



Percepção de cuidadores sobre a medicalização da infância e adolescência

Perception of caregivers on childhood and adolescence medicalization

Jerto Cardoso Silva, Mariana Hintz Moraes, Caroline Forati Mendes

1- Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC, Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.

RESUMO

jerto@unisc.br

Objetivo: indagar a relação entre a medicalização e o ato de cuidar que é exercido por cuidadores de crianças e adolescentes atendidos em serviços de saúde mental. **Método:** desse modo, buscou-se perceber as produções de sentido sobre o cuidado no que se refere à medicalização a partir da perspectiva desses cuidadores (pais ou responsáveis). Utilizou-se a Análise do Discurso para compreensão da produção simbólica desses sujeitos através de entrevistas semiestruturadas. **Resultados e conclusão:** foi evidenciado o início precoce do uso de psicotrópicos; o processo de medicalização não está restrito aos profissionais da medicina, as dificuldades dos pais e das crianças de elaborarem as mudanças e momentos conturbados na vida tendem a ser medicadas; problemas somáticos dos cuidadores e estresse também são relatados prévios a medicação dos filhos; dependência psicológica das medicações por parte dos pais ou cuidadores. Essas falas corroboram a complexidade dos fenômenos vividos por essas crianças e adolescentes medicadas, pois, muitas vezes, medita-se dificuldades vividas por sujeitos que são de uma outra ordem que não a biológica.

Palavras-chave:

Medicalização; Infância; Cuidadores.

ABSTRACT

Objective: to investigate the relationship between medicalization and the act of caring that is performed by caregivers of children and adolescents treated in mental health services. **Method:** the aim was to understand the production of meanings about care with regard to medicalization from the perspective of these caregivers (parents or guardians). Discourse analysis was used to understand the symbolic production of these subjects through semi-structured interviews. **Results and conclusion:** the study found evidence of the early onset of psychotropic medication use; the process of medicalization is not restricted to medical professionals, the difficulties of parents and children to elaborate changes and troubled moments in life tend to be medicated; somatic problems of caregivers and stress are also reported prior to the medication of the children; and psychological dependence on medications by parents or caregivers. These words corroborate the complexity of the phenomena experienced by these medicated children and adolescents, since difficulties that are not biological are often medicated.

Keywords:

Medicalization; Childhood; Caregivers.



INTRODUÇÃO

A partir de 1952, entram em cena, no campo psiquiátrico e psicológico, os primeiros psicofármacos, neurolépticos, que 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 seletivos da receptação serotonina e, finalmente, surgem os psicoestimulantes/sedativos do sistema nervoso central, como a também conhecida Ritalina (metilfenidato). Dessa forma, os psicotrópicos reorganizaram não somente a psiquiatria asilar, mas também a psiquiatria privada e mais recentemente a da infância e da adolescência.¹

Nesse percurso, observa-se o fenômeno da medicalização, conceito decorrente do ato de medicar em excesso, em relação aos psicofármacos, tornando-se recorrente a partir dos anos 60 e 70. Nesse contexto, problemas sociais passaram a ser cada vez mais medicalizados, ou seja, tomados sob o prisma da medicina científica como “doenças” a serem tratadas de forma iatrogênicas.²

Embora as tendências para a medicalização sejam alarmantes, alguns focos de resistência têm surgido dentro do campo científico e nos movimentos de desmedicalização de alguns modos de viver que eram até então consideradas psicopatologias. Essa mudança foi devida aos movimentos populares e organizações civis que demarcam pontos de vista críticos sobre os riscos da disseminação do uso de medicamentos psiquiátricos, incluindo os estimulantes para crianças. Porém, as prescrições de medicamentos psicotrópicos para problemas infantis parecem ter aumentado rapidamente na última década, pois, para o autor, a indústria farmacêutica investe em categorizar e medicalizar estilos de vida, quando pretende comercializar um produto para tratar uma desordem específica. Além disso, há uma tendência de se medicalizar não apenas uma doença, mas o risco, a probabilidade dela acontecer. Ou seja, “*como um estado de quase doença, sendo tratada como se fosse a própria doença*”³ (p. 163).

