

**Medicalização de pacientes em psicoterapia:
estudo realizado em um serviço-escola, Rio Grande do Sul, Brasil**

Fabiana Lorenzon Prates¹
Edna Linhares Garcia²

Resumo

Trata-se do relato de uma pesquisa realizada em um serviço-escola de psicologia de uma universidade do Rio Grande do Sul, Brasil, com o objetivo de analisar o quanto a lógica da medicalização incide sobre os casos de pacientes que ingressaram no serviço no primeiro semestre de 2018 (janeiro a junho), tanto por demanda espontânea como por encaminhamentos de outros serviços de saúde e verificar se existem e quais são os fatores que se correlacionam a esse processo de medicalização. Para a coleta de dados utilizou-se as informações iniciais dos prontuários dos pacientes. Percebe-se a importância do tema, pois as discussões em torno da questão da medicalização, referindo-se não apenas ao uso de medicamento, mas também à tentativa de responder questões de sofrimento psíquico através da lógica médica, vêm se acirrando a cada dia, já que diversas pesquisas mostram o quanto está se elevando o consumo de medicamentos em nível mundial, especialmente os psicofármacos. Em linhas gerais, constatou-se um indicativo do processo de medicalização entre os pacientes encaminhados de outros serviços de saúde, onde o modelo bio-médico ainda prevalece.

Palavras-chave: Medicalização; Serviços de Saúde; Psicofármacos.

**Medication of patients in psychotherapy:
study conducted at a school service, Rio Grande do Sul, Brazil**

Abstract

This is the report of a research carried out in a psychology school service at a university of Rio Grande do Sul, Brazil, with the aim of analyzing the logic of medicalization according to the cases of patients who entered the service in the first semester of 2018 (January to June), both due to spontaneous demand and referrals from other health services and to check if they exist and what are the factors that correlate to this medicalization process. For data collection, initial information from patients' medical records was used. The importance of the theme is perceived, because as a cause around the issue of medicalization, referring not only to the use of the medication, but to the attempt to answer the questions of psychological suffering through medical logic, recovering becoming more intense every day, since several surveys show how much the consumption of medicines is increasing worldwide, especially psychiatric drugs. In general, an indication of the medicalization process was found among patients referred from other health services, where the biomedical model still prevails.

Keywords: Medicalization; Health Services; Psychopharmaceuticals.

¹ Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), Santa Cruz do Sul/RS, Brasil.

² Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), Santa Cruz do Sul/RS, Brasil.

Introdução

O termo medicalização começou a ser utilizado pelas ciências sociais e ciências da saúde, principalmente com a conotação de crítica, no final da década de 1960, quando o modelo biomédico passou a se apropriar cada vez mais, através do uso extensivo da medicação, de determinados campos da saúde e principalmente da saúde mental (Gaudenzi & Ortega, 2012).

De uma forma geral, os estudos da medicalização se direcionam para a análise e insinuação da intervenção política da medicina no corpo social, por meio do estabelecimento de normas morais de conduta e prescrição e proscricção de comportamentos, o que tornaria os indivíduos dependentes dos saberes produzidos pelos agentes educativo-terapêuticos (Gaudenzi & Ortega, 2012, p. 2).

As discussões em torno da questão da medicalização vêm se acirrando a cada dia, já que diversas pesquisas mostram o quanto está se elevando o consumo de medicamentos a nível mundial, em especial os psicofármacos (Guarido, 2007; Giusti, 2016; Santos 2017). Pode-se dizer que o uso excessivo de medicamentos, enquanto uma das práticas da lógica da medicalização, é considerado como um sintoma da sociedade atual, com sua cultura individualista e de pouca tolerância a sofrimentos naturais do ser humano (Rodrigues, 2012).

Claramente, considera-se que, em alguns casos ou momentos específicos, o medicamento é bastante importante, principalmente em casos em que o sofrimento é paralisante e coloca em risco a vida do sujeito. Porém, existem situações em que o medicamento é considerado um impasse, de forma que não se sabe até que ponto ele está ajudando ou apenas servindo como um “controlador” da subjetividade do indivíduo (Rodrigues, 2012).

As dúvidas em relação às origens dos sintomas e a necessidade do uso de medicamentos são permanentes no trabalho do psicólogo, sendo um problema em que cotidianamente se “expressa a qualidade de uma produção de realidade, manifestada de maneira não criativa, mecânica, e que tem construído vidas adoecidas, segregadas, condicionadas ao uso de medicamentos [...]” (Silva, 2015, p. 8). Nesse sentido, o medicamento aparece como algo que possibilita até mesmo substituir o tratamento clínico, trazendo alívio imediato para as demandas da vida atual, sem, contudo, possibilitar ao paciente dar um significado ao seu sofrimento.

Com este estudo, busca-se investigar o tema da medicalização dentro de um serviço de clínica-escola, verificando indicativos desse processo e examinando como ele pode interferir na subjetivação dos sujeitos na atualidade.

A Medicalização

Antes de iniciar a abordagem sobre questões pontuais da medicalização, é oportuno fazer a distinção entre alguns conceitos: medicação, medicalização e medicamentação.

A medicação, como uma prática imprescindível na área da saúde, refere-se à prescrição de uma substância química necessária ao tratamento de uma doença biológica que não poderia ter outro tipo de intervenção senão pelo medicamento, ou seja, existe uma doença física que pode ser curada e/ou controlada por um medicamento (Martins, 2016; Santos, 2017).

A medicalização, por sua vez, não trata apenas problemas biológicos com substâncias químicas, mas sim problemas não biológicos ou problemas não médicos, que passam, desta forma, a ser considerados problemas médicos. Na medicalização, sempre se verifica o uso excessivo ou desnecessário de substâncias químicas, sendo que, na maioria dos casos, a terapêutica poderia se dar de outra forma (Martins, 2016; Santos, 2017).

Já a medicamentação é o passo seguinte, em que o processo de transformar problemas não médicos em problemas médicos já está concretizado. Desta forma, existe a continuidade do uso de medicamentos para questões que foram medicalizadas, sendo um processo mais amplo que o anterior (Rosa & Winograd, 2001 conforme citados por Santos, 2017).

