

# **MEDICALIZAÇÃO E FARMACOLOGIZAÇÃO DA INFÂNCIA: INTERROGANTES A PSICOLOGIA**

## **MEDICALIZATION AND PHARMACOLOGIZATION OF CHILDHOOD: QUESTIONS TO PSYCHOLOGY**

*Beatriz Rodrigues Dos Santos Lavoratto*

*Jociane Conceição Da Silva Lucio*

*Pedro Baminger Valencio*

*Thaís Cenci Silva*

Acadêmicos do curso de Psicologia do Univag.

*Renata Vilela Rodrigues*

Professora Orientadora do curso de Psicologia do Univag. Formada em Psicologia pela UFMT e Mestre em Estudos de Cultura Contemporânea pela UFMT.

### **Resumo**

Este ensaio crítico aborda o processo de medicalização e farmacologização da infância como um dispositivo contemporâneo de disciplinarização e controle das condutas e processos subjetivadores infantis. A partir da análise de textos teóricos, dados estatísticos e posicionamento do Fórum de Medicalização da vida, este artigo tem como objetivo analisar os efeitos na concepção de infância, hoje, nos discursos medicalizadores e farmacologizadores. Problematisa como a psicologia, a RAPS e os movimentos sociais podem promover estratégias de cuidado em Saúde Mental Infantil que tentam escapar à medicalização, bem como outras vias de tratamento que não sejam farmacologizadoras.

**Palavras-chave:** Infância. Saúde Mental. Psicologia.

### **Abstract**

This critical essay addresses the process of medicalization and pharmacologization of childhood as a contemporary device for disciplining and controlling child subjectivizing behaviors and processes. Based on the analysis of theoretical texts, statistical data and the positioning of the Medicalization of Life Forum, this article aims to analyze the effects on the conception of childhood, today, in medicalizing and pharmacologizing discourses. It problematizes how psychology, RAPS and social movements can promote care strategies in Child Mental Health that attempt to escape medicalization, as well as other treatment routes

that are not pharmacologizing.

**Keywords:** Childhood. Mental health. Psychology.

## Introdução

Contemporaneamente, os seres humanos em suas questões sociais passaram a ser cada vez mais medicalizados, sendo colocadas como “doenças” aquilo que a medicina impunha-se acreditar serem tratadas. Carvalho *et al.* (2015), colocam como exemplos, o alcoolismo, a orientação sexual, as diferenças de gênero, o aborto e até o consumo de drogas ilícitas, ao qual todas essas questões sociais são transformadas em questões médicas e ignoradas por suas subjetividades e individuais; bem como, em suas dimensões sociais, culturais e históricas. Russo (2013), afirma que os sofrimentos psíquicos, que antes poderiam ser tratados predominantemente por psicólogos, estão sendo cada vez mais medicalizados, sendo vistos como doenças que exigem tratamento clínico.

A medicalização é o processo pelo qual problemas anteriormente absortos à medicina passam a ser tratados como problemas médicos, sendo estes geralmente transformados em doença ou desordem. A medicalização é um fenômeno social que consiste em transformar experiências humanas em doenças, expandindo o domínio da medicina sobre a vida das pessoas e promovendo a medicalização da sociedade, esse processo social, que pode ou não ser mediado pela medicina, pode levar à medicalização do comportamento, ao controle social ou ser resultado da expansão do campo médico (Conrad, 1975). Para o Conselho Federal de Psicologia (2011), a sociedade se encontra em um processo crescente de medicalização. Questões, antes abordadas como coletivas, estão sendo tomadas como individuais; problemas sociais e políticos se tornam biológicos. Nesse processo, a responsabilidade pelos problemas é individualizada, recaindo sobre as pessoas e seus familiares.

Além da medicalização, estamos vivenciando o processo de farmacologização, um processo complexo. Muito embora o centro de definição da medicalização permaneça com os médicos, os principais impulsionadores da medicalização pertencem agora ao consumismo, principalmente pela indústria farmacêutica (Galindo, et al., 2016). A farmacologização é a mudança das habilidades e condições humanas em matérias-primas para uso, aprimoramento e tratamento de empresas farmacêuticas, de acordo com Williams *et al.* (2008).

Esse fenômeno não está estritamente relacionado a um diagnóstico médico específico, mas ao uso de medicamentos para tratar questões sociais, econômicas, culturais e subjetivas. A farmacologização é um conceito complexo, bidirecional e multifacetado, possui vários

tópicos interconectados, como os efeitos biológicos das substâncias, a legitimidade de certas condições humanas, como doenças, o uso irracional de medicamentos como solução para problemas pessoais na vida cotidiana e os interesses econômicos, corporativos e farmacêuticos (Williams, *et al*, 2008; Camargo Jr., 2013; Palma, 2013).

A medicalização e farmacologização tem se tornado recursos utilizados por profissionais da saúde, sobretudo, no cuidado em Saúde Mental. Desenvolvem-se discursos medicalizadores e farmacologizadores como uma estratégia de intervenção para crianças que apresentam alguma dificuldade, usando como ideário a busca de uma pretensa normalização dos corpos e das condutas infantis. Discursos que atipificam as ações e comportamentos das crianças ganham cada vez mais espaço na sociedade e, sobretudo, nos tratamentos e cuidados direcionados à criança.

Ao analisar o discurso como um dispositivo performativo, Foucault (1970) explicita que os discursos podem se tornar dispositivos excludentes. Ele é algo privilegiado de saber e poder de quem fala e, ao longo do tempo, pode dizer o que é verdadeiro e falso, a exemplo apresenta que, desde a idade média, o considerado louco não tem seu discurso acolhido e não sendo ouvido com importância é um discurso que não percorre como os dos outros sujeitos, logo não possui relevância para a sociedade.

Foucault (1970) traz que no discurso é expresso o desejo e cita alguns critérios de exclusão que devem ser levados em consideração ao realizar uma análise do discurso, que de algum modo pode ser revelado pelo interlocutor. O critério de exclusão da interdição que é o direito de não falar tudo, outro critério de exclusão é o da rejeição colocado em um parâmetro de razão e loucura ao dizer algo que não possa ser aceito, ignorado e invalidado, o terceiro critério é da separação do verdadeiro e falso, que usam a ciência como critério de avaliação, sem ignorar fatores sociais em que estão inseridos.

