ele precisa escutar mais ainda do que o psicólogo, porque ele é responsável por medicar você, se ele te medicar do jeito errado, você nunca mais vai confiar no psiquiatra na sua vida. Às vezes, a pessoa até consegue pagar uma consulta com o psiquiatra, mas o psiquiatra passa o remédio, você vai na farmácia, o remédio custa 600 reais, você vai fazer o quê? Sentar e chorar? Acho que deveria, com certeza, ser dado o remédio, mesmo que precisasse de passar para um psiquiatra por uma análise, mas deveria com certeza ser muito mais fácil de conseguir, que é um absurdo. (E.1F, 28 anos, engenheira de *software*).

A intensificação da mercantilização da saúde, articulada a uma demanda populacional cada vez mais orientada pelo consumo, contribui para a valorização simbólica e a progressiva escassez dos cuidados médicos. Nesse cenário, a equidade em saúde passa, necessariamente, pela problematização da centralidade do complexo médico-industrial e do monopólio médico, exigindo estratégias de regulação que limitem a captura do Estado por interesses corporativos, ampliem o controle público sobre os processos de enriquecimento médico e favorecimento da redistribuição de oportunidades entre as diferentes categorias da saúde (Minakawa; Frazão, 2019). Essa reconfiguração do campo da saúde demanda, simultaneamente, transformações nas formas de organização do trabalho. Nesse sentido, a adoção de arranjos organizativos democráticos, baseados na constituição de equipes de saúde solidárias e colaborativas, apresenta-se como condição fundamental para a construção da equidade, na medida em que reorienta as relações de poder e se articula à ampliação da participação direta da população no setor saúde (Rivera; Artmann, 2012).

É nesse horizonte que as equipes multiprofissionais (eMulti) se inserem, ao ampliarem o escopo das práticas em saúde, fortalecerem a resolubilidade da APS e promoverem a integração entre assistência, prevenção, promoção, vigilância e formação em saúde, reafirmando um direcionamento para o cuidado integral (Bispo Junior; Almeida, 2023). Nesse mesmo movimento, as enfermeiras assumem posição, configurando-se como agentes centrais no enfrentamento das iniquidades em saúde, porém, sua atuação sobre os determinantes sociais da saúde depende do reconhecimento institucional de autonomia, financiamento e liderança profissional (Kett *et al.*, 2025; Adams *et al.*, 2024). Assim, a busca pela equidade em saúde exige o enfrentamento das dinâmicas de mercantilização que envolvem tanto o setor privado quanto o público, bem como a superação de modelos de gestão e organização do trabalho que reproduzem hierarquias profissionais e lógicas de mercado.

Desse modo, considera-se que o maior desafio do SUS é político. É necessário reverter o cenário de que o sistema público ficaria restrito apenas à prevenção básica e ao atendimento da população extremamente pobre que não tem acesso ao mercado, enquanto os recursos

públicos continuariam a financiar indiretamente o lucro das empresas privadas de saúde (Paim, 2018). A equidade em saúde poderia ser promovida por meio do fim dos subsídios públicos ao setor privado, da defesa da Seguridade Social e da implantação de um Plano de Carreira do SUS. Soma-se a isso a necessidade de uma formação em saúde alinhada ao projeto da Reforma Sanitária, bem como a tributação das grandes transações financeiras e fortunas, em oposição às renúncias fiscais que comprometem os investimentos sociais e ao processo de mercantilização da vida (Bravo; Palaez; Menezes, 2020).

A fragilização estrutural da RAPS e da APS na coordenação do cuidado

É por meio da reflexão crítica que os indivíduos passam a reconhecer o caráter opressivo da realidade vivida, compreendendo como crenças e pressupostos naturalizados operam na manutenção de sistemas de desigualdade, ao articular experiências pessoais a forças sociais mais amplas, como os contextos econômicos e políticos que limitam o acesso a recursos e direitos (Jemal, 2017).

Em consonância com essa perspectiva, um dos entrevistados enfatiza a centralidade da educação como eixo estruturante para a transformação das formas sociais de compreensão da diferença e da neurodivergência. Ao refletir sobre sua experiência e formação, o entrevistado apontou os limites dos modelos educacionais tradicionais, que tendem a normatizar comportamentos e subjetividades, reproduzindo a exclusão de pessoas com TDAH, TEA e outros diagnósticos. Essa crítica evidencia a necessidade de uma reforma cultural que desloque a neurodiversidade do lugar da exceção para o da convivência cotidiana.

Tenho mente de professor, acho que tudo passa pela educação, acho que as escolas têm errado muito. Como a gente vai preparar pessoas para lidar com o mundo em que existem pessoas com TDAH, autistas, *borderline*. Então, sei que é uma coisa difícil porque é a exceção, geralmente o mundo é feito para o que é convencional, a maioria das coisas. Diante dos estudos avançados, do número maior de pessoas que vão ser ativistas, do número maior de pessoas que vão ser diagnosticadas, tiram o TDAH e o TEA do lugar incomum e passa a ser uma coisa comum e por ser comum, acho que precisa ser mais amplamente difundido em meios de socializar com outras pessoas. Não é o diferente, acho que tratar ainda como diferente é que talvez seja o erro (E.11, 41 anos, historiador, professor, editor de livros)

Ao afirmar que “tudo passa pela educação”, o entrevistado não se referiu apenas à transmissão de conteúdos escolares, mas aos processos de socialização por meio dos quais se produzem e se legitimam normas que definem o que é considerado “convencional”, “normal” ou “aceitável”. Nessa perspectiva, a escola configura-se como um espaço privilegiado tanto para a reprodução da lógica da normalização quanto para a promoção de deslocamentos culturais no modo como o TDAH e outras neurodivergências são compreendidos socialmente.

A emancipação, nesse contexto, apresenta-se como um horizonte crítico que tensiona o real, a partir do diagnóstico das formas de opressão, e o ideal, concebido como possibilidade de transformação social. Trata-se de um processo que implica a remoção dos bloqueios da dominação e envolve práticas de experimentação, autodesenvolvimento e transformação situadas no interior das próprias relações de poder (Costa, 2020). Assim, por meio de uma pedagogia crítica, estimula-se o questionamento das suposições naturalizadas e dos discursos hegemônicos que sustentam injustiças estruturais, favorecendo processos de conscientização fundamentais para que os indivíduos deixem a posição de objetos passivos e passem a se constituir como sujeitos críticos (Melo, 2019).

A importância da educação crítica torna-se ainda mais evidente quando, ao serem questionados sobre como gostariam de ser cuidados, os entrevistados apresentaram reflexões centradas no senso de identidade fornecido pelo diagnóstico e de perguntas que foram sanadas. Essa compreensão é parte constituinte da busca do alívio dos sofrimentos experienciados, no entanto, tais reflexões permanecem, em grande medida, ancoradas em uma compreensão individualizada da responsabilidade pelo cuidado, com poucos questionamentos acerca de como as relações de poder estruturam as possibilidades de acesso, gestão e produção de um cuidado que reconheça os indivíduos como sujeitos ativos.

Assim, ao deslocar demandas sociais para o âmbito da responsabilidade individual, produz-se uma sociedade dócil e pouco questionadora, ao mesmo tempo em que se perpetua uma abordagem centrada predominantemente no tratamento de sintomas, em detrimento da problematização das condições sociais que os produzem e sustentam, essa percepção surge de maneira tímida, por meio da necessidade de se sentirem mais compreendidos.

Acho que hoje a responsabilidade recai toda sobre mim, porque parte da minha busca por um psicólogo, para acompanhamento psiquiátrico, para ver a questão da medicação para ansiedade e para as outras questões, mas eu acho que o eu gostaria, de ser mais, compreendido, de quando eu tiver uma limitação, quando não conseguir avançar, porque eu acho que a gente é tão julgado, não é? Quando a gente tem TDAH, acho que a gente passa por muito julgamento. Digo, é mentalmente difícil a pessoa compreender que a gente está passando por um momento complicado (E.6M, 29 anos, nutricionista).

Em uma sociedade complexa, marcada pela superindustrialização, pela transitoriedade e pelo intenso fluxo de informações entre organizações formais e subculturas, intensificam-se as exigências dirigidas aos processos de planejamento, que passam a demandar respostas sociais mais sensíveis, contextualizadas e próximas das experiências concretas das pessoas (Minakawa; Frazão, 2019). Nesse contexto, a promoção do empoderamento social, por meio da democratização dos processos de formulação das políticas sociais, torna-se estratégica para a

efetiva redistribuição do poder na sociedade, contribuindo para que as instituições de bem-estar social se tornem mais responsáveis e responsivas às necessidades dos cidadãos (Laruffa; Hearne, 2024).

No campo da saúde, uma via fundamental para a ampliação do acesso reside na consolidação dos princípios de participação e controle social previstos no SUS. Contudo, observa-se que os conselhos de saúde têm progressivamente esvaziado esse papel, especialmente no âmbito das políticas de regionalização, ao não incorporarem adequadamente as singularidades dos territórios nem a representação efetiva da população usuária do sistema. Ademais, os conselhos municipais de saúde frequentemente se mostram permeados por interesses particulares dos gestores e por processos de cooptação político-partidária, o que compromete sua função deliberativa e fiscalizadora (Santos, 2018).

É nesse contexto que se inserem as falas dos entrevistados, que, a partir de suas vivências concretas no sistema de saúde, problematizaram a forma como os serviços são organizados e como isso impacta diretamente o acesso, a continuidade do cuidado e a qualidade da assistência. Ao refletirem sobre possíveis caminhos para enfrentar as desigualdades, os participantes mobilizaram percepções que articulam experiências individuais a dimensões coletivas e institucionais, evidenciando demandas por maior participação social, escuta qualificada e reorganização dos processos de cuidado. As narrativas a seguir revelam, assim, não apenas expectativas em relação ao tratamento do TDAH, mas também compreensões críticas sobre os limites e as potencialidades do sistema de saúde na promoção de um cuidado mais equânime e responsivo às necessidades dos usuários.

No contexto público, acho que você precisava de identificação mais precoce do que está rolando, e conseguir encaminhar a pessoa para o lugar certo mais rápido, né? Então você precisa que a pessoa seja rapidamente encaminhada para que isso não vire um problema maior no futuro. Então isso envolve, falar em escolas a respeito disso, sabe? Treinar os profissionais das escolas para reconhecer e saber tratar disso com os pais, sem que eles achem “Ah, está falando que meu filho é doido”, porque isso é uma coisa que ainda acontece. O próximo estágio seria a porta de entrada do SUS, que é são os postos de saúde, né? Então, nos postos de saúde, os médicos, eles não são capacitados para identificar. A gente tá gerando uma população de profissionais terríveis e a gente está lá só para preencher um buraco e não sabe fazer essas coisas e mesmo sabendo que eles deveriam encaminhar, se eles fizerem isso, eles vão encaminhar para um serviço que demora um ano ou mais para a pessoa ser atendida por um profissional da área que seja um psiquiatra, né? Então, quando ela chega no psiquiatra, a gente tem outro problema, que é a pouca quantidade de psiquiatra para um número muito grande de gente, o que gera uma consulta cada vez menor e uma falta de diálogo. (E.5M, 27 anos, médico)

A inclusão de crianças com TDAH no sistema formal de ensino alinha-se diretamente ao Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS) 4, que preconiza uma educação inclusiva e de qualidade para todos. Entre as iniciativas voltadas a esse propósito, destaca-se o modelo

SSC (*Strategies–Support Services–Collaboration*), um protocolo de educação sustentável desenvolvido para atender às necessidades de crianças com TDAH em países em desenvolvimento, que contempla avaliação de necessidades, métodos de ensino especializados, capacitação docente, monitoramento contínuo, planos educacionais individualizados, adaptações em sala de aula, envolvimento familiar e atuação de equipes multidisciplinares (Chowdhury, 2024). Apesar desses avanços, persistem lacunas importantes, uma vez que muitos professores relatam sobrecarga ou resistência em assumir responsabilidades relacionadas à saúde mental dos alunos, frequentemente em razão da ausência de formação específica. Além disso, a insuficiência de financiamento compromete a sustentabilidade das iniciativas, levando à adoção de soluções pontuais que tendem a se esgotar com o término de projetos de pesquisa ou de recursos iniciais (O'Reilly *et al.*, 2018).

No âmbito dos serviços de saúde, o processo saúde–doença mental ainda é concebido, de forma predominante, a partir de um modelo clínico individual, organicista e biologicista, em contraste com os princípios do modelo de atenção psicossocial e com a própria política de organização dos serviços de saúde orientada pela Reforma Psiquiátrica (Silveira; Costa; Jorge, 2018). As mudanças na política de saúde mental e no financiamento da APS favoreceram um processo de crescente precarização, marcado pela redução das equipes responsáveis pelo apoio matricial, como os CAPS e as equipes multiprofissionais, o que reforça retrocessos em relação aos avanços previamente conquistados na direção de um modelo ampliado de atenção em saúde mental. Tal cenário compromete a construção de um cuidado mais equitativo e menos medicalizante, baseado em uma abordagem integral e coordenada em rede pelos serviços da APS (Sanine; Silva, 2021).

Ademais, o não reconhecimento dos fluxos de cuidado, aliado às fragilidades dos mecanismos institucionais de comunicação, dificulta a efetivação do cuidado integral e continuado, ao mesmo tempo em que inviabiliza a construção de uma linguagem comum e compartilhada entre os diferentes profissionais e gestores da rede (Sampaio; Bispo Júnior, 2021). Soma-se a esse contexto a elevada rotatividade de profissionais, associada aos baixos salários praticados pelos municípios, especialmente no caso dos médicos, e às dificuldades recorrentes de qualificação das equipes para o manejo das demandas em saúde mental. Muitos dos profissionais contratados ingressam nos serviços com conhecimento limitado sobre a RAPS, sobre a Política Nacional de Saúde Mental e com pouca experiência no manejo de situações de crise, o que compromete a coordenação efetiva do cuidado em rede (Guimarães *et al.*, 2025).

Essas fragilidades estruturais e organizacionais tornam-se visíveis também a partir do olhar de entrevistados que, ao mesmo tempo, possuem formação e inserção profissional no campo da saúde mental. Ao relatar sua experiência, a entrevistada mobilizou o conhecimento adquirido a partir da discussão com amigos das redes municipais de atenção e também da sua atuação profissional como psicóloga. Essa posição permite evidenciar, como a insuficiência de recursos materiais e institucionais compromete a realização de avaliações e intervenções necessárias, especialmente no atendimento de crianças e adolescentes no âmbito dos serviços públicos, conforme expresso na fala a seguir:

Depois, o recurso, principalmente para quem trabalha em órgãos públicos, que vai trabalhar com criança, que vai trabalhar com adolescente, mesmo que seja um adulto. Eu tenho alguns amigos que estão trabalhando nas prefeituras, por exemplo, eles trabalham com as crianças e eles sabem que as crianças precisam fazer uns testes, precisam passar por uma avaliação e não tem recursos para isso. O estado não manda, a prefeitura não manda, não deixa comprar os testes, os testes são muito caros, a avaliação neuropsicológica ela é muito cara, mas por que ela é cara? Porque os testes são caríssimos. Então além de uma preparação para os profissionais, precisa dar condição para os profissionais trabalharem. (E.9F, 25 anos, mestranda e psicóloga)

Essa narrativa demonstrou como a precarização da RAPS se materializou no cotidiano dos serviços públicos, não apenas pela insuficiência de equipes ou pela rotatividade de profissionais, mas também pela ausência de recursos materiais básicos para a realização de avaliações e acompanhamentos em saúde mental. Ao destacar a impossibilidade de acesso a testes e instrumentos fundamentais, sobretudo no cuidado de crianças e adolescentes, a fala evidenciou o descompasso entre as diretrizes da política de saúde mental e as condições concretas de sua implementação. Essa precarização compromete a integralidade do cuidado e desloca para os profissionais a responsabilidade por suprir lacunas estruturais, fragilizando a capacidade da rede de responder de forma articulada e contínua às demandas da população. O fortalecimento da APS é central para a coordenação do cuidado em rede; contudo, a redução de investimentos nesse nível fragiliza a capacidade do sistema de sustentar arranjos assistenciais orientados pela integralidade. Esse cenário é agravado pela permanência de um modelo de atenção hegemônico, ainda marcado pela fragmentação entre os níveis assistenciais e por um compromisso limitado com o trabalho em rede e com práticas de cuidado mais horizontais, interdisciplinares e compartilhadas, configurando um desafio transversal para os diferentes pontos da rede de atenção à saúde (Almeida *et al.*, 2018).