Na atualidade, a intervenção terapêutica mais utilizada em casos de sofrimento psíquico é a medicalização, sendo este um processo em franca expansão. Dentro deste tipo de intervenção, nota-se que existe um afastamento de um detalhamento de causas e sentidos dos sintomas apresentados e uma aproximação de uma explicação puramente orgânica ou bioquímica, não oferecendo-se ao indivíduo uma significação do processo (Guarido, 2007; Santos, 2017).

Este aumento no uso de medicamentos, nos casos de saúde mental, se deve basicamente a dois fatores muito importantes: o uso da metodologia diagnóstica do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) e a impulsão da indústria farmacêutica em pesquisa e marketing de novas drogas (Guarido, 2007), o que, além de padronizar os comportamentos através dos sintomas, também padroniza o tipo de medicamento a ser utilizado (Santos, 2017).

Até 1980, quando se publica a versão DSM-III, os fundamentos do diagnóstico propostos por esses manuais expressavam influências da psicanálise e da psiquiatria social comunitária, ainda que pouco a pouco ganhasse ênfase a objetivação dos critérios diagnósticos baseados em experimentações científicas que afastavam cada vez mais a dimensão de sentido antes presente na consideração dos quadros psicopatológicos (Guarido, 2007, p. 153).

Desde então, as dimensões antes presentes nos diagnósticos, como o meio em que o sujeito está inserido, sua cultura, condições econômicas e todas as relações que estão envolvidas na sua psicodinâmica, são deixadas de lado e somente a presença dos sintomas descritos no DSM já são suficientes para o diagnóstico, seguindo um modelo biomédico americano, em que “pode-se reconhecer em relevo o paradigma do discurso médico na produção de verdade acerca do sofrimento psíquico e de sua natureza” (Guarido, 2007, p. 154).

Existem pontos positivos no uso de medicamentos, sendo evidente seu valor no processo terapêutico, pois entende-se que, para alguns casos, o medicamento é realmente necessário. No entanto, podemos perceber que agora os psicofármacos têm um papel cada vez mais destacado no tratamento de sofrimentos mais leves e naturais do ser humano, tendo até mesmo um papel normatizador (Guarido, 2007; Lima & Vieira, 2015; Santa Cruz, 2015). É como se problemas comuns, característicos da vida cotidiana, que antes eram vistos como normais e passageiros, devessem ser medicados, controlados. “Os problemas de origem social, histórica e política são transformados em problemas individuais, inerentes ao sujeito e solucionados no plano biológico” (Giusti, 2016, p. 192). Desta forma,

ao negar o caráter produtivo e singular do sintoma, ao reduzi-lo a índice de transtornos plenamente classificáveis e medicáveis, homogeneiza a subjetividade, forma contemporânea de enclausurar os sujeitos, não mais no manicômio, mas em suas próprias identidades (Santa Cruz, 2015, p. 24).

Além disso, nestes sujeitos, o medicamento apenas suprime o sintoma, já que na maioria dos casos não existe doença a ser tratada quimicamente, não se oferecendo um sentido, uma compreensão ou uma ressignificação desse sintoma.

Há aí uma inversão não pouco assustadora, pois na lógica atual de construção diagnóstica, o remédio participa da nomeação do transtorno. Visto que não há mais uma etiologia e uma historicidade a serem consideradas, pois a verdade do sintoma/transtorno está no funcionamento bioquímico, e os efeitos da medicação dão validade a um ou outro diagnóstico (Guarido, 2007, p. 154).

Nesse sentido, os estudos sobre medicalização apontam que este crescente uso do modelo biomédico para explicar problemas de ordem social, econômica, cultural e natural dos indivíduos acaba causando uma maior culpabilização do paciente, de modo que todo o foco do problema é deslocado somente para o individual, não considerando outros fatores sociais e coletivos, reduzindo tudo a um corpo biológico e suas reações (Gaudenzi & Ortega, 2012).

Porém, percebe-se que o fenômeno da medicalização, que começou como um uso excessivo do olhar médico para o controle do comportamento individual e social, “hoje incorpora ou-

tros interesses científicos, políticos e econômicos que a torna um dos maiores fenômenos contemporâneos de mercantilização da sociedade e de seus processos vitais” (Barbiani, Junges, Asquidamine & Sugizaki, 2014, p. 568), em uma busca de controle, um ajustamento social e/ou uma pretensa “normalidade psíquica” que fique longe de qualquer tipo de sofrimento, anulando e silenciando sujeitos (Lima & Vieira, 2015).

A partir destes entendimentos, busca-se, com este estudo, uma aproximação ao tema da medicalização dentro de um serviço de clínica-escola e como isso pode se refletir nas práticas cotidianas dos atores envolvidos e nos processos de subjetivação na atualidade.

Metodologia

O ponto de partida deste estudo foi a análise dos prontuários dos pacientes que ingressaram em um serviço-escola de uma universidade no Rio Grande do Sul, para realizar psicoterapia individual, no período de janeiro a junho de 2018, por acolhimento coletivo e/ou individual. Esta análise foi feita através do Instrumento de Coleta de Dados, a partir dos dados preenchidos nos formulários de atendimento presentes nos prontuários dos pacientes. O levantamento dos pacientes ingressantes foi feito através das listas dos grupos de acolhimento e do acolhimento individual, que são sinalizados na lista de comparecimento diário. A partir destas listagens obteve-se um total de 198 pessoas que iniciaram o processo de entrada no serviço-escola visando o atendimento psicológico.

Após este primeiro levantamento, efetuou-se um cruzamento, utilizando-se as pastas de prontuários dos estagiários do serviço, sendo que destas 198 pessoas que fizeram inscrição nos grupos ou entraram no acolhimento, 95 delas continuaram em atendimento psicológico individual, sendo esta nossa população definida de estudo. As demais entraram em atendimento de casal/família, foram encaminhadas para grupos, para outros serviços ou então desistiram do ingresso no meio do processo.

Os dados coletados foram organizados em uma planilha, utilizando o programa Microsoft Excel®. Foram coletadas as informações básicas dos pacientes: algumas informações sociodemográficas, de que forma ingressou no serviço-escola, demanda inicial e, em caso de fazer uso de medicamentos, quais eram estes medicamentos.