Essa 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 e usuários”⁴ (p. 358), pois há mais gastos com comercialização e *marketing* realizados pela indústria farmacêutica do que com pesquisas. Salientam ainda que há uma falácia veiculada a esse processo: a maioria de medicamentos vendidos como inovadores, são “imitações” já comercializadas ou fórmulas antigas para as quais se “descobriu um novo uso”. Seus estudos concluem que “os problemas de saúde podem advir de questões corporais, relacionais ou sociais, mas a solução é individual e se consagra na compra e uso de medicamentos”⁴ (p. 365). Portanto, saúde e qualidade de vida são marcadas pelos ideais de uma sociedade de consumo. Autores trazem que a indústria farmacêutica gasta: 5% com pesquisa; 10% na fabricação dos medicamentos; e 50% em *marketing*. Além disso, 35% das medicações são ineficazes; 25% mal toleradas por seus usuários; e 5% potencialmente perigosas.⁵

Nesse campo atual de interesses, recorremos a ponderações que demarcam a noção de saúde, para o Estado, como essencialmente a de assegurar a força física nacional, sua capacidade de trabalho e de produção, bem como de defesa e intervenção militar.⁶ E nisso, deposita a obrigação nos indivíduos, em especial pais e cuidadores, de garantir a sua saúde e de outrem, em especial a saúde de sua família para que os filhos sobrevivam e, por sua vez, garanta o trabalho social e a (re) produção. Trata-se de uma verdadeira luta política na qual os indivíduos e seus corpos saudáveis, devem buscar a saúde ou serem forçados para tanto. A tecnologia médica e seus avanços são os meios utilizados para isso. No entanto, paga-se o preço das diversas consequências negativas diretamente ligadas nesse processo, pois a medicina não responde apenas as demandas da doença, mais que isso, ela se impõe ao indivíduo como ato de autoridade sustentada pelo Estado. Dessa forma, é reiterado que a biomedicina responde a múltiplos e variados interesses em disputa no campo social. Nesse contexto, forja-se uma moral iatrogênica que imputa responsabilidade e culpa o indivíduo pelo seu sofrimento.¹

Isso impulsiona a busca por soluções rápidas, proporcionadas pela a indústria e o mercado farmacêutico, no qual o Brasil é um dos maiores consumidores de psicotrópicos do mundo, só em 2010, foram vendidas cerca de 10 milhões de caixas do medicamento Clonazepam; o segundo mais comercializado foi o psicotrópico Bromazepam, com

4,4 milhões de unidades vendidas; seguido pelo medicamento Alprazolam, que registrou 4,3 milhões de unidades.⁷ Pesquisas também apontam que o metilfenidato, substância mais conhecida pelo nome comercial de Ritalina, teve o significativo aumento de 775%, no Brasil, nos últimos dez anos.⁸ Em meio a esse contexto 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 (OCDE).⁹

É relatado o crescimento da prescrição de psicofármacos entre as crianças, podendo ocorrer isoladamente ou associado à psicoterapia e/ou orientação familiar. Conforme os autores, estes diferentes tratamentos se complementam, no sentido de aliviar os sintomas e sinais dos quadros clínicos. No entanto, cada vez mais a medicação vem sendo empregada por psiquiatras no exercício da sua atividade, tanto para o tratamento de pacientes adultos como o de crianças.¹⁰ Sendo comprovado que há um risco dessas indicações acarretarem em uma banalização do uso como uma solução imediata.¹¹ Como ponderado:

*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 a ciência e a tecnologia cada vez com maior eficácia - a própria saúde; o que, em última instância, fecha o processo da realização do desejo.*¹²(p.6)

Desse modo, a medicação ocupa o lugar de solução mágica imediata na relação do sujeito com a sua saúde. Nessa perspectiva, este estudo tem como objetivo problematizar as falas de pais e cuidadores referentes à medicação psicofarmacológica e às formas de cuidado às crianças e adolescentes em sofrimento psíquico.