Nesse contexto, a integração e a coordenação dos sistemas de saúde demandam a redução da segmentação e da fragmentação da atenção, a garantia da equidade no acesso, o aumento da eficiência e da qualidade dos serviços, além da diminuição da sobreposição desnecessária, onerosa e potencialmente iatrogênica de intervenções médicas, orientando de

forma mais racional a organização dos serviços e a distribuição dos profissionais entre os diferentes níveis de atenção (Santos, 2018).

Diante desse contexto, o enfrentamento das dificuldades identificadas requer não apenas a revisão dos processos de formação médica e da distribuição desigual de profissionais nos territórios, mas também a adoção de estratégias contra-hegemônicas na organização do cuidado. Destaca-se, nesse sentido, o fortalecimento das atribuições clínicas de outros profissionais da saúde, como enfermeiros, a ampliação das equipes de saúde bucal e de apoio matricial, bem como a incorporação de práticas integrativas e complementares, favorecendo a construção de um cuidado menos centrado na doença e menos dependente do ato médico, orientado por abordagens mais integrais e territorializadas (Almeida; Santos, 2015).

Em vista disso, evidencia-se que as formas de compreensão e cuidado relacionadas ao TDAH não podem ser dissociadas das estruturas sociais, institucionais e simbólicas que organizam tanto os sistemas de saúde e educação quanto os modos de produção da normalidade. As falas dos entrevistados, articuladas à literatura, revelam que a centralidade atribuída à responsabilização individual, à medicalização e às respostas fragmentadas naturalizam desigualdades e limitam a possibilidade de sujeitos se constituírem como agentes críticos de seu próprio cuidado.

Nesse sentido, a precarização da APS e da RAPS, o subfinanciamento do SUS, as fragilidades da formação profissional e os entraves à participação social não apenas comprometem a integralidade da atenção, mas também reforçam modelos de cuidado pouco sensíveis às singularidades e permeados por relações de poder desiguais. Assim, a categoria aponta que a superação desses limites exige deslocamentos culturais e institucionais mais amplos, sustentados por processos educativos críticos, pelo fortalecimento das redes de cuidado e pela democratização efetiva das políticas públicas, de modo a promover práticas que reconheçam pessoas com TDAH como sujeitos ativos, produtores de sentido e de direitos, e não apenas como objetos de intervenção.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo, ao debruçar-se sobre os IT de adultos com TDAH, desvelou que a busca por cuidado transcende a mera administração de sintomas neurobiológicos. O que se descortinou foi uma complexa trama onde o sofrimento psíquico se entrelaça com as exigências de uma sociedade do desempenho, as desigualdades estruturais e a incessante busca por identidade e legitimidade. A análise holística – modelo teórico adotado –, permitiu compreender que o TDAH na fase adulta não é vivido apenas como um déficit de atenção, mas como uma experiência existencial marcada por ruídos, exaustão e uma negociação constante entre quem se é e o que se espera socialmente que seja.

Os achados evidenciaram que os sentidos atribuídos ao TDAH são construídos sobre um terreno de ambivalências. Antes do diagnóstico, os itinerários foram marcados por uma peregrinação em busca de sentido para uma sensação extensa de inadequação. A descoberta do transtorno emergiu, para a maioria dos participantes, como um divisor de águas: trouxe o alívio da nomeação clínica, retirando o peso da "falha moral" ou da "preguiça", mas inaugurou o luto de viver com uma condição crônica e, ainda, estigmatizante.

Ademais, ficou expresso nos depoimentos que os significados do TDAH são profundamente direcionados de maneira genérica. As narrativas femininas revelaram um sofrimento historicamente silenciado, internalizado sob a forma de ansiedade e culpa, muitas vezes mascarado por diagnósticos prévios equivocados, reflexo de uma socialização que cobra das mulheres a docilidade e a organização. Por sua vez, as narrativas masculinas trouxeram à tona a externalização do sofrimento através da raiva e da impulsividade, comportamentos muitas vezes naturalizados ou punidos severamente na infância, sob a égide de uma masculinidade hegemônica que desencoraja o pedido de ajuda e a vulnerabilidade. O "barulho mental" e o cansaço crônico foram experiências recorrentes, denunciando que viver com TDAH é, antes de tudo, um esforço intenso de autorregulação em um mundo que não pausa.

A pesquisa também demonstrou que o IT é fortemente condicionado pelos determinantes sociais de saúde. A família, identificada como o primeiro núcleo de cuidado, revelou-se um espaço de tensão dialética: ora atua como rede de suporte indispensável, ora como reprodutora de estigmas e violências disciplinares. A incompreensão familiar e o conflito intergeracional sobre o que é neurodivergência e o que é "frescura" ou "falta de vontade" apareceram como barreiras significativas à adesão ao cuidado.

Mais do que isso, o estudo desvelou uma hostilidade presente na interseccionalidade no manejo do TDAH. As questões de raça e classe não são apenas recortes demográficos, mas definidores de IT. O relato sobre a necessidade da população negra de entregar mais de si para

ser validada expôs como o racismo estrutural agrava a sintomatologia do TDAH, transformando a hipervigilância e o perfeccionismo em mecanismos de sobrevivência que acentuam o sofrimento em decorrência da neurodivergência. Além disso, a precarização financeira emergiu como um limitador do diagnóstico e da terapia precoces. O cuidado "ideal" mostrou-se uma mercadoria de alto custo, acessível a poucos, criando um abismo entre aqueles que podem pagar por diagnósticos neuropsicológicos e medicações de modernas e aqueles que precisam escolher entre o desembolso direto pelo tratamento ou a provisão para seu próprio sustento. A vulnerabilidade social, portanto, dita o ritmo, a qualidade e a continuidade dos IT.

Constatou-se que a hegemonia do modelo biomédico e a centralidade do fármaco como a resposta principal – e muitas vezes única – às externalidades clínicas do TDAH. Embora a medicação seja reconhecida pelos participantes como um facilitador funcional, ela não dá conta da complexidade da vida. Dessa maneira, houve uma fragmentação crítica do cuidado: o sujeito com TDAH precisa atuar como o gestor do seu próprio caso, costurando atendimentos desarticulados entre psiquiatras, psicólogos e terapias complementares, quando o recurso financeiro permite. As estratégias de autocuidado não medicamentosas (exercício físico, organização do ambiente, uso de artes e *hobbies*) apareceram como potentes ferramentas de regulação, mas sua manutenção é frequentemente inviabilizada pela própria desorganização inerente ao transtorno e pela falta de suporte estrutural. A pesquisa evidenciou ainda o risco da iatrogenia social, onde o diagnóstico passa a ser usado, paradoxalmente, como ferramenta de controle biopolítico para ajustar o indivíduo à lógica de produtividade neoliberal, em vez de promover sua emancipação e bem-estar.

Os participantes apontaram para uma insatisfação com a frieza dos encontros clínicos e com a burocratização do sofrimento. Há um clamor por uma escuta que vá além do *checklist* de protocolos médicos. Os itinerários relataram experiências de invalidação nos serviços de saúde e educação, onde o TDAH é frequentemente subestimado ou tratado com ceticismo. No entanto, houve também o reconhecimento de que, quando o acolhimento ocorre – seja através de um profissional sensível, de um grupo de amigos que compartilham vivências similares ou de parceiros amorosos que compreendem a neurodivergência –, o impacto na qualidade de vida é transformador. A experiência de ser adulto com TDAH foi descrita como uma luta constante contra a invisibilidade das próprias limitações e a busca por um lugar de pertencimento onde a mente acelerada não seja vista apenas como defeito, mas como uma forma singular de existir.

Diante dos problemas e lacunas identificados nestes itinerários, e sob a ótica da Saúde Coletiva, emergem sugestões necessárias para a qualificação do cuidado a essa população. É necessário superar a lógica da fragmentação e do biologicismo estrito, para tanto, é urgente que

profissionais da APS tenham competência para o reconhecimento e manejo inicial do TDAH em adultos, através do matriciamento efetivo com os CAPS e equipes multiprofissionais. Outrossim, o cuidado não pode estar restrito à especialidade focal; ele deve ser territorializado e longitudinal.

O SUS deve rever a incorporação de tecnologias para o tratamento do TDAH em adultos, superando a barreira do custo que hoje elitiza o direito à saúde mental. Contudo, isso pode vir acompanhado da oferta de Práticas Integrativas e Complementares e grupos terapêuticos verdadeiramente efetivos nos territórios, reduzindo a dependência exclusiva da medicação alopática. Os profissionais de saúde precisam ser formados para compreender como raça, gênero e classe modulam a expressão e o sofrimento do TDAH. Protocolos clínicos devem considerar essas variáveis para evitar subdiagnósticos, por exemplo, em mulheres e negros, ou diagnósticos estigmatizantes.

O cuidado ao adulto com TDAH exige extrapolar os muros da saúde. Logo, são necessárias políticas de inclusão e adaptação razoável nas universidades e ambientes de trabalho, combatendo o capacitismo e promovendo ambientes neuroinclusivos que valorizem a diversidade cognitiva em vez de puni-la. Nesse sentido, criar espaços de escuta e educação em saúde para familiares também se torna crucial para romper ciclos de violência e estigma, transformando o lar em um espaço de proteção e não de adoecimento.

Esta dissertação reitera que o TDAH não pode ser compreendido isoladamente, mas como um fenômeno cuja complexidade interroga os modos de vida contemporâneos. Os IT analisados mostram que a "cura" almejada não é o silenciamento da mente, mas a possibilidade de viver com dignidade, respeito e autonomia. O desafio para a Saúde Coletiva é construir práticas de cuidado que não visem apenas "consertar" o sujeito para que ele volte a produzir, mas que acolham sua singularidade e sustentem o seu direito de ser diferente da norma requerida. Nessa esfera, o estudo busca que as vozes escutadas nesta pesquisa ecoem como um alerta para a necessidade de uma saúde mental mais humana, equânime, emancipatória e, sobretudo, comprometida com a redução das desigualdades que tornam o viver com TDAH um percurso tão árduo. O cuidado, em última instância, deve ser um ato ético-político de reconhecimento do outro como sujeito legítimo de direitos e desejos.

Por fim, encerro esta dissertação não apenas como pesquisadora, mas como autora que compartilha do diagnóstico e que se viu refletida em diversas falas trazidas pelos interlocutores. Essa identificação reforça a urgência de criarmos espaços de trabalho que respeitem a singularidade dos sujeitos, compreendendo que a padronização rígida sufoca potencialidades.

Pessoas com TDAH, quando encontram ambientes que acolhem seus perfis de resposta emocionais e oferecem adaptações adequadas, não apenas "funcionam", mas revelam potências criativas e laborais extraordinárias.

Para isso, é imperativo repensar a organização da vida contemporânea e os modos de compreensão do fenômeno saúde-doença-cuidado. A luta por jornadas de trabalho compatíveis com a existência humana, que garantam tempo oportuno para o lazer, *hobbies* e autocuidado, é uma questão de saúde pública e dignidade humana. Da mesma forma, a defesa de salários dignos é inegociável, pois a precariedade material é um determinante que agrava o sofrimento psíquico e tenciona – ou modela – a neurodivergência. A cidade – e suas políticas públicas –, também precisa ser aliada nesse processo: a urbanização deve caminhar para a promoção de bem-estar, com mais arborização, espaços de convivência e acesso à cultura, transformando o território em um lugar de produção de saúde.

Concluo reafirmando que a saúde não pode ser reduzida à mercantilização da vida. É necessário, cada dia mais, a valorização do SUS como promotor de uma vida saudável. Como enfermeira, que vivencia na prática as dores e os arranjos da assistência, reconheço na enfermagem uma profissão-chave para a construção desse cuidado humanizado. Somos nós, muitas vezes, o elo capaz de reduzir injustiças sociais e acolher as subjetividades, garantindo que itinerários terapêuticos, como os narrados aqui, sejam trilhados com menos solidão e com mais acolhimento.

8 LIMITAÇÃO DO ESTUDO

O desenvolvimento desta pesquisa deparou-se com desafios que, embora se configurem como limitações metodológicas, também revelaram a realidade social e institucional do TDAH no município. A primeira limitação refere-se à dificuldade de recrutamento de participantes por meio da técnica de amostragem em "bola de neve". Observou-se que a rede de indicações foi frequentemente interrompida, uma vez que os próprios entrevistados desconheciam outras pessoas que partilhassem do mesmo diagnóstico. Esse isolamento explicita não apenas um entrave para a produção de dados, mas reflete a fragilidade da constituição de grupos identitários e de redes de solidariedade, dificultando o desenvolvimento de um senso de pertencimento e de partilha de experiências entre adultos com TDAH.

Outra limitação significativa residiu na composição socioeconômica dos participantes. Houve uma barreira estrutural para alcançar interlocutores em situações de maior vulnerabilidade social, que utilizam exclusivamente da rede pública de saúde para o manejo do TDAH. A tentativa de busca ativa nos serviços de assistência em saúde mental do município mostrou-se inviável devido à organização dos dados: a predominância de prontuários físicos, identificados apenas por numeração e sem identificação por diagnóstico, somada ao grande volume de usuários, tornou a triagem manual impraticável. Tal obstáculo logístico denuncia, por si só, a precariedade dos sistemas de informação em saúde, que invisibilizam o perfil epidemiológico dos usuários e dificultam tanto a gestão do cuidado quanto a pesquisa científica.

Em decorrência desses fatores, a amostragem final concentrou-se majoritariamente na rede de contatos da própria autora e em indicações advindas de meios digitais e universitários. Embora isso tenha garantido o acesso a narrativas densas e profundas, reconhece-se que os resultados podem refletir as experiências de um grupo com maior capital social e acesso a diagnósticos, não abarcando em sua pluralidade as vivências de indivíduos cujos itinerários são ainda mais restritos pela exclusão digital, pela barreira do analfabetismo funcional ou pela completa desassistência nos territórios mais periféricos. Portanto, as reflexões aqui trazidas, embora representativas dos participantes ouvidos, devem ser compreendidas dentro dessas fronteiras contextuais.