Neste trabalho, analisamos como os discursos medicalizadores e farmacologizadores sob a infância podem ser operadores de exclusão e normalização dos corpos, condutas e processos subjetivadores infantis. A partir da análise de materiais bibliográficos e dados estatísticos, este artigo tem como objetivo analisar os efeitos na concepção de infância, hoje, dos discursos medicalizadores e farmacologizadores. Problematisa como a Psicologia, enquanto um campo teórico e prático da saúde mental, desenvolve, em conjunto com outros saberes, dispositivos de controle e disciplinarização dos corpos infantis. Por fim, a partir dos debates de Michel Foucault sobre estratégias de resistências, alçamos algumas estratégias de cuidado em Saúde Mental Infantil que intentam escapar à medicalização, bem como outras vias de tratamento que não sejam farmacologizadoras.

Através de questionamentos sobre o normal e patológico em adultos e sobre como isso surge, a criança vem se tornando alvo cada vez mais precoce de intervenções com a ideia de transformar comportamentos em algo a ser moldado como forma prevenção de uma possível anormalidade na vida adulta construindo assim sujeitos mais produtivos. Karmes (2013) traz uma reflexão em torno de todo esse processo social de inclusão e exclusão, produção da loucura na infância e como a família e a escola se tornaram agentes secundários dando abertura para que o saber médico se torne protagonista na intervenção de comportamentos de forma medicamentosa no comportamento das crianças, com a ideia de produção de corpos dóceis a ponto de desconsiderar a vivência dessa criança em seu meio social. A criança é vista somente através da fala dos pais como um indivíduo que precisa de uma intervenção por conta de um comportamento questionado pela escola. A discussão levantada, essa é vista pelas instâncias de poder como possível agente de desordem, e precisa de intervenções com a ideia de produção de uma infância mais aceitável, ou seja, uma criança ideal que como consequência gerando adultos mais produtivos, com isso criança perde a voz através de discursos endereçados a ela e como essa infância, excluindo toda a vivência visando somente o patológico, se tornado cada vez mais alvo de vigilância e controle e como todo esse processo pode interferir em seu desenvolvimento biológico, psicológico e social.

### **Do processo de Medicalização e Farmacologização da Infância**

A partir da década de 70, surge o conceito de medicalização da vida e da infância, visando lançar um olhar crítico sobre o papel da medicina na sociedade, na qual destaca a suspeita de sua influência na criação ou na ampliação de problemas considerados “não médicos” para o âmbito da saúde. Por conta disso, a medicina foi instaurada como uma instituição de controle social, ao qual se compara ser tão importante quanto a lei e a religião, com a ideia de produção de saúde, a medicina acabou se tornando o detentor da verdade, um campo no qual juízos eram sentenciados por especialistas que portavam uma objetividade e uma moral supostamente neutras (Carvalho *et al.*, 2015). Nesse contexto, o indivíduo era culpado por seu estado de saúde, esse estado, que se tornou um embate moral em seu enfrentamento.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-5 (2014), principal manual utilizado para medicalizar as crianças, traz que os transtornos do neurodesenvolvimento geralmente começam a surgir antes de elas ingressarem na escola, apresentando algum déficit que traga prejuízo ao seu desenvolvimento e habilidades sociais.

A quinta edição DSM-5 apresenta uma mudança significativa na classificação dos transtornos que se manifestam na infância. A categoria listada nessa edição como "Transtornos do Neurodesenvolvimento" inclui uma ampla gama de condições como autismo, TDAH, dislexia e dificuldades de linguagem. Esta nova classificação sugere que esses transtornos têm origem em disfunções do sistema nervoso central, embora as bases neurológicas exatas ainda sejam desconhecidas.

Caponi (2016), destaca que a psiquiatria, ao usar o DSM-5 como principal manual para o diagnóstico de crianças, segue a lógica de uma prevenção e segurança que favorece ao entendimento de que os transtornos são comportamentos disfuncionais, e que agravam conforme o indivíduo vai se desenvolvendo e crescendo. O DSM-5 favorece a psicopatologização desde a infância e potencializa os processos denominados de diagnóstico e estimulação precoce, entendendo que quanto mais cedo identificar, melhor o tratamento será. Melhor para quem? Melhor para quê? Para que sociedade e que tipo de adaptação se busca com as estimulações precoces?

Tendo em vista o cenário apresentado, podemos considerar que o saber médico juntamente com a intervenção farmacológica são utilizados pelas escolas, unidades de saúde e clínicas privadas como tentativa de delimitar quando se origina a loucura do adulto na criança. Segundo Vorcaro (2011), o diagnóstico psiquiátrico tem o objetivo de responder a angústia parental e social com a promessa de conduzir a criança para atingir a "normalidade", e assim adaptá-la ao projeto social pré-estabelecido. Essa realidade indica o apagamento da infância para dar lugar a modos de comportamento ideal da existência adulta. Baseado no discurso de cuidado com a criança, se é criado um dispositivo regulador de controle dos corpos e qualquer expressão não aceitável ao ideal se torna automaticamente em uma patologia (Lajonquière, 1999).

No processo de construção de um diagnóstico na infância, Caponi (2016), mostra as possíveis ambiguidades que podem surgir, sendo alterações mais significativas no DSM-5 é a flexibilização dos critérios diagnósticos. A nova edição afirma que, para estabelecer um diagnóstico, o sofrimento pessoal não é mais um requisito obrigatório. Isso significa que comportamentos que causam dificuldades em certos ambientes podem ser suficientes para justificar um diagnóstico, mesmo que a criança não se sinta incomodada. Essa mudança levanta preocupações sobre a medicalização excessiva de comportamentos que podem ser inerentes à infância.

Essa situação conversa com outra questão que pode ser destacada é o estudo dos fatores de causas biológicas através de fatores ambientais pelo viés parental e

socioeconômico, que podem acarretar um entendimento em que pessoas de poder socioeconômico baixo e com algum familiar em conflito com a lei estão mais propensas a ter um transtorno (Caponi, 2016). Nessa direção, os processos de medicalização e farmacologização da vida e da infância podem ser lidos como estratégias biopolíticas contemporâneas de manutenção e controle dos corpos e processos subjetivadores.

Para Foucault, a biopolítica, que teve seu início no século XVIII, desenvolve-se sobre a ideia de que o corpo e a vida devem ser motivos de intervenções com o propósito de corrigir e potencializar a saúde da massa de modo amplo. O principal objetivo das estratégias biopolíticas é o controle dos corpos e da população, que se encontram em uma sociedade capitalista. Por mais que essa política de controle dos corpos transmite a ideia de cuidar da saúde, há o lado higienista, com a ideia de melhorar o grupo ali em intervenção através de uma concepção sobre padrão de indivíduo ideal e aceitável a conviver em sociedade, especificamente aquele que se enquadra nos moldes estabelecidos por uma sociedade capitalista (Caponi, 2009).

