

## ARTIGOS

DOI: 10.36482/1809-5267.ARBP2021v73i1p.34-51

# Equipes de Saúde Mental e o Medicação da Infância e Adolescência

**Jerto Cardoso Silva<sup>I</sup>**

**Vitor Henrique Mueller<sup>II</sup>**

**Mariana Hintz Moraes<sup>III</sup>**

---

Equipes de Saúde Mental e o Medicação da Infância e Adolescência

## RESUMO

Essa pesquisa visa compreender e analisar as experiências e os saberes das equipes dos serviços públicos de saúde mental que atendem crianças e adolescentes acerca do tratamento medicamentoso. Trata-se de uma pesquisa qualitativa que, através da Análise de Discurso, analisa os depoimentos e discussões das equipes e, a partir deles, ressalta que a medicação é um efeito social produzido por vários autores como pais, professores e profissionais da saúde que pontuam a utilização da medicalização para resolver problemas que por vezes não são de ordem médica, mas de ordem social e existencial. Além disso, pontuam a precariedade de recursos e de profissionais não médicos que supram a grande demanda cotidiana, resultando em encaminhamentos imediatos para prescrições medicamentosas. Desse modo, este estudo tem o propósito de provocar uma reflexão que impulse formas de investir na qualificação do cuidado que potencialize a relação qualitativa entre os cuidadores e as crianças e adolescentes.

**Palavras-chave:** Saúde mental, Medicalização, Profissionais de saúde, Infância, Adolescência.

---

Health teams and the medication of childhood and adolescence

## ABSTRACT

This research aims to understand and analyze the experiences and knowledge of the teams of public mental health services that serve children and adolescents about drug treatment. This is a qualitative research, which, through the discourse analysis, analyzes the testimonies and discussions of the teams and, from them, emphasizes that the medication is a social effect produced by several authors such as parents, teachers and health professionals who punctuate the use of medicalization to solve problems that, sometimes, are not of a medical order, but of a social and existential

order. Furthermore, they point out the precariousness of resources and non-medical professionals that supply the daily demand, resulting in immediate referrals to drug prescriptions. Thus, this study has the purpose of provoking a reflection that encourages ways of investing in the care's qualification that enhances the qualitative relationship between caregivers and children and adolescents.

**Keywords:** Mental health, Medicalization, Health professionals, Childhood, Adolescence.

---

Equipos de salud mental y la medicación de la infancia y adolescencia

## **RESUMEN**

Esta investigación busca comprender y analizar las experiencias y los saberes de los equipos de los servicios públicos de salud mental que atienden a niños y adolescentes acerca del tratamiento medicamentoso. Se trata de una investigación cualitativa que, a través del Análisis de Discurso, analiza los testimonios y discusiones de los equipos y, a partir de ellos, resalta que la medicación es un efecto social producido por varios autores como padres, profesores y profesionales de la salud que puntúan la utilización de la medicalización para resolver problemas que a veces no son de orden médico, sino de orden social y existencial. Además, puntúan la precariedad de recursos y de profesionales no médicos que suplen la gran demanda cotidiana, resultando en encaminamientos inmediatos para prescripciones medicamentosas. De este modo, este estudio tiene el propósito de provocar una reflexión que impulse formas de invertir en la calificación del cuidado que potencie la relación cualitativa entre los cuidadores y los niños y adolescentes.

**Palabras clave:** Salud mental, Medicalización, Profesionales de la salud, La infancia, Adolescencia.

---

## **Introdução**

O acesso a serviços públicos de saúde tem disponibilizado, em especial os serviços de saúde mental, uma expansão do tratamento medicamentoso. Muitas vezes, antes de qualquer outra possibilidade, o medicamento passa a ser a forma de cuidado imediato, constituindo-se como tratamento prioritário (GAM, 2006). Junto a isso, a falta de informação dos pacientes/usuários sobre o que é prescrito, os efeitos colaterais, a supermedicação ou a medicalização e a não discussão de outras possibilidades de cuidado têm produzido alguns efeitos indesejados no tratamento, tais como o abandono ou desistência, o uso indiscriminado de medicamentos e, em muitos casos, nota-se um agravamento do quadro. Esses achados nos fazem pensar na importância de reconhecer as experiências e o saber dos usuários e das equipes de saúde sobre o impacto dos medicamentos sobre suas vidas, em especial das crianças e suas famílias.

Entre 1960 e 1970, as reflexões sobre a medicalização surgem nas produções acadêmicas. Tal preocupação foi motivada pelo incremento e disseminação dos serviços biomédicos na sociedade através do acesso e da comercialização crescente de fármacos. O filósofo Illich (1976) é bastante contundente nas suas críticas à iatrogeni-

zação da sociedade e conceitualiza o termo medicalização da vida humana. A partir de então, o termo se populariza e se amplia. Críticas são produzidas, pois, se por um lado, os medicamentos atuam nos desvios de normas sociais, por outro, eles também ajudam muitos a viverem de forma mais qualitativa. A crítica então se amplia dos medicamentos para o poder biomédico e destaca o posicionamento mais ativo dos sujeitos na sociedade atual. Ou seja, o termo medicalização do social é relativizado frente à complexidade das sociedades contemporâneas e das formas mais ativas de participação dos pacientes via movimentos sociais e políticas públicas. A tentativa é escapar das polaridades nessa questão, na qual o profissional ou o paciente passam a ser culpabilizados (Metzl & Herzig, 2007). Essa pesquisa tenta encaminhar as reflexões para um aprofundamento mais profícuo dessa relação na qual a dimensão do político a constitui. Portanto:

entende-se por medicalização o processo por meio do qual as questões da vida social – complexas, multifatoriais e marcadas pela cultura e pelo tempo histórico – são reduzidas a um tipo de racionalidade que vincula artificialmente a dificuldade de adaptação às normas sociais a determinismos orgânicos que se expressariam no adoecimento do indivíduo (Recomendação n. 19, 2015, p. 11).

Faz-se, então, necessário refletir sobre as formas de cuidar, sobre os sentidos que fundam e constituem esses procedimentos, efeitos das formas como se pensa a medicalização das crianças e, conseqüentemente, refletir sobre o que se propõe cuidado nos serviços de saúde pública destinados à infância e à adolescência.

### **Referencial teórico**

A importância desta análise está na possibilidade de contribuir para a qualificação das práticas dos profissionais da saúde pública e o esclarecimento da população em geral, aprofundando as discussões e as reflexões sobre as formas de cuidar e a medicalização da infância e da adolescência em serviços de saúde pública, em especial, no que se refere ao uso de psicofármacos.

Busca-se, com esse estudo, produzir uma pesquisa e intervenção a partir de diálogos, processos de produção de saberes baseados nas muitas vozes sociais em ação (polifonia) (Pinheiro & Guizardi, 2004). Caso contrário, há uma tendência em prevalecer às práticas constituídas, baseadas em um único modelo pré-determinado, reducionista e organicista, ou seja, um modelo monofônico que deixa de ser efetivo e resolutivo em condições complexas de existência na contemporaneidade.