REFERÊNCIAS

- AASS, L. K. *et al.* Young Adults and Their Families Living With Mental Illness: Evaluation of the Usefulness of Family-Centered Support Conversations in Community Mental Health care Settings. **Journal of Family Nursing**, v. 26, n. 4, p. 302-314, 2020. DOI: [10.1177/1074840720964397](https://doi.org/10.1177/1074840720964397)
- ACCURSO, E. C. *et al.* A transdiagnostic examination of sex- and race- and ethnicity-based mental health treatment disparities among publicly insured youth. **Psychological Medicine**, v. 55, e170, 2025. DOI: [10.1017/S003329172510069X](https://doi.org/10.1017/S003329172510069X)
- ACIOLI, S. Os sentidos das práticas voltadas para a saúde e doença: maneiras de fazer grupos da sociedade civil. IN: PINHEIRO, R; MATTOS, R.A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado a saúde**. Rio de Janeiro, CEPESC, p. 161-170, 2009.
- ACHUTHAN, K.; KHOBRADE, S. The role of music in ADHD: a multi-dimensional computational and theoretical analysis. **PLOS ONE**, v. 20, n. 8, e0324369, 2025. DOI: 10.1371/journal.pone.0324369.
- ADAMS, S. *et al.* Integrating nurse practitioners into primary healthcare to advance health equity through a social justice lens: an integrative review. **Journal of Advanced Nursing**, v. 80, n. 10, p. 3899–3914, 2024.
- ADAMS, G. *et al.* The psychology of neoliberalism and the neoliberalism of psychology. **Journal of Social Issues**, v. 75, n. 2, p. 279–297, 2019.
- ADAMS, S. *et al.* Integrating nurse practitioners into primary healthcare to advance health equity through a social justice lens: an integrative review. **Journal of Advanced Nursing**, v. 80, n. 10, p. 3899–3914, 2024.
- AHLSTRÖM, B. H.; WENTZ, E. Difficulties in everyday life: Young persons with attention deficit/ hyperactivity disorder and autism spectrum disorders perspectives. A chat-log analysis. **International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being**, v. 9, n. 1, 28 maio 2014
- ALEGRÍA, M.; NAKASH, O.; NEMOYER, A. Increasing equity in access to mental health care: a critical first step in improving service quality. **World Psychiatry**, v. 17, n. 1, p. 43-44, 2018. DOI: [10.1002/wps.20486](https://doi.org/10.1002/wps.20486)
- ALMEIDA, P. F. de *et al.* Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. esp. 1, p. 244-260, 2018.
- ALMEIDA, A. P. F. de; SOUSA, E. R. de; FORTES, S.; MINAYO, M. C. de S. Dor crônica e violência doméstica: estudo qualitativo com mulheres que frequentam um serviço especializado de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 8, n. 1, p. 83–91, 2008. DOI: 10.1590/S1519-38292008000100010.

ALMEIDA, P. F.; SANTOS, A. M. Diálogos em busca de coordenação do cuidado: linha de chegada ou novo itinerário. In: ALMEIDA, P. F.; SANTOS, A. M.; SOUZA, M. K. B. (Org.). **Atenção Primária à Saúde na coordenação do cuidado em Regiões de Saúde**. Salvador: Edufba, 2015. p. 277-303.

ALVES, D.S. Integralidade nas políticas de Saúde Mental. IN: PINHEIRO, R; MATTOS, R.A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado a saúde**. Rio de Janeiro, CEPESC, p. 171-180, 2009.

ALVES, G. S.; OLIVEIRA, N. A. P.; OLIVEIRA, C. T. O estigma no processo de saúde mental. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, v. 32, n. 2, p. 3–12, 2024.

AMARAL, C. E. *et al.* Systematic review of pathways to mental health care in Brazil: narrative synthesis of quantitative and qualitative studies. **International Journal of Mental Health Systems**, v. 12, art. 65, 2018. DOI: [10.1186/s13033-018-0237-8](https://doi.org/10.1186/s13033-018-0237-8)

AMERICAN PSYCHIATRYC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Ed. Art Med, 5 ed, Porto Alegre, 2014.

AN, J. *et al.* A serial mediating effect of perceived family support on psychological well-being. **BMC Public Health**, v. 24, art. 940, 2024. DOI: [10.1186/s12889-024-18476-z](https://doi.org/10.1186/s12889-024-18476-z)

ANGEL, C. DE O.; AMARAL, A. J. Do poder (neuro)psiquiátrico: a psicopatologização do cotidiano na era do cérebro. **Psicologia & Sociedade**, v. 35, 2023.

ARNAUD, A. *et al.* The Increasing Economic Burden with Additional Steps of Pharmacotherapy in Major Depressive Disorder. **PharmacoEconomics**, v. 39, n. 6, p. 691-706, 2021. DOI: [10.1007/s40273-021-01021-w](https://doi.org/10.1007/s40273-021-01021-w)

ARNESS, D. C.; OLLIS, T. A mixed-methods study of problematic social media use, attention dysregulation, and social media use motives. **Current Psychology**, New York, v. 42, n. 28, p. 24379–24398, 2023. DOI: [10.1007/s12144-022-03472-6](https://doi.org/10.1007/s12144-022-03472-6).

ARVIDSDOTTER, T. *et al.* Understanding persons with psychological distress in primary health care. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, v. 30, n. 4, p. 687–694, 2016. DOI: [10.1111/scs.12289](https://doi.org/10.1111/scs.12289)

AUSTERMAN, J. ADHD and behavioral disorders: Assessment, management, and an update from DSM-5. **Cleveland Clinic Journal of Medicine**, v. 82, p. 2–7, nov. 2015.

ALVES, P.C. Itinerários terapêuticos, cuidados à saúde e a experiência de adoecimento. In: GERHARDT, T. E.; PINHEIRO, R.; RUIZ, E. N. F; SILVA-JUNIOR, A.G (orgs). **Itinerários Terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde**. Rio de Janeiro, CEPESC, p.128, 2016.

ALVES P.C.B; SOUZA I.M. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: Rabelo MC, Alves PCB, Souza IMA, organizadores. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; p. 125-138. 1999. ATTOE, D. E.; CLIMIE, E. A. Miss. Diagnosis: A systematic review of ADHD in adult women. **Journal of Attention Disorders**, v. 27, n. 7, p. 645–657, 2023.

AYRES, JRCM. Da necessidade de uma prática reflexiva sobre o cuidado: a hermenêutica como acesso ao sentido das práticas de saúde. IN: Pinheiro, R, Mattos, RA. **Razões públicas para a integralidade: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro. CEPESC. p. 127- 144. 2007

AYRES, JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. IN: AYRES, J.R.C.M. **Cuidado: Trabalho e interação nas práticas de saúde**. Rio de Janeiro, CEPESC, 1 ed., p. 4173, 2009.

AUSTERMAN, J. ADHD and behavioral disorders: Assessment, management, and an update from DSM-5. **Cleveland Clinic Journal of Medicine**, Cleveland, v. 82, n. 11, p. S2-S7, nov. 2015. Supplement 1. DOI: <https://doi.org/10.3949/ccjm.82.s1.01>.

BABAJYAN, D. *et al.* Understanding attentional functioning in adult attention deficit hyperactivity disorder—could this improve diagnostic specificity? **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 20, n. 5077, 2023. DOI: 10.3390/ijerph20065077.

BANASCHEWSKI, T. *et al.* Perspectives on ADHD in children and adolescents as a social construct amidst rising prevalence of diagnosis and medication use. **Frontiers in Psychiatry**, v. 14, art. 1289157, 2024.

BANDEIRA, N.; ONOCKO-CAMPOS, R. T. Sofrimento psíquico: a experiência de pessoas que abandonaram o cuidado no CAPS. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, Salvador, v. 13, p. e5689, 2024.

BANDEIRA, N.; TREICHEL, C. A. dos S.; CAMPOS, R. T. O. Estudo sobre abandono e não adesão ao tratamento em Centros de Atenção Psicossocial. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. esp. 3, p. 95–106, 2020.

BARBARINI, T. A.; CORBANEZI, E. Entre reivindicação para tratamento e recusa de incorporação de medicamentos no SUS: Uma análise sobre a realidade social do TDAH na sociedade contemporânea. **Estudos de Sociologia**, v. 27, n. esp. 2, e022021, 2022. DOI: [10.52780/res.v27iesp.2.16790](https://doi.org/10.52780/res.v27iesp.2.16790)

BARBOSA, C. F.; PIRES, E. O.; DI GREGÓRIO, M. F. A. Mães solo: disputas e embates da monoparentalidade feminina na contemporaneidade. **ODEERE**, v. 8, n. 2, p. 19–40, 2023. DOI: [10.22481/odeere.v8i2.13341](https://doi.org/10.22481/odeere.v8i2.13341)

BARKLEY, R. A. ADHD and the nature of self-control. New York: Guilford Press, 1997.

BARROS, J. P. P.; COLAÇO, V. de F. R. Biopoder e normalização da infância: Apontamentos sobre a instrumentalização do lúdico. **Psicologia Argumento**, Curitiba, v. 31, n. 73, p. 331340, 2013.

BATTAUS, D. M. A.; OLIVEIRA, E. A. B. O direito à cidade: urbanização excludente e a política urbana brasileira. **Lua Nova**, n. 97, p. 81-106, 2016. DOI: [10.1590/0102-6445081106/97](https://doi.org/10.1590/0102-6445081106/97)

BEATON, D. M.; SIROIS, F.; MILNE, E. Self-compassion and perceived criticism in adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). **Mindfulness**, v. 11, n. 11, p. 2506–2518, 2020.

BECKER, J. C.; HARTWICH, L.; HASLAM, S. A. Neoliberalism can reduce well-being by promoting a sense of social disconnection, competition, and loneliness. **British Journal of Social Psychology**, v. 60, n. 3, p. 947–965, 2021.

BÉLIARD, A. *et al.* The multiple meanings of ADHD: Between deficit, disruption and hidden potential. **Saude e Sociedade**, v. 28, n. 1, p. 55–74, 2019.

BERGEY, M. R. *et al.* Mapping mental health inequalities: the intersecting effects of gender, race, class, and ethnicity on ADHD diagnosis. **Sociology of Health & Illness**, v. 44, n. 3, p. 604–623, 2022. DOI: [10.1111/1467-9566.13443](https://doi.org/10.1111/1467-9566.13443)

BERKE, D. S.; REIDY, D. E.; ZEICHNER, A. Masculinity, emotion regulation, and psychopathology: a critical review and integrated model. **Clinical Psychology Review**, v. 66, p. 106–116, 2018. DOI: [10.1016/j.cpr.2018.01.004](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.01.004)

BERNARD, D. L.; SMITH, Q.; LANIER, P. Racial discrimination and other adverse childhood experiences as risk factors for internalizing mental health concerns among Black youth. **Journal of Traumatic Stress**, v. 35, n. 2, p. 473–483, 2022. DOI: [10.1002/jts.22760](https://doi.org/10.1002/jts.22760).

BEZKLUBAYA, S. A. Anger as an experience of cultural meanings in the modern religious picture of the world. **Nova Pristnost**, v. 22, n. 2, p. 271–286, 2024. DOI: [10.31192/np.22.2.2](https://doi.org/10.31192/np.22.2.2)

BISPO JÚNIOR, J. P.; ALMEIDA, E. R. de. Equipes multiprofissionais (eMulti): potencialidades e desafios para a ampliação da atenção primária à saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 10, e00120123, 2023.

BISPO, R.; COELHO, M. C. Emoções, gênero e sexualidade: apontamentos sobre conceitos e temáticas no campo da Antropologia das Emoções. **Cadernos de Campo**, v. 28, n. 2, p. 186–197, 2019. DOI: [10.11606/issn.2316-9133.v28i2p186-197](https://doi.org/10.11606/issn.2316-9133.v28i2p186-197)

BOTHA, F. *et al.* Generational differences in mental health trends in the twenty-first century. **PNAS**, v. 120, n. 49, e2303781120, 2023. DOI: [10.1073/pnas.2303781120](https://doi.org/10.1073/pnas.2303781120)

BOURDIEU, P. **Retorno à reflexividade**. Tradução de Thomaz Kawauche. São Paulo: Ed. Unesp, 2024.

BOWE, C.; THOMAS, C.; MACKEY, P. Perspective to Practice: Theoretical Frameworks Explaining Intergenerational Trauma, Violence, and Maltreatment and Implications for the Therapeutic Response. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 22, n. 1, art. 321, 2025. DOI: [10.3390/ijerph22030321](https://doi.org/10.3390/ijerph22030321)

BRANDÃO, C. A. Crise e rodadas de neoliberalização: impactos nos espaços metropolitanos e no mundo do trabalho no Brasil. **Cadernos Metr pole**, v. 19, n. 38, 2017, p. 45–69. doi: 10.1590/2236-9996.2017-3802.

BRADLEY, C. The behavior of children receiving benzedrine. East providence, p. 577-585, 1937.

BRASIL. **Lei Complementar n  200, de 30 de agosto de 2023**. Institui regime fiscal sustentável para garantir a estabilidade macroecon mica do País e criar condições adequadas ao crescimento socioecon mico e altera a Lei Complementar n  101, de 4 de maio de 2000 (Lei de Responsabilidade Fiscal). Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2023. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp200.htm. Acesso em: 11 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n  3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Aten o Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema  nico de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 11 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **RESOLUÇÃO N  32, de 14 de DEZEMBRO de 2017**. Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Aten o Psicossocial (RAPS). Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0032_22_12_2017.html> Acesso em: 18 de outubro de 2023

BRASIL. **Resolução n  466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> acesso em: 09 de março de 2024

BRASIL. **Resolução n  510, de 07 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisa em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. Brasília, 2016. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>> Acesso em: 09 de março de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **LEI N  14.254, de 30 de NOVEMBRO de 2021**. Dispõe sobre o acompanhamento integral para educandos com dislexia ou Transtorno do Deficit de Aten o com Hiperatividade (TDAH) ou outro transtorno de aprendizagem. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/L14254.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2014.254%2C%20DE%2030,ou%20outro%20transto rno%20de%20aprendizagem.> Acesso em: 06 de outubro de 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA CONJUNTA Nº 14, de 29 de JULHO de 2022. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade. Disponível em: < <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/protocolosclnicos-e-diretrizes-terapeuticas-pcdt/arquivos/2022/portaria-conjunta-no-14-pcdt-transtornodo-deficite-de-atencao-com-hiperatividade.pdf>> Acesso em: 06 de outubro de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA GM/MS Nº 635, de 22 de MAIO de 2023. Disponível em: < <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-635-de-22-de-maio-de-2023-484773799>> Acesso em: 18 de outubro de 2023

BRAGA, C. S. da C.; AMARO, M. I. M. A. Política social e família: desafios colocados aos assistentes sociais do Brasil e de Portugal | Social policy and the family: challenges faced by social workers in Brazil and Portugal. **Revista Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 42, p. 125–135, 2018. DOI: 10.12957/rep.2018.39416.

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; MENEZES, J. S. B. de. A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências. **Ser Social**, Brasília, v. 22, n. 46, p. 191–209, 2020.

BRENNER, N.; THEODORE, N. Cities and the geographies of “actually existing neoliberalism”. **Antipode**, v. 34, n. 3, p. 349–379, 2002.

BRITO, A. V.; CALIMAN, L. V. O diagnóstico da linguagem e a linguagem do diagnóstico: uma perspectiva pragmática. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 23, n. 3, p. 994–1011, 2017.