Paralelamente ao processo de medicalização existe o de farmacologização, que mantém a crença de que "existe uma pílula para cada problema" e cria identidades sobre o uso de medicamentos específicos. Isso leva o mercado farmacêutico a se expandir além de seus domínios tradicionais, levando pessoas saudáveis a administrar medicamentos sem necessidade, alguns dos quais não possuem evidência de eficácia, e com isso criando relações diretas entre a indústria e os consumidores (Camargo Jr., 2013). Por meio das tecnologias e da disseminação em diversos aspectos da vida cotidiana, o mercado farmacêutico e sua publicidade geram contextos nos quais expõem problemas e oferecem soluções instantâneas (Galindo, *et al.* 2016).

Nessa direção, "as corporações farmacêuticas, as pesquisas científicas, a biomedicina e o marketing articulam densas redes de saber-poder que atravessam nossos corpos, nosso pensar e sentir, nossas subjetividades" (Palma & Vilaça, 2012 *apud* Galindo, *et al.* 2016, p. 351), transformando a pessoa em um item comercializável e de intensa exploração. Diante disso, vemos a relevância de explorar o assunto que perpetua na sociedade cada vez mais e transforma questões de origem social e política em questões médicas, trazendo inúmeras consequências para a saúde pública. De acordo com o debate medicamentoso organicista, a administração medicamentosa seria uma das vias para a sociedade exercer o seu controle sobre aqueles que, possivelmente, destoam da normalidade. Nessa direção, a farmacologização excessiva tem suas causas na organização da sociedade moderna capitalista,

pois cada vez mais se exige que os indivíduos tenham um padrão utópico de comportamento e produção.

A partir do momento que um comportamento se diferencia do que a sociedade julga como aceitável, caracteriza-se esse ato como um desvio. Entretanto, nem sempre se baseia em um campo nosológico. Conrad e Schneider (1992) afirmam que os desvios se constituem baseados na construção de julgamentos sociais e através da imposição de suas regras para outros membros por meio de julgamentos e da aprovação social. Dessa forma, ele é um fenômeno universal, pois ao considerar a definição de que toda sociedade é formada a partir de suas próprias normas, essa ideia já implica que o desvio exista. Logo, para poder entender por que a sociedade considera certas condutas como desvios, deve-se inicialmente entender o contexto e suas relações de saber/poder (Foucault, 1979).

Atualmente, certos desvios ou sintomas são diretamente classificados como transtornos mentais, o que resulta em um processo de medicalização desse tipo de comportamento. A partir da metade do século XX, foi possível observar que a falta de atenção e hiperatividade, sintomas geralmente associados com o transtorno de déficit de atenção com hiperatividade (TDAH), obtiveram um aumento considerável de medicalização e farmacologização. Grande parte desses desvios de comportamentos foram descobertos na fase escolar, principalmente atrelado a alguma dificuldade na aprendizagem. Dessa forma, os desvios na infância estão diretamente relacionados com o rompimento das normas sociais impostas (Caponi *et al.*, 2013).

Quando a criança apresentava alguma dificuldade de aprendizado, apenas dois campos eram acionados, a escola e a família. Isso pode ser explicado, pois anteriormente a infância não era considerada uma fase diferencial da vida, e as crianças eram tratadas como pequenos adultos, não havendo atividades singulares voltadas a essa fase. Somente a partir do século XIII, foi criada a consciência da particularidade infantil, e devido a esse marco, houve a necessidade de intervenção com o intuito de criar indivíduos saudáveis e habilitados para o trabalho. As intervenções foram inseridas baseando-se, de maneira geral, em teorias higienistas, nas teorias médicas de degeneração e nas técnicas da Psicologia do desenvolvimento que tipificam comportamento. Dessa forma, a área da saúde teve destaque na vida familiar e escolar (Caponi *et al.*, 2013).

A medida em que a medicina foi progressivamente se destacando como agente de normalização de desvios, foi-se tornando aceitável o encaminhamento médico a crianças consideradas com problemas de comportamento. O processo de medicalização está diretamente relacionado ao controle social. Segundo Conrad e Schneider (1992), as crianças

consideradas agitadas e pouco atentas sempre foram alvos de preocupação por parte da escola e dos pais, a diferenciação é que na atualidade se acredita que esses comportamentos sejam sintomas de um transtorno mental tratável com medicamentos.

Visto a ação do poder normalizador que se mostra como um artifício de higienização e padronização dos corpos infantis, levantamos diversos questionamentos: A medicalização e farmacologização servem a propósito de quem e para quem? A que sociedade a medicalização da infância tem servido? Qual o custo de se alcançar o ideal de normalidade na infância? De que forma o saber psicológico pode criar alternativas para se posicionar diante desta problemática?

### **A apropriação da Infância pelo Saber/Poder Médico**

No Brasil, os processos de medicalização e farmacologização da infância se propagaram na área da educação, principalmente no período da República, do qual se objetivava a construção da imagem e características individuais do cidadão brasileiro. A contar desse momento, as crianças, vistas como futuros consumidores e futuros trabalhadores da sociedade, se tornam alvos diretos de intervenções médicas. Esses processos serviram, e ainda, servem como estratégia biopolítica para o controle social, forjam a nação a partir de moldes de vida burgueses. Nessa conjuntura, a escola se tornou a principal instituição para a criação de corpos saudáveis e sobretudo, educáveis, tendo os discursos médicos em torno dos desvios de comportamento infantil como principais tecnologias de saber/poder (Decotelli, *et al.* 2013).

Esse cenário de valorização da vida e do corpo da criança, do qual se torna um importante foco de cuidado, é de extrema importância para as tecnologias de biopoder. Uma vez que, a família se torna responsável para garantir circunstâncias que assegurem o desenvolvimento pessoal da criança. A forma de educar a família faria com que houvesse maior higiene e controle dos espaços públicos (Decotelli, *et al.* 2013).

Ao destacar as relações do saber-poder que incidem sobre a infância na atualidade e a ideia de ser criança no mundo contemporâneo, podemos entender que são resultantes de diversas influências externas. Essas forças variadas se atualizam a partir de uma ideia dominante que delimita a relação entre a saúde e a infância, cenário esse que promove o tema da medicalização com o objetivo do assujeitamento do indivíduo e de controle de riscos (Decotelli, *et al.* 2013).