MÉTODO

Realiza-se este estudo através de entrevistas

semiestruturadas com pais e cuidadores de crianças e adolescentes medicados, visando uma análise qualitativa. Como questões norteadoras neste estudo questionamos as relações de vínculo com a criança, o histórico da doença, mudanças em relação ao cuidado, conceitos do ato de cuidar, informações sobre as medicações, vantagens e receios decorrentes do uso da medicação farmacológica. Para tanto, recorre-se a Análise de Discurso, visando 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 construímos um aparato analítico de interpretação que possibilitou compreender algumas regularidades, opacidades e transformações dos sentidos produzidos nas falas dessas pessoas.

Parte-se, assim da superfície linguística, dos depoimentos, para chegar ao espaço discursivo, pois, pela análise dessas duas dimensões (linguística e discursiva), pode-se apontar algumas regularidades e instabilidades do processo discursivo sobre a medicalização na existência dessas crianças e adolescentes a partir da percepção dos cuidadores. A partir disso, a Análise de Discurso é a realização de uma reflexão dos significados discursivos e suas formas de produção de sentido. Através desta perspectiva, selecionamos várias sequências discursivas nas entrevistas que compuseram o nosso corpus e posteriormente, selecionamos algumas que se transformaram em unidades discursivas de análise.¹³

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da instituição à qual os pesquisadores estão vinculados sob o número 1.521.604. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram no total oito cuidadores entrevistados, que narraram a história da medicação de crianças e adolescentes a partir de entrevistas semiestruturadas. Com base nisso, apontaremos os principais sentidos exemplificando com alguns depoimentos nesse estudo.

Uma das primeiras e alarmantes pontuações que aparecem nessas falas é o início precoce do uso de psicotrópicos. Observamos que, das oito crianças e adolescentes que faziam uso de algum tipo de medicamento: D. “*tinha um ano e pouco[...]fazem*

uns 8 ou 9 anos;”; P. começou a utilizar medicamento aos 8 anos; B., hoje com 16 anos, iniciou tratamento medicamentoso aos 6 anos; J., hoje com 9 anos, foi desde os 4 anos diagnosticado com o Transtorno Bipolar; G., por sua vez, “no prézinho a gente notava que ele era inquieto, que não parava.”; Ga., apresenta o “problema” ainda mais cedo, aos 8 meses que ele só chorava; R., iniciou uso de medicamento com dez anos; e A., por sua vez, também iniciou tratamento na pré-escola, aos seis anos dele.

Encontra-se ainda, nos relatos dos cuidadores, que o processo de medicalização não está restrito aos profissionais da medicina, visto que pais, cuidadores, escola e outros profissionais de saúde, também tomam frente e solicitam os serviços médicos e a prescrição de medicamentos. Essa questão veio de forma diversa:

o médico (P.)”; “a escola, a psicóloga da escola e mais a terapeuta dela (B.)”; “foi o pediatra dele que encaminhou [...] O médico que insistiu. Ele até acabou dizendo que se não fizesse esse tratamento mais tarde poderia dar problema (D.)”; “foi do neuro mesmo. (G.)”; “depois disso optamos (pais) pela medicação. Porque vimos que o estresse era algo que ela não conseguia carregar [...] comecei com um Neuropediatra (J.)”; “olha, a decisão foi minha né, porque ele tava muito quieto, pelos cantos, daí ele aprontava e cortava o sofá pra chamar atenção né (avó) (R.)”; “eu fui chamada no colégio ... Foi mais uma pressão das professoras (A.)”; “Eu, sempre foi eu (mãe) (Ga.).

Pode-se pensar 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 patologia¹⁴. Nesse sentido, é notável 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.¹² 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. 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. Um dos efeitos e produtores disso

é o fortalecimento do complexo médico-industrial que na incessante criação de mecanismos de controle produz práticas sociais no interior dos serviços e bens de saúde.¹

Em muitos relatos, encontra-se as dificuldades dos pais e das crianças de lidarem/elaborarem as mudanças na vida e/ou rotina e na sua sequência a medicação da criança ou do adolescente, sendo esta, inevitavelmente, uma categoria analisada:

Daí surgiu a oportunidade de eu trabalhar em Santa Catarina. Daí eu me mudei pra lá, desde então mudou tudo na vida dela... chegou nesse apartamento, logo ela, teve que pegar a Van para ir ao colégio, então ali que desencadeou a depressão dela, porque agora tudo mudava [...] mas quando a gente foi pra praia a (mãe) também entrou em depressão, baixou hospital, ela não gostou mas foi se adaptando, mesmo que sempre com saudade daqui, dos amigos, da família e da casa. (P.)