BROWN, T. E.; KENNEDY, R. J. Estabelecendo um plano psicossocial para o controle do TDAH. In: ROHDE, L. A. *et al.* **Guia para compreensão e manejo do TDAH da World Federation of ADHD**. Porto Alegre: Artmed, 2019.

BUCHMAN-WILDBAUM, T. *et al.* Targeting the problem of treatment non-adherence among mentally ill patients: the impact of loss, grief and stigma. **Psychiatry Research**, v. 290, art. 113140, 2020. DOI: [10.1016/j.psychres.2020.113140](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113140)

CABRAL, A. L. L. V. *et al.* Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciências e Saúde Coletiva**, v. 16, p. 4433–4442, 2011.

CALIMAN, L. V. A constituição sócio-médica do “fato TDAH”. **Psicologia & Sociedade**. Psicologia e sociedade, Rio de Janeiro, v. 21, p. 135-144, 2009.

CALIMAN, L. V. Notas Sobre a História Oficial do Transtorno do Déficit de Atenção/hiperatividade. **Psicologia, ciência e profissão**, Espírito Santo, v. 30, p 46-61, 2010.

CALIMAN, L. V.; ORTEGA, F. J. G. A biologia moral da atenção: a constituição do sujeito (des)atento. **Tese de doutorado em saúde coletiva** (Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio De Janeiro, p. 176, 2006.

CAMPBELL, P. A. *et al.* Lay participation with medical expertise in online self-care practices: social knowledge (co)production in the Running Mania injury forum. **Social Science & Medicine**, v. 277, art. 113880, 2021. DOI: [10.1016/j.socscimed.2021.113880](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.113880)

CANELA, C. *et al.* Skills and compensation strategies in adult ADHD – A qualitative study. **PLoS ONE**, v. 12, n. 9, 1 set. 2017.

CARAPINHEIRO, G; CORREIA, T. Diálogos com a sociologia da saúde e da doença. In: CARAPINHEIRO, G; CORREIA, T. Novos temas, novas questões sociais. **Mundos Sociais**, Lisboa, p. 1-18, 2015.

CARBONNEAU, M. L. *et al.* Meta-analysis of sex differences in ADHD symptoms and associated cognitive deficits. **Journal of Attention Disorders**, v. 25, n. 12, p. 1640-1656, 2021.

CARVALHO, E. L. Itinerário terapêutico de sujeitos portadores de diabetes mellitus acometidos por pé diabético. **Dissertação de mestrado** (Universidade Federal da Bahia), Salvador, p. 216, 2018.

CASTRO, C. X. L.; LIMA, R. F. TDAH na idade adulta consequências do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (tdah) na idade adulta. **Psicopedagogia**, São Paulo, v 35, p. 6172, 2018.

CÉNAT, J. M. Complex racial trauma: evidence, theory, assessment, and treatment. **Perspectives on Psychological Science**, v. 18, n. 3, p. 675–687, maio 2023. DOI: [10.1177/17456916221120428](https://doi.org/10.1177/17456916221120428)

CHEN, H. *et al.* Can biomarkers be used to diagnose attention deficit hyperactivity disorder? **Frontiers in Psychiatry**, v. 14, art. 1026616, 2023.

CHOWDHURY, S. A. Developing a sustainable education protocol for children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in the context of developing country. **Journal of Science of Learning and Innovations**, v. 1, n. 1, p. 90–106, 2024.

CHOUDHURY, S.; MCKINNEY, K. A.; KIRMAYER, L. J. “Learning how to deal with feelings differently”: Psychotropic medications as vehicles of socialization in adolescence. **Social Science & Medicine**, Amsterdam, v. 143, p. 311–319, 2015.

CLARKE, J.; HURST, C.; TOMLINSON, J. Maintaining the meritocracy myth: a critical discourse analytic study of leaders’ talk about merit and gender in academia. **Organization Studies**, v. 45, n. 5, p. 635–660, 2024. DOI: [10.1177/01708406241236610](https://doi.org/10.1177/01708406241236610)

CLEMENTS, S. D. Minimal Brains Disfuncion In Children. **Departament of health, education and welfare**, Arkansas, p. 31, 1966.

COELHO, V. A. A. *et al.* Community mental health care network: an evaluative approach in a Brazilian state. **International Journal of Mental Health Systems**, v. 17, 2023.

COHEN, M. B. *et al.* Emotional dysregulation and health-related quality of life in young adults with ADHD: a cross-sectional study. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 19, n. 1, p. 270, 2021.

COLLINS, P. H.; BILGE, S. **Interseccionalidade**. São Paulo: Boitempo, 2020.

COLOMBANI, F.; CARÁCIO, F.C.C.; VERÍSSIMO, D.M.M. A medicalização e sua história: normalização e disciplinamento da infância por meio da escola. **Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação**, Araraquara, v. 14, n. esp. 4, p. 2057-2070, 2019. DOI: <https://doi.org/10.21723/riace.v14iesp.4.12933>

CONRAD, P; BARKER, K.K. A construção social da doença: Insights-chave e implicações para políticas de saúde. **Nova série**, São Paulo, n. 3, 2011.

CONRAD, P. Medicalization and social control. **Annual Review of Sociology**, v. 18, p. 209-232, 1992.

COOK, B. L. *et al.* Assessing the individual, neighborhood, and policy predictors of disparities in mental health care. **Medical Care Research and Review**, v. 74, n. 4, p. 404–430, 2017. DOI: [10.1177/1077558716646898](https://doi.org/10.1177/1077558716646898)

CORDEIRO, A. M. *et al.* Revisão sistemática: uma revisão narrativa. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 428-431, nov./dez. 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-69912007000600012>.

CORRENT, N. O olhar de Georg Simmel e Byung-Chul Han sobre o indivíduo contemporâneo. **Revista Tempos Históricos**, v. 27, 2023. DOI: 10.36449/rth.v27i1.29080.

CORTESE, S. *et al.* Comparative efficacy and tolerability of medications for attention-deficit hyperactivity disorder in children, adolescents, and adults: a systematic review and network meta-analysis. **The Lancet Psychiatry**, v. 5, n. 9, p. 727–738, 2018.

COSGROVE, L.; KARTER, J. M. The poison in the cure: neoliberalism and contemporary movements in mental health. **Theory and Psychology**, v. 28, n. 5, p. 669-683, 2018.

COSTA, J. F. A. Emancipation and liberation as normative horizons in critical theory. **Thesis Eleven**, v. 184-185, p. 16–30, 2024.

COSTA, D. C. A. R. Crise econômica e disparidades no gasto, oferta e utilização de serviços públicos e privados de saúde no Brasil no período entre 2011 e 2019. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 10, 2022.

COSTA, M.I.S; LOTA, G.S. From “mentally ill” to “citizens”: Historical analysis of the construction of political categories in mental health in Brazil. São Paulo, **Ciência e Saúde coletiva**, v. 26, 2021.

COZER, C. Análise do regime fiscal sustentável instituído pela Lei Complementar (LC) nº 200, de 2023, à luz do princípio constitucional da sustentabilidade da dívida pública. **Revista Fórum de Direito Financeiro e Econômico – RFDDE**, Belo Horizonte, v. 14, n. 26, 2025.

CUMMINS, S. T.; PAHL, K. M. Feeling the rules: historical and contemporary perspectives on emotional norms and social distinction. **Social Science History**, v. 48, n. 4, p. 603–619, 2024. DOI: [10.1017/ssh.2024.39](https://doi.org/10.1017/ssh.2024.39)

DANGMANN, C. R. *et al.* Life gets better: important resilience factors when growing up with ADHD. **Journal of Attention Disorders**, v. 28, n. 8, 2024. DOI: 10.1177/10870547241246645.

DAWADI, S. *et al.* An equity indicator for assessing mental healthcare access: a national population case study. **Epidemiology and Psychiatric Sciences**, v. 33, e70, 2024. DOI: [10.1017/S2045796024000738](https://doi.org/10.1017/S2045796024000738)

DELGADO-HERRERA, M.; ACEVES-GÓMEZ, A. C.; REYES-AGUILAR, A. Relationship between gender roles, motherhood beliefs and mental health. **PLOS ONE**, v. 19, n. 3, e0298750, 2024. DOI: 10.1371/journal.pone.0298750.

DHARANI, M. K.; BALAMURUGAN, J. The psychosocial impact on single mothers' wellbeing – a literature review. **Journal of Education and Health Promotion**, v. 13, p. 148, 2024. DOI: [10.4103/jehp.jehp_1045_23](https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_1045_23)

DIEMER, A. S. Q.; CAVAGNOLI, M. Interseccionalidade entre gênero, classe e diagnóstico: práticas de atenção à saúde mental no CAPS. **Revista Grifos**, Chapecó, v. 31, n. 55, 2022.

DIMITRI, D. *et al.* Sex differences in children and adolescents with attentiondeficit/hyperactivity disorder: a literature review. **Frontiers in Child and Adolescent Psychiatry**, v. 4, art. 1582502, 2025.

DOLDER, P. C. *et al.* Direct comparison of the acute subjective, emotional, autonomic, and endocrine effects of MDMA, methylphenidate, and modafinil in healthy subjects. **Psychopharmacology**, Berlin, v. 235, n. 2, p. 467–479, 2018.

DOMINGUES, L. B. Ocupação do espaço público: uma proposta prefigurativa sob a urbanização capitalista neoliberal. **Novos Estudos CEBRAP**, v. 41, n. 3, p. 507-525, 2022. DOI: [10.25091/S01013300202200030004](https://doi.org/10.25091/S01013300202200030004)

DRECHSLER, R. *et al.* ADHD: Current concepts and treatments in children and adolescents. **Neuropediatrics**, Zurich, v. 51, p. 315-334 2020.

DOS SANTOS, R. B., ZAMBENEDETTI, G. Compreendo o processo de medicalização contemporânea no contexto da saúde mental. *Salud & Sociedad*, 10(1), 22-37, 2019. doi: 10.22199/S07187475.2019.0001.00002

DUPONT-REYES, M. J. *et al.* Familial transmission of mental health help-seeking: Does it “run in the family”? **SSM - Population Health**, v. 27, art. 101695, 2024. DOI: [10.1016/j.ssmph.2024.101695](https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2024.101695)

ELLIOTT, J. *et al.* Pharmacologic treatment of attention deficit hyperactivity disorder in adults: a systematic review and network meta-analysis. **PLOS ONE**, San Francisco, v. 15, n. 10, p. e0240584, 2020. DOI: 10.1371/journal.pone.0240584.

ERLANDSSON, S. I. *et al.* Is ADHD a way of conceptualizing long-term emotional stress and social disadvantage? **Frontiers in Public Health**, v. 10, art. 966900, 2022.

ESPÓSITO, L.; PÉREZ, F. M. Neoliberalism and the commodification of mental health. **Humanity & Society**, Thousand Oaks, v. 38, n. 4, p. 414–442, 2014.

FARAONE, S. V. *et al.* Attention-deficit/hyperactivity disorder. **Nature Reviews Disease Primers**, v. 1, art. 15020, 2015. DOI: 10.1038/nrdp.2015.20.

FARAONE, S. V. The pharmacology of amphetamine and methylphenidate: relevance to the neurobiology of attention-deficit/hyperactivity disorder and other psychiatric comorbidities. **Neuroscience & Biobehavioral Reviews**, Amsterdam, v. 87, p. 255–270, 2018.

FARAONE, S. V. *et al.* The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based conclusions about the disorder. **Neuroscience and Biobehavioral Reviews**, v.128, p. 789-818, 2021.

FARHAT, L. C. *et al.* The effects of stimulant dose and dosing strategy on treatment outcomes in attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents: a meta-analysis. **Molecular Psychiatry**, London, v. 27, n. 3, p. 1562–1572, 2022. DOI: 10.1038/s41380-02101391-9.

FARMER, G. M. *et al.* Well-being and distress in university students with ADHD traits: the mediating roles of self-compassion and emotion regulation difficulties. **Mindfulness**, v. 14, n. 2, p. 448–459, 2023.

FAYZHIA, S. I.; SETIAWATI, Y. The interplay of ADHD, social media usage, and dopamine receptors in adolescents: a literature review. **World Journal of Advanced Research and Reviews**, v. 23, n. 2, p. 2698–2703, 2024. DOI: 10.30574/wjarr.2024.23.2.2625.

FELIU, M. S.; FERNÁNDEZ, I.; SLOBODIANIK, N. Importancia de la nutrición en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (tdah). **Actualización en Nutrición**, v. 23, n. 4, 2022.

FERNANDEZ, F. G. V. Prehistoria del TDAH: Aditivos para un diagnóstico insostenible. **Papeles del psicólogo**, España, vol. 32, n 2, p. 107-117, 2017.

FERREIRA, A.; CARVALHO, V. C. H. S.; PALUMBO, J. Addressing racial/ethnic disparities and racism in health: a call for equity. **Salud Colectiva**, 2025, 21:e5783. DOI:

10.18294/sc.2025.5783.

FLANAGAN, N. *et al.* Crossing borders: a systematic review identifying potential mechanisms of intergenerational trauma transmission in asylum-seeking and refugee families. **European Journal of Psychotraumatology**, v. 11, n. 1, art. 1790283, 2020. DOI: [10.1080/20008198.2020.1790283](https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1790283)

FONSECA, F. Neoliberalismo: Esvaziamento da esfera pública, autoritarismo e diminuição dos espaços públicos. **Administración & Desarrollo**, v. 55, n. 1, 2025

FONTENELLE, L. F. *et al.* Utilization of the Brazilian public health system by privately insured individuals: a literature review. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 4, e00004118, 2019.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 13. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1998. (ISBN: 9788570380637)

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1980.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Tradução de Raquel Ramallete. 38. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1987.

FUNER, F. Admitting the heterogeneity of social inequalities: intersectionality as a (self-) critical framework and tool within mental health care. **Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine**, v. 18, art. 21, 2023. DOI: [10.1186/s13010-023-00144-6](https://doi.org/10.1186/s13010-023-00144-6)

GAUDENZI, P.; ORTEGA, F. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. **Interface**, v. 16, n. 40, p. 21-34, 2012. DOI: [10.1590/S1414-32832012005000020](https://doi.org/10.1590/S1414-32832012005000020)

GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Caderno de Saúde Pública**, v. 22, p. 2449–2463, nov. 2006.

GERHARDT, T. E.; PINHEIRO, R.; SILVA J., A. G. DA. **ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde**. 1. ed. Rio De Janeiro: CEPESC Editora, 2016. v. 1

GERHARDT, T.E; BURILLE, A; MULLER, T.L. Estado da arte da produção científica sobre itinerários terapêuticos no contexto brasileiro. IN: GERHARDT, T. E.; PINHEIRO, R.; SILVA J., A. G. DA. **ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde**. 1. ed. Rio De Janeiro: CEPESC Editora, 2016.

GERHARDT, T. E. *et al.* Critérios sensíveis para dimensionar repercussões do cuidado profissional na vida de pessoas, famílias e comunidades. In Pinheiro, R; Silva Junior, A. G. (Org.). Por uma sociedade cuidadora. 1.ed. Rio de Janeiro: CEPESC/ IMSUERJ; ABRASCO, 2010.

GERHARDT, T. E. Itinerários Terapêuticos e suas múltiplas dimensões: desafios para a prática da integralidade e do cuidado como valor. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Razões Públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: CEPESC/UFRJ/ABRASCO, 2009. p 279- 300.