Nas sociedades biopolíticas, as relações de biopoder tornaram-se uma forma de governança que se concentra na vida. Esse conceito começou a se estabelecer entre os séculos XVII e XVIII, ele se divide em dois eixos principais: a disciplina, que se ocupa da regulação dos corpos individuais, e a biopolítica, que diz respeito à administração da população como um todo, à coletividade. Antes da ascensão do biopoder, predominava um modelo de poder soberano, que tinha autoridade sobre a vida e a morte de seus súditos, agindo por meio do controle da morte e da permissão da vida. Com o desenvolvimento de relações de biopoder, o controle sobre a morte passou a ser complementado por um poder que atua de maneira positiva sobre a vida, influenciando sua administração, promoção e crescimento. Assim, passou-se a ter um controle mais específico e abrangente sobre a vida (Foucault, 2010).

O velho direito de causar a morte ou deixar viver foi substituído pelo poder de causar a vida. “[...] a morte vai ser, ao contrário, o momento em que o indivíduo escapa a qualquer poder, volta a si mesmo e se ensimesma, de certo modo, em sua parte mais privada. O poder já não conhece a morte. No sentido estrito, o poder deixa a morte de lado”. (Foucault, 2010, p. 296). Na perspectiva de Foucault, o biopoder nasce com o desenvolvimento de disciplinas diversas (como Exército, conventos, escolas e hospitais) no decorrer da época clássica; no aparecimento dos problemas de natalidade, de saúde pública, de habitação e de migração no terreno das práticas políticas e observações econômicas; e na explosão de técnicas diversas para se obter a sujeição dos corpos e o controle das populações.

Através dos discursos médicos era possível ter um controle do corpo físico, corpo individual, mas principalmente social. Segundo Abreu (2006), a partir do momento que é atribuída a biologia a função de explicar os comportamentos, o corpo da criança passa a ser visto apenas como biológico, fazendo com que esta que não se comporte diante os padrões impostos, passava a ser considerada como doente.

As tecnologias médicas visam, acima de tudo, delimitar quais corpos podem ser definidos como normais e quais devem ser definidos anormais. A partir do momento em que a medicina se torna referência no espaço social, se é criada normas baseadas na visão médica como uma rede de vigilância, com o intuito de proteção e produção de saúde. Propagando um modelo ideal de indivíduo e a delimitação da normalidade (Costa, 1989). Porém, como é preciso se indagar como atribuir doença a um sujeito pode ser usado como estratégia de promoção e produção de saúde? Os processos de medicalização e farmacologização são estratégias que produzem sujeitos em tratamento ou doentes; potencializam vida e cuidado ou doenças?

## **A Criança como consumidor**

Diante dessa realidade, a criança surge como um potencial consumidor dentro do mercado da saúde. Se apresenta então como indivíduo com seu próprio modo de existência e com necessidades estabelecidas pelas instituições no qual ele forma e pelo padrão ideal de indivíduo proposto pela sociedade capitalista comercial (Deleuze, 1992). Além disso, baseado em uma lógica de prevenção de risco, a medicalização vai ganhando seu espaço a partir das relações de saber e poder. As instituições em torno da criança necessitam estar mais preparadas para qualquer sinal de doença que possa ocorrer para poder prevenir. E para que isso se torne concreto, pode-se fazer a escolha de proporcionar uma vida de hábitos saudáveis, reconhecendo atos prejudiciais e tomando medidas preventivas.

De acordo com o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (2015), no dia 06 de julho de 2015 viu-se necessário reafirmar os direitos das crianças e adolescentes garantindo o seu bem-estar diante do abuso excessivo de diagnóstico e das prescrições de medicamentos. Um estudo trago pelo Conselho Federal de Psicologia (2011) aponta que, o Brasil, fica no segundo lugar de consumo de metilfenidato no ano de 2010 com 2.000.000 vendidas, assim sendo, no ano de 2012 chegando a 775% de consumo do medicamento usado no tratamento de TDAH.

O Conselho Federal de Psicologia (2011), traz também dados sobre a quantidade de comprimidos comprado e dispensados entre o ano de 2005 a 2011, o aumento do medicamento Cloridrato de Metilfenidato no espaço de 5 anos, alcançando em média de um milhão e meio comprimido vendidos no ano de 2011 e os comprimidos dispensados foram de um milhão e cem mil comprimidos, chegando, então, no total de 3 milhões de comprimidos vendidos, sendo Metilfenidato dispensados pelo sistema público de saúde. De acordo com o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (2015), o Brasil se tornou o segundo maior consumidor de metilfenidato no ano de 2003 a 2012.

Podemos ressaltar que, segundo Camargo Jr. (2010), a indústria farmacêutica se beneficia desse cenário para elencar o medicamento ao patamar de produto a ser consumido, mesmo que isso signifique se distanciar de aspectos éticos, pois assim pode determinar a eficácia de seu fármaco. Dessa forma, o interesse comercial e o saber médico atuam em conjunto, visto que a indústria farmacêutica consegue se estabelecer como uma desenvolvedora do saber-poder médico.

A lógica parte no princípio de mercado, ou seja, o objetivo da produção é a classificação da população, colocando o medicamento como a única solução para acabar com todo o sofrimento humano e a complexidade de sua existência. Ao reduzir o sofrimento a aspectos neuroquímicos, nos distanciamos da subjetividade e usamos da identificação com diagnósticos pré-estabelecidos para justificar nossos comportamentos (Rodrigues, 2003).

O poder não é uma substância ou algo que possa se possuir, ele não deve ser analisado como um poder soberano ou monárquico, nem mesmo da lei ou de uma unidade global (Grabois, 2011). Nesse sentido, Torrada *et al.* (2020) afirma que para Foucault o poder não é negativo, uma vez que há a chance de movimento. Esse exerce uma relação de força que não está presente somente no Estado ou nas forças armadas, mas que também se encontra em relações sociais de todos os tipos, apresentando seu próprio meio para manter e exercer o poder.

Torrada *et al.* (2020) destaca que para Foucault o poder tem a necessidade de ter mecanismos contínuos, reguladores e corretivos, e estes devem dar conta de dois pontos que organizam o poder sobre a vida da espécie humana. O primeiro ponto é garantir a disciplina dos corpos. Em segundo lugar, a tecnologia de poder destinada ao corpo, entendida como a contribuição dos processos biológicos: reprodução, longevidade, nível de saúde, garantindo assim a regulação populacional através do controle de natalidade e mortes, da economia, da habitação e da migração. Perante a ideia de luta como estratégia de resistência à “norma” que vem para controlar, com o objetivo de disciplinar o corpo e regular a população, o poder só se é possível onde houver liberdade e possibilidade de diferentes condutas e modos de comportamento, só se é possível à medida que os sujeitos possam reagir, possam ser ação e resistência (Torrada *et al.*, 2020).