Neste caso, houve a mudança de cidade, escola, afastamento dos amigos e parentes próximos e conseqüentemente, novas rotinas. Um dos pais adoece e é internado todas essas situações acionam o quadro, mas parecem não serem percebidas como constitutivas do adoecimento da criança.

B. tem um histórico de muitas mudanças. Nós morávamos no interior; viemos para essa cidade e eu consegui bolsa pra ela na (escola particular) até porque eu e meu marido estudamos na universidade, mas ela se cobra demais. [...] Ela passou muito tempo sozinha. Então juntou a solidão, o término de namoro. Ele disse que era uma depressão mesmo. E nós não sabíamos explicar pra ela como o avô foi bem para o hospital e não voltou mais... Então neurologista receitou. (B.)

Como pode-se perceber, 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, desejo esse que poderá atuar na manutenção ou na transformação desses sintomas.¹⁵

Por isso 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.¹⁶ Dito de outra forma, em um trabalho com os cuidadores, faz-se necessário primeiramente situar o que representa a criança no mundo fantasmático desses e compreender também o lugar que eles reservam nas suas relações com a criança e os efeitos imaginários da sua ação junto à criança¹⁵. Desse modo é pontuado que a escuta ao discurso dos cuidadores parentais permite desvendar a posição que a criança ocupa na fantasia e nas representações sociais.¹⁷

Outros apontamentos que emergem da medicalização, foram os problemas somáticos prévios (outras doenças na primeira infância): *“Porque ele nasceu prematuro, sabe? Com 1 quilo e 150 gramas. Daí o médico lá que tratou ele já dizia que ele iria ter problema, que quando ele tivesse 15 anos a mentalidade dele iria ser igual a de alguém de 10 ou 12 anos. (D.)”*

O nascimento prematuro e recorrentes problemas somáticos parecem ter ligado os desígnios dessa criança a um discurso de problemas médicos futuros.

Acontece que o G. teve uma doença muito grave com menos de um mês de vida. Ele teve Coqueluche. Ele sobreviveu por um milagre, porque depois de um certo tempo que vai formando a traqueia, os órgãos respiratórios. Mas ele ficou fraco, com imunidade baixa [...] Muito tempo usou as bombinhas... ele tem um tipo de epilepsia [...] Tava dando leve a convulsão [...] ele trocou a medicação, que tá tomando o Ácido Valpróico esse, e a Ritalina, normalizou. (G.)

Tem-se então que qualquer demanda por atendimento médico de uma criança ou adolescente 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, veem-se engajados e implicados e explicitar os sentidos produzidos sobre o cuidar a partir dos efeitos da medicalização prévia na história desses sujeitos.

Logo, 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.¹⁶ 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 e ao adolescente.¹⁸

Através dessas falas dos cuidadores, pode-se compreender qual foi o lugar reservado à criança e aos cuidadores durante a medicalização, nos quais os significantes de medicar continuam que se repetir ou se transformam e quais os acontecimentos produzidos nessa relação, impossibilitando aos cuidadores uma interrogação sobre o seu lugar frente ao sintoma da criança ou da infância.

Nota-se então que muitos pais já apresentavam sofrimentos somáticos e psicológicos acentuados com uso de medicação prévia a medicalização da criança ou do adolescente. *“Me preocupo, porque a gente também é doente, eu já tive com o pé na cova várias vezes, posso morrer dormindo se abrir uma veia. A gente sabe que a vida é dura e eu me preocupo com ele[...] O pai dele também é doente, toma 7 tipos de remédios né... (G.)”*

Uso de medicação psiquiátrica, depressão são relatados na história desses cuidadores.

A gravidez dele foi bastante tumultuada, porque eu trabalhava fora. Tinha problema vascular, eu tenho problema sério vascular. E tinha que trabalhar [...]. Até na época eu também fui e pra mim foi bom porque eu andava meio que atrapalhada 3 anos ele não falava. Aí eu comecei a notar que tinha alguma coisa.... Levei ele no médico, disseram que ele não tinha nada. Um remedinho pra acalmar, assim. (G.)