Para Conrad (2007), embora as tendências para a medicalização sejam alarmantes, alguns focos de resistência têm surgido: mudanças científicas e de vida e a desmedicalização de alguns modos de viver até então consideradas psicopatologias, devido aos movimentos populares, organizações civis que demarcam pontos de vista críticos sobre os riscos e a disseminação do uso de medicamentos psiquiátricos, incluindo estimulantes, para crianças. No entanto, as prescrições de medicamentos psicotrópicos para problemas infantis parecem ter aumentado rapidamente na última década. A indústria farmacêutica investe em categorizar e medicalizar estilos de vida, quando quer comercializar um produto para tratar uma doença específica. O autor demarca a questão central da medicalização ao refletir em como podemos intervir em graves problemas sociais sem transformá-los em entidades biomédicas. Além disso, a tendência é se medicalizar não apenas uma doença, mas o risco, a probabilidade de ela acontecer. Ou seja, como um estado quase de doença. "Risco significa o potencial de doença, mas é cada vez mais tratada como se fosse uma doença por si só" (p. 163). "Os problemas das crianças constituem um mercado crescente de drogas psicotrópicas" (p. 135).

A partir de 1952, entram em cena, no campo psiquiátrico e psicológico, os primeiros psicofármacos, neurolépticos, e começam uma grande transformação na forma de tratar o sofrimento psíquico, liberando os pacientes dos hospitais psiquiátricos e reorganizando a ação da psiquiatria, até então asilar. Em seguida, uma série de psicotrópicos, descendentes dos neurolépticos, é desenvolvida: primeiro os ansiolíticos e os soníferos ou hipnóticos da família dos benzodiazepínicos e antidepressivos, como o cloridato de fluoxetina (Prozac), inibidor seletivo da receptação serotonina e, finalmente, surgem os psicoestimulantes/sedativos do sistema nervoso central, como a também conhecida Ritalina (metilfenidato). Essa data também marca a colocação no mercado do primeiro psicotrópico moderno, Clorpromazina, no tratamento da esquizofrenia. Os psicotrópicos reorganizaram não somente a psiquiatria asilar, mas também psiquiatria privada e mais recentemente a psiquiatria da infância e adolescência (Pignarre, 2006).

Para Rabelo et al. (2012), a reflexão sobre o processo de medicalização não está apenas centrada no controle dos corpos pelo saber biomédico, mas sim como ferramenta de criação de mercados "consumidores de saúde", que incluem profissionais de saúde e usuários (p. 358). Segundo argumentos do autor, há mais gastos com comercialização e marketing realizados pela indústria farmacêutica que com pesquisas. Assim, como outra falácia apontada em seus estudos, que apontam que a maioria de medicamentos vendidos como inovadores, são novas versões de "imitações" já vendidas no mercado ou ainda medicamentos antigos que se "descobriu um novo uso". De fato, foi possível inferir, em suas análises que aos "consumidores de saúde" em potencial: os problemas de saúde podem advir de questões corporais, relacionais ou sociais, mas a solução é individual, e consagra-se na compra e no uso do medicamento por um usuário (p. 365). Diante disso, afirma-se que saúde e qualidade de vida nestes anúncios estão marcadas por ideais da sociedade de consumo.

Nesse campo atual e tenso de interesses, Foucault (2010) postula que garantir a saúde significava essencialmente, para o Estado, assegurar a força física nacional, sua capacidade de trabalho e de produção, bem como de defesa e ataque militares. A obrigação que têm os indivíduos, em especial pais e cuidadores, é de garantir a sua saúde e de outrem, a saúde de sua família para poder trabalhar para que os filhos sobrevivam e esta, por sua vez, assegure o trabalho social e a (re)produção. Trata-se de uma verdadeira luta política na qual os indivíduos, seus corpos saudáveis, devem buscar a saúde ou serem forçados para tanto. A tecnologia médica e os avanços sanitários são o meio para isso. No entanto, paga-se o preço das diversas consequências negativas diretamente ligadas ao progresso em pauta, pois a medicina responde a outros motivos que não apenas as demandas do doente, mais que isso, ela se impõe ao indivíduo, doente ou não, como ato de autoridade. A saúde se converteu em um objeto de intervenção, de interdição e de normas biomédica-estatal, partindo de um sistema econômico e de poder intimamente atrelada a história dos homens e as suas vidas e seus jogos de saber e poder. Carvalho, Rodrigues, Costa e Andrade (2015) reiteram que a biomedicina responde a múltiplos e variados interesses em disputa no campo social. Nesse contexto, o enfrentamento das doenças pode ser posto no campo de uma moral iatrogênica que imputa responsabilidade e culpa ao indivíduo pelo seu sofrimento. Os autores, ao analisar alguns conceitos de medicalização, postulam que ela se dá quando a biomedicina e afins interferem e interditam a ação independente e racional dos seres humanos sobre sua própria produção de saúde. Alguns focos de reação têm surgido dentro o próprio sistema de saúde que buscam o empoderamento dos sujeitos.

O Brasil é um dos maiores consumidores de psicotrópicos, no topo da lista de medicamentos mais consumidos no Brasil, estão os usados no tratamento dos distúrbios da ansiedade, ocupando as três primeiras posições da mesma: na primeira posição, só em 2010, foram vendidas cerca de 10 milhões de caixas do medicamento Clonazepam, o segundo mais comercializado foi o psicotrópico Bromazepan, com 4,4 milhões de unidades vendidas, seguido pelo medicamento Alprazolam, que registrou

4,3 milhões de unidades (Anvisa, 2010). Feldens, Barboza, Martins, Fusaro, e Dória (2016) apontam que o metilfenidato, substância mais conhecida pelo nome comercial de Ritalina, teve o significativo aumento de 775% no Brasil nos últimos dez anos. Segundo Appio e Lara Junior (2017), a venda de antidepressivos e estabilizadores do humor cresceu 48% no Brasil entre 2008 e 2011 de acordo com o último relatório da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (ODCE).

Para Lefevre (1997), o nobre e indisciplinado desejo de saúde ganha um nome bom e inocente que, pelo processo de reificação, acaba sendo associado a um outro nome, "de marca" ou próprio (e conseqüentemente, a uma propriedade privada, a um *copyright*) de um produto, isto é, de uma coisa, de uma materialidade que, justamente por ser material, pode ser comida, engolida, e, conseqüentemente, entrar no sistema orgânico produzindo – e graças à ciência e à tecnologia cada vez com maior eficácia – a própria saúde, o que, em última instância, fecha o processo da realização do desejo. Desse modo, o autor acresce também que a saúde ainda é um (obscuro objeto de) desejo. "Pode chegar o tempo em que nem mesmo isso seja verdadeiro, quando tudo for máquina, isto é, quando não houver mais inconsciente, insatisfação, imperfeição, doença e, conseqüentemente, saúde" (p. 8).

Cada vez mais a medicalização vem sendo empregada por alguns psiquiatras no exercício da sua atividade, tanto para o tratamento de pacientes adultos como para crianças e adolescentes, o que, para Brasil (2000), configura-se num quadro preocupante pelo risco de essas indicações acarretarem a banalização do seu uso como uma solução imediata, simplista e reducionista nas relações com outras problemáticas sociais. Nossa proposta na prorrogação de projeto é a de discutir os resultados da primeira e segunda etapa com os serviços de atenção à infância e à adolescência da região, com profissionais dos serviços em grupos focais e coletar outras informações para a pesquisa.