Apesar disso, na lógica hodierna de biopoder, essa escolha acaba se perdendo em regras intrínsecas socialmente e compartilhadas pelos grupos no qual frequenta. Como por exemplo, o aluno que se comporta de maneira agitada em uma sala, no qual foge totalmente dos padrões de funcionamento e, portanto, a diferença não cabe naquele espaço. Uma vez que previamente já se foi ditado por um adulto, especialista, pelos pais, quais as necessidades de cada criança e assim, a diversidade acaba sendo mais uma vez medicalizada (Decotelli, *et al.* 2013).

Guattari e Rolnik (2005), inauguram o conceito de produção de subjetividade capitalística, da qual se conceitua por uma produção de subjetividade dos indivíduos e social que pode ser visualizada em diversos campos do consumo e tem como característica importante o fato de ser totalmente inconsciente. A grande fábrica, como eles destacam, a

máquina capitalística, tem sua função expressa até mesmo nos conteúdos que sonhamos, quando nos apaixonamos e em diversos outros momentos. Ela tem o objetivo de garantir a hegemonia em todos esses momentos de modo que seja fabricada, padrões que legitimem um certo modelo de vida ideal. Esse arranjo faz com que os indivíduos procurem viver de forma semelhante, em um sistema de equivalência que por vezes afeta o sistema criativo e a singularidade.

Deleuze (1988) se baseia na filosofia de Foucault para analisar o conceito de “dispositivos” concretos. O autor define o termo dispositivo como um tipo de novelo, um conjunto multilinear. Se caracterizam por linhas de natureza diversas que por sua vez não integram e nem delimitam sistemas heterogêneos intrinsecamente. Essas linhas progridem em diferentes sentidos, se afastando e se aproximando constantemente e constituindo processos em desequilíbrio. Desse modo, os objetos visíveis, os sujeitos em uma posição estabelecida e as enunciações formuláveis agem como vetores. Da mesma forma, a farmacologização na infância opera como um dispositivo na disciplinarização e controle dos corpos e processos subjetivadores (Foucault, 2000 *apud* Deleuze, 1988).

Visto isso, ao abordar as instâncias do Saber, Poder e Subjetividade que Foucault diferencia em diversos momentos de sua obra, entendemos que são instâncias de variáveis que se relacionam e não se caracterizam por contornos definitivos. Foucault apresenta o conceito de “trabalho em terreno” como sendo o ato de desemaranhar as linhas de um dispositivo, e em cada uma delas, cartografar e descobrir terras antes desconhecidas. Nesse sentido, se faz necessário o posicionamento próprio em cada linha, que agem para além de compor o dispositivo, mas o atravessam em diversos sentidos (Foucault, 2000 *apud* Deleuze, 1988).

### **Desmedicalização da infância: A RAPS como um dispositivo de resistência**

Para Maciel Jr. (2014), Foucault afirma que não há poder sem resistência e que a resistência é a primeira em relação ao poder. Por isso, resistir é o oposto de reagir, pois quando reagimos damos a resposta àquilo que o poder quer de nós, todavia quando resistimos criamos possibilidades de existência a partir de composições de forças inéditas. Resistir, portanto, é sinônimo de criar. Para resistir é preciso que a resistência seja como o poder, sendo ela coextensiva e definitivamente contemporânea, tendo produção, invenção e movimento tanto quanto o poder. Ou seja, a partir do momento em que há uma relação de poder, há uma possibilidade de resistência. Pode-se dizer o inverso também, na qual se não houvesse

resistência, não haveria relações de poder e por isso, tudo seria uma questão simples de obediência (Grabois, 2011).

Portanto, a resistência é uma atividade da força que se subtrai das estratégias efetuadas pelas relações de forças do campo do poder. Esta atividade permite à força entrar em relação com outras forças oriundas de um lado de fora do poder (Foucault, 1988 *apud* Maciel Jr., 2014). Forças do devir, da mudança, que apontam para o novo e engendram possibilidades de vida. Assim, é preciso dizer que as resistências sempre estarão em mudança. Estão sempre se refazendo segundo os poderes que se atualizam na atualidade. Nesta inflexão, resistir é criar, para além das estratégias de poder, um tempo novo. Sendo assim, entendemos a resistência como força e estratégia que impulsiona ao movimento, que possibilita um rompimento às regras, bem como outros modos de pensar, viver e ser sujeito (Torrada *et al.*, 2020)

Em consideração a isso, nota-se que é preciso um movimento, pois segundo Lemos *et al* (2019), o controle atua lado a lado da proteção e pode confundir-se com saúde e naturalizar cada vez mais o ato da medicalização, e sem perceber que há uma política de poder contribuindo para mudanças de pensar, agir e de se relacionar. Como apontamos anteriormente, o Brasil tem se tornado um dos locais de maior dispensação de psicofármacos, visando então corpos dóceis e ‘comportados’ para submeterem a treinos com intuito de obediência a estímulos expostos, tornando um sujeito hábil para a sociedade, segundo Galindo *et al* (2014).

Deste modo, contrariamente aos processos de medicalização e farmacologização, propomos o processo de desmedicalizar como uma estratégia de resistência que por meio de técnicas inventivas e criativas escutem a voz do sujeito e não mais as instituições e diagnósticos médicos, saindo do foco da doença e passando ao acolhimento da subjetividade de acordo com Marques (2019). Por isso, uma das saídas para a desmedicalização se encontra na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que, segundo a Portaria 3.088, Brasil (2011), busca garantir os cuidados da saúde mental baseando-se aos direitos humanos e assegurando a autonomia e a liberdade das pessoas, combatendo os estigmas e preconceitos e prioriza os cuidados em saúde nos grupos vulneráveis e entre esses grupos, se encontram as crianças e adolescentes. Portanto, a rede visa a equidade e um atendimento humanizado para que as necessidades das pessoas sejam atendidas. A RAPS tem como estratégia articular e integrar os pontos de atenção aos serviços de saúde no território, com o objetivo promover a saúde mental da população, garantindo o acesso a serviços de qualidade e integrando as ações de cuidado.