Problemas somáticos dos cuidadores e estresse também são relatados prévios a medicação dos filhos.

Eu (avó) venho com trauma de droga dos filhos (pai), de droga mesmo né! Então eu pensei assim uma Ritalina deixa ele ativo, então não deixa de ser uma droga”. E o pai dele tá morando comigo agora, mas quando eu falo pro pai dele “ah o R. fez isso” ele já grita e briga, então eu já nem digo. Então se ele vai dizer um monte de coisas pro guri, gritar e agredir com

palavras, então eu já procuro nem dizer pro meu filho muitas coisas. (R.)

Eventos conturbados na vida dos cuidadores: impulsividade, uso de drogas, brigas constantes compunham o contexto no preferido da medicação das crianças se adolescentes. Os adultos reagem aos cuidados à criança porque ela os remete à sua própria infância, ao infantil recalcado, às suas próprias dores e medos. Nesse sentido, o processo de adoecimento dos filhos mobiliza todos os envolvidos, os quais, muitas vezes, são levados a se implicar e lidar com o sofrimento que emerge a partir dos próprios referenciais e, por mais que sofram e muitas vezes façam sofrer seus filhos também.¹⁹ O que se apresenta como corriqueiro, e que torna o processo intensamente difícil, é o sentimento de culpa que os pais possuem diante da condição de sofrimento dos filhos. A culpa faz com que, muitas vezes, se recusem a perceber ou reconhecer que existe relação entre suas próprias dificuldades e os sintomas do filho. Parecem, nesse caso, tratar da mesma forma que foram tratados. Os sentidos que se produzem na complexidade do ato de cuidar, em especial da criança e de adolescentes, e os atravessamentos advindos da medicalização parecem estar entrelaçados aos primeiros sentidos produzidos na história de seus cuidadores.

Ao diagnosticar crianças e adolescentes somos, muitas vezes, perpassados pela necessidade de diferenciar a demanda parental e social da demanda da criança e do adolescente, para fazer operar uma clínica que escute a história desses sujeitos. Parte-se então do princípio de que as demandas referentes à criança e ao adolescente não partem somente desses, mas dos pais e da sociedade de maneira geral, que exige que a criança e o adolescente correspondam a um ideal, proposto por uma ideologia política, social, pedagógica, biológica ou psicológica. Se a criança não se integra a este gozo, identificando-se a um sistema de valores, ela é trazida aos serviços de saúde e consultórios pelos pais, que esperam o restabelecimento de um gozo narcísico.²⁰ Isso posto, pode-se pensar que, em certo sentido, os pais precisam elaborar um luto desse ideal, pois, qualquer que seja ele, nunca corresponde exatamente ao que se espera.¹⁵

Não raro, nota-se que o diagnóstico e a medicação foram realizados durante períodos conturbados na vida da criança:

Ele já toma a Fluoxetina de manhã, Ritalina quando vai pro colégio e tem

esse de dormir que eu não me lembro... Eu vejo que pra eles (psiquiatras) é mais fácil dar o medicamento do que qualquer outra coisa... como a mãe dele foi embora, deu tipo uma depressão nele. Ele ficou morando aqui comigo e eu sou vó, não sou mãe né. Daí eu tive que procurar ajuda dos profissionais pra gente poder dar uma vida normal, regrada pra ele né, porque ele era revoltado, chorava muito e qualquer coisinha ele agredia com palavras. (R.)

Afastamento dos pais e/ou amigos aparece com frequência nos períodos prévios e durante a medicação. 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.²¹ O aumento do espectro de diagnósticos psicopatológicos e terapêuticas tendem a reduzir o sofrimento psíquico a sintomatologias biológicas que, muitas vezes, é 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.²²

Outro ponto importante apontado pelos cuidadores é a dependência psicológica das medicações por parte dos pais ou cuidadores.

E eu também tenho medo do dia que ele parar de tomar esses remédios começar a beber. Eu até queria falar pro médico dizer pra ele “olha nós vamos te dar esse remedinho aqui mais tu nunca vai poder beber”, porque se ele ouvir da boca do médico é melhor, é melhor do que eu ou qualquer outro falar, até porque, se o médico falou é porque é verdade. (D.)