A metodologia utilizada foi quantitativa, na qual, segundo Perovano (2016), deve ser realizada a coleta de dados e estes dados devem ser tratados de forma estatística ou baseado na medi-

ção numérica para estabelecer padrões, que podem ser de pessoas, objetos ou fenômenos físicos, sendo a partir disso elaboradas explicações e reflexões sobre as observações feitas. Desta forma,

os resultados da pesquisa devem servir para o propósito de generalizar os resultados de maneira ampla, para o controle sobre o fenômeno para a possibilidade de réplica e para o enfoque sobre pontos específicos de tais fenômenos a fim de facilitar a comparação entre estudos similares (Perovano, 2016, p. 48).

Trata-se também de uma pesquisa descritiva, pois este tipo de estudo tem como foco “especificar as propriedades, as características e os perfis de pessoas, populações e fenômenos sociais ou físicos” (Perovano, 2016, p. 155). O levantamento de dados teve um corte transversal, isto é, os dados foram coletados em um determinado momento, dentro de um período de tempo pré-determinado (Perovano, 2016).

Foi realizada uma análise sobre os medicamentos mais frequentemente prescritos, assim como sua relação com as demandas iniciais dos pacientes, faixa etária e sexo. Este estudo passou pela aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa, no sentido de se fazer cumprir as diretrizes éticas para a pesquisa com seres humanos, tendo como número de parecer 2.860.729.

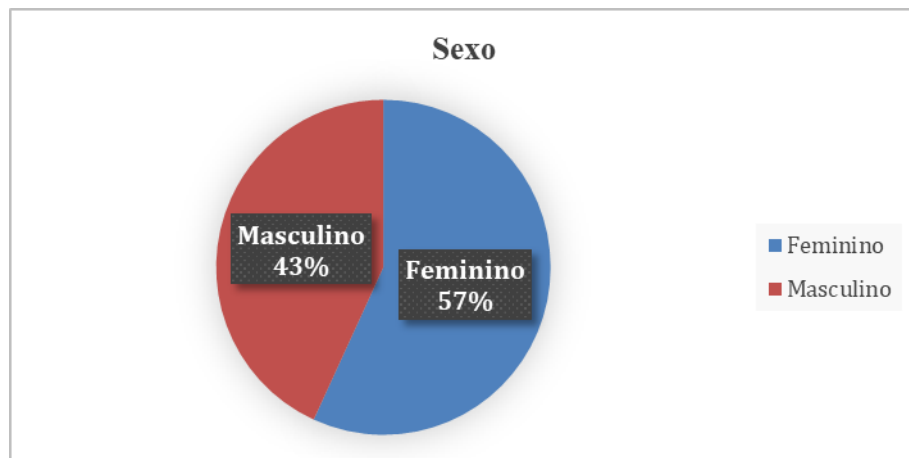
Análise e discussão dos dados

Depois de identificada a amostra desta pesquisa (95 ingressantes em psicoterapia individual, no período de janeiro a junho de 2018), foi preenchido o formulário de coleta de dados, sendo os dados tabulados e cruzados na planilha Microsoft Excel®.

Em relação aos dados sociodemográficos da amostra, percebe-se que, na divisão por sexo (Figura 1), a porcentagem é bastante próxima (43% do sexo masculino e 57% do sexo feminino). Isso demonstra uma mudança em relação ao que comumente se vê na área da saúde em geral e também bastante presente na saúde mental, de que a busca por ajuda médica e/ou para sofrimentos psíquicos é menor entre os homens (Montesanti, 2016). Este fato, que está intimamente relacionado ao papel social do homem, que é associado à força, controle e independência (Montesanti, 2016), pode estar perdendo força, na medida em que, ao menos no recorte desta pesquisa, eles também passam a buscar, quase tanto quanto as mulheres, a ajuda necessária a seus sofrimentos.

Figura 1

Sexo dos pacientes

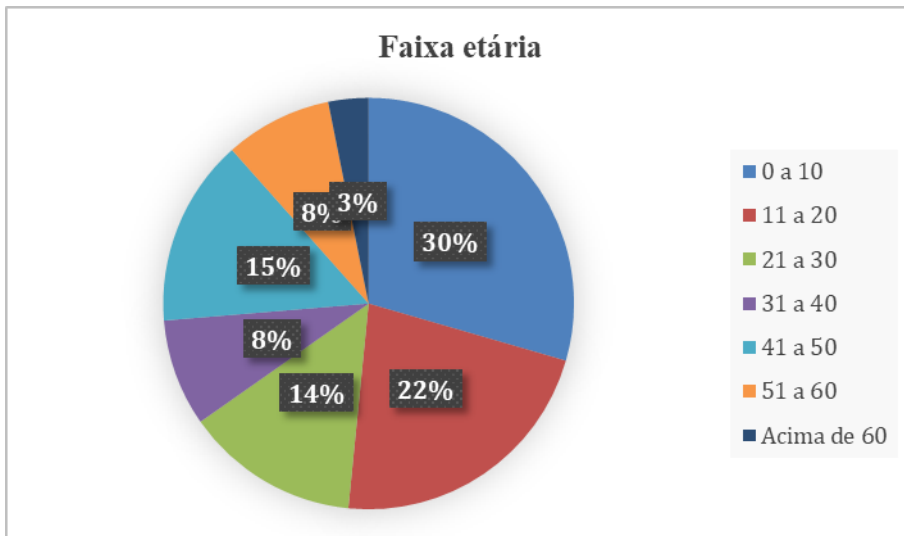


Na Figura 2, tem-se a divisão por faixa etária. A partir destes dados, percebe-se que aproximadamente metade dos pacientes ingressantes no serviço-escola durante o primeiro semestre foram crianças de 0 a 10 anos de idade (28 pessoas – 30%), seguidos de pré-adolescentes e adolescentes de 11 a 20 (21 pessoas – 22%). Estes números demonstram o quanto vem crescendo a busca por atendimento psicológico para crianças e adolescentes, fenômeno este que, segundo Rodrigues (2012), se deve muitas vezes à demanda de outros, de terceiros, pais, cuidadores, escolas e outras instituições, que são os primeiros a notarem o “sintoma” da criança, buscando a partir disso alguém que possa sanar este sintoma, sem pensar que pode ser apenas o reflexo de seu meio.