## **Método**

Este estudo se pautou em uma outra pesquisa na qual realizamos entrevistas semiestruturadas, com os pais e cuidadores de crianças e de adolescentes medicados, que suscitaram a construção de categorias, listadas nos resultados abaixo, e rediscutidas em uma das reuniões de equipe de saúde mental de quatro municípios do Vale do Rio Pardo, com uma média de 10 participantes em cada grupo, totalizando 42 profissionais de saúde, visando posteriormente uma análise qualitativa desses debates que foram gravados e transcritos. Em pesquisas qualitativas, Orlandi (1999) afirma que todo dispositivo de interpretação precisa de um artefato teórico para que se efetue. A Análise de Discurso visa à compreensão de como um objeto simbólico produz sentidos, como ele está investido de significância para e pelos sujeitos. É dentro desse dispositivo teórico que pretendemos construir um aparato analítico de interpretação que possibilite compreender regularidades, opacidades e transformações.

Partimos, assim, da superfície linguística, dos depoimentos, para chegar ao espaço discursivo, pois, pela análise dessas duas dimensões (linguística e discursiva), podemos apontar algumas regularidades e instabilidades do processo da fala. É nesse espaço que pretendemos trabalhar o discurso, isto é, a relação entre língua, sujeito, historicidade, ideologia e inconsciente para, enfim, chegarmos às produções de sentido sobre o cuidar. Com esses pressupostos, realizamos as análises dos depoimentos dos sujeitos, que formaram o arquivo principal de nosso estudo. A partir dele, selecionamos várias sequências discursivas (falas) que compuseram o nosso *corpus* e selecionamos algumas que se transformaram em unidades discursivas de análise, gerando nossas categorias. As falas dessas equipes foram identificadas com códigos

de E1 a E5, decidimos não identificar os profissionais dentro de cada equipe de saúde mental, garantindo assim que esses não fossem identificados.

## **Resultados**

Realizamos as discussões de todas as temáticas em uma das reuniões de equipe nos serviços de saúde mental de quatro municípios do Vale do Rio Pardo, com uma média de 10 participantes em cada grupo de encontro, totalizando 42 participantes em quatro encontros. Os participantes falavam em grupo durante a reunião. Os debates ocorreram num dia habitual das reuniões de equipe, com consentimento prévio dos mesmos, e a cada tópico apresentado, debatíamos as percepções desses profissionais de saúde sobre esses temas. Os pontos para o debate diziam respeito as percepções de pais e cuidadores elencadas em outra pesquisa e se referiam ao uso de psicotrópicos na infância e adolescência, bem como questões que permeiam a vida da criança, adolescentes e cuidadores (pais e responsáveis em torno da utilização de medicamentos). Em relação a esses debates, encontramos de início a ponderação dos profissionais da saúde fazendo referência ao cuidado em saúde não se restringir apenas a uma prática médica. Em contrapartida, compreendem a importância da medicação no tratamento. A partir dessa ressalva, podemos pensar que tais pensamentos podem ter surgido pelo fato de a maioria das equipes serem constituídas por profissionais não médicos.

Com base nas discussões, descreveremos as categorias finais desse estudo, apontando os principais sentidos recortados das falas das equipes e, na sequência, apresentaremos trechos exemplificando os depoimentos de cinco equipes, denominadas e numeradas de E1 a E5, seguidas de suas respectivas análises. Iniciamos com a categoria mais recorrente:

### **O uso da medicação como solução mágica e imediata**

As equipes apontam que muitas vezes a **utilização da medicação é ministrada como "solução mágica" e imediata** para os problemas de relacionamento e comportamento de crianças e adolescentes no sentido de controlar, de forma bioquímica, situações e problemas decorrentes da vida de seus usuários que nem sempre são psicopatológicos ou de ordem biomédica.

Então, a medicação acaba sendo uma resposta mágica né, e imediata mais fácil (E1).

No meu ponto de vista, a medicação é normalmente o primeiro instrumento que se recorre porque é a resposta mais rápida atualmente para problemas que devem ser resolvidos de imediato (E2).

Os pais querem uma solução que é a medicação e não querem abrir mão dos seus compromissos (E2).

Em meio a isso, acho que se busca uma solução quase que imediata, os pais querem sempre os remédios mais potentes. Em vários casos, ao invés de medicação psiquiátrica uma terapia faria um efeito excelente, no entanto é algo que dá resultado há longo prazo, e esperar na sociedade de hoje se tornou impossível (E4).

Podemos pensar que tal generalização da busca pela medicação aliada à ideia de "cura mágica" pelos psicofármacos que podem ter impulsionado esses sujeitos aos serviços médicos e à prescrição dos psicotrópicos para esses casos, trazendo como

consequências a generalização do uso da medicação, além da popularização dos diagnósticos psiquiátricos, que com facilidade convertem características humanas em patologia (Kimura, 2005). Nesse sentido, Lefevre (1987) expõe que o medicamento pode ser usado como uma forma de poupar a dor e o sofrimento das pessoas, fazendo desaparecer os sintomas e ofuscando as dificuldades sociais e pessoais. Ou seja, sendo um simulacro de cura, pois embora os sintomas da dor e do sofrimento possam ser camuflados, eles continuam a agir de uma outra forma. Carvalho et al. (2015) discutem que há uma expansão sobre os problemas sociais que passam a ser cada vez mais medicalizados e, por sua vez, essa intervenção começa a ser objeto de crítica, devido às posturas, práticas autoritárias de profissionais de saúde e a iatrogênese cultural capaz de provocar a ação autônoma das pessoas para cuidar da própria saúde.

Nesse contexto há um exercício de relações denominadas de biopoder, nas quais a população é cooptada através de discursos de proteção à vida e à saúde. Com isso, o sofrimento psíquico encontra-se aliciado à indústria farmacêutica que promete solucionar e normalizar o comportamento "inadequado" das crianças e adolescentes, eclipsando seus aspectos sociais, psíquicos e culturais, legitimando o discurso biomédico. Medico, pode se transformar na solução rápida numa tentativa de ajustar o sujeito, e impondo à infância uma ordem normativa e organicista (Lima & Vieira, 2014).

Ao patologizar todas as dimensões da infantil, produz-se a fabricação de um discurso médico idealizado e submetido a conflitos de interesses da indústria farmacêutica e empresas médicas, produzindo doenças, construídas artificialmente na expectativa dos serviços de saúde solucionarem todos os problemas por meio da medicalização (Kamers, 2013). Nossa próxima categoria vai ao encontro dessa temática:

**A medicação é um efeito social, produzido por vários atores (pais, professores, profissionais da saúde), utilizado para resolver problemas que muitas vezes não são de ordem médica, mas de ordem social e esperada no desenvolvimento humano**

A medicalização é prescrita não apenas por médicos, mas indiretamente por várias instituições sociais, tais como e principalmente, pela pressão das escolas que antecipam diagnósticos e tencionam os pais para que busquem meios para medico os filhos. Dessa forma, a medicalização é um efeito social exercido por vários autores (pais, professores, profissionais da saúde) para resolver questões que muitas vezes não são de ordem médica, mas sim, de ordem social. Como podemos apreciar nas falas abaixo:

Creio que para a maioria dos pais as vezes vem até aqui com essa ideia fixa de medico o filho porque a escola tem essa pressão, ameaçando até de que a criança não pode continuar na escola com esses comportamentos. Que a professora exige o medicamento, ao invés de sugerir uma terapia ou outra coisa (E1).