Diante disso, a rede traz como estratégias a não patologização da vida, possibilitando

outros cuidados, pois, segundo Amarante (2007), é importante que a rede tenha como propósito a relação com pessoas, pessoas que se escutam e que acolhem. Sendo assim, o autor citado expõe que os Centros de Atenção Psicossocial, por ter vários profissionais, precisam ter outros meios de cuidados e possibilitar atividades como: músicas, artes, usar a criatividade para a inclusão, Amarante (2007) nos diz que o princípio da saúde mental é de extrema importância a desmedicalização, pois não se deve apropriar e ver o outro como patológico. Nessa direção, o CAPSi não pode haver uma medicalização excessiva, justamente que ela faz parte da substituição dos hospitais psiquiátricos.

Existem várias estratégias que resistem aos processos de medicalização e farmacologização, neste artigo trazemos os CAPS como um dispositivo importante de cuidado que rompe com a lógica medicalizadora. É importante destacar a importância do papel da rede de centro de atenção psicossocial, pois de acordo com Amarante (2007), o CAPS surge como uma substituição dos hospitais psiquiátricos, pois a crise nos ambientes psiquiátricos não era visto como uma forma de expressão do sujeito e sim um comportamento que deveria ser controlado. Portanto, o CAPS assume um papel importante com o intuito de acolhimento da crise e não podendo ser um lugar burocratizado, pois é necessário manter o acolhimento de pessoas e não de doenças.

O CAPS está dividido em várias modalidades sendo CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPS AD - Álcool e Drogas, entre essas modalidades iremos explorar como se dá o processo de medicalização no CAPSi, pois segundo o autor citado a rede surge com o objetivo de não ser realizadas as práticas dos hospitais psiquiátricos como, por exemplo, o excesso da medicalização.

Desse modo, é importante enaltecer a importância do CAPSi como um dispositivo de mudanças e quebrar o ciclo das algemas invisíveis que prende o indivíduo nos diagnósticos. O CAPSi não deve ser um 'lugar do patológico', mas um lugar que olha para o indivíduo considerando o seu contexto, o ambiente inserido e o social que o cerca e a história de vida, olhar para o histórico familiar e não culpabilizar e estigmatizar, não deve ser um lugar da 'separação', pois muitos sintomas psíquicos surgem de vários aspectos, diante disso o serviço deve assumir a função social não ficando apenas no tratar técnico, mas ultrapassar e cuidar, possibilitando uma qualidade de vida, escutar, acolher e enfrentar o enraizamento dos estigmas levantados pela sociedade, considerar a criança que tem os seus direitos a participar e ser incluída em sua comunidade, levando em conta a singularidade de cada um, produzindo então saúde mental e uma qualidade de vida de acordo com Brasil (2014).

De acordo com Soares e Zurba (2022) *apud* Delfini (2009), às queixas frequentes para o encaminhamento para o CAPSi são queixas escolares sendo falta de rendimento, problemas sociocomportamentais, agressividade, ansiedade, angústia, falta de interação social, rebeldia, mentiras entre outros, considerando o que foi citado acima, a importância de olhar e ter uma escuta e considerar a singularidade de cada criança é importante, pois o serviço é para acolher e considerar o sofrimento dessa criança.

O CAPSi pode ser um espaço que deve cada vez mais desenvolver estratégias que irá na contramão da medicalização da infância e ser uma ponte entre a família e a criança e a sociedade, pois segundo Silva *et al.* (2020) a sociedade é responsável pela exclusão e historicamente o indivíduo que tem o sofrimento psíquico é visto como incapaz e perigoso, não produtivo e conseqüentemente excluído da sociedade e o CAPSi é onde se encontra essa possibilidade de construir pontes e promover essa integração, intervindo com outros setores que cerca essa criança, como por exemplo escolas, onde as queixas são frequentes, portanto é fundamental que o CAPSi fortaleça suas relações com outros setores e garantindo que os direitos daqueles que historicamente não tem sua voz escutada, seja garantido.

### **Medicalização e farmacologização da infância: (im)plicações para a Psicologia**

Existem várias críticas à medicalização e à farmacologização da infância, neste trabalho trazemos debates como a patologização da vida, que pode resultar na patologização de experiências humanas comuns, como tristeza, ansiedade e dificuldade em gerir o estresse, bem como o processo de medicalização da educação, tendência que tem sido notada em ambientes escolares, com o crescimento de diagnósticos de Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e a subsequente prescrição de medicamentos para crianças com problemas de aprendizado ou comportamentais.

A psicologia desempenha um papel crucial neste debate, já que os psicólogos são os profissionais requisitados para tratar de assuntos ligados à saúde mental. Suas contribuições fundamentais englobam a crítica à medicalização e farmacologização excessiva e em busca de opções terapêuticas que não envolvem medicamentos. Além de promoverem terapias psicológicas, a psicoterapia é um recurso para lidar com várias questões de saúde mental. Tem-se, também, a desconstrução de diagnósticos psiquiátricos, onde os psicólogos têm a capacidade de fomentar um entendimento mais profundo dos processos psicológicos.

No mês de novembro de 2010, aproximadamente mil profissionais de saúde e educação, alunos e representantes de organizações se reuniram no I Seminário Internacional

"A Educação Medicalizada: Dislexia, TDAH e outros supostos distúrbios", realizado em São Paulo. O Fórum Sobre Medicalização da Educação e da Sociedade surge nesse cenário, com o objetivo de unir entidades, grupos e indivíduos para combater e superar o fenômeno da medicalização, além de estimular a sociedade a criticar a medicalização do aprendizado e do comportamento. No lançamento do Fórum, o Manifesto foi aprovado.

O Fórum tem uma natureza política e de atuação contínua, sendo formado pela qualidade da articulação de seus membros. As decisões são geralmente tomadas por consenso. É formado por entidades, movimentos e indivíduos interessados no assunto e alinhados aos propósitos do Fórum. Seus princípios incluem lutar contra os processos de medicalização da vida, defender aqueles que sofrem processos de medicalização, defender os Direitos Humanos, defender o Estatuto da Criança e do Adolescente, entre outros princípios que valorizam as pessoas, sua diversidade e singularidade.

O Fórum sugere expandir a democratização do debate sobre a medicalização por meio da criação de canais de diálogo com a sociedade civil e a academia. O objetivo é socializar o significado da medicalização e seus impactos, além de aprofundar o entendimento sobre a diversidade e a historicidade dos processos de aprendizado e desenvolvimento humano. Além de, elaborar estratégias que contrariem a lógica medicalizante, ampliando a produção teórica na área de crítica à medicalização, intervindo na elaboração de políticas públicas, fornecendo subsídios para a fundamentação em novas visões de ser humano e sociedade, apoiando iniciativas de acolhimento e fortalecimento familiar, desconstruindo supostos benefícios da medicalização e apoiando iniciativas intersetoriais que combatam os processos de medicalização da existência.