Dentro desta perspectiva, uma das instituições onde se pode perceber com maior clareza os efeitos da medicalização é a escola, espaço no qual um sistema educacional cada vez mais falho e excludente encontra na psiquiatria e nos medicamentos a solução para os problemas que aparecem nas salas de aula, principalmente questões comportamentais (Santa Cruz, 2015).

Figura 2

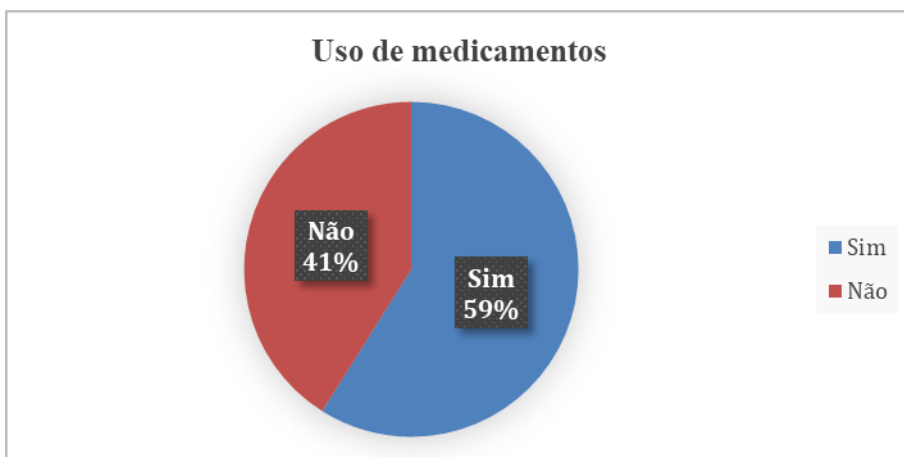
Faixa etária dos pacientes



Em uma análise mais detalhada de dados, temos a porcentagem do uso de medicamentos totais pelos pacientes da amostra (Figura 3). Considerando que o fenômeno da medicalização não se dá apenas com psicofármacos, mas sim com todo o tipo de medicação, que poderia em alguma medida ser substituída por outra forma terapêutica (fisioterapia, psicoterapia, orientação e acompanhamento nutricional, etc.) ou mesmo programas preventivos (alimentação de qualidade, exercícios, saneamento básico, higiene etc.), este dado é de extrema relevância, pois mostra que a maioria dos pacientes da amostra faz uso de pelo menos um tipo de medicamento (59%).

Figura 3

Uso de medicamentos



Já em relação ao uso específico de psicofármacos, segundo o boletim divulgado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2011), a partir de dados do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC), o consumo deste tipo de medicamento vem crescendo de forma permanente no Brasil. Para se ter uma ideia deste aumento, pode-se observar a evolução de venda do princípio ativo mais comercializado nesta categoria no Brasil, o Clonazepam (ansiolítico), a partir da Tabela 1:

Tabela 1

Venda de Clonazepam no Brasil

Ano	UFD (Unidade Física Dispensada)
2007	29.463
2008	4.784.730
2009	7.498.569
2010	10.590.047

Nota. Adaptado de Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2011).

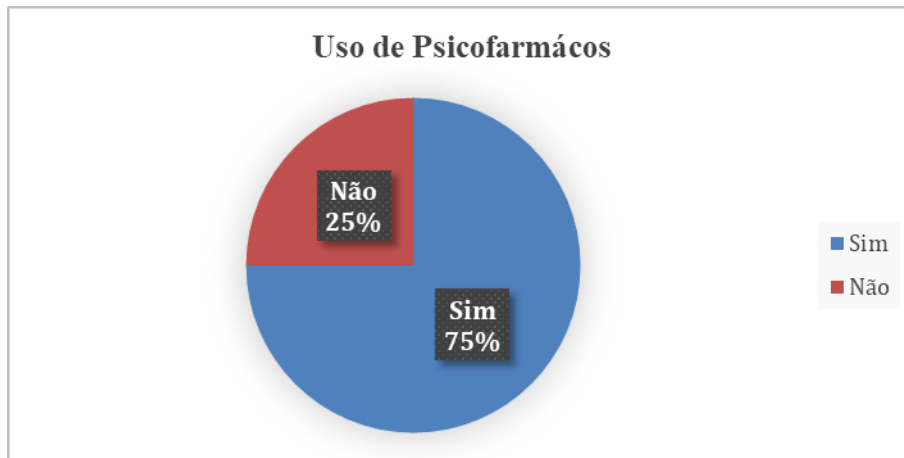
Percebe-se um grande salto ocorrido entre os anos de 2007 e 2008, pelo fato de que neste período o uso do SNGPC foi consolidado, passando a ser feito o controle somente em formato eletrônico e não mais no formato manual como era anteriormente, tornando-se muito mais efetivo. De 2008 a 2010, o número de prescrições mais que dobra, chegando-se a mais de 10 milhões de caixas vendidas em 2010, com um valor gasto pela população em torno de R\$ 90 milhões, somente com este medicamento (Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2011).

Essa ocorrência não é fortuita, já que a indústria farmacêutica lança novos medicamentos a todo momento, investindo em pesquisa e marketing, sendo que cada comportamento desviante pode ser visto como um potencial consumidor. Segundo Giusti (2016, p. 200), “Atualmente, as indústrias farmacêuticas e de biotecnologia são a força motriz da medicalização [...]”.

A partir da amostra da pesquisa no serviço-escola, dentre aqueles que tomam medicação, 75% deles fazem uso de algum psicofármaco (Figura 4).

Figura 4

Uso de psicofármacos no serviço-escola



A partir deste recorte apresentado no gráfico anterior, adotou-se a divisão de psicofármacos por classes, apresentada por Maranguell, Silver, Martinez e Yudofsky (2004), para trazer em números brutos os medicamentos desta categoria, utilizados pelos pacientes da amostra: antidepressivos, ansiolíticos, antipsicóticos, estabilizadores de humor e estimulantes (Tabela 2). “O leitor deve ter em mente que essa nomenclatura é um tanto artificial; por exemplo, muitos medicamentos antidepressivos também são usados para tratar transtornos de ansiedade” (Maranguell et al., 2004, p. 17). Sendo assim, adotou-se esta divisão apenas por uma questão de melhor organização dos dados.