Em muitos casos não são nem os pais que reivindicam os medicamentos, mas sim as escolas que cobram dos pais que levem os filhos para consultar (E2).

As pessoas já chegam pedindo a medicação específica que querem, porque antes de ir consultar já pesquisaram na internet, e elas tem certeza que precisam de tal medicamento. É incrível. Muito Benzodiazepínico. E muitos deles não sabem que esse medicamento leva para doenças neurodegenerativas. Então, eu vejo que existe uma pressão sobre o médico para que ele medique, é algo cultural (E5).

Podemos observar nos depoimentos, como apontam Piovezzan, Taborda e Alves (2017), que as crianças e os adolescentes com um comportamento ativo ou fora dos padrões esperados ou que apresentam dificuldades na escrita ou leitura muitas vezes

são diagnosticadas e encaminhadas para um acompanhamento especializado e são medicadas, como se esta apresentasse algum tipo de problema. A escola conta com o aparato do Estado que fornece as condições para o diagnóstico e a medicação. Esse recurso é tão recorrente que podemos pensar em um processo de medicalização. As equipes ainda pontuam problemas para romper com esse ciclo vicioso da medicalização, como observamos na próxima categoria:

**A precariedade de recursos e de profissionais não médicos que deem conta da grande demanda cotidiana, resulta em encaminhamentos imediatos para consultas médicas**

Os discursos marcam uma precariedade de recursos e de profissionais qualificados nos serviços de saúde, o que produz dentro das próprias equipes o encaminhamento compulsório para as consultas médicas, que geralmente produz uma proposta de solução mais imediata: a medicação, visto que os profissionais, em menor número, acabam não dando conta da demanda. Por isso, sugerem a criação de outros espaços para que se avalie melhor a criança/adolescente, sua história e seu vínculo familiar, para somente depois encaminhar para o médico. Como pode ser lido a seguir:

Aconteceu, a meu ver, que a demanda na maioria das vezes é tanta e a rotina é tão turbulenta que nos mesmos aqui do serviço não damos conta e acabamos encaminhando primeiro para o médico (E1).

Antes da equipe aumentar os primeiros encaminhamentos sempre iam para o médico, agora não mais. Mas ao mesmo tempo, eu também vejo que os médicos aqui do serviço não medicam logo de primeira casos que eles não percebem necessidade (E1).

É uma coisa que incomoda bastante, direcionar logo no início para médico sem nem conhecer o histórico da criança e do meio que ela vive (E1).

Azevedo e Figueredo (2015) enfatizam que a falta de condições de trabalho prejudica a qualidade das atividades dos profissionais, a qualidade do serviço de saúde e até mesmo a saúde dos usuários, por isso, é indispensável criar mecanismos de reconhecimento do trabalhador da área de saúde mental e intensificar, por meio de uma gestão de pessoas que proporcione melhores condições de trabalho, a potencialização das equipes que permita a visibilidade de suas ações no campo social. Assim como o fazem Eslabão et al. (2017), que demarcam a falta de apoio do sistema como desafios da rede, sendo este um dos principais problemas para a consolidação do cuidado em saúde. Este desafio é obstruído pela precariedade de recursos humanos, de estrutura física e de insumos básicos para o trabalho cotidiano. Além disso, é possível perceber que a ausência desses recursos gera sofrimento psíquico nos profissionais.

Dessa forma, o cuidado à saúde, elemento permanente e necessário na vida humana, nos serviços públicos, tende a ser abreviado, devido aos crescentes custos dos serviços e recursos humanos. Faz-se necessário, então, ser resolutivo e logo receber alta, uma nomeação médica que declara terminado um tratamento ou uma internação. Apontamos ainda o enlace de origem desse termo remete a uma rubrica militar que significa a volta ao serviço, depois de afastamento por licença, internação hospitalar ou deserção. Portanto, o conceito de cuidado abarca uma série de premissas que vão além de uma resolutiva adequação do sujeito e que se referem: à liberdade em negação ao isolamento (afastamos o sujeito do seu meio para identificar seu quadro assim, realizando uma intervenção e readequando-o novamente ao meio social), integralidade (não voltar o olhar apenas para o sintoma, mas perceber o todo do sujeito e o que atravessa este), ao enfrentamento do problema e do risco social, ao conceito de direito sobre a noção de reparo (sujeito observado através da sua singularidade e possibilitar sua autonomia) (Lei n. 8.080, 1990; Brasil, 2008). No entanto, como esclarecem as equipes, esse processo complexo e integrativo é prejudicado, entre outros motivos pelo apontado na categoria abaixo:



**Equipes apontam que os pais ou responsáveis se dirigem aos serviços com diagnósticos pré-estabelecidos, reivindicando medicações específicas**

Outro ponto de extrema importância destacado nas reflexões das equipes, é que as maiores dos pais que chegam, com seus filhos, nos serviços não reivindicam algo que não seja um tratamento medicamentoso. Portanto, podemos pensar que a patologização da infância e da adolescência pode estar causando um problema maior que é deixar de olhar para a subjetividade das crianças, o que elas trazem consigo quando vem de suas casas e quais são os reais problemas que impedem sua aprendizagem ou as adocece, que, em sua maioria, também estão relacionados a fatores socioeconômicos e relacionais (Piovezzan et al., 2017). Podemos perceber nos trechos abaixo:

É notável o quanto sofremos pressão da rede e dos pais que querem saber o CID do filho, Na primeira avaliação alguns pais querem saber o que o filho tem e como resolver. É um imediatismo enorme, além de ser extremamente difícil convencer os pais de que não temos o propósito de engradar o filho deles em uma categoria (E1).

Eu vejo que hoje a medicação não é mais um “absurdo e relutante”, muitas vezes os pais hoje fazem a questão de que as crianças recebam medicação. Isso me preocupa (E2).

“Eu preciso de um remedinho para ver se meu filho se acalma”. E por mais que a gente tente conversar e orientar, parece que existe um apego, porque é mais fácil pensar: “Vou dar um remédio e meu filho vai ficar bom” (E3).

Esse aspecto nos leva a pensar na complexidade dos diagnósticos na infância e na adolescência, de suas imprecisões, pois ele se enlaça a uma diversidade de fatores na própria definição dos transtornos, nos riscos da ação do medicamento sobre o sistema nervoso central e das advertências feitas pelos próprios fabricantes (Meira, 2012). O aumento do espectro de diagnósticos psicopatológicos e terapêuticas tendem a reduzir o sofrimento psíquico a sintomatologias biológicas que, muitas vezes, são de corrente das condições de existência e seus contextos próximos como os familiares e situações de vida que essas crianças e adolescentes estão vivenciando. Ou seja, muito dessas multiplicidades coletiva, de ordem social e política são transformadas, padronizadas e uniformizadas em questões individuais e biológicas (Moisés & Collares, 2010).