GHETTI, C. M. *et al.* Steering the energy with music: hermeneutic phenomenological study of user perspectives of music and music therapy for co-occurring ADHD and substance use problems. **Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy**, v. 19, p. 10, 2024. DOI: 10.1186/s13011-024-00594-x.

GILSON, K.-M. *et al.* Experiences and barriers to accessing mental health support in mothers of children with a disability. **Child: Care, Health and Development**, v. 47, n. 5, p. 697–704, 2021. DOI: [10.1111/cch.12884](https://doi.org/10.1111/cch.12884)

GINAPP, C. M. *et al.* The lived experiences of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: a rapid review of qualitative evidence. **Frontiers in Psychiatry**, v. 13, art. 949321, 2022.

GIOVANELLA, L. *et al.* Médicos pelo Brasil: caminho para a privatização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 10, e00178619, 2019.

GUDKA, R. *et al.* Digital health interventions with healthcare information and selfmanagement resources for young people with ADHD: a mixed-methods systematic review and narrative synthesis. **European Child & Adolescent Psychiatry**, v. 34, p. 1817–1835, 2025. DOI: 10.1007/s00787-025-02676-y.

GUIMARÃES, D. A. *et al.* Avanços e desafios na atenção em saúde mental na Rede de Atenção Psicossocial: percepção de referências técnicas em Minas Gerais, Brasil. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 29, 2025.

HABEB, B.; DEMIRAG, N.; RETZLOFF, J. Prolonged amphetamine-dextroamphetamine use: an unrecognized cause of cardiomyopathy. **Cureus**, v. 17, n. 3, p. e80553, 2025. DOI: 10.7759/cureus.80553.

HAMANN, J. *et al.* What can patients do to facilitate shared decision making? A qualitative study of patients with depression or schizophrenia and psychiatrists. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 51, n. 4, p. 617–625, 2016.

HAN, B. C. **Sociedade do cansaço**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2017a.

HAN, B. C. **Sociedade paliativa: a dor hoje**. Petrópolis: Vozes, 2021b.

HANDELMAN, K.; SUMIYA, F. Tolerance to stimulant medication for attention deficit hyperactivity disorder: literature review and case report. **Brain Sciences**, Basel, v. 12, n. 8, p. 959, 2022.

HENNING, Marta. Neuroquímica da vida cotidiana. **Cadernos IPUB**, Rio de Janeiro, v.6, n.18, 2000.

HERSHKO, S. *et al.* Food Perceptions in Adults with and without ADHD. **Psychopathology**, v. 55, n. 5, p. 292–300, 2022.

HOOVER, S. A.; BOSTIC, J. Q. Schools as a vital component of the child and adolescent mental health system. **Psychiatric Services**, v. 72, n. 1, p. 37–48, 2021.

HOTTE-MEUNIER, A. *et al.* Strengths and challenges to embrace attention-deficit/hyperactivity disorder in employment: a systematic review. **Neurodiversity**, v. 2, 2024. DOI: [10.1177/27546330241287655](https://doi.org/10.1177/27546330241287655).

HOWE, J. *et al.* A realist review of medication optimisation of community dwelling service users with serious mental illness. **BMJ Quality & Safety**, London, v. 34, n. 1, p. 40–52, 2025.

HOURS, C.; RECASENS, C.; BALEYTE, J. M. ASD and ADHD comorbidity: what are we talking about? **Frontiers in Psychiatry**, v. 13, 2022.

HUGHES, G.; SHAW, S. E.; GREENHALGH, T. Rethinking integrated care: a systematic review of the conceptualisation and measurement of integration. **BMC Health Services Research**, v. 20, art. 385, 2020. DOI: [10.1186/s12913-020-05183-z](https://doi.org/10.1186/s12913-020-05183-z)

HUNTER, W. G. *et al.* What Strategies Do Physicians and Patients Discuss to Reduce Out-of-Pocket Costs? Analysis of Cost-Saving Strategies in 1,755 Outpatient Clinic Visits. **Medical Decision Making**, v. 36, n. 7, p. 900-910, 2016. DOI: [10.1177/0272989X15626384](https://doi.org/10.1177/0272989X15626384)

ILARIO, C. *et al.* Can ADHD have an adulthood onset? **Encephale**, v. 45, n. 4, p. 357–362, 1 set. 2019.

ILLICH, I. A expropriação da saúde: nêmesis da medicina. 3 ed.. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

ILLICH, I. The medicalization of life. **Journal of Medical Ethics**, v. 1, n. 2, p. 73–77, 1975. DOI: [10.1136/jme.1.2.73](https://doi.org/10.1136/jme.1.2.73)

JACOB, G. *et al.* A systematic review of Black people coping with racism: approaches, analysis, and empowerment. **Perspectives on Psychological Science**, v. 18, n. 2, p. 392–415, 2023. DOI: [10.1177/17456916221100509](https://doi.org/10.1177/17456916221100509)

JEMAL, A. Critical consciousness: a critique and critical analysis of the literature. **The Urban Review**, v. 49, n. 4, p. 602–626, 2017.

JEWKES, R. *et al.* Hegemonic masculinity: combining theory and practice in gender interventions. **Culture, Health & Sexuality**, v. 17, supl. 2, p. 112–127, 2015.

JOELSSON, T. 'So that we don't spoil them': understanding children's everyday mobility through parents' affective practices. **Children's Geographies**, v. 17, n. 5, p. 591-602, 2019. DOI: [10.1080/14733285.2019.1582752](https://doi.org/10.1080/14733285.2019.1582752)

JONES, M.; PIETILÄ, I. Personal perspectives on patient and public involvement: stories about becoming and being an expert by experience. **Sociology of Health & Illness**, v. 42, n. 2, p. 305–321, 2020. DOI: [10.1111/1467-9566.13064](https://doi.org/10.1111/1467-9566.13064)

JONES, S. C. T. *et al.* From “crib to coffin”: navigating coping from racism-related stress throughout the lifespan of Black Americans. **American Journal of Orthopsychiatry**, v. 90, n. 2, p. 267–282, 2020. DOI: [10.1037/ort0000430](https://doi.org/10.1037/ort0000430)

JØRGENSEN, K. *et al.* Patient participation in mental health care – perspectives of healthcare professionals and patients: a scoping review. **Issues in Mental Health Nursing**, v. 45, n. 8, p. 794–810, 2024.

JOSEPH, A. M. Bound by Tradition: Women's Identity and Cultural Expectations in Anita Nair's Ladies Coupé, Alice Walker's The Color Purple, and Amy Tan's The Joy Luck Club. **International Journal of Scientific Research in Engineering and Management (IJSREM)**, [s. l.], v. 9, n. 4, abr. 2025.

JÚNIOR, A.G. Por uma sociedade cuidadora. Rio de Janeiro, CEPESC editora, v. 1, 2010.

JUREK, L. *et al.* Sensory processing in individuals with attention-deficit/hyperactivity disorder compared with control populations: a systematic review and meta-analysis. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, v. 64, n. 10, p. 1132–1147, 2025. DOI: [10.1016/j.jaac.2025.02.019](https://doi.org/10.1016/j.jaac.2025.02.019).

KARA, K. *et al.* School participation, supports and barriers of children with and without attention deficit hyperactivity disorder. **BMJ Paediatrics Open**, v. 9, n. 1, e002917, 2025.

KATO, L. C. Medicalização, diagnóstico e tratamento do TDAH na infância: o que diz as políticas públicas? 2022. Monografia (Especialização em Gestão em Saúde) – Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2022.

KATZMAN, M. A. *et al.* Adult ADHD and comorbid disorders: clinical implications of a dimensional approach. **BMC Psychiatry**, v. 17, art. 302, 2017.

KESSLER, R. C. *et al.* Patterns and predictors of attention-deficit/hyperactivity disorder persistence into adulthood: Results from the national comorbidity survey replication. **Biological Psychiatry**, v. 57, n. 11, p. 1442–1451, 2005.

KETT, P. M. *et al.* Why public health nurses matter: bringing specialized knowledge and skills to advancing health equity. **Nursing Inquiry**, v. 32, n. 2, 2025.

KIM, D. *et al.* Gender differences in aggression: a multiplicative function of outward anger expression. **Aggressive Behavior**, v. 48, n. 4, p. 393-401, 2022. DOI: [10.1002/ab.22028](https://doi.org/10.1002/ab.22028)

KIRKBRIDE, J. B. *et al.* The social determinants of mental health and disorder: evidence, prevention and recommendations. **World Psychiatry**, Chichester, v. 23, n. 1, p. 58–90, 2024. DOI: 10.1002/wps.21160.

KHAUSTOV, S. A.; DUBYNIN, V. A. Desenvolvimento cerebral e intervenções para transtornos do espectro autista e transtorno do déficit de atenção e hiperatividade: uma revisão de pesquisas atuais. **Science for Education Today**, v. 14, n. 2, p. 7-28, 2024.

KLEINMAN, A. Patients and Healers in the Context of Culture. Berkeley: University of California Press, 1980. (ISBN: 9780520045118)

KNAPP, M.; WONG, G. H. Y. Economics and mental health: the current scenario. **World Psychiatry**, v. 19, n. 1, p. 3-14, 2020. DOI: [10.1002/wps.20692](https://doi.org/10.1002/wps.20692)

KNAUTH, D. R.; MEINERZ, N. E. Reflections on sharing data from healthcare anthropological studies. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 20, n. 9, p. 2659–2666, 2015.

KOFLER, M. J. *et al.* Working memory and organizational skills problems in ADHD. **Journal of Abnormal Child Psychology**, v. 45, n. 8, p. 1491–1505, 2018. DOI: 10.1007/s10802-0170308-8.

KRABBENDAM, Lydia *et al.* Understanding urbanicity: how interdisciplinary methods help to unravel the effects of the city on mental health. **Psychological Medicine**, v. 51, n. 7, p. 1099–1110, 2021. DOI: 10.1017/S0033291720000355.

KREFER, L. T.; OLIVEIRA, W. F. de. Reformulações na política nacional de saúde mental: análise de dados de assistência no período de 2012 a 2022. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 30, n. 2, 2025. doi: 10.1590/1413-81232025302.13372023.

KRIEGER, C. S. A privatização da atenção primária à saúde no Brasil: considerações sobre os ataques ao Sistema Único de Saúde. **RCMOS – Revista Científica Multidisciplinar O Saber**, São Paulo, v. 1, n. 1, art. 832, 2025.

KOOIJ, J. J. S. *et al.* Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD. **European Psychiatry**, v. 56, p. 14–34, 1 fev. 2019.

KUPPENS, T. *et al.* Educationism and the irony of meritocracy: negative attitudes of higher educated people towards the less educated. **Journal of Experimental Social Psychology**, v. 76, p. 429–447, 2018. DOI: [10.1016/j.jesp.2017.11.001](https://doi.org/10.1016/j.jesp.2017.11.001)

LAITINEN, A.; SÄRKELÄ, A. Four conceptions of social pathology. **European Journal of Social Theory**, v. 22, n. 1, p. 80–102, 2019.

LANE, R. Expanding boundaries in psychiatry: uncertainty in the context of diagnosis-seeking and negotiation. **Sociology of Health & Illness**, v. 42, suppl. 1, p. 69–83, 2020. DOI: [10.1111/1467-9566.13044](https://doi.org/10.1111/1467-9566.13044)

LANNAMANN, J. W; MCNAMEE, S. Unsettling trauma: from individual pathology to social pathology. **Journal of Family Therapy**, v. 42, n. 3, 2019.

LARUFFA, F.; HEARNE, R. Towards a post-neoliberal social policy: capabilities, human rights and social empowerment. **Critical Policy Studies**, v. 18, n. 2, p. 207–226, 2024.

LASKY, A. K. *et al.* ADHD in context: young adults' reports of the impact of occupational environment on the manifestation of ADHD. **Social Science & Medicine**, v. 161, p. 160–168, 2016. DOI: [10.1016/j.socscimed.2016.06.003](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.06.003).

LAWN, S. *et al.* A qualitative study examining the presence and consequences of moral framings in patients' and mental health workers' experiences of community treatment orders. **BMC Psychiatry**, v. 15, art. 274, 2015. DOI: [10.1186/s12888-015-0653-0](https://doi.org/10.1186/s12888-015-0653-0)

LEMOS, M. E. P. *et al.* Sobrecarga familiar de pessoas com transtorno mental: uma revisão integrativa. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 5, n. 2, p. 5599–5615, 2022. DOI: [10.34119/bjhrv5n2-139](https://doi.org/10.34119/bjhrv5n2-139)

LIMA, I. C. S.; SAMPAIO, J. J. C.; SOUZA, K. C. A. A complexidade do trabalho precário na Atenção Psicossocial Territorial: reflexão crítica sobre o contexto brasileiro. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 136, p. 215–226, 2023.

LIRA, G.V; CATRIB, A.M.F; SILVA, R.M. Cronicidade e cuidados de saúde: Uma abordagem fenomenológica de investigação. IN: CASTELLANOS, M.E.P et al. Cronicidade: Experiência do adoecimento e cuidado sob a ótica das ciências sociais. Fortaleza, **Ed UECE**, p. 156-192, 2015.

LIU, J. Urbanization and Mental Health. In: **International conference on biomedicine, food science and public health (bfsph)**, 2024, Manchester. **Proceedings...** Manchester: Darcy & Roy Press, 2024. p. 394-397. DOI: [10.54097/shxbsd03](https://doi.org/10.54097/shxbsd03)

LOPES, F. V. *et al.* Income inequalities beyond access to mental health care: a Dutch nationwide record-linkage cohort study. **The Lancet Psychiatry**, v. 10, n. 8, p. 588-597, 2023. DOI: [10.1016/S2215-0366\(23\)00155-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(23)00155-4)

LUCCHESI, A. F.; SANTO, M. H. do E.; CHARLES, J. W. de A. Da crise do desenvolvimentismo à hegemonia do neoliberalismo na política econômica brasileira (1980-2020). **Revista Economia Ensaios**, Uberlândia, v. 40, n. esp., 2025.

LUDOT-GRÉGOIRE, M. *et al.* Bodily expression of psychological distress in adolescents: a qualitative study. **Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health**, v. 16, art. 40, 2022. DOI: [10.1186/s13034-022-00476-9](https://doi.org/10.1186/s13034-022-00476-9)

LUPTON, D. Limits to medicine. Medical Nemesis. **Journal of Health Services Research & Policy**, v. 10, n. 2, p. 122–123, 2005.

MA, X. *et al.* Mediators and moderators in the relationship between maternal childhood adversity and children's emotional and behavioural development: a systematic review and meta-analysis. **Psychological Medicine**, v. 52, n. 10, p. 1737–1750, 2022. DOI:

10.1017/S0033291722000397.

MACHADO, D. B. *et al.* Impact of the new mental health services on rates of suicide and hospitalisations by attempted suicide, psychiatric problems, and alcohol problems in Brazil. **Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research**, New York, v. 45, n. 3, p. 381–391, 2018.

MAHESHKA, C. *et al.* Perceived mental illness is associated with judgments of less agency, yet more moral wrongness. **Possibility Studies & Society**, v. 2, n. 3, 2024. DOI: [10.1177/27538699241240611](https://doi.org/10.1177/27538699241240611)

MALEKI, M. *et al.* Social skills in children at home and in preschool. **Behavioral Sciences**, v. 9, n. 7, p. 74, 2019.