Da classificação proposta pelos autores, também fazem parte os inibidores de colinesterase, utilizados no manejo de pacientes com demência do tipo Alzheimer que apresentam deterioração cognitiva. Porém, a amostra da pesquisa não possui nenhum paciente que faça uso deste tipo de medicamento.

Tabela 2

Uso de psicofármacos

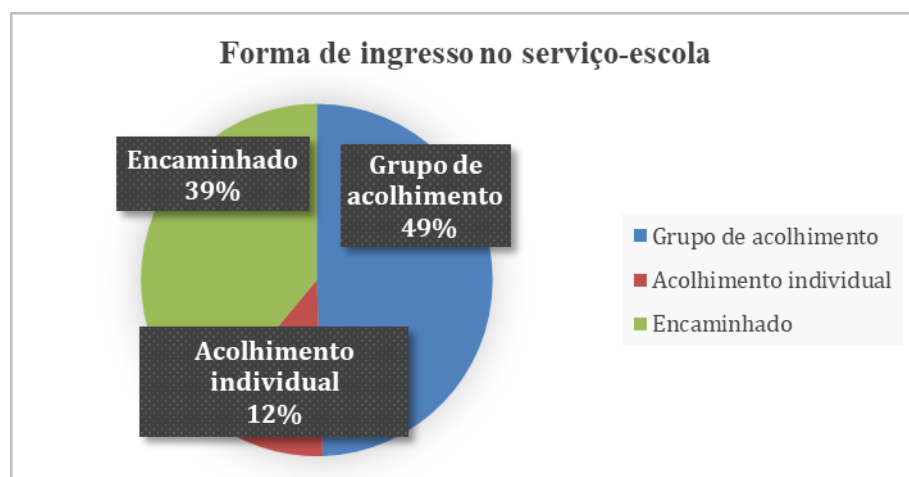
Medicamento	Número de sujeitos que usam a medicação	Uso concomitante de dois medicamentos da mesma categoria
Antidepressivo	28	8
Ansiolíticos e hipnóticos	11	0
Antipsicóticos	8	0
Estabilizadores de humor	9	0
Estimulantes	5	0

Outro dado relevante sobre o uso de psicofármacos diz respeito ao uso concomitante de medicações de categorias diferentes, sendo que 21 usuários se encaixam nesta categoria, utilizando de 2 a 5 psicofármacos.

Foucault (1977, p. 35) narra que o início da medicalização data do século XVIII, com o nascimento da clínica e a hegemonização do saber médico, período em que surgiu o “mito de um desaparecimento total da doença em uma sociedade sem distúrbios e sem paixões, restituída a sua saúde de origem”. Podemos corroborar o pensamento do autor nos dados da pesquisa, nos quais se apresenta a forma de ingresso no serviço-escola versus o uso ou não de medicamentos. Na Figura 5, temos o número bruto de ingressantes no serviço, sendo 49% por grupo de acolhimento, 39% encaminhados de outros serviços e 12% por acolhimento individual.

Figura 5

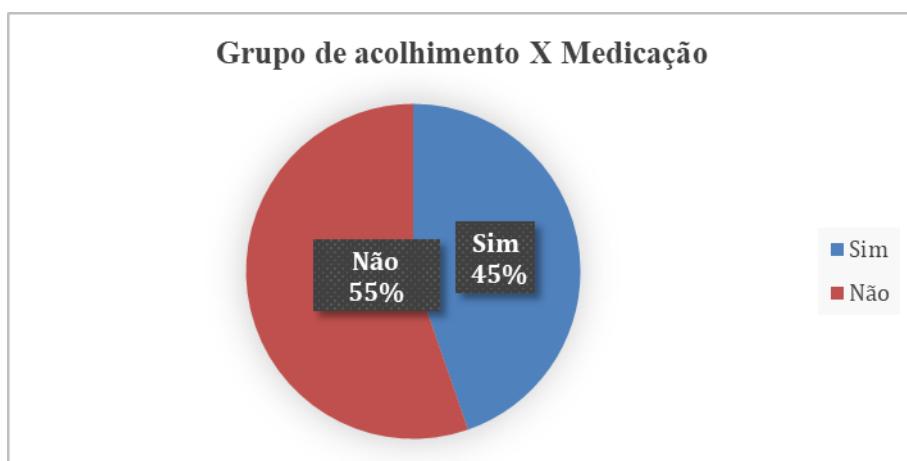
Forma de ingresso no serviço-escola



Na Figura 6, apresenta-se o índice de pessoas que usam medicação e que ingressaram no serviço-escola via grupo de acolhimento, ou seja, por busca espontânea. Pode-se ver que existe um índice de 55% que não usam medicação nesta modalidade de ingresso.

Figura 6

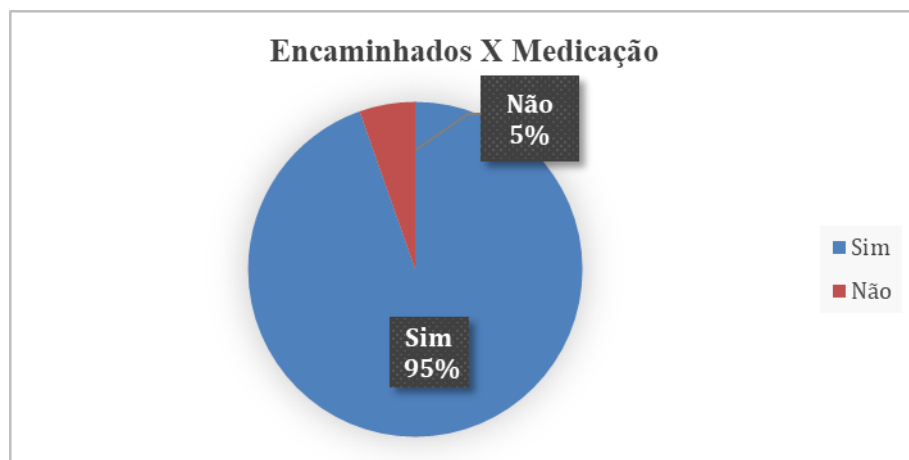
Ingressantes por grupo de acolhimento X Medicação



Porém, o uso mais expressivo de medicamentos se dá para aquelas pessoas que são encaminhadas ao serviço-escola por outros serviços, principalmente os de saúde. Verifica-se na Figura 7 que apenas 5% das pessoas deste grupo não fazem uso de medicamentos.