Os pais estão sempre implicados, de alguma forma, nos sintomas das crianças e nos seus cuidados, e isso não deve ser esquecido para que se compreendam as resistências e as dificuldades que surgirão pelo caminho: a existência do desejo inconsciente de que nada mude na relação com a criança (Mannoni, 1983), desejo esse que poderá atuar na manutenção ou na transformação desses sintomas. Por isso Ortigues e Ortigues (1988) lembram que levar em conta os dados da história do sujeito e perceber aquilo que está além das declarações que são oferecidas durante a avaliação clínica pode ser muito difícil, visto que não há limite na complexidade tecida pelas gerações na família.

Dito de outra forma, em um trabalho com os cuidadores, faz-se necessário primeiramente situar o que representa a criança no mundo fantasmático desses pais ou responsáveis e compreender também o lugar que eles reservam nas suas relações com a criança e os efeitos imaginários da sua ação junto à criança (Mannoni, 1983). Dolto (1989) e Mannoni (1967), citadas por Zornig (2001), pontuam que a escuta ao discurso dos cuidadores parental permite desvendar a posição que a criança ocupa na fantasia e nas representações sociais.

Tem-se então que qualquer demanda por atendimento de uma criança deve ser inicialmente situada, em particular, no plano fantasmático dos cuidadores e no efeito sobre a produção de sentido que esse cuidado evoca. Desse modo, procura-se engajar e implicar e explicitar os sentidos produzidos sobre o cuidar a partir dos efeitos da medicalização.

Ortigues e Ortigues (1988) pontuam na mesma direção, colocando que toda a solicitação de pais ou responsáveis para um atendimento de criança tem o seu avesso, na medida em que seus desejos inconscientes atuam como cúmplices do sintoma da criança sem que eles o saibam. Ou seja, geralmente o sintoma da criança presta um serviço aos pais, ou a um deles, por mais que dele se queixem. Portanto, é essencial e imprescindível trabalhar com os cuidadores nas demandas por atendimento à criança (França & Radino, 2002). Nessa perspectiva, a categoria a seguir ressalta uma preocupação das equipes:

**O uso excessivo de medicação é visto como problemático pelas equipes, pois podem obstruir questões próprias da infância e da adolescência bloqueando construções próprias deste período de vida**

As equipes apontam que não há uma relação de proximidade entre pais/cuidadores e profissionais que prescrevem os medicamentos (médicos), sinalizando como uma das causas para isso a hierarquia cultural que se estabelece durante o processo de diagnóstico nas consultas médicas. Assim, as equipes evidenciam o quanto a figura do médico é temida por muitos pais, o que acarreta desinformação em relação ao tratamento dos filhos, inseguranças e a não consideração de aspectos de vida e informações importantes sobre seus filhos. Dessa forma, o uso da medicação se dá de diferentes formas pelos cuidadores que administram sozinhos as doses de remédios e muitas vezes acabam por não dar aos filhos os medicamentos por dúvidas resultantes das consultas. Isso leva a um excesso de prescrição de medicação por parte dos profissionais ou à automedicação por parte dos pais devido à desinformação que esse processo acarreta, sendo que o mais grave é a desconsideração de construções próprias deste período de vida dos seus filhos.

Eu vejo isso tudo como resultado da hierarquização que nossa sociedade dá ao lugar do médico, como sendo um profissional que não pode ser questionado (E1).

Muitos pais ficam com vergonha de perguntar para o médico, tem medo do que ele vai pensar parece (E1).

Se nota que se a criança chega aqui no serviço e já inicia o uso da medicação dificilmente ela vai parar de tomar até sair daqui (E1).

Existe também a meu ver uma dependência psicológica da medicação por parte dos pais, Muitas vezes é preventivo o uso, a criança não precisa usar e os pais fazem questão que o filho use para evitar que ele venha a ficar agitado ou chorar (E1).

Esse processo de medicar em excesso acaba mascarando muitas outras situações sócias e familiares que essa criança vivencia. Como por exemplo, crianças que são agressivas, a maioria delas é assim porque vive ou já viveu situações de violência doméstica na família (E2).

Acredito que uma criança muito cedo medicada, acaba "apagando" alguns sintomas que são próprios da infância, acabam perdendo a espontaneidade e se tornam apáticas (E3).

Por exemplo, uma criança que é mais agitada, ela simplesmente pode ter isso como uma característica própria dela, e não é por isso que ela precisa tomar Ritalina. E casos assim interrompem o desenvolvimento normal das crianças (E3).

Acho que vivemos também em uma sociedade terceirizada, onde temos em mente que vamos levar a queixa para um profissional, e ele vai resolver tudo (E4).

Como diz Sayão (Roso, 2015), às vezes, não há nada de errado, e é preciso lembrar do que os estudiosos têm chamado de medicalização da vida. Olhamos a vida pela lógica médica, e a lógica médica tem a saúde e a doença, o normal e o anormal. Se não está dentro do que se considera normal, procura-se um diagnóstico para poder

tratar e transformar em normal. São poucos os profissionais da saúde, de modo geral, que também conseguem resistir a essa ideologia. Portanto, as crianças são induzidas a pensarem que, por terem um "problema", precisam de um remédio para manterem o "controle". Há evidências de que crianças que não possuem transtornos psiquiátricos de estarem sendo medicadas e casos da doença sendo tratados sem necessidade. Os sintomas do transtorno podem ser encontrados no comportamento dos indivíduos com desenvolvimento típico, considerando seu alto potencial de abuso e dependência, gerando recomendações de práticas não medicalizantes para profissionais de saúde. (Recomendação n. 19, 2015). Observamos isso, nos questionamentos marcamos na categoria a seguir:

**Os modos de existência na contemporaneidade impulsionam modos de viver imediatistas, não há tempo para se viver processos, ou seja, os vínculos estão cada vez mais fragilizados**

As equipes reiteram a necessidade de se trabalhar de forma preventiva à vinculação dos pais, das crianças e dos adolescentes, na qual o cuidado possa ser pensado na relação desses com os seus filhos, para além do uso exclusivo da medicação como forma primordial de atenção à saúde mental.

De acordo com os autores Santo e Araújo (2016), uma criança, ao nascer, é um ser ainda incapaz de sobreviver sozinho e de prover suas necessidades, dependendo de um adulto cuidador e responsivo, que lhe propicie os recursos que faltam para a nutrição física, higiene e lhe ofereça suporte emocional. Acrescentamos que sobretudo signifiquem e ressignifiquem o mundo, as suas vivências e as suas dores. Essa relação poderá proporcionar à criança um desenvolvimento biopsicoafetivo seguro e saudável. Talvez por isso apareça nos debates com as equipes que os modos de existência na contemporaneidade impulsionam modos de viver imediatistas e silenciadores de sujeitos, pois esses modos não proporcionam na atualidade esse tempo indispensável de convivência e suporte existencial. De modo que, na atualidade, não há tempo para se viver processos, ou seja, não há tempo para se viver com os filhos, tudo deve ser muito rápido. Assim, os vínculos não se constroem, as relações de cuidado desse modo ficam fragilizadas. Uma dessas dificuldades é que as crianças, do século XXI, estão imersas em dispositivos tecnológicos, informações e objetos de consumo descartáveis. Não há um limite de gozo, os sintomas contemporâneos denunciam que há um excesso de satisfação que fragiliza os laços sociais (Rabello & Camargo, 2012; Pereira & Duarte, 2018).