MARCHIONATTI, L. E. *et al.* Mental health care delivery and quality of service provision in Brazil. **SSM - Mental Health**, v. 3, art. 100210, 2023.

MARINUCCI, M.; RIVA, P. Surrendering to social emptiness: chronic social exclusion longitudinally predicts resignation in asylum seekers. **British Journal of Social Psychology**, v. 60, n. 2, p. 429–447, 2020. DOI: [10.1111/bjso.12410](https://doi.org/10.1111/bjso.12410)

MARTIN, J. *et al.* Sex differences in attention-deficit hyperactivity disorder diagnosis and clinical care: a national study of population healthcare records in Wales. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 65, n. 12, p. 1648–1658, 2024.

MARTINHAGO, F.; CAPONI, S. Controvérsias sobre o uso do DSM para diagnósticos de transtornos mentais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, e290213, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290213>.

MARTIN-MORATINOS, M. *et al.* Effects of music on attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and potential application in serious video games: systematic review. **Journal of Medical Internet Research**, v. 25, e37742, 2023. DOI: 10.2196/37742.

MASEFIELD, S. C. *et al.* The caregiver health effects of caring for young children with developmental disabilities: a meta-analysis. **Maternal and Child Health Journal**, v. 24, n. 1, p. 561–574, 2020. DOI: [10.1007/s10995-020-02896-5](https://doi.org/10.1007/s10995-020-02896-5)

MCDONALD, M. *et al.* Social psychology, consumer culture and neoliberal political economy. **Journal for the Theory of Social Behaviour**, v. 47, n. 3, p. 363–379, 2017.

MCKENNA, K. *et al.* Barriers and enablers of service access and utilization for children and adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: a systematic review. **Journal of Attention Disorders**, v. 28, n. 3, p. 259–278, 2024. DOI: [10.1177/10870547231214002](https://doi.org/10.1177/10870547231214002)

MCLENNAN, J. D. Understanding attention deficit hyperactivity disorder as a continuum. **Canadian Family Physician**. Canada, v 62, p 979–982, 2016.

MEDEIROS, C.R.G; GERHARDT, T.E.; SILVA, A.G. As trajetórias assistenciais revelando a rede de atenção à saúde de pessoas com doenças cardiovasculares. IN: Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde. **CEPESC/ABRASCO**, Rio de Janeiro, 1 ed, p 185 – 202, 2016.

MELO, V. Emancipatory education and youth engagement in Brazil: a case study bridging the theory and practice of education for social transformation. **Education Sciences**, v. 9, n. 1, p. 23, 2019.

MENDES, Á; CARNUT, L. Capital, Estado, Crise e a Saúde Pública brasileira: golpe e desfinanciamento. **Ser Social**, Brasília, v. 22, n. 46, p. 9–32, 2020.

MENDES, J. T. Disciplining the disobedient Black maternal subject: the assimilatory pedagogies of public suffering and punishment. **Feminist Theory**, v. 26, n. 1, p. 22–43, 2024. DOI: [10.1177/14647001231223099](https://doi.org/10.1177/14647001231223099)

MERTENS, L. *et al.* Navigating power imbalances and stigma in mental healthcare: patient-reported barriers and facilitators to participation in shared decision-making in mental health care, a qualitative meta-summary. **Health Expectations**, v. 28, n. 2, e70239, 2025.

MESQUITA, J. S.; BEZERRA, M. S. “Brazil cannot stop”: Meritocratic ideology in an unequal country. **Gender, Work & Organization**, v. 28, supl., p. 446–460, 2021. DOI: [10.1111/gwao.12589](https://doi.org/10.1111/gwao.12589)

MESTRES, F. *et al.* Sex differences in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: a population-based study. **European Psychiatry**, v. 68, n. 1, e90, 2025.

MEZZINA, R. *et al.* Social vulnerability and mental health inequalities in the “syndemic”: call for action. **Frontiers in Psychiatry**, v. 13, art. 894370, 2022. DOI: [10.3389/fpsy.2022.894370](https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.894370)

MICHELATOYOSHIY, S.; KIENEN, N. Gerenciamento de tempo: uma interpretação analítico-comportamental. **Psicologia da Educação**, n. 47, p. 67–77, 2018.

MILLS, C.; FERNANDO, S. Globalising Mental Health or Pathologising the Global South? Mapping the Ethics, Theory and Practice of Global Mental Health. *Disability and the Global South*, 1(2), pp. 188-202, 2014.

MINAKAWA, M. I; FRAZÃO, P. **Bases teóricas dos processos de medicalização**: um olhar sobre as forças motrizes. São Paulo: Hucitec, 2019.

MISIAK, B. *et al.* Urban mental health: a position paper of the European Psychiatric Association. **European Psychiatry**, v. 68, e127, p. 1-15, 2025. DOI: [10.1192/j.eurpsy.2025.10](https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2025.10)
MITTAL, S.; CHOUDHURY, M. Understanding mental health discourse in the Global South: a study of social media in India. In: PROCEEDINGS OF THE 2023 CHI CONFERENCE ON HUMAN FACTORS IN COMPUTING SYSTEMS. 2023. DOI: [10.1145/3544548.3581333](https://doi.org/10.1145/3544548.3581333)

MOFFITT, T.E. Is Adult ADHD a childhood-onset neurodevelopmental disorder? Evidence from a 4-decade longitudinal cohort study. **Am J Psychiatry**, v. 1, p. 967- 977, 2015.

MOHAMED, S. M. H. *et al.* Basic and complex functions in adult ADHD. **PLOS ONE**, v. 16, n. 9, e0256228, 2021.

MOREIRA, D. J.; BOSI, M. L. M.; SOARES, C. A. Uso de narrativas na compreensão dos itinerários terapêuticos de usuários em sofrimento psíquico. In: GERHARDT, T. E. et al. (org.). *Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde*. Rio de Janeiro: **CEPESC: UERJ: ABRASCO**, 2016.

MOREIRA, M. C. N. Configurações do ativismo da parentalidade atípica na deficiência e cronicidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 10, p. 3939-3948, 2022. DOI: [10.1590/1413812320222710.07572022](https://doi.org/10.1590/1413812320222710.07572022)

MOSTERT, J. C. *et al.* Executive functioning and motivation in adults with attentiondeficit/hyperactivity disorder. **Journal of the International Neuropsychological Society**, v. 21, n. 6, p. 412–421, 2015. DOI: 10.1017/S135561771500041X.

MOTAZE, N. V. *et al.* Government regulation of private health insurance. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 2021.

MURAD, M. H. Clinical practice guidelines: a primer on development and dissemination. **Mayo Clinic Proceedings**, Rochester, v. 92, n. 3, p. 423–433, 2017.

NÁFRÁDI, L.; NAKAMOTO, K.; SCHULZ, P. J. Is patient empowerment the key to promote adherence? A systematic review of the relationship between self-efficacy, health locus of control and medication adherence. **PLOS ONE**, San Francisco, v. 12, n. 10, e0186458, 2017.

NASCIMENTO, L. A.; LEÃO, A. Estigma social e estigma internalizado: a voz das pessoas com transtorno mental e os enfrentamentos necessários. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 26, n. 1, p. 103–121, 2019.

NAZAROVA, V. A. *et al.* Treatment of ADHD: Drugs, psychological therapies, devices, complementary and alternative methods as well as the trends in clinical trials. **Frontiers in Pharmacology**, 2022.

NEUFANG, S. *et al.* Toward a fair, gender-debiased classifier for the diagnosis of attention deficit/hyperactivity disorder: a machine-learning based classification study. **BMC Medical Informatics and Decision Making**, v. 25, p. 290, 2025.

NEVES, A. *et al.* A psiquiatria sob o neoliberalismo: da clínica dos transtornos ao aprimoramento de si. In: SAFATLE, V. et al. (Org.). **Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico**. Belo Horizonte: Autêntica, 2025.

NEVES, T. I.; SOUZA, V. J. L. Patologia do desempenho: TDAH, drogas estimulantes e formas de sofrimento no capitalismo. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 42, e239276, 2022.

NIETZSCHE, F. **Humano, demasiado humano**: um livro para espíritos livres. Tradução de Paulo Cesar de Souza. São Paulo: Companhia de Bolso, 2017.

NUNES, E. D. A medicina social e a questão da saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 6, p. 673-675, 2000. DOI: [10.1590/S0034-89102000000600017](https://doi.org/10.1590/S0034-89102000000600017)

NUNES, M. O. *et al.* Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 4489–4498, 2019.

ODDO, L. E. *et al.* Investigating resilience to depression in adults with ADHD. **Journal of Attention Disorders**, v. 22, n. 5, p. 497–505, 2016. DOI: 10.1177/1087054716636937.

OLIVEIRA, E. D. *et al.* A urbanização enquanto uma estrutura produtora de (des)igualdades socioespaciais e consciência crítica. **Revista Geográfica Acadêmica**, v. 13, n. 1, p. 116-127, 2019. DOI: [10.18227/1678-7226rga.v13i1.5573](https://doi.org/10.18227/1678-7226rga.v13i1.5573)

OLIVEIRA, J. A. D. Ivan Illich, iatrogenesis and pharmacogenetics. In: KHALIL, I. A. (Ed.). **Pharmacogenetics**. London: IntechOpen, 2021.

ÖNCÜ, B. K.; KIŞLAK, Ş. T. Marital adjustment and marital conflict in individuals diagnosed with ADHD and their spouses. **Archives of Neuropsychiatry**, v. 59, n. 2, p. 127–132, 2022.

O'REILLY, M. *et al.* Is social media bad for mental health and wellbeing? Exploring the perspectives of adolescents. **Clinical Child Psychology and Psychiatry**, v. 23, n. 4, 2018, p. 601–613. doi: 10.1177/1359104518775154.

ORTEGA, F. Deficiência, autismo e neurodiversidade. Rio de Janeiro, **Ciência e Saúde coletiva**, v. 14, n. 4, p. 67-77, 2009.

ORTIZ, N. *et al.* Decreased frontal, striatal and cerebellar activation in adults with ADHD during an adaptive delay discounting task. **Acta Neurobiologiae Experimentalis**, v. 75, n. 3, p. 326–338, 2015. DOI: 10.55782/ane-2015-2038.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1723–1728, 2018.

PASSOS, S. G. de *et al.* As implicações da privatização para o princípio da universalidade: impactos da privatização dos estabelecimentos de saúde no Distrito Federal. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, v. 8, n. 18, 2025.

PEDERSEN, A. B. *et al.* Self-esteem in adults with ADHD using the Rosenberg Self-Esteem Scale: a systematic review. **Journal of Attention Disorders**, v. 28, n. 7, p. 1124–1138, 2024.

PERES, M. L.; CAMPOS, A. L. B. Os desafios do diagnóstico do transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) em adultos com base no DSM-V / The challenges of the

diagnosis of Attention Deficit Hyperactivity disorder (ADHD) in adults based on DSM-V. **Brazilian Journal of Development**, v. 8, n. 6, p. 48102–48118, 2022.

PÉREZ, C. M. Diagnóstico Diferencial en el TDAH. **Revista de Psicología Educativa**, v. 15, n. 2, p. 77–85, 2009.

PETTS, R. J.; SHAFER, K. M.; ESSIG, L. Does adherence to masculine norms shape fathering behavior? **Journal of Marriage and Family**, v. 80, n. 3, p. 704–720, 2018. DOI: [10.1111/jomf.12476](https://doi.org/10.1111/jomf.12476)

PIGATO, G. Contributing to an inclusive education for neurodivergent students: sharing reflections, practices, and experiences. **FEMS Microbiology Letters**, v. 371, fnae046, 2024.

PINHEIRO, R, SILVA JUNIOR, A.G. A centralidade do usuário na avaliação em saúde: outras abordagens. IN: **A avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. CEPESC/ABRASCO. Rio de Janeiro. 1 ed. p. 37-52. 2009.

PINHO, S. A.; COUTINHO, F. Navigating the professional journey for adults with attention deficit/hyperactivity disorder: challenges and strategies. **European Psychiatry**, v. 67, supl. 1, p. S224, 2024. DOI: 10.1192/j.eurpsy.2024.478.

POUPART, J. et al. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. 3. ed. Petrópolis: **Vozes**, 2012. p. 295-316

PRIOR, A. *et al.* Healthcare fragmentation, multimorbidity, potentially inappropriate medication, and mortality: a Danish nationwide cohort study. **BMC Medicine**, v. 21, art. 305, 2023. DOI: [10.1186/s12916-023-03021-3](https://doi.org/10.1186/s12916-023-03021-3)

RABELO, M. C. M.; ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. Experiência de Doença e Narrativa. **Antropologia e saúde/Fiocruz**. Rio de Janeiro. V, 20. 1999.

RANDLE, T. S. *et al.* Untangling the threads: the impact of co-occurring OCD and ADHD symptoms for Black and/or Latiné youth. **Children**, v. 12, n. 6, art. 674, 2025. DOI: 10.3390/children12060674.

REGALIA, M. A. R. *et al.* Níveis de resiliência em adolescentes com TDAH: um estudo de família utilizando medidas quantitativas. **Trends in Psychiatry and Psychotherapy**, v. 41, 2019.

REINHARD, M. A. *et al.* The vicious circle of social exclusion and psychopathology: a systematic review of experimental ostracism research in psychiatric disorders. **European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience**, v. 270, p. 521–532, 2020. DOI: [10.1007/s00406-019-01074-1](https://doi.org/10.1007/s00406-019-01074-1)

REITH, M. E. A. *et al.* The dopamine transporter gene SLC6A3: multidisease risks. **Molecular Psychiatry**, v. 27, p. 1031–1046, 2022.

REUPERT, A. *et al.* Stigma in relation to families living with parental mental illness: an integrative review. **International Journal of Mental Health Nursing**, v. 30, n. 1, p. 6–26, 2024. DOI: [10.1111/inm.12820](https://doi.org/10.1111/inm.12820)

RISTOLAINEN, H. *et al.* Patterns of multidimensional social exclusion among older home care services recipients. **The Journals of Gerontology: Series B**, v. 79, n. 9, gbae118, 2024. DOI: [10.1093/geronb/gbae118](https://doi.org/10.1093/geronb/gbae118)

RIVERA, F. J. U; ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde: conceitos, história e propostas. Rio de Janeiro: **Ed. Fiocruz**, 2012.

ROGERS, D. C. *et al.* Fatigue in an adult attention deficit hyperactivity disorder population: A trans-diagnostic approach. **British Journal of Clinical Psychology**, [s. l.], v. 56, n. 1, p. 33–52, mar. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1111/bjc.12119>.

ROHDE, L. A. *et al.* Avaliando o TDAH ao longo da vida. In: ROHDE, L. A. *et al.* (Ed.). **Guia para compreensão e manejo do TDAH da World Federation of ADHD**. Porto Alegre: Artmed, 2019.

ROS, R.; GRAZIANO, P. A. Social Functioning in Children With or At Risk for Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analytic Review. **Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology**, v. 47, n. 2, p. 213–235, 2018.

ROSADO, I. V. M.; FREITAS, G. A. de. As contradições do direito à saúde no capitalismo: apontamentos da realidade brasileira. **Ser Social**, Brasília, v. 22, n. 47, p. 368–388, 2020.