Figura 7

Ingressantes por encaminhamento X Medicação



Nota. Locais que fizeram encaminhamentos: CAPS II (14 pessoas), CAPSIA (10 pessoas), HSC (5 pessoas), outros serviços de saúde do serviço-escola (3 pessoas), escolas (2 pessoas), Delegacia da mulher (1 pessoa), NAAC (1 pessoa), Clínica de fisioterapia (1 pessoa).

Pode-se fazer uma análise destes dados a partir do conceito trazido por Foucault (1977, p. 45), segundo o qual o saber médico pode julgar por si só as necessidades e a ajuda que cada sujeito deve receber, autorizando-se a partir daí “uma medicalização de seu exercício”. Não se trata apenas de uma intervenção médica em serviços de saúde, mas sim de uma incorporação do modelo biomédico como forma de prática diária (Barbiani et al., 2014). Percebe-se que quase todos os pacientes que passaram por um serviço de saúde (dos 37 pacientes que ingressaram por encaminhamento, 33 deles foram de serviços de saúde) fazem uso de medicação.

Este conceito de medicalização está inserido no conceito de biopolítica, que se trata de um dispositivo de controle de corpos, utilizando-se processos, ferramentas e tecnologias para controlar e gerir, em uma estratégia de ordenação entre o Estado e os indivíduos, na qual, quanto maior o nível de medicalização, maior será o nível de controle e normalização. Este controle estaria agindo através de um discurso higienista a favor da saúde, “sob o pretexto de formar e potencializar o bem-estar dos indivíduos e da população em geral” (Giusti, 2016, p. 210).

São esses fenômenos que se começa a levar em conta no final do século XVIII e que trazem a introdução de uma medicina que vai ter, agora, a função maior da higiene pública, com organismos de coordenação dos tratamentos médicos, de centralização da informação, de normalização do saber, e que adquire também o aspecto de campanha de aprendizado da higiene e de medicalização da população (Foucault, 2005, p. 291).

Esse viés de poder sobre os corpos é por si só uma forma de controle, de manutenção do que deve estar vigente. A medicalização, como dispositivo desse poder, “instala a tolerância e, enquanto as emoções estiverem controladas, dificilmente serão instaladas formas de resistência coletivas” (Ignacio & Nardi, 2007, p. 92). Além desse controle instituído, a medicalização pretende dar ao sujeito um alívio rápido e imediato, sem a busca de outras formas de vivenciar e entender o sintoma. A atenção e a intervenção ficam restritas apenas a um mecanicismo, no qual toda a dor pode ser rapidamente dissipada, muitas vezes sem a participação ativa do sujeito que sofre, pois este espera ser “curado” por algo que vem de fora, esperando com isso ter uma cura sem fazer parte de fato deste processo (Tesser, 2006).

Pode-se dizer que se trata de um agrupamento de sintomas, que são relacionados pelo saber médico e medicamentos, com o intuito de que este saber faça controle da relação do indivíduo com seu próprio sofrimento (Guarido, 2007).

Tesser, Poli Neto e Campos (2010) fazem uma análise deste contexto, no qual toda a queixa passa a ser um transtorno, sem levar em conta a realidade vivida pelo sujeito, como se a queixa fosse descolada daquilo que é vivenciado, levando a uma “cultura medicalizada”. “Assim, na interpretação e na intervenção biomédicas há nítida tendência medicalizante” (Tesser, Poli Neto & Campos, 2010, p. 3617).

Zorzaneli, Ortega e Bezerra Junior (2014, p. 1863), refletem que existem outros atores sociais, fora os profissionais da área da saúde, que também contribuiriam de alguma forma para este processo, tais como “indústria farmacêutica, associações de cuidadores e pacientes, a mídia impressa e virtual e a divulgação científica, periódicos médicos e as propagandas de medicamentos”, todos estes visando algum tipo de lucro, facilidades em seu trabalho ou vivências ou uma diminuição rápida de sintomas. Nesse sentido, poderia se afirmar que a saúde se transforma em objeto de consumo (Taborda, 2014).

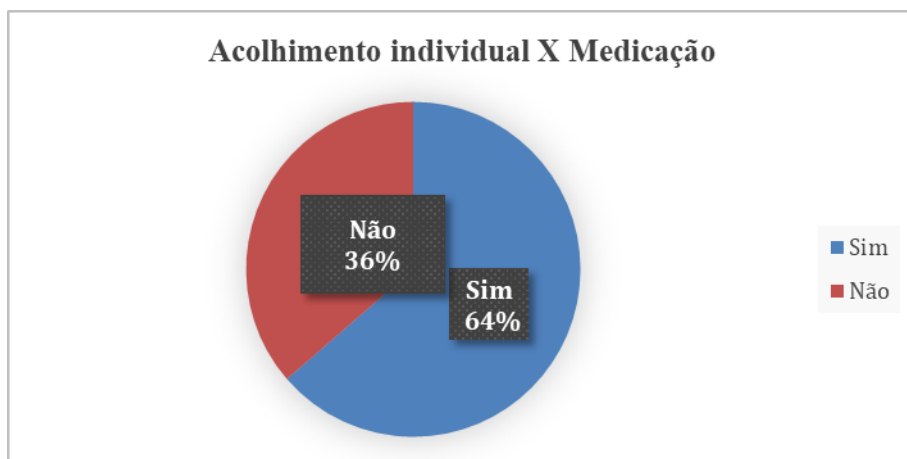
Outra contribuição para o processo de medicalização se dá pela ampla divulgação de diagnósticos, sintomas e sinais de doenças, sendo que o próprio paciente, munido de informações, já chega por vezes ao consultório médico com um discurso pronto, real ou imaginado de seus sintomas, buscando um local de solução de seus problemas (Tesser, 2006).