Em suma, a psicologia e o Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade são aliados na construção de uma sociedade mais justa e saudável, onde a diversidade seja valorizada e as necessidades individuais sejam atendidas de forma integral e humanizada, sem a necessidade da medicalização.

A humanidade tem evoluído cada vez mais, só que carrega com ela a herança de uma visão biologizante seguido da lógica do Biopoder (Foucault, 2010), onde o saber médico prevalece e com ele é notório o grande aumento de diagnósticos na sociedade atual, que traz consigo questionamentos permanentes sobre as experiências de vida que acaba se transformando diante de um saber/poder psiquiátrico algo a ser patologizado que como consequência seguindo uma lógica medicalizadora, ignorando processos políticos e culturais.

É importante levantar a reflexão sobre esse crescente aumento pela procura por diagnóstico que pode estar associado ao abrangente acesso à informação desconexa, levando a

sociedade a acreditar que há algo que julgam fugir de uma “normalidade” imposta através do saber/poder médico, questões essas que podem estar associadas a fatores econômicos, políticas e sociais. Sanches (2014) traz uma importante reflexão de como os laboratórios farmacêuticos vem utilizando do conhecimento científico como benefício próprio e do *marketing* pela enorme propagação de nomeação de mal estares na intenção de movimentar uma grande parte da sociedade para que se sinta pertencente a tal grupo que precise de tais medicamentos propostos como forma de anestésiar, gerando um grande aumento de consumidores e como consequência corpos disciplinados por vias medicamentosas.

Com crianças o comportamento é um fator utilizado como meio de decisão entre o normal e patológico a ser analisado, onde timidez, agitação e tristeza são consideradas patológico ou qualquer atitude a ser julgada como inadequada, passa a ser um problema de saber médico, considerando somente fatores orgânicos e bioquímicos. Um dos levantamentos evidenciado por Sanches (2014), vem surgindo cada vez mais patologias através das dificuldades no aprendizado, no qual tem se tornado um problema social quando a criança sofre com dificuldades no aprendizado se tornando um saber médico biologizante, desconsiderando outros potenciais fatores como culturais, sociais e políticos, descontextualizando-as de seu mundo.

Esse comedimento de forma química, vem mascarada com a ideia de um alívio do sintoma. Porém, esse alívio seria vivenciado não pelo indivíduo em questão, mas para as pessoas que convivem em sua volta, tornando a criança por ser vulnerável como ser passivo do processo. É como se todo e qualquer incômodo vivenciado tivesse uma pílula que anestesia tais emoções, assim como a experiência do luto, bullying e possíveis situações de conflito (Sanches, 2014).

Visto todos os aspectos relacionados até então, podemos inferir que a estimulação precoce, muitas vezes usada pelos pais ou pelas instituições de educação como estratégias de cuidado social, em contraponto também se estabelece como sistemas de disciplinarização dos corpos infantis. Uma vez que dispositivo médico-disciplinar se torna o primário regulador do normal e do patológico sobre o infantil na atualidade. Esse cenário reduz a subjetividade da criança a diagnósticos de desvio comportamental na procura incessante pela normalização (Kamers, 2013).

### **Considerações Finais**

Os processos de medicalização e farmacologia não podem ser vistos como sinônimos de medicação, a medicação pode auxiliar no tratamento psicopatológico em alguns casos, porém, os processos de medicalização e farmacologização podem causar dependência medicamentosa, alteração cognitiva; reações alérgicas; intoxicações e resistência aos medicamentos. É preciso uma reflexão sobre a realidade que permeia esse tema e quais fatores podem influenciar a medicalização excessiva de certos problemas sociais e comportamentais na criança.

Diante disso, notamos que o mercado da farmacologização na infância tem ganhado força na organização da sociedade moderna capitalista. Cada vez mais, a sociedade exige que as crianças tenham um padrão utópico de comportamento, por isso processos medicalizadores ganham espaço no cuidado em saúde mental.

Nesse cenário, o CAPSi pode ser um dispositivo de rompimento do processo medicalizador e farmacologizador, tendo como alternativas não medicamentosas a realização de atividades terapêuticas, oficinas expressivas, terapia grupal e realização de exercícios físicos, saídas para realização de atividades com a família e com os profissionais.

Ao identificar o uso excessivo de medicamentos, os resultados gerados neste estudo têm o intuito de somar as práticas das políticas da saúde mental, incentivando o investimento em intervenções não medicamentosas, colaborando indiretamente para uma melhoria desse campo. Este artigo promoveu uma reflexão acerca da medicalização e farmacologização da infância para alçarmos a Rede de Atenção Psicossocial e os movimentos sociais como espaços potentes de resistência e de construção de estratégias desmedicalizadoras. Assim como, dispositivos de cuidados que levem em consideração os fatores sócio-político-econômicos que circunscrevem a vida das crianças.

### **Referências Bibliográficas**

ABREU, H. R. M. (2006). A medicalização da vida escolar. Dissertação de mestrado. **Escola de Educação**, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ.

AMARANTE, P. Das Psiquiatrias reformadas às rupturas com a Psiquiatria. In: \_\_\_\_\_. **Saúde Mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007, p. 27-83.

AMARANTE, P. Das Psiquiatrias reformadas às rupturas com a Psiquiatria. In: \_\_\_\_\_. **Saúde Mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007, p. 82-96.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BRASIL. **Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos.** Brasília, 2014. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_psicossocial\\_crianças\\_adolescentes\\_sus.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_psicossocial_crianças_adolescentes_sus.pdf). Acesso em: 15 out. 2024.

BRZOZOWSKI, F. S.; CAPONI, S. N. C. DE .. Medicalização dos desvios de comportamento na infância: aspectos positivos e negativos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 33, n. 1, p. 208–221, 2013.

CAMARGO JR., K. R. DE. Medicalização, farmacologização e imperialismo sanitário. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 5, p. 844–846, maio 2013.

CAPONI, S.. Vigiante e Medicar; Estratégias de medicalização da infância. **Liber Ars**. Setembro 2016 (pp.29-46). Disponível em: <[http://acaspj.org/wp-content/uploads/2018/05/VIGIAR\\_E\\_MEDICAR\\_O\\_DSM-5\\_E\\_OS\\_TANSTORNO1.pdf](http://acaspj.org/wp-content/uploads/2018/05/VIGIAR_E_MEDICAR_O_DSM-5_E_OS_TANSTORNO1.pdf)>. Acesso em: 06 abr. 2024.