Falamos em um mal-estar contemporâneo como fator inerente à vida, pois é atribuído a uma doença que inviabiliza a criança de ser situada em sua própria história e a impede de construir uma rede simbólica que perpassa sobre o seu contexto de uma forma muito particular. Desse modo, a criança é privada de discursar ou de elaborar em conjunto com o outro os seus próprios incômodos, o que agrava ainda mais a possibilidade de apropriar-se de construtos simbólicos que despertam o interesse e a disponibilidade em aprender e a modular sua saúde (Coutinho, 2016). Como vemos nos seguintes trechos:

Eu vejo crianças muito carentes que chegam até o serviço, que chegam aqui e querem abraçar e pegar na mão. Pra gente parece algo tão normal um pai ter afeto com seu filho, mas é incrível como muitos não tem, e isso faz muita falta (E1).

Eu noto que essa dificuldade de vínculo avançou somente do panorama familiar e se estende também a dificuldade de fazer vínculo na escola e com novos amigos. Eu vejo que isso pode ser resultado da tecnologia, onde as pessoas se conectam com os aparelhos e não conseguem se conectar com outras pessoas. Isso é a transformação do sofrimento na atualidade (E1).

A gente percebe dentro das escolas infantis uma grande dificuldade dentro das famílias, e creio que é nelas que os grandes problemas têm acontecido. Isso porque as famílias estão

se formando de qualquer forma, os pais não têm domínio sobre seus filhos e aí a gente vê problemas estruturais graves (E2).

Aproveitando essa questão de que atualmente muitos pais desconhecem seus filhos [...] ficamos surpresas quando vimos que vários pais não sabiam nem como se comportarem para socializarem com os filhos, pois nunca tinham feito isso (E2).

Não é só a questão da medicalização, é a questão de ter uma comida pronta, de eu ter que dar um remédio para resolver uma situação agora, de eu ter que dar um celular para a criança pra não precisar brincar com ela. Então no meu ponto de vista, não é a questão de UM remédio, mas de um modo de vida, um estilo que ocorre (E3).

Há complexidade nos fenômenos vividos por essas crianças e adolescentes medicadas, pois, muitas vezes, se medica dificuldades vividas por sujeitos que são de uma outra ordem que não as biológicas. E marcam a necessidade de valorizar a compreensão de abordagem interdisciplinar dos fenômenos humanos e não apenas tratar no âmbito da medicalização. No entanto, o processo iatrogênico da sociedade é crescente e uma realidade na prática dessas equipes como podemos compreender a seguir:

**A medicação é referida como importante elemento no cuidado às crianças e adolescentes. Assim, cuidar tornou-se sinônimo de medicar**

Nesse contexto, a medicação é referida como importante elemento no cuidado às crianças e adolescentes. Assim, cuidar tornou-se sinônimo de medicar, pois o uso excessivo de medicação é discutido pelas equipes como problemática, pois podem obstruir questões próprias da infância e da adolescência, bloqueando as construções próprias deste período da vida. Desatenções, fantasias, dificuldades de aprender e se relacionar também fazem parte desse momento de vida, não há ciclos sem problemas ou percalços e estancar qualquer de forma imediata qualquer problema pode interromper e transformar crianças e adolescentes em pessoas apáticas frente à vida, tornando-se autômatos ou "zumbis" frente as suas emoções e relações.

As relações simbólicas entre crianças e adultos que são reduzidas pelas sujeições ao corpo biológico tendem a apagar a subjetividade das relações entre humanos. As diferenças e as diversidades são esvaziadas dos corpos e os padrões hegemônicos legitimam modelos ideais em detrimento de outros. Atualmente, a rotina de uma criança pode ser comparada com a rotina de adultos, relegadas ao isolamento e relações não dialógicas e afetivas com seus cuidadores, o que acaba limitando a experiência infantil (Rosa, Veras & Vilhena, 2015).

Segundo Baumgardt e Zardo (2016), ao negar o direito da criança de exercer o seu papel como criança, o adulto negligencia a experiência infantil e a impede de construir um caminho seguro que sustenta a transição da fantasia para a realidade. Essa transição só é possível quando a criança acessa o mundo infantil na mediação com o mundo adulto, tendo esse como principal interlocutor. Por consequência, via medicalização, seus caminhos são atravessados pelo sistema capitalista que almeja cada vez mais pessoas robotizadas, sem dores, sentimentos, sofrimentos e doenças inerentes ao humano, pois devem gerar lucros para o mercado. Notamos isso nas falas abaixo:

Outro ponto importante é a falta de interesse dos pais em formas de tratamento alternativas, em se questionar em relação ao porquê de certas prescrições médicas. É muito mais cômodo dar a medicação e pronto. Pegar e tirar um pouco do seu tempo para levar o filho para passear, para levar ele até uma terapia etc. (E2).

A falta de tempo se torna uma grande intensificadora. Essa questão da medicação é algo que está posto para nós diariamente. Então desfazer isso, da cabeça das famílias e das escolas é todo um trabalho anterior a questão do próprio tratamento e do próprio plano terapêutico. Porque já está posto que o medicamento precisa ser a primeira coisa (E3).

A medicação se torna algo na verdade, para tornar o entorno suportável [...]. As pessoas de hoje, precisam entender que existem certas emoções que não podem ser neutralizadas sempre, elas precisam ser vividas (E3).

Eu acho inclusive interessante que quando alguma criança precisa tomar alguma medicação que seja controlada, como até essa responsabilidade passa para a escola diversas vezes, porque é a única maneira que os pais encontram de "cuidar" dos filhos. Os pais parecem que desconhecem os filhos (E2).

Para Gori e Volgo (2009), a medicalização dos desvios se constitui um momento particular de a evolução da cultura e a função social dessa prática é o chamamos de remédio. Essa dilatação do poder sobre as vidas, esse aumento da ortopedia pedagógica médica, ou seja, na reeducação e normalização psíquica da medicina na gestão das populações e constituem o governo das condutas dos sujeitos e dos profissionais de saúde, também organizam e legitimam as práticas sociais e a subjetividade. A saúde se torna um problema político e suas políticas imprimem padronizações aos comportamentos dos sujeitos e dos coletivos.

A utilização de psicofármacos tem crescido significativamente nas últimas décadas em vários países. Esse crescimento, conforme Rodrigues, Facchini e Lima (2006), pode ser atribuído ao aumento da frequência de diagnósticos de transtornos psiquiátricos na população, bem como à introdução de novos psicofármacos no mercado farmacêutico e às novas indicações terapêuticas de psicofármacos já existentes. Além destas, Moncrieff (2001 citado em Kimura, 2005) relaciona também como uma possível causa para este aumento o desenvolvimento das drogas da nova geração, com menos efeitos colaterais.