Já na forma de ingresso acolhimento individual (Figura 8), considerando aqui apenas a busca espontânea de crianças de 0 a 6 anos, apenas 36% não utilizam medicação. Pode-se também verificar, nos dados apresentados, uma tendência à utilização de medicação por crianças muito pequenas. Segundo Guarido (2007), este é um problema que vem crescendo, pois o fenômeno da

medicalização também ocorre com crianças, já que o modelo biomédico e os paradigmas utilizados na clínica com adultos acabam se transferindo para a clínica infantil, utilizando-se como modelo o DSM, no qual a dimensão histórico-social está ausente.

Figura 8

Ingressantes de 0 a 6 anos por acolhimento individual X Medicação



Além disso, com a entrada cada vez mais cedo na escola, esta contribui efetivamente para uma “patologização” do comportamento infantil, tornando corriqueiros diagnósticos baseados em comportamentos que poderiam ser considerados passageiros ou apropriados para a idade. “Não é incomum observar, nas unidades de saúde ou mesmo nas escolas, que o nome do paciente ou do aluno seja substituído por sua classificação diagnóstica – estranha nomeação dos indivíduos que põe em relevo o lugar que ocupam na escala normal” (Guarido, 2007, p. 158). Infelizmente, esta maneira de lidar com o diferente já permeia muito do discurso dos profissionais da educação, negando a singularidade de cada um (Giusti, 2016).

A educação como um ato de encontro, em que o outro e o encontro de alteridades são fundamentais, é coextensiva a uma dimensão de “imprevisibilidade”, pois, dentro de uma sala de aula, são muitos outros com que o educador deve lidar diariamente. A medicalização, neste caso, viria como uma possibilidade de calar este outro: “Evitar a imprevisibilidade e o outro, esse estranho outro, acaba por, de certa forma, desfazer a implicação do ato educativo como um ato constitutivo do sujeito” (Guarido, 2007, p. 160).

Rodrigues (2012), por sua vez, faz uma reflexão sobre a crescente mercantilização da vida e da saúde, que promove o uso excessivo de remédios, já que tudo gira em torno do produto e o

medicamento acaba sendo apenas mais um objeto de consumo, do qual as crianças e adolescentes não escapam, por serem parcela expressiva da população. Temos, então, uma

oferta de medicamento para todas as situações da vida: se a criança está agitada, pode-se dar tal medicamento; se está triste, este outro; se não aprende, há este aqui. E juntamente com o medicamento há uma proliferação de nomes, por vezes, insipientes diante do mal-estar real do sujeito: bipolar, psicótica, autista, TDAH... Nomes que, ao invés de se constituírem em norteadores para a conduta clínica dos profissionais da saúde e educação, acabam por gerar estigma e segregação da criança (Rodrigues, 2012, p. 28).

Aprender em um ritmo diferente ou necessitando de uma metodologia diferente acaba por ser considerado sintoma ou transtorno (Galindo, Lemos, Lee, & Rodrigues, 2014). É a normalização do comportamento por meio do poder da medicalização, na qual as regras estabelecidas e o bom andamento do processo de aprendizagem se tornam mais importantes e mais legitimados que o sujeito. “Sendo assim, a medicação atua como reguladora da subjetividade, reordenando os comportamentos não adaptados aos ideais instituídos”(Giusti, 2016, p. 212).

Outra questão importante de ser levantada em relação aos dados da pesquisa diz respeito ao tipo de medicação utilizada pelas crianças e adolescentes. Segundo dados já conhecidos, o metilfenidato, conhecido popularmente como ritalina, é o estimulante mais consumido no mundo, em especial por crianças e adolescentes, por estar relacionado ao diagnóstico de Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) (Ortega, Barros, Caliman, Itaborahy, Junqueira, & Ferreira, 2010).

Nos atuais atendimentos em Saúde Mental na infância, a determinação de diagnósticos referentes àqueles comportamentos considerados indesejados, ora relacionados a queixas escolares ora as dificuldades de relacionamento familiar da tal “infância problemática”, ficou restrita ao TDAH que, substancialmente, é uma das psicopatologias mais determinadas às crianças e aos adolescentes na contemporaneidade (Ferrazza, Rocha, & Rogone, 2010, p. 39).

Porém, nos dados da pesquisa realizada, percebe-se que a ritalina não é a medicação mais utilizada por crianças e adolescentes, sendo os antidepressivos a medicação mais presente, conforme Tabela 3:

Tabela 3

Uso de psicofármacos por crianças e adolescentes

Tipo de medicamento	Idade	Número de usuários
Antidepressivo	6-10 anos	2
	11-15 anos	2
	16-20 anos	5
	Total	8 (1 uso concomitante de 2 anti-depressivos)
Estabilizantes de Humor	6-10 anos	1
	11-15 anos	1
	16 a 20 anos	0
	Total	2
Estimulantes*	6-10 anos	2
	11-15 anos	2
	16-20 anos	1
	Total	5
Ansiolíticos	6-10 anos	0
	11-15 anos	0
	16-20 anos	1
	Total	1
Antipsicóticos	6-10 anos	1
	11-15 anos	3
	16-20 anos	0
	Total	4

* Nesta categoria está a ritalina.

Destaca-se que apenas uma criança abaixo de 6 anos, entrando na faixa de 0-5, toma medicação, fazendo uso concomitante de estimulante, antipsicótico e estabilizante de humor.

Estes dados mostram que pode existir uma mudança na forma como os pacientes desta faixa etária estão sendo medicados e uma mudança no tipo de sintoma que começa a aparecer em nossa sociedade, já que todo sintoma traz em si um componente social, cultural e econômico.

Considerações finais

A medicalização pode ser considerada um traço instituído dos serviços de saúde, sendo um ato que afirma o saber médico sobre a doença, sobre o sintoma e sobre o paciente, bem como a possibilidade de controle destes. Porém, pensar que um sofrimento psíquico possa simplesmente ser eliminado por meio de uma medicação, ou mesmo que possa haver uma vida sem sofrimentos, significa pensar em sujeitos sem história, sem a inscrição destes em um meio social e político.

Entender como o sujeito é tomado por este dispositivo de controle e como ele se perpetua e vem se intensificando em nosso dia a dia torna-se um ponto crucial para desnaturalizarmos esta prática de poder. Talvez uma das dificuldades resida na necessidade de urgência que marca a sociedade contemporânea, já que a medicação se afirma como algo que traz alívio mais rápido em um contraponto direto a outras formas de tratamento, mais lentas, que exigem maior dedicação e um esforço maior da subjetividade de cada um.