ROTAROU, E. S.; SAKELLARIOU, D. Neoliberal reforms in health systems and the construction of long-lasting inequalities in health care: A case study from Chile. **Health Policy**, v. 121, n. 5, 2017.

ROWLEY, H. L. *et al.* Differences in the neurochemical and behavioural profiles of lisdexamfetamine, methylphenidate and modafinil revealed by simultaneous dual-probe microdialysis and locomotor activity measurements in freely-moving rats. **Journal of Psychopharmacology**, Londres, v. 28, n. 3, p. 254–269, 2014.

RUIZ, E.N.F.; GERHARDT, T.E. Etnografando dádivas e fazendo aparecer o cuidado em itinerários terapêuticos: anseios e incursões de uma “primeira viagem”. IN: Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde. **CEPESC/ABRASCO**, Rio de Janeiro, 1 ed, p 185 – 202, 2016.

RUIZ, E.N.F.; GERHARDT, T.E. Itinerários terapêuticos: dispositivo revelador da cultura do cuidado e do cuidado na cultura. IN: PINHEIRO. R *et al.* Cultura do cuidado e cuidado na cultura: dilemas, desafios e avanços para a efetivação da integralidade em saúde no Mercosul. **CEPESC** editora, 1 ed., Rio de Janeiro, 2015, p. 255 – 270.

SABORIDO, C.; ZAMORA-BONILLA, J. Diseases as social problems. **Synthese**, v. 203, art. 56, 2024. DOI: [10.1007/s11229-023-04468-w](https://doi.org/10.1007/s11229-023-04468-w)

SADE, R. M. S.; SASHIDHARAN, S. P.; SILVA, M. N. R. M. de O. Caminhos e desvios na trajetória da reforma psiquiátrica brasileira. **Salud Colectiva**, Lanús-Buenos Aires, v. 17, e3563, 2021.

SAFATLE, V. Em direção a um novo modelo de crítica: as possibilidades de recuperação contemporânea do conceito de patologia social. IN: SAFATLE, V; SILVA JÚNIOR, N. DA; DUNKER, C. (Orgs.). **Patologias do social: Arqueologias do sofrimento psíquico**. Belo Horizonte: **Autêntica**, 2024.

SAFATLE, V. *et al.* Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico. Belo Horizonte: Autêntica, 2024.

SAI, L. *et al.* Co-constructing new ways of working: relationality and care in post-pandemic academia. **Culture and Organization**, v. 30, n. 5, p. 523–538, 2024.

SALVI, V. *et al.* ADHD in adults: clinical subtypes and associated characteristics. **Rivista di Psichiatria**, Roma, v. 54, n. 2, p. 84-89, mar./abr. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1708/3142.31249>.

SAMARI, E. *et al.* Perceived mental illness stigma among family and friends of young people with depression and its role in help-seeking: a qualitative inquiry. **BMC Psychiatry**, v. 22, art. 107, 2022. DOI: [10.1186/s12888-022-03754-0](https://doi.org/10.1186/s12888-022-03754-0)

SAMPAIO, M. L. **Cuidado em saúde mental: análise multidimensional na perspectiva da desinstitucionalização**. 2020. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto Multidisciplinar em Saúde, Universidade Federal da Bahia, Vitória da Conquista, 2020.

SAMPAIO, M. L.; BISPO JÚNIOR, J. P. Towards comprehensive mental health care: experiences and challenges of psychosocial care in Brazil. **BMC Public Health**, v. 21, art. 1352, 2021.

SANINE, P. R.; SILVA, L. I. F. Saúde mental e a qualidade organizacional dos serviços de atenção primária no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 7, p. 2783-2792, 2021.

SANTOS, A. M. dos. **Redes regionalizadas de atenção à saúde: desafios à integração e à coordenação do cuidado**. Salvador: Edufba, 2018.

SANTOS, F. G. Social movements and the politics of care: empathy, solidarity and eviction blockades. **Social Movement Studies**, v. 19, n. 2, p. 125-143, 2020. DOI: [10.1080/14742837.2019.1665504](https://doi.org/10.1080/14742837.2019.1665504)

SARKAR, C.; *et al.* Characteristics of the residential environment and their association with depression in Hong Kong: a longitudinal cohort study. **JAMA Network Open**, v. 4, n. 10, p. e2130779, 2021. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2021.30777.

SCARPELLINI, F.; BONATI, M. Transition care for adolescents and young adults with attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): A descriptive summary of qualitative evidence. **Child: Care, Health and development**. Milan, v. 49, p. 431-443, 2022.

SCHIPPERS, L. M.; GREVEN, C. U.; HOOGMAN, M. Associations between ADHD traits and self-reported strengths in the general population. **Comprehensive Psychiatry**, [s. l.], v. 130, 152461, abr. 2024. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2024.152461>.

SCHMITZ, M *et al.* Transtorno do déficit de atenção/hiperatividade. IN: KAPCZINSKI, Flávio; QUEVEDO, João; IZQUIERDO, Iván. Bases biológicas dos transtornos psiquiátricos. **Artmed**, São Paulo, 3 ed, 2011, p. 261-274.

SEDGWICK, J. A.; MERWOOD, A.; ASHERSON, P. The positive aspects of attention deficit hyperactivity disorder: a qualitative investigation of successful adults with ADHD. **Attention Deficit and Hyperactivity Disorders**, v. 11, n. 3, p. 241-253, 2019. DOI: 10.1007/s12402018-0277-6.

SHUAI, L. *et al.* Influences of digital media use on children and adolescents with ADHD during COVID-19 pandemic. **Globalization and Health**, v. 17, art. 48, 2021. DOI: 10.1186/s12992021-00699-z.

SILVA, A. F.; OLIVEIRA, E. A. de. Neoliberalismo, educação e saúde mental: apresentação ao dossiê. **ACENO – Revista de Antropologia do Centro-Oeste**, v. 12, n. 28, p. 211-218, 2025.

SILVA, D. P. da *et al.* Matrizes psicológicas do episteme neoliberal: a análise do conceito de liberdade. In: SAFATLE, V.; SILVA JUNIOR, N. da; DUNKER, C. (Org.). **Neoliberalismo como gestão do sofrimento**. Belo Horizonte: Autêntica, 2025.

SILVA, S. C.; OLIVEIRA, L. C. F. DE. Acesso dos usuários do SUS à atenção psicossocial nos municípios brasileiros. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Feira de Santana, v. 47, n. 2, p. 230–248, 2023.

SILVA JUNIOR, J. C. L. da. Neoliberalismo e a economia solidária: Uma análise das moedas sociais no Estado Brasileiro. **Themis Revista Jurídica**, v. 1, n. 2, 2020.

SILVA, M. V.; CAMPOS, M. V. M. Pedagogia crítica e o legado de Paulo Freire para a democratização da educação: entrevista com Henry Giroux. **Educação & Pesquisa**, São Paulo, v. 47, e202147002001, 2021.

SILVEIRA, C. B.; COSTA, L. S. P; JORGE, M. S. B. Redes de atenção à saúde como produtoras de cuidado em saúde mental: uma análise reflexiva. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n. 19, p. 61-70, 2018.

SKOGLUND, L. B.; LARSSON, H.; PETROVIC, P. ADHD in adults - history, epidemiology, and neuroscience. **Läkartidningen**, Stockholme, v. 119, p. 1-5, 2022.

SOLER-GUTIÉRREZ, A.-M.; PÉREZ-GONZÁLEZ, J.-C.; MAYAS, J. Evidence of emotion dysregulation as a core symptom of adult ADHD: a systematic review. **PLOS ONE**, v. 18, n. 1, e0280131, 2023.

SOUZA, I. M. A. Na trama da Doença: uma discussão sobre redes sociais e doença mental. In: RABELO, C. M.; ALVES, P. C.; SOUZA, I. M. (Org.). **Experiência de Doença e Narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. (ISBN: 8585676645)

SOUZA, L. A. D. *et al.* Neoliberalismo e proteção social no capitalismo: as “redes de proteção” ao adolescente em conflito com a lei no Brasil. **Emancipação**, Ponta Grossa, v. 20, n. esp., p. 1–15, 2020.

SOUZA, L. E. P. F. de *et al.* Os desafios atuais da luta pelo direito universal à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 2783-2792, 2019.

SPERANZA, L. *et al.* Motivation-dependent effects of methylphenidate on electrophysiological metrics of attention and impulse control in adults with ADHD. **European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience**, v. 271, p. 1111–1123, 2021. DOI: 10.1007/s00406-020-01181-4.

SROUR, A. *et al.* Developing the First Data-Informed Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder Service in Qatar. **Cureus**, [s. l.], v. 17, n. 1, e77305, jan. 2025. DOI: <https://doi.org/10.7759/cureus.77305>.

STILL, G. F. Some abnormal psychical conditions in children: Excerpts from three lectures. **Journal of Attention Disorders**. vol. 10, p. 126 -136, 2006.

SUGARMAN, J.; THRIFT, E. Neoliberalism and the psychology of time. **Journal of Humanistic Psychology**, v. 60, n. 6, p. 807–828, 2017.

SWANEPOEL, A. ADHD and ASD are normal biological variations as part of human evolution and are not “disorders”. **Clinical Neuropsychiatry**, v. 21, n. 6, p. 451–454, 2024. DOI: 10.36131/cnfioritieditore20240601.

TAUBIN, D. Z.; MAEIR, A. “I wish it wasn’t all on me”: women’s experiences living with a partner with ADHD. **Disability and Rehabilitation**, v. 46, n. 14, p. 3017-3025, 2024.

TEIXEIRA, J. V.; CRUZ, C. A. de M.; AZEVEDO, A. P. Universalidade do atendimento à saúde no Brasil: impasses e perspectivas. **Revista de Políticas Públicas**, São Luís, v. 20, n. 1, p. 201–220, 2016.

TEKOLA, B. *et al.* Perceptions and experiences of stigma among parents of children with developmental disorders in Ethiopia: a qualitative study. **Social Science & Medicine**, v. 256, p. 113034, 2020. DOI: [10.1016/j.socscimed.2020.113034](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113034)

THIEME, S.; RICHTER, M.; AMMANN, C. Economic rationalities and notions of “good cure and care”. **Medical Anthropology**, v. 41, n. 4, p. 460–473, 2022.

TRAPÉ, T. L.; ONOCKO-CAMPOS, R. Modelo de atenção à saúde mental no Brasil: análise do financiamento, governança e mecanismos de avaliação. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, p. 1-8, 2017.

TRAD, L. A. B. Itinerários terapêuticos: questões e enfoques presentes na literatura e um modelo holístico de análise com foco na cronicidade In: CASTELLANOS, Marcelo Eduardo Pfeiffer et al (orgs). **Cronicidade: Experiência de Adoecimento e Cuidado Sob a Ótica das Ciências Sociais**. Fortaleza: EdUECE, 2015, p. 61-96.

TUCHA, L. *et al.* Sustained attention in adult ADHD: time-on-task effects of various measures of attention. **Journal of Neural Transmission**, v. 124, n. 1, p. 39-53, 2017. DOI: 10.1007/s00702-015-1426-0.

TUPOU, J. *et al.* Supporting tamariki takiwātanga Māori (autistic Māori children): exploring the experience of early childhood educators. **Autism**, v. 28, n. 3, p. 698-710, 2024.

CASTRO, C. X. L.; DE LIMA, R. F. Consequências do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) na idade adulta. **Rev. psicopedag.**, São Paulo , v. 35, n. 106, p. 6172, 2018 .

VALENTE, A. L.; MOURA, S. M. DE. Trabalho, formação e TDAH: uma análise fundamentada na Teoria Crítica da Sociedade. **Imagens da Educação**, v. 8, n. 2, p. 1-12, 2018.

VALENZUELA, F. M.; RAMÍREZ, O. A.; PAREDES, A. C. Effects of Physical Activity, Exercise and Sport on Executive Function in Young People with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Systematic Review. **European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education**, 2022.

VALÉRIO, A.; CASTRO, D. P.; FLORENCIO, T. Reflexões sobre masculinidades: possibilidades de interpretação a partir de uma visão analítico-comportamental. **Perspectivas em Análise do Comportamento**, v. 13, n. 1, p. 41–53, 2022. DOI: [10.18761/VEEM.13796](https://doi.org/10.18761/VEEM.13796)

VAN DEN BROEK-ALTENBURG, E. M.; ATHERLY, A. J. The relation between selective contracting and healthcare expenditures in private health insurance plans in the United States. **Health Policy**, v. 124, p. 174-182, 2020.

VAN DIJK, H. *et al.* Meritocracy a myth? A multilevel perspective of how social inequality accumulates through work. **Organizational Psychology Review**, v. 10, n. 3-4, p. 240–269, 2020. DOI: [10.1177/2041386620930063](https://doi.org/10.1177/2041386620930063)

VAN HUSEN, G. *et al.* Needs of the network: a qualitative study of the needs of family members, partners and close friends of people with a severe mental illness (SMI). **BMC Psychiatry**, v. 25, art. 220, 2025. DOI: [10.1186/s12888-025-06607-8](https://doi.org/10.1186/s12888-025-06607-8)

VERAS, R. P. Doenças crônicas e longevidade: desafios futuros. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 28, 2025.

VILCHES, F. *et al.* Intergenerational transmission of domestic violence in Peruvian families: a qualitative study. **Social Sciences**, v. 14, n. 7, art. 399, 2025. DOI: [10.3390/socsci14070399](https://doi.org/10.3390/socsci14070399)

VILELA, R. B. *et al.* Itinerário Terapêutico e Vulnerabilidade Social em Adultos com Doença Falciforme. **New Trends in Qualitative Research**, v. 8, p. 202-210, 2021. DOI: [10.36367/ntqr.8.2021.202-210](https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.202-210)

WAID, J.; KELLY, M. Supporting family engagement with child and adolescent mental health services: a scoping review. **Health & Social Care in the Community**, v. 28, n. 5, p. 1333–1342, 2020. DOI: [10.1111/hsc.12947](https://doi.org/10.1111/hsc.12947)

WALKER, N. Neuroqueer heresies: notes on the neurodiversity paradigm, autistic empowerment, and postnormal possibilities. **World Futures**, v. 78, n. 3-4, p. 298-317, 2022. DOI: 10.1080/02604027.2022.2094194.

WEIBEL, S. *et al.* Practical considerations for the evaluation and management of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in adults. **Encephale**, v. 46, n. 1, p. 30–40, 2020.

WEYANDT, L. L. *et al.* Prescription stimulant medication misuse: where are we and where do we go from here? **Experimental and Clinical Psychopharmacology**, Washington, v. 24, n. 5, p. 400–414, 2016.

WHITE, H. A.; SHAH, P. Creative style and achievement in adults with attentiondeficit/hyperactivity disorder. **Personality and Individual Differences**, v. 92, p. 194–200, 2016. DOI: 10.1016/j.paid.2015.12.015.

WOLRAICH, M. L. *et al.* ADHD diagnosis and treatment guidelines: A historical perspective. **Pediatrics**, v. 144, n. 4, 2019.