Às vezes não há nada de errado, e é preciso lembrar do que os estudiosos têm chamado de medicalização da vida. Olha-se 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.²³ Muitas crianças e muitos jovens têm recebido diagnósticos desnecessariamente, equivocadamente. 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.²⁴

Muitas são as causas desse excesso, mas uma apontada pelos entrevistados no chama a atenção: ganhos secundários com o controle químico do comportamento das crianças e dos adolescentes.

Pra ele ficar mais tempo deitado, né[...] O dia que ele não toma ele fica agitado e nervoso [...]Mas hoje é um dia que ele vai tomar, porque ele não dormiu direito. É que ele tem um laudo que ele levou do CAPS né. Daí as professoras já estão sabendo, [...]então as professoras tratam ele diferente, daí ele até pegou umas notas boas. (D.)

Alguns cuidadores relatam que houve melhora com outras alternativas, além da medicação.

Iniciou terapia. De repente poder fazer alguma coisa porque eu acho que tem bastante medicação e não está surtindo o efeito esperado. Ela continua muito ansiosa, nos estudos continua indo ruim [...] Eu estou procurando outros profissionais para que o quadro dela possa ser percebido por outras pessoas para que encontremos uma solução. Já estou há um ano e meio com a mesma medicação e não desenrola, se repete, não consegue ficar sem a medicação porque fica ruim, mas ao mesmo tempo não melhora (J.)

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 biológica. E marcam a necessidade de valorizar a compreensão de abordagem interdisciplinar dos fenômenos humanos e não apenas tratar no âmbito da medicalização.

Destacam ainda que as terapêuticas dos aspectos dos comportamentos humanos não deveriam excluir os aspectos sociais, históricos e culturais que constituem o humano em seus diversos contextos e situações, e que comparecem de forma distinta em diversos momentos da vida. Pois, uma vez classificadas como “doentes”, as pessoas tornam-se “pacientes” e conseqüentemente “consumidoras” de tratamentos, terapias e medicamentos, que transformam o seu próprio corpo no alvo dos problemas que, na lógica medicalizante, deverão ser sanados individualmente. Nessa perspectiva, as concepções os histórico-culturais, os valores e os conhecimentos são produtos de sociedades inscritas em espaços-tempos concretos atravessados por interesses políticos, econômicos e pessoais.²⁵

Outra questão que nos chama a atenção nos discursos dos cuidadores é o uso da medicação como forma preventiva de problemas futuros.

Até os oito anos eu não queria, eu tinha aquela coisa de ‘não vou entrar com medicação, essas medicações fortes’, esse preconceito né? Depois achei que de repente se eu tivesse dado ela não teria rompido uma úlcera, por exemplo, por estresse. Então eu já cheguei com isso pronto pro Psiquiatra e pro Neurologista ... E a ideia é evoluir pra tirar da medicação. Não quero que ela tome pra toda vida. A questão era que ela pudesse passar até o final da adolescência trabalhando todas estas coisas para ser um adulto mais ‘normal’, vamos dizer assim....(Então a gente vê que a medicação ajuda bastante. Com certeza. Ela esquece um ou dois dias e ela diz que ‘parece que já acordei com as águas na cara, to com uma tristeza e não sei porque’. Ai eu digo ‘pois é, não tomou teu remédio’. (J.)

Essas falas corroboram a complexidade dos

Vê-se aqui acionada a noção de biossegurança,

entendida como toda a ação cujo objetivo seja evitar o contato de um organismo considerado patógeno ou nocivo com outro organismo considerado valioso ou provedor de proteção implica em essência a protocolização da vida pela utilização de guias, normas, informativos, imagens e prevenção... Esse conjunto de regras para melhorar a segurança humana, a prevenção de problemas futuros, amenizando entre outros viscos biológicos provoca uma forma de se relacionar com a vida e de entendê-la e redefinindo a vida em padrões biomédicos, obliterando a diversidade e a multiplicidade do existir.²⁶

Aliado a isso, observa-se ainda que o discurso biomédico constitui as percepções dos cuidadores frente aos problemas das crianças e dos adolescentes.