De acordo com os objetivos da pesquisa, conseguimos mostrar, por meio dos dados apresentados, que existe uma tendência à medicalização entre os pacientes desse serviço-escola que vêm encaminhados de outros serviços de saúde, evidenciando que, no modelo biomédico vigente, os medicamentos são os protagonistas nos tratamentos, em detrimento de outras possibilidades terapêuticas e onde o sintoma é visto apenas do ponto de vista farmacológico. Podemos considerar que o impasse, neste caso, aconteça quando o encaminhamento para serviços de atendimento na área de saúde mental se dê apenas quando o uso da medicação já está instalado, sendo vista como um “segundo plano” ou um complemento ao tratamento com medicação.

Não se trata aqui de negar a necessidade e os benefícios da medicação, pois sabemos que ela é essencial em alguns casos, e mesmo o aspecto biológico da subjetividade não pode ser negado. Mas trata-se, antes, de problematizar uma prática que considera o sofrimento como algo a ser extirpado, sem entendimento do contexto em que o sujeito se insere e sem levar em conta os diversos atravessamentos que estes podem apresentar. Tudo acaba se restringindo ao consumo e ao nome de um remédio que pode trazer uma “cura”, como se tudo pudesse e devesse ser curado.

A construção de práticas menos medicalizantes em toda a área da saúde é urgente, tanto durante quanto posteriormente à formação, já que pouco se questiona sobre isso no dia a dia dos serviços de saúde. Este processo de “desmedicalização” da população só poderá começar a dar os primeiros passos quando as áreas da saúde tiverem a habilidade de trabalharem de fato em conjunto, numa lógica em que o olhar de outros profissionais possa trazer outras questões à tona que não apenas a queixa desvinculada do contexto do sujeito e se olhe o paciente em sua singularidade. Tesser, Poli Neto e Campos (2010, p. 3621) afirmam que “o trabalho conjunto em equipe, a construção de projetos terapêuticos e avaliações de riscos/vulnerabilidades individuais e coletivas e a própria discussão do problema da medicalização podem ajudar muito”, pois muitas vezes o médico acaba por não ter este espaço e/ou tempo para uma abordagem mais ampliada.

Como limitação do estudo, pode-se mencionar o fato de que na coleta de dados, feita a partir dos formulários de atendimento dos prontuários dos pacientes, muitos destes não tinham seu preenchimento completo, o que impossibilitou a utilização de dados que poderiam ser relevantes ao estudo, como por exemplo, grau de instrução, religião e outras informações de suporte social dos pacientes.

Sugere-se que este estudo seja repetido daqui a alguns anos no serviço-escola, para que se possa ter um acompanhamento dos parâmetros e a evolução deste quadro, assim como manter viva a discussão sobre esta questão, principalmente dentro de um serviço-escola formador de novos profissionais.

REFERÊNCIAS

- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). (2011). Panorama dos dados do Sistema Nacional de Gerenciamento de produtos controlados: um sistema para o monitoramento de medicamentos no Brasil. *Boletim de Farmacoepidemiologia*, 1(2). http://www.anvisa.gov.br/sngpc/boletins/2011/boletim_sngpc_2edatualizada.pdf
- Barbiani, R., Junges, J. R., Asquidamine, F. & Sugizaki, E. (2014). Metamorfoses da medicalização e seus impactos na família brasileira. *Physis*, 24(2), 567-587. 10.1590/S0103-73312014000200013
- Ferrazza, D. A., Rocha, L. C., & Rogone, H. M. H. (2010). A prescrição banalizada de psicofármacos na infância. *Revista de Psicologia da UNESP*, 9(1), 36-44.
- Foucault, Michel. (2005). *Em defesa da sociedade: Curso no College de France (1975-1976)*. Martins Fontes.

- Foucault, Michel. (1977). *O nascimento da clínica*. Forense.
- Galindo, D., Lemos, F. C. S., Lee, H. O., & Rodrigues, R. V. (2014). Vidas medicalizadas: por uma genealogia das resistências à farmacologização. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 34(4), 821-834. 10.1590/1982-370001492013
- Gaudenzi, P., & Ortega, F. (2012). O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. *Interface*, 16(40), 21-34. 10.1590/S1414-32832012005000020
- Giusti, K. G. (2016). Medicalização da vida: uma análise sobre a psiquiatrização do campo educacional como estratégia biopolítica. *Revista Brasileira de Sociologia*, 4(8), 191-216. 10.20336/rbs.170
- Guarido, R. (2007). A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na educação. *Educação e Pesquisa*, 33(1), 151-161. 10.1590/S1517-97022007000100010.
- Ignacio, V. T. G., & Nardi, H. C. (2007). A medicalização como estratégia biopolítica: um estudo sobre o consumo de psicofármacos no contexto de um pequeno município do Rio Grande do Sul. *Psicologia & Sociedade*, 19(3), 88-95. 10.1590/S0102-71822007000300013.
- Lima, K. M. A., & Vieira, M. K. M. (2015). O controle químico da criança: a infância entre a medicalização e a palavra. *Revista Expressão Católica*, 4(1), 201-206. 10.25190/rec.v4i1.1448.
- Marangell, L. B., Silver, J. M., Martinez, J. M., & Yudofsky, S. C. (2004). *Psicofarmacologia*. Artmed.
- Martins, F. (2016). *O que é medicalização?: a verdade que nunca te contaram*. Santo Antônio do Monte: O Psicólogo. <https://opsicologoonline.com.br/medicalizacao/>.

Sobre as autoras

¹Fabiana Lorenzon Prates | fabianap@unisc.br | Graduação em Biblioteconomia (Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS) | Graduação em Psicologia (Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC).

²Edna Linhares Garcia | edna@unisc.br | Doutora em Psicologia (Pontifícia Universidade Católica de São Paulo). Professora, supervisora e pesquisadora do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Integra o corpo docente do Programa de Pós-Graduação Mestrado e Doutorado em Promoção de Saúde e do Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Psicologia da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC).

Recebido em: 24/10/2020

Aceito em: 29/05/2021