YIN, M.; LI, Z.; ZHOU, C. Experience of stigma among family members of people with severe mental illness: a qualitative systematic review. **International Journal of Mental Health Nursing**, v. 29, n. 1, p. 141–160, 2020. DOI: [10.1111/inm.12668](https://doi.org/10.1111/inm.12668)

ZANELLO, V. **Saúde mental, gênero e dispositivos: cultura e processos de subjetivação**. 1. ed. Curitiba: Appris, 2018. (ISBN: 9788547313033)

ZANELLO, V.; FIUZA, G.; COSTA, H. S. Saúde mental e gênero: facetas gendradas do sofrimento psíquico. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 27, n. 3, p. 238-246, 2015.

ZEIRA, A. Mental health challenges related to neoliberal capitalism in the United States. **Community Mental Health Journal**, v. 58, n. 2, p. 205–212, 2022.

ZOLA, I. K. Medicine as an institution of social control. **The Sociological Review**, v. 20, n. 4, p. 487-504, 1972

APÊNDICE

Apêndice A



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO MULTIDISCIPLINAR EM SAÚDE
CAMPUS ANÍSIO TEIXEIRA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA



INSTRUMENTO DE PRODUÇÃO DE DADOS ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Título: Itinerários Terapêuticos de adultos com Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade

Perfil Socioeconômico [código da entrevista _____]

Nome (civil ou social):	
Idade:	
Quando obteve o diagnóstico para TDAH?	
Gênero	☐ Feminino ☐ Masculino ☐ Transgênero ☐ Não-binário ☐ Outro _____
Raça/cor:	☐ Branca ☐ Parda ☐ Preto ☐ Indígena ☐ Amarela
Religião:	☐ Sim (_____) ☐ Não Qual? _____
Profissão:	
Característica do trabalho:	☐ Formal ☐ Informal
Escolaridade:	
Renda familiar:	
Endereço residencial:	

Quantas pessoas moram com você?	
Parentesco das pessoas que moram com você:	
Estado Civil	☐ Solteira/o ☐ Casada/o ☐ União estável ☐ Divorciada/o ☐ Viúva/o ☐ Outro
Filhos	☐ Sim ☐ Não Quantos? _____
Comorbidades:	☐ Sim ☐ Não Quais?
Medicações em uso relacionadas ao TDAH:	
Qual a frequência de uso da medicação para TDAH?	
Tem plano de saúde?	☐ Sim Não ☐ Qual?

ROTEIRO DA ENTREVISTA

Dimensão simbólica

- 1) Inicialmente, eu gostaria de saber o que você entende sobre o que é o TDAH.
- 2) Quando você começou a perceber que poderia ter o TDAH? Como foi essa descoberta (dúvidas, medos, perspectivas)?
- 3) A partir disso, durante a sua vida, quais traços relacionados ao TDAH você observou que tinha/tem? Gostaria que trouxesse um pouco dessa percepção desde a infância até atualmente, na fase adulta.
- 4) Como esses traços estão presentes no seu dia a dia (relações com as pessoas, trabalho, casa)?
- 5) Quais suas estratégias para contornar possíveis dificuldades nos ambientes em que mora/trabalha/estuda etc.?
- 6) Como você poderia traduzir em palavras como é Ser uma pessoa com TDAH? Quais são suas principais virtudes relacionadas ao TDAH?

Análise do contexto

- 7) Como você percebe que as pessoas que fazem parte da sua vida cotidiana compreendem o TDAH? Como as pessoas te tratam quando você revela que é uma pessoa com TDAH?
- 8) Qual a importância dessas pessoas do seu cotidiano com relação a você e o TDAH ao longo da sua vida? Sinta-se à vontade para trazer tanto aspectos positivos quanto negativos.
- 9) Qual o suporte que essas pessoas te dão (seja no trabalho, em casa, nos hobbies)? (Caso o entrevistado não contemple na pergunta acima)
- 10) Durante a sua vida, quais estratégias você procurou para promover o autocuidado?
- 11) Quais espaços (não apenas de saúde) aqui em Vitória da Conquista você costuma acessar para promover esse autocuidado?

- 12) Como os recursos (dinheiro gasto) utilizados para o manejo do TDAH impactam financeiramente na sua vida?

Racionalidades e práticas terapêuticas

- 13) Qual é o primeiro local que você busca para cuidados relacionados ao TDAH? Por quê busca esse local? Como chegou a ele?
- 14) Dentre todas as alternativas que você já utilizou para o manejo do TDAH, quais você considera que foram as melhores? E quais não surtiram a expectativa que você esperava? Por quê?
- 15) Qual momento você considera ter sido decisório para buscar um médico psiquiatra?
- 16) Quais profissionais te acompanharam e quais te acompanham atualmente? Como é a abordagem?
- 17) Em relação à medicação (se for o caso), fale como você faz uso e como se sente com ela? Por que você usa ou deixou de usar?
- 18) Fora o uso medicamentoso, quais outros cuidados você busca ou buscou para dar conta de viver com TDAH
- 19) Como/onde você busca informações sobre o TDAH? Como essas informações interferem na sua vida?

Avaliação da experiência

- 20) Como você se observa antes e após a descoberta do TDAH?
- 21) Como você gostaria de ser cuidado?
- 22) Como você acha que os serviços de saúde/profissionais deveriam estar organizados para cuidar de pessoas com TDAH?
- 23) O que você diria para uma pessoa que descobre hoje que tem TDAH? Quais conselhos você daria?
- 24) Tem algo que você acredita que deveria estar de forma acessível a todos e que poderia ajudar na compreensão do TDAH?

ANEXOS

Anexo 1

VITÓRIA DA CONQUISTA -
CEP INSTITUTO
MULTIDISCIPLINAR EM SAÚDE
- CAMPUS ANÍSIO TEIXEIRA -
UFBA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Itinerário Terapêutico de Pessoas com Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade

Pesquisador: Adriano Maia dos Santos

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 78346724.3.0000.5556

Instituição Proponente: Instituto Multidisciplinar em Saúde-Campus Anísio Teixeira

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.963.616

Apresentação do Projeto:

O Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é um transtorno do neurodesenvolvimento caracterizado pela combinação de sintomas de desatenção e hiperatividade e/ou impulsividade que afetam de maneira complexa e diferente mais de uma situação de vida do indivíduo. O TDAH não pode ser observado somente por meio de suas características biológicas e sintomáticas, visto que cada indivíduo está inserido em uma sociedade que parte do pressuposto da valorização de pessoas que correspondam aos padrões tidos como normais. Daí, constrói-se a importância de compreender que o indivíduo busca o cuidado pelo seu sofrimento, que dificilmente pode ser explicado apenas por um diagnóstico. O itinerário terapêutico surge, então, como uma maneira de versar sobre as experiências vividas pelos indivíduos para se alcançar uma integralidade em saúde, com o pressuposto de que a busca pelo cuidado se manifesta de diferentes formas. Esta pesquisa busca compreender o itinerário terapêutico (IT) da vivência de pessoas com o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade. O estudo utilizará abordagem qualitativa, os dados serão coletados por meio de entrevista semiestruturada, baseada no modelo holístico para análise de Itinerários Terapêuticos e os dados gerados serão analisados de acordo com a análise temática de conteúdo. Com os resultados deste estudo, espera-se compreender por meio dos relatos dos

Endereço: Rua Homindo Barros, 58, Quadra 17, Lote 58, Bairro Candéias, 1º andar - Prédio administrativo
Bairro: CANDEIAS **CEP:** 45029-094
UF: BA **Município:** VITÓRIA DA CONQUISTA
Telefone: (77)3429-2720 **E-mail:** cepims@ufba.br

VITÓRIA DA CONQUISTA -
CEP INSTITUTO
MULTIDISCIPLINAR EM SAÚDE
- CAMPUS ANÍSIO TEIXEIRA -
UFBA



Continuação do Parecer: 8.983.818

usuários, as principais experiências, as facilidades e dificuldades na busca do cuidado ao TDAH, evidenciando a trajetória percorrida até o desfecho do diagnóstico e sua continuidade na busca pelo cuidado.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender o itinerário terapêutico (IT) da vivência de pessoas com o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade.

Objetivo Secundário:

Analisar as estratégias traçadas na busca de cuidado e resolução dos problemas de saúde em decorrência do TDAH; Discutir a percepção que os indivíduos tiveram a respeito do apoio social e profissional recebido.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

1)Riscos mínimos, relacionados ao cansaço devido a duração da entrevista e constrangimento a alguma pergunta realizada, podendo o participante interromper a qualquer momento.

Os participantes da pesquisa estarão contribuindo de forma a compreender a vivência de pessoas com Transtorno do Déficit de

2)Benefícios indiretos: Atenção e Hiperatividade de forma a estimular o desenvolvimento de políticas públicas para esse público.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa está bem delineado e tem objetivos bem definidos

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória foram apresentados em duplicidade

- 1 - PB INFORMAÇÕES BÁSICAS
2. LATTES DOS PESQUISADORES ENVOLVIDOS
- 3- PROJETO
- 4-BROCHURA
- 5-ROTEIRO
- 6- TERMO DE COMPROMISSO ETICO

Endereço: Rua Homindo Barros, 58, Quadra 17, Lote 58, Bairro Candéias. 1º andar - Prédio administrativo
Bairro: CANDEIAS CEP: 45.029-094
UF: BA Município: VITÓRIA DA CONQUISTA
Telefone: (77)3429-2720 E-mail: cepims@ufba.br

**VITÓRIA DA CONQUISTA -
CEP INSTITUTO
MULTIDISCIPLINAR EM SAÚDE
- CAMPUS ANÍSIO TEIXEIRA -
UFBA**



Continuação do Parecer: 6.963.616

7 - TCLE

8 - FOLHA DE ROSTO

9 - CRONOGRAMA

10 ORÇAMENTO

Recomendações:

Todos os documentos foram apresentados em mais de uma via.

O cronograma inclui um período de pelo menos 3 meses para avaliação do CEP

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

O parecer do relator foi apreciado na 43ª reunião extraordinária no dia 15 de julho de 2024 sendo aprovado por unanimidade.

Qualquer alteração ou modificação nesse projeto deverá ser encaminhada para análise deste comitê.

Conforme a Resolução nº 466/12 (Item X, Tópico X.1, Ponto 3b), é necessário submeter, na Plataforma Brasil, relatórios semestrais referentes à execução deste projeto. Para este fim verifique o endereço eletrônico: <http://cep.ims.ufba.br/relat%C3%B3rio>. Caso haja relatórios pendentes, este Comitê se reserva a não apreciar novas submissões do pesquisador responsável até que estes sejam submetidos.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_2286540.pdf	14/03/2024 20:07:14		Aceito
Outros	LattesAdrianoMaia.pdf	14/03/2024 20:05:31	Andressa Vieira Oliveira	Aceito

Endereço: Rua Homindo Barros, 58, Quadra 17, Lote 58, Bairro Candeias. 1º andar - Prédio administrativo
 Bairro: CANDEIAS CEP: 45.029-094
 UF: BA Município: VITÓRIA DA CONQUISTA
 Telefone: (77)3429-2720 E-mail: cepims@ufba.br

**VITÓRIA DA CONQUISTA -
CEP INSTITUTO
MULTIDISCIPLINAR EM SAÚDE
- CAMPUS ANÍSIO TEIXEIRA -
UFBA**



Continuação do Parecer: 6.963.616

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEASSINADO.pdf	14/03/2024 20:04:45	Andressa Vieira Oliveira	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2286540.pdf	06/03/2024 21:27:47		Aceito
Brochura Pesquisa	projeto-plataforma-brasil.pdf	06/03/2024 21:27:06	Andressa Vieira Oliveira	Aceito
Brochura Pesquisa	projeto-plataforma-brasil.pdf	06/03/2024 21:27:06	Andressa Vieira Oliveira	Postado
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	brchura-investigador.pdf	06/03/2024 21:26:29	Andressa Vieira Oliveira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	brchura-investigador.pdf	06/03/2024 21:26:29	Andressa Vieira Oliveira	Postado
Outros	ROTEIRO.pdf	06/03/2024 19:42:43	Andressa Vieira Oliveira	Aceito
Outros	ROTEIRO.pdf	06/03/2024 19:42:43	Andressa Vieira Oliveira	Postado
Declaração de Pesquisadores	termo-de-compromisso-etico-assinado.pdf	06/03/2024 19:34:38	Andressa Vieira Oliveira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo-de-compromisso-etico-assinado.pdf	06/03/2024 19:34:38	Andressa Vieira Oliveira	Postado
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2286540.pdf	27/02/2024 10:02:15		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	brchura-investigador.pdf	25/02/2024 13:55:23	Andressa Vieira Oliveira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	brchura-investigador.pdf	25/02/2024 13:55:23	Andressa Vieira Oliveira	Postado
Brochura Pesquisa	projeto-plataforma-brasil.pdf	25/02/2024 08:41:54	Andressa Vieira Oliveira	Aceito
Brochura Pesquisa	projeto-plataforma-brasil.pdf	25/02/2024 08:41:54	Andressa Vieira Oliveira	Postado
Folha de Rosto	Folha-Rosto-Assinada.pdf	23/02/2024 14:44:32	Adriano Maia dos Santos	Aceito
Folha de Rosto	Folha-Rosto-Assinada.pdf	23/02/2024 14:44:32	Adriano Maia dos Santos	Postado
Outros	CLANDRESSA.pdf	21/02/2024 20:41:56	Andressa Vieira Oliveira	Aceito
Outros	CLANDRESSA.pdf	21/02/2024 20:41:56	Andressa Vieira Oliveira	Postado
Outros	CLELVIRA.pdf	21/02/2024	Andressa Vieira Oliveira	Aceito

Endereço: Rua Homindo Barros, 58, Quadra 17, Lote 58, Bairro Candeias, 1º andar - Prédio administrativo
Bairro: CANDEIAS **CEP:** 45.029-094
UF: BA **Município:** VITÓRIA DA CONQUISTA
Telefone: (77)3429-2720 **E-mail:** cepims@ufba.br

**VITÓRIA DA CONQUISTA -
CEP INSTITUTO
MULTIDISCIPLINAR EM SAÚDE
- CAMPUS ANÍSIO TEIXEIRA -
UFBA**



Continuação do Parecer: 6.983.618

Outros	CLELVIRA.pdf	20:34:46	Oliveira	Aceito
Outros	CLELVIRA.pdf	21/02/2024 20:34:46	Andressa Vieira Oliveira	Postado
Outros	CLADRIANO.pdf	21/02/2024 20:33:24	Andressa Vieira Oliveira	Aceito
Outros	CLADRIANO.pdf	21/02/2024 20:33:24	Andressa Vieira Oliveira	Postado
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	20/02/2024 20:23:33	Andressa Vieira Oliveira	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	20/02/2024 20:23:33	Andressa Vieira Oliveira	Postado
Orçamento	orcamento.pdf	20/02/2024 20:21:33	Andressa Vieira Oliveira	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	20/02/2024 20:21:33	Andressa Vieira Oliveira	Postado
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	20/02/2024 19:49:09	Andressa Vieira Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	20/02/2024 19:49:09	Andressa Vieira Oliveira	Postado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VITORIA DA CONQUISTA, 24 de Julho de 2024

**Assinado por:
Guilherme Chirinéa
(Coordenador(a))**

Endereço: Rua Homindo Barros, 58, Quadra 17, Lote 58, Bairro Candéias, 1º andar - Prédio administrativo
Bairro: CANDEIAS **CEP:** 45.029-094
UF: BA **Município:** VITORIA DA CONQUISTA
Telefone: (77)3429-2720 **E-mail:** cepims@ufba.br

Página 191 de 191