Esse momento de tristeza, de não ter vontade de viver; isso eu sei que a medicação vai ajudar até porque eu li bem a bula, e eu vi que a medicação ajuda na produção de endorfina, então assim, como ela está com pouca produção e isso é o que dá um ânimo, o que dá alegria e vontade de viver; então a medicação entra ajudando nessa questão... Tenho que ver com o psiquiatra se tem algo a ver com a medicação... E a depressão pode ser genética né? pode também ser uma questão hormonal e mais todas as mudanças que existem no corpo da menina. Até porque naquela época era um regulador de neurotransmissores. Ele deixava ela bem estável. Ela não ficava muito triste e nem muito eufórica(B.).

Os discursos biomédicos impõem uma “biopolítica dos sofrimentos psíquicos que é um modo de exercer o governo sobre os outros que se vale de critérios pretensamente científicos e validados de classificação e que privilegia um modo de intervenção: a terapêutica farmacológica” (p.119).²⁷ Exclui as narrativas dos sujeitos e suas histórias de vida ou as subordina a explicações biológicas iatrogênicas, deixando nas sombras nossa capacidade de existência pública e política, os diálogos argumentativos, as narrativas individuais e os vínculos sociais.

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 uma um problema político e suas políticas imprimem padronizações aos comportamentos dos sujeitos e dos coletivos.²⁸

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observa-se então o uso precoce das medicações na primeira infância que está atrelado as 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.

Assim, 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 90. 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 medicados cada vez mais cedo, bastando para isso não ter um comportamento considerado adequado ou “normal”. Assim como a autora, poderemos que o sofrimento é parte da vida, ao invés de evita-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...*²⁹

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, 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.³⁰ 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.²¹

As crianças e adolescentes são sujeitos do seu contexto, de suas relações e trazem em seus corpos e mentes marcas de seu tempo, vínculos, cuidados, da sua história e de seus cuidadores. Os seus sintomas, além da ordem biológica, se constituem nas esferas sociais, geográficas, históricas, políticas, culturais e afetivas em que se inscrevem. São sujeitos históricos e culturais constituem e expressão sentidos seus e de outros em seu adoecimento, na sua subjetividade em processos complexos, sofisticados, diversos, multifacetados e que, seus sintomas se constituem de sua linguagem e de seus saberes, são por eles constituídos, portanto devem ser escutados e não apenas medicados ou silenciados.