CAPONI, S.. Biopolítica e medicalização dos anormais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 529–549, 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/physis/a/xHyxtGjNn96bkkSJFbBxGCC/abstract/?lang=pt#>>. Acesso em: 07 mai. 2024.

CARVALHO, S. R. *et al.*. Medicalização: uma crítica (im)pertinente? Introdução. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1251–1269, out. 2015.

CONRAD, P. “Medicalization and Social Control.” **Annual Review of Sociology**, vol. 18, 1992, pp. 209–32. Disponível em: JSTOR, <http://www.jstor.org/stable/2083452>. Acesso em: 27 abr. 2024.

CONRAD, P., & SCHNEIDER, J. W. (1992). Deviance and medicalization: From badness to sickness. Philadelphia: **Temple University Press**.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Subsídios para a campanha “Não à medicalização da vida”**: medicalização da educação. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia. Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas – CREPOP, 2011.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução n.º 466 de 12 de dezembro de 2012.** Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 21 de maio de 2024.

COSTA, J. F. (1989). Ordem médica e norma familiar (3a ed.) Rio de Janeiro: **Graal**.

DECOTELLI, K. M.; BOHRE, L. C. T.; BICALHO, P. P. G. de. A droga da obediência: medicalização, infância e biopoder: notas sobre clínica e política. **Psicologia: Ciência e profissão**, v. 33, p. 446-459, 2013.

DELEUZE, G. (1992). Post-scriptum sobre as sociedades de controle. In G. Deleuze. **Conversações**. (pp. 219-226, P.P. Pelbart, trad.). Rio de Janeiro: Ed. 34.

DELEUZE, G. Foucault São Paulo: **Brasiliense**, 1991.

FOUCAULT, M. **A ordem do discurso**. São Paulo, 1970.

FOUCAULT, M. Arqueologia do Saber. Rio de Janeiro: **Forense Universitária**, 2000.

FOUCAULT, M. **Em Defesa da Sociedade**. 2 ed. tradução de Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

GALINDO, D. *et al.*. Vidas Medicalizadas: por uma Genealogia das Resistências à Farmacologização. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 34, n. 4, p. 821–834, out. 2014.

GALINDO, D. C. G., *et al.* Medicalização e governo da vida e subjetividades: o mercado da saúde. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 346-365, maio 2016.

Disponível em:

<[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S180842812016000200003&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180842812016000200003&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 12 abr. 2024.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002. 53 p.

GRABOIS, P. F. Resistência e revolução no pensamento de Michel Foucault: contracondutas, sublevações e lutas. **Cadernos de Ética e Filosofia Política**, São Paulo, Brasil, v. 2, n. 19, p. 7–27, 2011. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/cefp/article/view/55736>.. Acesso em: 24 ago. 2024.

GUATTARI, F., & ROLNIK, S. (2005). Micropolítica. **Cartografias do desejo** (7a ed. rev.). Petrópolis, RJ: Vozes.

KAMERS, M.. **A fabricação da loucura na infância: psiquiatrização do discurso e medicalização da criança**. **Estilos clin.**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 153-165, abr. 2013.

Disponível em:

<[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-71282013000100010&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282013000100010&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em: 10 nov. 2024.

LAJONQUIÈRE, L. de (1999). **Infância e ilusão (psico)pedagógica: escritos de psicanálise e educação**. Petrópolis, RJ: Vozes.

LEMOS, F. C. S. et al. Resistências frente à medicalização da existência. **Fractal: Revista de Psicologia**, Niterói, v. 31, n. 2, p. 158-164, maio/ago. 2019. <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v31i2/5567>

MACIEL JR, A. **Resistência e prática de si em Foucault**. *Trivium* [online]. 2014, vol.6, n.1, pp.01-08. ISSN 2176-4891. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/trivium/v6n1/v6n1a02.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2024.

MINAYO, M. C. S., et. al. A análise de dados em Pesquisa Qualitativa. In: \_\_\_\_\_. **Pesquisa Social: Teoria, métodos e criatividade**. 21 ed. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2002.

NIETIEDT, G. S. **Adultos Jovens e a Medicalização: Perspectivas e Sentidos a partir do discurso Médico**. 2018. 23 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Psicologia) - Universidade do Vale do Taquari-Univates, Lajeado, 2018.

PALMA, A. M. P. P. G. **Os Neurocosméticos e os Desafios Futuros para o Farmacêutico e Indústria Farmacêutica**. 2013. 69 p. Dissertação (Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas) - Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz, Almada, 2013.

RUSSO, J. A. 2013. From deviation to disorder: the medicalization of sexuality in contemporary psychiatric classifications of disease. In: **Sexuality; culture and politics: a south american reader**. Brasil.

RODRIGUES, J. T. (2003). A medicação como única resposta: uma miragem do contemporâneo. **Psicologia em Estudo**, 8(1), 13-22.

SANCHES, V. N. L. e AMARANTE, P. D. de C. Estudo sobre o processo de medicalização de crianças no campo da saúde mental. **Saúde em Debate**. 2014, v. 38, n. 102 , pp. 506-514. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140047>>. ISSN 0103-1104. Acessado 10 Out. 2024.

SILVA, S. P. C. e, SILVA, S. M. S., MATOS, K. K. C., SOUTO, K. L. de M. N., & DOS SANTOS, S. S. (2020). O capsí como agente transformador do cuidado para famílias com crianças acompanhadas pelo serviço / Capsí as a care transforming agent for families with children accompanied by the service. **Brazilian Journal of Development**, 6(9), 72303–72321. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n9-613>

SOARES, B.B. & ZURBA, M.C. O papel do CAPS-i e das ações intersetoriais nas políticas de saúde mental para o cuidado da criança e do adolescente. Em: **Retratos da Psicologia: Práticas e Saberes no Brasil**. [Livro eletrônico]. p.9-18 , ISBN 978-65-5368-172-9. Organizadores: Denise de Matos Manoel Souza e Felipe Maciel dos Santos Souza. Curitiba, PR, Editora Bagai, 2023.

TORRADA, L. et al.. ESTRATÉGIAS DE RESISTÊNCIA POSSIBILITANDO O DEBATE DE GÊNERO E SEXUALIDADE NA ESCOLA. **Revista Contexto & Educação**, [S. l.], v. 35, n. 111, p. 46–63, 2020. DOI: 10.21527/2179-1309.2020.111.46-63. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoeducacao/article/view/9088>. Acesso em: 24 ago. 2024.

WILLIAMS, S.J., *et al.* (2008), The sociology of pharmaceuticals: progress and prospects. **Sociology of Health & Illness**, 30: 813-824. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2008.01123.x>