### **Considerações finais**

Sabemos que o discurso biomédico aciona um funcionamento de sentidos e de práticas de cuidados que aliciam os sujeitos. O saber científico, força simbólica, tensiona o interior das relações desses sujeitos (profissionais de saúde). Salientamos, então, que somente há uma materialização de mecanismos simbólicos de determinação, supomos nas formas de cuidar, que sempre pode se colocar como possível algo que pode escapar a essa determinação. Como diz Canguilhem (2002, p. 212), a norma cria, por si mesma, a possibilidade de inversão. Assim sendo, pretendemos cientificamente iluminar esses novos sentidos construídos no cotidiano das relações entre profissionais e usuários/paciente e gestores. A ciência produz os seus gestos de leitura e interpretações do vivido, designando a isso um ideal de saúde e lançando sobre os coletivos os seus efeitos de sentido. Esses gestos constituem em parte as nossas práticas que são discursivizadas, oficializadas, provocando efeitos que esperamos que sejam de transformação, mas, para isso, precisamos percorrer as reproduções, os silenciamentos e os esquecimentos provocados pelas práxis dos profissionais de saúde, vislumbrando novas possibilidades e os seus lugares de insistência, fronteiriços, seus lugares de devir (Deleuze, 2000, p. 8).

As crianças e adolescentes são sujeitos do seu contexto e trazem em seus corpos e mentes marcas de seu tempo, vínculos e cuidados. Portanto, os seus sintomas, além da ordem biológica, se constituem nas esferas sociais, geográficas, históricas, políticas, culturais e afetivas em que se inscrevem. São sujeitos que se constituem e expressam sentidos em seu adoecimento, na sua subjetividade e em processos complexos, sofisticados, diversos e multifacetados. Dessa forma, seus sintomas se constituem de linguagem, assim devem ser escutados e não apenas medicados ou silenciados.

Observamos então o uso precoce das medicações na primeira infância, que está atrelado às dificuldades no vínculo que se estabelece pelo adoecimento da criança/adolescente. Para esses cuidadores, os sentidos sobre o cuidar são justapostos ao uso da medicação.

Como diz Brum (2013), a medicalizar a dor de existir não é nenhuma novidade, mas o que a autora assinala, de forma contundente, é "um *doping social*", o aumento da medicação da população com psicotrópicos, em especial com antidepressivos e tranquilizantes, que se acentuou a partir dos anos 1990. Ao fazer isso, salienta que não é contra o uso responsável de medicamentos, mas o que tem testemunhado, ao longo de suas reportagens não é tratamento, mas um tipo de consumo de medicamentos, legalizado, que é travestido como promoção de saúde e promovido pelo Estado, sob a pressão da indústria farmacêutica cada vez mais cedo. Em todas as classes sociais, as crianças e adolescentes começam a ser medicadas cada vez mais cedo, bastando para isso não ter um comportamento considerado adequado ou "normal". Assim como a autora, ponderamos que o sofrimento é parte da vida, em vez de evitá-la a qualquer custo, poderíamos auxiliar na sua transformação, para tanto, o uso de medicamentos psicotrópicos deve ser pontual, parcimonioso, controlado e com tempo para acabar.

Esse estudo, ao refletir sobre o processo de medicalização da infância e da adolescência, procura contribuir para a pluralidade de perspectivas na compreensão crítica e complexa que esse tema merece e produzir, portanto, efeitos na construção de estratégias que superem o olhar patologizante da vida, ou seja, tornar as diferenças ou as desigualdades em doenças. Dessa forma, parece essencial produzir um discurso com temas que não sejam silenciados. Com isso, marcamos, como o fazem Viegas, Gomes e Oliveira (2013), para o campo da medicalização como um fenômeno ligado à ideologia, já que envolve a redução das complexidades humanas a características individuais ou biológicas, ou seja, a sua tradução em termos de doenças. O consumo do medicamento aumenta em velocidade crescente, embora isso seja preocupante, não se trata obviamente de criticar a medicação de doenças, nem de negar as bases biológicas do comportamento humano. O que se pauta são as tentativas de se transformar problemas de vida em sintomas de doenças ou de se explicar a subjetividade humana pela via restrita dos aspectos orgânicos (Meira, 2012).

Os resultados apresentados apontam para uma percepção, por parte das equipes de saúde entrevistadas, de que os pais ou responsáveis têm uma visão medicalizante sobre a vida. Salientamos que essa percepção pode ser influenciada pelo poder/saber médico que sedimenta uma visão iatrogênica dos processos de saúde e adoecimento. Assim como pela falta de informação/orientação sobre os riscos de medicar os filhos tão cedo. Pressões das escolas que buscam resolver problemas de escolarização/pedagógicos como sendo necessária e totalmente individuais e/ou patológicos. Dessa forma, consideramos a importância do trabalho dessas equipes em auxiliar essas famílias na adoção de práticas desmedicalizantes, já que, a princípio, parecem demonstrar consciência (até rara em muitos outros contextos) de que o excesso de medicamentos gera prejuízos a crianças e adolescentes.

## **Referências**

Agencia Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. (2011, julho 1). *Boletim do sistema nacional de gerenciamento de produtos controlados (SNGPC)*. Brasília: o autor. Recuperado de: [http://www.anvisa.gov.br/hotsite/sngpc/boletins/2011/boletim\\_sngpc\\_2edatualizada.pdf](http://www.anvisa.gov.br/hotsite/sngpc/boletins/2011/boletim_sngpc_2edatualizada.pdf)

- Appio, J. A., & Lara, N., Junior. (2017). O entorpecimento do trabalhador como estratégia de controle social no Brasil. *Psi Unisc*, 1(1), 6-17. <https://doi.org/10.17058/psiunisc.v1i1.9887>
- Azevedo, A. P. F., & Figueredo, V. C. N. (2015). Vivências de prazer e sofrimento mental em um centro de atenção psicossocial. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, 15(1), 30-42. <https://doi.org/10.17652/rpot/2015.1.431>
- Baumgardt, J. L. D. S., & Zardo, P. L. G. (2016). A medicalização dos afetos: A ritualização da infância e as implicações aos direitos da infância e adolescência. *Cadernos da Escola de Direito*, 3(26), 81-94.
- Brasil, H. H. A. (2000). Princípios gerais do emprego de psicofármacos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(Supl. 2), 40-41. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462000000600011>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2008). *HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. (4a ed.). Brasília: o autor. Recuperado de: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_documento\\_gestores\\_trabalhadores\\_sus.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf).
- Brum, E. (2013, outubro 13). O doping dos pobres. *Navegações nas fronteiras do Pensamento*[Blog]. Recuperado de: <http://navegacoesnasfronteirasdopensamento.blogspot.com.br/2013/10/o-doping-dos-pobres.html>
- Carvalho, R. S., Rodrigues, C. O., Costa, F. D., & Andrade, H. S. (2015). Medicalização: Uma crítica (im)pertinente? *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 25(4), 1251-1269. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000400011>
- Conrad, P. (2007). *The medicalization of society*. Baltimore: The Johns Hopkins University.
- Coutinho, L. G. (2016). Infância, adolescência e mal-estar na escolarização: interlocuções entre a psicanálise e a educação. *Psicologia Clínica*, 28(2), 109-130.
- Cunha, J. A. P. D., & Mello, L. M. D. L. (2017). Medicação/medicalização na infância e suas possíveis consequências. *Pretextos*, 2(4), 192-209.
- Eslabão, A. D., Coimbra, V. C. C., Kantorski, L. P., Cruz, A. G, Nunes, C. K., & Demarco, D. A. (2017). Além da rede de saúde mental: Entre desafios e potencialidades. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental*, 9(1), 85-91. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i1.85-91>
- Feldens, D. G., Barboza, R. S., Martins, B. T., Fusaro, L. G., & Dória, M. B. (2016). Desatenção, hiperatividade e impulsividade: Reflexões críticas sobre o TDAH. *Interfaces Científicas: Educação*, 4(3), 159-168. <https://doi.org/10.17564/2316-3828.2016v4n3p159-168>
- Foucault, M. (2010). Crise da medicina ou crise da antimedicina. *Verve*, 18, 167-194.
- França, E. A., & Radino, G. (2002). Da orientação à escuta de pais no atendimento infantil. *Revista de Psicologia da UNESP*, 1(1), 69-74.
- Gestion Autonome de la Médication en Santé Mentale – GAM. (2006). *Projet pilote de collaboration entre les ressources alternatives et communautaires et le réseau*