REFERÊNCIAS

1. Pignarre P. Les malheurs des psys: psychotropes et médicalisation du social. Paris: La Découverte; 2006.
2. Conrad P. The medicalization of Society. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 2007.
3. Carvalho RS, Rodrigues CO, Costa FD, Andrade HS. Medicalização: uma crítica (im) pertinente? Physis Revista de Saúde Coletiva 2015; 25(4), 1251-69. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312015000400011>
4. Rabello ET, Camargo Júnior KR. Propagandas de medicamentos: a saúde como produto de consumo. Interface – Comunicação Saúde Educação 2012; 16(41), 557-67. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832012000200006>
5. Even P, Debré B. Guidedes 4000 médicaments utiles, inutiles ou dangereux. Le ChercheMidi, Paris 2012; 528.
6. Foucault, M. Crise da medicina ou crise da antimedicina. Verve 2010; 18, 167-94.
7. Agencia Nacional de Vigilância Sanitária. Boletim do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC); 2010.
8. Feldens DG, Martins BT, Dória MB, Barboza RS, Fusaro LG. Desatenção, hiperatividade e impulsividade: reflexões críticas sobre o TDAH. Interfaces Científicas – Educação 2016; 4(3), 159-68.
9. Appio JÁ, Lara Junior N. O entorpecimento do trabalhador como estratégia de controle social no Brasil. Psi Unisc 2016; 1(1), 6-17. doi: <http://dx.doi.org/10.17058/psiunisc.v1i1.9887>
10. Golfeto JH, Mian H. Tratamento Psicofarmacológico aplicado à criança. Revista Brasileira de Medicina 2000.
11. Brasil HHA. Princípios Gerais do Emprego de Psicofármacos. Rev Bras de Psiquiatr 2000. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462000000600011>
12. Lefevre F. Saúde, este obscuro objeto de desejo. 1987;6(1), 3-9.
13. Pêcheux M. Delimitações, inversões, deslocamentos. Cadernos de Estudos Linguísticos 1990; 19; 7-24.
14. Kimura AM. Psicofármacos e Psicoterapia: a visão de psicólogos sobre medicação no tratamento [trabalho de conclusão de curso]. São Judas Tadeu (SP): Universidade São Judas Tadeu; 2005.
15. Mannoni M. A criança, “sua doença” e os outros. Rio de Janeiro: Zahar Editores S.A; 1983.
16. Ortigues, MC, Ortigues E. Como se decide uma psicoterapia de criança. São Paulo: Martins Fontes; 1988.
17. Zorning AS. Neurose infantil, neuroses da infância. Revista Psychê 2001; 8, 183-90.
18. França EA, Radino G. Da orientação à escuta de pais no atendimento infantil. Revista de Psicologia da UNESP 2010; 1(1).
19. Motta CR, Silva LR, Castro H. A psicanálise da criança – um estudo de caso. Revista de Ciências Médicas e Biológicas 2010; 9(1), 89-94. doi: <http://dx.doi.org/10.9771/cmbio.v9i1.4739>
20. Bergès J, Balbo G. A criança e a psicanálise: novas perspectivas. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
21. Meira MEM. Para uma crítica da medicalização na educação. Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional 2012; 16 (1), 135-42. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-85572012000100014>
22. Mousés MAA, Collares CAL. Dislexia e TDAH: uma análise a partir da ciência médica. In: Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças do indivíduo. Conselho Regional de Psicologia de São Paulo: Grupo Interinstitucional Queixa Escolar. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2010.
23. Sayão R. Educar pressupõe sempre desagradar à criança. Gaúcha ZH [online] 2015. Disponível em: <<https://gauchazh.clicrbs.com.br/saude/vida/noticia/2015/12/educar-pressupoe-sempre-desagradar-a-crianca-diz-psicologa-rosely-sayao-4933719.html>>.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Recomendações do Ministério da Saúde para adoção de práticas não medicalizantes e para publicação de protocolos municipais e estaduais de dispensação de metilfenidato para prevenir a excessiva medicalização de crianças e adolescentes. Brasília, DF; 2015.
25. Conselho Federal de Psicologia. Subsídios para a campanha “não à medicalização da vida” Medicalização da Educação. 2012. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/Caderno_AF.pdf>.
26. Baleriola E, Francisco T, Tiago M, Torrejón P. ¿Qué es labioseguridad? Lo biótico y los regímenes de vitalidade. In: Biossegurança e biopolítica no século XXI. Porto Alegre: ABRAPSO; 2016.
27. Caponi S. Classificar e medicar: a gestão biopolítica dos sofrimentos psíquicos. Revista Internacional Interdisciplinar INTERthesis 2012; 9(2), 101-22. doi: <https://doi.org/10.5007/1807-1384.2012v9n2p101>

28. Gori R, Del Volgo MJ. La santétotitaire. Essairurlamedicalisation de l'existence. Paris: Flammarion, Champsessais; 2009.
29. Brum E. O Dopping dos Pobres. 2013. Disponível em: <<http://navegacoesnasfronteirasdopensamento.blogspot.com.br/2013/10/o-doping-dos-pobres.html>>.
30. Viégas LS, Gomes J, Oliveira A. Os Equívocos do Artigo “Os Equívocos e Acertos da Campanha “Não à Medicalização da Vida”. Psicologia em Pesquisa 2013; 7(2), 266-76. doi: <http://dx.doi.org/10.5327/Z1982-1247201300010002>

Recebido em:30/08/2018

Aceito em:10/09/2018

Como citar: SILVA, Jerto Cardoso; MORAES, Mariana Hintz; MENDES, Caroline Forati. Percepção de cuidadores sobre a medicalização da infância e adolescência. Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde, Santa Cruz do Sul, v. 1, n. 3, set. 2018. ISSN 2595-3664. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/ripsunisc/article/view/12896>>. Acesso em: 22 dez. 2018. doi:<https://doi.org/10.17058/rips.v1i3.12896>