- public des services en santé mentale*. Montreal: o autor. Recuperado de [http://www.rasmq.com/publications/GAM\\_bilan\\_final\\_2006juin.pdf](http://www.rasmq.com/publications/GAM_bilan_final_2006juin.pdf)
- Gori, R., & Volgo, M. J. (2009). *La santétotale: Essai sur la medicalisation de l'existence*. Paris: Flammarion.
- Illich, I. (1976). *Medical nemesis: The expropriation of health*. New York: Randon House. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/68c1/12c8dc618e6d9fb906b9e42ba622eca410b2.pdf>
- Kamers, M. (2013). A fabricação da loucura na infância: Psiquiatrização do discurso e da medicalização da criança. *Estilos da Clínica*, 18(1), 153-165.
- Kimura, A. M. (2005). *Psicofármacos e psicoterapia: a visão de psicólogos sobre medicação no tratamento* (Monografia de Graduação). Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade São Judas Tadeu, São Paulo, SP. Recuperado de <http://newpsi.bvs-psi.org.br/tcc/220.pdf>
- Lefevre, F. (1987). A oferta e a procura de saúde imediata através do medicamento: proposta de um campo de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, 21(1), 64-67. <https://doi.org/10.1590/S0034-89101987000100010>
- Lefevre, F. (1997). Saúde, este obscuro objeto de desejo. *Saúde e Sociedade*, 6(1), 3-9. <https://doi.org/10.1590/S0104-12901997000100002>
- Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*.
- Lima, K. M., & Vieira, M. M. (2014). O controle químico da criança: A infância entre a medicalização e a palavra. *Revista Expressão Católica*. Recuperado de <http://publicacoesacademicas.unicatolicaquixada.edu.br/index.php/rec/article/view/1448/1181>
- Mannoni, M. (1983). *A criança, "sua doença" e os outros*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Meira, M. E. M. (2012). Para uma crítica da medicalização na educação. *Psicologia Escolar e Educacional*, 16(1), 135-142. <https://doi.org/10.1590/S1413-85572012000100014>
- Metzl, J. M., & Herzig, R. M. (2007). Medicalisation in the 21st century: Introduction. *The Lancet*, 369(24), 697-698. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60317-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60317-1)
- Moysés, M. A. A., & Collares, C. A. L. (2010). Dislexia e TDAH: Uma análise a partir da ciência médica. In Conselho Regional de Psicologia de São Paulo – CRP-SP (Org.), *Medicalização de crianças e adolescentes: Conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças do indivíduo* (pp. 125-156). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Orlandi, E. P. (1999). *Análise de discurso: Princípios e procedimentos*. Campinas: Pontes.
- Ortigue, M. C., & Ortigue, E. (1988). *Como se decide uma psicoterapia de criança*. São Paulo: Martins Fontes.
- Pereira, C. C., & Duarte, P. L. (2018). Embarços no discurso da medicalização infantil. *Revista Brasileira de Ciências da Vida*, 6(2), 1-19.



- Pignarre, P. (2006). *Les malheurs des psys: Psychotropes et médicalisation du social*. Paris: La Découverte.
- Pinheiro, R., & Guizardi, F. L. (2004). Cuidado e integralidade por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In R. Pinheiro, & R. A. Mattos (Orgs.), *Cuidado: As fronteiras da integralidade* (pp. 21-36). Rio de Janeiro: Abrasco.
- Piovezzan, K., Tabora, T., & Alves, R. (2017). *O discurso da medicalização na infância: Desafios ao campo da psicologia pscolar* (Monografia de Graduação). Centro Universitário de Várzea Grande, Várzea Grande, MT. Recuperado de <http://www.repositoriodigital.univag.com.br/index.php/Psico/article/view/87/86>
- Rabello, E. T., & Camargo, K. R., Júnior. (2012). Propagandas de medicamentos: A saúde como produto de consumo. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 16(41), 557-567. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832012000200006>
- Recomendação n. 19, de 8 de outubro de 2015*. Recomenda ao Ministério da Saúde a adoção de práticas não medicalizantes e para publicação de protocolos municipais e estaduais de dispensação de metifenidato para prevenir a excessiva medicalização de crianças e adolescentes. Brasília: Conselho Nacional da Saúde. Recuperado de: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/01/Recomenda----es-para-Prevenir-excessiva-Medicaliza----o-de-Crian--a-e-Adolescentes.pdf>
- Rosa, C. M., Veras, L., & Vilhena, J. (2015). Infância e sofrimento psíquico: medicalização, mercantilização e judicialização. *Estilos da clínica*, 20(2), 226-245. <https://doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v20i2p226-245>
- Roso, L. (2015, dezembro, 21). Educar pressupõe sempre desagradar à criança, diz psicóloga Rosely Sayão. *GZH Vida*. Recuperado de <https://gauchazh.clicrbs.com.br/saude/vida/noticia/2015/12/educar-pressupoe-sempre-desagradar-a-crianca-diz-psicologa-rosely-sayao-4933719.html>
- Santo, C. S. O. E., & Araújo, M. A. N. (2016). Vínculo afetivo materno: Processo fundamental à saúde mental. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, 5(1), 66-73. <https://doi.org/10.17267/2317-3394rpsds.v5i1.831>
- Viegas, L. S., Gomes, J., & Oliveira, A. R. F. (2013). Os equívocos do artigo: Os equívocos e acertos da campanha "não à medicalização da vida". *Psicologia em pesquisa*, 7(2), 266-276. <https://doi.org/10.5327/Z1982-1247201300020015>
- Zornig, S. A. J. (2001). Neurose infantil, neuroses da infância. *Revista Psychê*, 5(8), 183-190.

Submetido em: 12/07/2019

Revisto em: 27/11/2019

Aceito em: 21/12/2019

**Endereços para correspondência:**

Jerto Cardoso Silva  
E-mail: [jerto@unisc.br](mailto:jerto@unisc.br)

Vitor Henrique Mueller  
[vitorhmueller@gmail.com](mailto:vitorhmueller@gmail.com)

Mariana Hintz Moraes  
marianahintz@gmail.com

I. Docente do curso de Psicologia e do Mestrado Profissional em Psicologia da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC).

II. Graduando do curso de Psicologia da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC).

III. Graduanda do curso de Psicologia da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC).