

Medicalização das infâncias: entre os cuidados e os medicamentos

Luciana Jaramillo Caruso de Azevedo*

Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Resumo: A partir da clínica psicanalítica com crianças, nota-se a estreita relação entre os cuidados e a medicalização. Os estudos sobre a medicalização são de extrema relevância na atualidade, tendo em vista não apenas a captura das formas de sofrimento psíquico pelo discurso médico como a produção massiva de diagnósticos e a patologização da infância. Este artigo propõe uma articulação, à luz da teoria psicanalítica, entre a noção de cuidado e a medicalização da infância. Para tanto, inicialmente, será apresentada uma discussão teórica sobre o impacto da medicalização nos cuidados dispensados às crianças. Em seguida, destacaremos a importância dos cuidados para a constituição psíquica e seu enlace com o discurso médico. Por fim, enfatizamos que a medicalização se torna cada vez mais um mecanismo que tampona a diversidade. É indispensável repensar os avanços da medicalização como forma majoritária de intervenção terapêutica e a dimensão do seu alcance no cenário contemporâneo.

Palavras-chave: medicalização, infância, cuidados infantis, contemporaneidade.

Introdução

A medicalização se transformou em um fenômeno que comparece progressivamente no engendramento do sujeito contemporâneo, por isso se tornou objeto de profundas investigações advindas de diferentes campos do saber. Um ponto central para o estudo da medicalização encontra-se na relação intrínseca entre o sujeito e o mal-estar. Segundo Birman (2007), o corpo se transformou em lugar crucial onde o mal-estar se enuncia como queixa, que possibilita ao indivíduo indicar de modo ostensivo que algo não está bem com ele. Nesse sentido, a medicalização tem surgido como uma resposta para administrar e diagnosticar o mal-estar psíquico.

A ideia de que os acontecimentos cotidianos podem ser diagnosticáveis e tratáveis pela medicina não é recente. Antes mesmo da modernidade, habituamo-nos a entender e explicar a vida psíquica – incluindo as condutas éticas – pelo conhecimento da materialidade corporal (Figueira & Caliman, 2014). A experiência de si vem sendo, paulatinamente, contaminada pelo seu reconhecimento em critérios diagnósticos dos manuais classificatórios de transtornos, parecendo ser, por vezes, novas leituras para antigas dificuldades pessoais (Lima, 2005).

A noção de medicalização entrou em cena com o intuito de denunciar a expansão da jurisdição da medicina para novos domínios, sobretudo àqueles que dizem respeito a problemas considerados de ordem moral, legal ou criminal. Seguindo esse raciocínio, a medicina se transformou num dispositivo de controle social, assumindo a função de regulação antes exercida pela Igreja e pelo judiciário (Brandão, 2012). Para Aguiar (2004), o poder da medicina opera como força capaz de produzir realidades, criando práticas e discursos que forjam novas maneiras de os indivíduos compreenderem, regularem e experimentarem seus corpos e sentimentos.

Em relação à capacidade de cuidar, outrora proveniente de diferentes contextos, como o da família, e transmitida entre as gerações, Lasch (1983) ressalta que a família perdeu a capacidade de criar e cuidar dos seus filhos sem o auxílio de especialistas. Conforme o autor, a trama do tempo tem sido constantemente partida, rompida, apagando os traços entre as gerações. Em consequência disso, observa-se um enfraquecimento dos laços familiares e a entrada dos especialistas em atribuições que anteriormente eram designadas à família. Em outro momento de sua obra, Lasch (1991) aponta, ainda, para a “anomia da família burguesa”, o esvaziamento das funções parentais de cuidados com os filhos e sua apropriação técnica pelos profissionais da saúde e do bem-estar. Enquanto a família entregava a maior parte de sua competência à escola e aos especialistas assistenciais, ela propunha se tornar, exclusivamente, espaço de companheirismo e amizade, um refúgio das agruras do mundo do trabalho. Contudo, a ideia do lar como santuário se mostrou um projeto inviável na medida em que os relacionamentos em seu interior passaram a se pautar pela mesma lógica que domina as relações pessoais no mundo externo – a lógica da sobrevivência e gratificação imediata.

Guarido (2010) aponta que instituiu-se a necessidade de a infância ser gerida. Para tanto, seria indispensável o preparo técnico de prevenção com vistas a forjar indivíduos produtivos, capazes para o trabalho e saudáveis. Por seu turno, Lima (2005) pontua uma das vicissitudes da contemporaneidade: o deslocamento progressivo de sentido de uma série de mal-estares humanos. A pluralidade de abordagens que estavam presentes quando se buscava explicar as vicissitudes individuais, foi capturada por concepções fisicalistas que tendem a reduzi-la à sua dimensão biológica. Assim, os comportamentos que traziam desconforto podiam ser considerados como tendo causas médicas, mas também

* Endereço para correspondência: lucianajaramillo@msn.com

como efeito de ações de instâncias como família, escola, relacionamentos, conflitos, entre outros fatores. Hoje, essas formas de análise são prontamente dispensadas como equivocadas e, sobretudo, “anticientíficas”.

Diante desse panorama, Whitaker (2016, 2017) postula uma epidemia diagnóstica que torna o trabalho clínico cada vez mais complexo. A excessiva inquietação pela identificação e classificação de patologias parece sobrepujar a preocupação com a pessoa que delas sofre.

Aliado a um processo de biologização do cotidiano, podemos observar a disseminação de discursos que incentivam a medicalização da sociedade. A propagação de diagnósticos de transtornos, sua configuração enquanto espectro, a multiplicação e imprecisão de biomarcadores abrem campo para a patologização e medicalização da infância na medida em que tudo o que foge à normalidade roteirizada passou a ser tratado como doença a ser medicalizada (Melo, 2016). Lima (2005) indica que os diagnósticos têm sido realizados frequentemente de modo célere, apressado, comprometendo sua precisão e desconsiderando o contexto no qual a criança está inserida.

Entretanto, à luz da teoria psicanalítica, os cuidados são fundamentais para a constituição psíquica do sujeito. Em função disso, é imprescindível a realização de um estudo aprofundado dirigido aos cuidados com as crianças perpassados por uma perspectiva excessivamente biológica, que corrobora com a tendência atual de atribuir aos especialistas os cuidados com as crianças. É importante investigar de que modo e em que medida o saber médico – principalmente psiquiátrico – foi respondendo progressivamente às demandas sociais a ele endereçadas, e suas respostas se reduziram ao diagnóstico do desvio comportamental e à tentativa de normalização.

A medicalização e sua repercussão na infância

Inicialmente, o termo medicalização foi proposto por Irving Zola, em 1972, se referindo ao aumento da jurisdição da profissão médica para novos domínios, especialmente àqueles que assumem funções de reguladores sociais (Aguiar, 2004). Apesar de se tratar de um termo descritivo para indicar algo que se tornou médico, a maior parte dos autores o utilizou no contexto de crítica negativa ao excessivo processo de medicalização (Conrad, 2007). Essas críticas foram direcionadas à expansão da influência da medicina em campos que até então não lhe pertenciam, criando conflitos acerca do estatuto médico, social, epistêmico ou ontológico de determinadas doenças e, portanto, da necessidade do seu controle e terapêutica (Gaudenzi & Ortega, 2012).

Segundo Conrad (1992), o ponto central da medicalização se encontra na definição de quando um problema passa a ser concebido em termos médicos, descrito a partir da linguagem médica, compreendido por essa racionalidade e tratado por esse tipo de intervenção.

A partir disso, são forjadas categorias – ou melhor – são descritas pela ciência, se modulando e se ajustando a categorias existentes. Tais categorias são relativamente flexíveis, possuem imprecisão conceitual e clínica, no sentido de poderem ser expandidas ou retraídas de acordo com a perspectiva do próprio médico.

Partindo de outra perspectiva de análise, no texto “Laços e desenlaces na contemporaneidade”, Birman (2007) aponta que as mudanças ocorridas na família se inscrevem no campo da biopolítica, que seria constituinte da modernidade ocidental. O autor se embasa no pensamento de Foucault (1976) para afirmar que, por intermédio da implementação da biopolítica, ocorreu a medicalização do espaço social, por meio da qual a medicina passou a regular os corpos no registro individual e coletivo. Pretendia-se engendrar a qualidade de vida da população como signo maior da riqueza das nações. Do nascimento até a morte, as diferentes idades da vida passaram a ser objeto da biopolítica. Desse modo, a população se transformou em objeto e alvo de poder, sendo as crianças a representação do futuro.

Esse complexo processo global denominado medicalização consiste em uma forma de transformar em necessidades médicas as vivências, os sofrimentos e as dores que eram administrados de outras maneiras, às vezes, no próprio ambiente familiar e comunitário, envolvendo interpretações e técnicas de cuidado. Nessa conjuntura, podemos considerar que a medicalização corrobora para uma redução da perspectiva terapêutica com a desvalorização da abordagem do modo de vida, dos aspectos subjetivos e sociais relacionados ao processo saúde-doença (Tesser, 2006). Não se pode perder de vista que a doença é compreendida em uma cultura, em determinado tempo.

Por exemplo, Lima (2005) pontua, em relação ao transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDA/H), que não há critérios ou marcadores confiáveis para diferenciar o pseudo-TDA/H de Hallowell, culturalmente induzido, do quadro biológico compreendido como “verdadeiro”. Lacet e Rosa (2017) compreendem que os desdobramentos dessa epidemia diagnóstica, denominada TDAH, afetam crianças nos mais diversos âmbitos, como no escolar, em que se instala a demanda pelos comportamentos disciplinados em nome do bom aproveitamento escolar. No entanto, muitas vezes, essas demandas ocultam impasses referentes à própria instituição de ensino. Na esfera familiar, os pais são balizados por um saber médico, que aponta para a etiologia orgânica do TDAH, conseqüentemente, percebem-se pouco implicados com os sintomas dos filhos. Assim, tanto o desejo da escola como o da família convergem com vistas a silenciar a criança da sua “agitação”, optando por um tratamento medicamentoso.

Caliman (2016) explicita que o encaminhamento de alunos com dificuldades na aprendizagem para atendimento médico e psicológico é uma prática frequente por grande parte dos profissionais da área da educação. No entanto,

se por um lado os protocolos e as avaliações diagnósticas permitem o rastreamento precoce de doenças, por outro, também favorecem a compreensão dos problemas infantis como unicamente de ordem individual e circunscritos às falhas na atividade neurológica da criança.

Segundo Caponi (2016), as mães de crianças com TDAH, apesar de não gostarem de dar medicamento psicotrópico para seus filhos, o fazem. Primeiramente, por ser uma recomendação médica, conseqüentemente, indiscutível. Em segundo lugar, existe uma pressão por parte da escola para que essas crianças sejam avaliadas e se submetam a acompanhamento médico, caso seja identificada qualquer alteração comportamental.

Compreendemos que essa prática da escola denotaria uma espécie de “cuidado” e preocupação com o desenvolvimento da criança, convocando os pais para assumirem esse lugar de cuidado, aliados às intervenções médicas. Existe uma preocupação por parte dos pais com a adequação dos filhos na sociedade, para que eles possam ter as mesmas oportunidades que os demais. Cuidar da criança tornou-se sinônimo único de levá-la ao especialista estabelecido pela escola. É digno de nota que a capacidade de cuidar transcende o “levar ao especialista”, apesar de incluí-lo. Assim, nesse ponto de discussão, cabe observar a existência de uma ampla gama de fatores envolvidos nas dificuldades apresentadas na escola, não sendo plausível que fiquem subsumidos aos transtornos. Seria o desempenho escolar efetivamente uma justa medida de avaliação?

Os elementos apresentados se misturam e produzem tensão. É inegável a necessidade do diagnóstico precoce para o tratamento de determinados quadros clínicos e da devida intervenção médica, contudo, a obsessão por identificar cada pequeno desvio parece surgir como uma tentativa de solapar a diferença entre as diversas formas de ser criança. Desse modo, institui-se um “para-todos” a partir da noção de patológico, no qual a análise de cada pequena diferença aponta para tudo aquilo que foge da normalidade e do padrão.

Guarido (2007) e Caponi (2012) sublinham que a ampla gama de sintomas e formas diagnósticas presentes nos manuais, principalmente no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), fomentam o processo de medicalização. Conforme Caponi (2016), nos dias que seguiram a publicação da quinta edição do DSM, emergiram diversas críticas a essa nova classificação diagnóstica que partia de diferentes campos do saber, como a saúde coletiva, a psicanálise, as ciências sociais e a própria psiquiatria. Para os críticos, o DSM-V aumentou a sensação, deixada pelas edições anteriores, de um agrupamento de patologias sem consistência epistemológica e com forte tendência a multiplicar diagnósticos psiquiátricos. Essas críticas se multiplicaram nos últimos anos. Críticas contundentes partiram de pesquisadores do próprio campo psiquiátrico, como Bruce Perry, Leon Eisenberg, Nancy Andreasen, Robert Spitzer, Marcia Angell e Allen Frances.

O crescente número de medidas interventivas médico-pedagógicas, a partir da proliferação de diagnósticos e prescrições de medicamentos, assume relevo no cuidado com adultos e crianças. A produção de diagnósticos e de terapêuticas associadas a estes simplificam, explicam e restringem os sofrimentos ocorridos na infância sob a insígnia de um quadro patológico, fazendo com que existam cada vez mais crianças “cuidadas”, ou seja, medicalizadas (e cada vez mais cedo).

Sob outro aspecto, Sassolas (2012) argumenta:

As novas correntes da pedagogia tiveram um impacto notável sobre as práticas psiquiátricas, ao trazer o exemplo de relações diferentes entre professores e alunos e de métodos pedagógicos ativos que utilizam diversas mediações e trabalhos em grupo. . . . A nova psiquiatria se tornou dinâmica o suficiente para influenciar a opinião e o poder político, conseguindo assim que suas propostas sejam traduzidas em leis e em financiamento – ou seja, em reformas estruturais: a organização setorial dos cuidados. (p. 524)¹

A partir do pensamento de Sassolas, observa-se não somente a influência da psiquiatria sobre a pedagogia como também o seu inverso. Por isso, faz-se necessário colocar em questão a estreita relação entre esses dois campos e suas possíveis repercussões desde a escola até a produção de leis e políticas de cuidado. Ainda segundo Sassolas (2012), a nova cultura psiquiátrica privilegia os atos técnicos, assim como a avaliação e a previsibilidade, apoiada em marcadores supostamente objetivos. Ela não nega a parte relacional do cuidado, apenas o reduz aos seus aspectos operatórios, ou seja, a aplicação de protocolos.

Em função do exposto, cabe considerar que os cuidados necessários ao desenvolvimento infantil, por meio dos quais perpassam os investimentos primordiais necessários para a constituição do sujeito, têm se confundido com medidas técnico-normativas cujo objetivo final parece estar mais voltado para uma homogeneização da infância do que para uma preocupação efetiva com o desenvolvimento saudável.

Sobre os cuidados com as crianças e a constituição psíquica

Conforme Figueiredo (2009), o ingresso de um recém-nascido na vida e no mundo humano é marcado por uma complexa trama de acontecimentos que estabelecem as condições e formas do seu vir-a-ser humano. Nesse campo

¹ No original: “Les nouveaux courants de la pédagogie ont eu un impact notable sur les pratiques psychiatriques, en apportant l’exemple de relation différentes entre enseignants et enseignés et de méthodes pédagogiques actives utilisant diverses médiations et le travail en groupe. . . . La psychiatrie nouvelle est devenue suffisamment dynamique pour influencer l’opinion et le pouvoir politique, obtenant ainsi que ses propositions soient traduites en lois et en financement – c’est-à-dire en réformes structurelles : l’organisation sectorielle des soins”.

de estudo, Winnicott foi um célebre psicanalista e pediatra que dedicou grande parte de sua obra à importância dos cuidados no desenvolvimento infantil. Winnicott (1988) postulou que, na estrutura familiar que espera o recém-chegado, os pais oferecem ao bebê a continuidade no tempo, cujo início remonta à concepção da criança, sua pré-história, e se prolonga até o final da sua dependência. Nesse sentido, a marca da presença do outro transforma o cuidado em elemento fundamental no processo de subjetivação, conferindo-lhe uma função estruturante.

Em obras clássicas como “Da pediatria a psicanálise” (2000), “O ambiente e os processos de maturação” (2007/1983), “O brincar e a realidade” (1975), entre outras, Winnicott observa que a descrição do cuidado mantém estreita relação com o ambiente e com a presença suficientemente boa exercida pelo outro materno na constituição psíquica do sujeito. É válido destacar que, na concepção do autor, a mãe está diretamente ligada àquele que exerce a maternagem, ou seja, a função de cuidado desde os primórdios. A maternagem suficientemente boa, na fase primitiva crítica, estaria relacionada à continuidade (no tempo) do ambiente emocional externo e de elementos específico no ambiente físico, o que não se reduz a intervenções médicas. Sendo assim, podemos pensar que os cuidados primordiais ultrapassam a racionalidade médica, estando mais ligados à entrega e à adaptação às necessidades do bebê do que aos procedimentos técnicos.

Entretanto, é preciso que o médico abdique do lugar ilusório de onipotência no qual, para cada questão, dúvida e “não-saber”, existiria uma resposta ou um procedimento. Seguindo essa linha de pensamento, Figueiredo (2009) salienta que o cuidador – seja familiar, médico ou professor – deve renunciar da sua própria onipotência, assim, às fantasias reparadoras maníacas. Quando a criança é medicalizada, o cuidador não promove um enigma que permite o vir-a-ser infantil e desperta sua singularidade. Assim, a medicalização não contempla a particularidade de cada caso, proporcionando uma uniformização generalista que antagoniza com teoria e prática psicanalíticas.

Se, por um lado, o indivíduo carece de um ambiente suficientemente bom para se constituir, englobando os cuidados necessários para sua formação, por outro, quando este atinge a maturidade torna-se capaz de responsabilizar-se com o ambiente e desenvolve a capacidade de cuidar. A saúde do adulto é concebida como uma construção realizada ao longo dos diversos tempos da infância, sendo a saúde mental produto de um cuidado incessante que possibilita a continuidade do crescimento emocional (Winnicott, 1952/2007).

Winnicott (1975) afirma que:

o êxito no cuidado infantil depende da devoção, e não do jeito ou esclarecimento intelectual. A mãe suficientemente boa começa uma adaptação quase completa às necessidades de seu bebê, e,

na medida em que o tempo passa, adapta-se cada vez menos completamente, de modo gradativo, segundo a capacidade do bebê em lidar com o fracasso dela. (p. 25)

Seguindo o pensamento do autor, as relações primordiais, os primeiros cuidados, são fundamentais para a constituição psíquica. Os cuidados dirigidos às crianças estabeleceriam a base da sua saúde mental. O ego se tornaria forte em função do apoio dado por uma mãe suficientemente boa, capaz de lançar todo o seu ser para se adaptar às necessidades do bebê. Portanto, o protótipo da experiência de cuidar é a relação inicial do bebê com o outro materno, caracterizada tanto pela condição de dependência do bebê como pela disponibilidade materna. Em princípio, o cuidar implicaria em uma posição de entrega ao outro que tende a favorecer as primeiras adaptações do bebê ao mundo (Winnicott, 1955/2005, 1952/2007).

Ao se referir à palavra infante (lactente) ou *infans* (sem fala), Winnicott (1952/2007) aponta que o corolário desse período se refere à fase em que o infante (lactente) depende do cuidado baseado mais na empatia materna do que na compreensão racional do que é ou poderia ser verbalmente expresso. Os denominados distúrbios se formariam em função das falhas ocorridas na provisão ambiental (Winnicott, 1963/2007).

Plastino (2009) ressalta que a insuficiência ou fracasso dos cuidados, a frustração do movimento espontâneo que isso provoca, parecem constituir o núcleo do sofrimento das denominadas “novas patologias”. Novas apenas por sua difusão atual, pois elas exprimem sofrimentos ligados à constituição do narcisismo do sujeito, sendo assim, mais radicais e arcaicas do que os sofrimentos causados pelas neuroses de transferência. É digno de nota que, mesmo nos casos em que houve uma provisão ambiental adequada, não há como descontextualizar um sintoma infantil, sendo necessário considerar o momento de vida da criança, seu desenvolvimento, sua relação com a escola e com a família. Outros fatores indispensáveis no atendimento às crianças são a ambivalência, a fantasia e a forma peculiar como cada criança se relaciona com a realidade.

No estudo do caso do pequeno Hans, descrito no texto “Análise de uma fobia em um menino de cinco anos” (1909/1969), Freud ensina que, apesar de a neurose ter regularmente como ponto de partida uma ansiedade infantil, nem todo sintoma presente na infância será prolongado por sua vida. Segundo Freud (1909/1969), Hans não foi a única criança atingida por fobia em uma época ou outra na sua infância, alguns sintomas transitórios são extraordinariamente frequentes, mesmo em crianças para as quais o cuidado e a educação não deixavam nada a desejar. No curso de meses ou anos, a criança parece se recuperar, entretanto, não se pode dizer que medidas médicas sejam requisitadas para tal recuperação ou que alterações de caráter estejam envolvidas.

No mesmo texto, Freud (1909/1969) afirma que a fobia produzida por Hans pode ter sido desencadeada, inclusive, em seu benefício, pois dirigiu a atenção dos pais para as dificuldades inevitáveis com as quais as crianças são confrontadas quando, no curso de sua formação cultural, são solicitadas a superar os componentes pulsionais inatos. O problema do menino levou seu pai a lhe dar assistência. Assim, pode ser que Hans tenha desfrutado de alguma vantagem sobre as outras crianças pelo fato de não carregar dentro de si aquilo que, sob a forma de complexos reprimidos, poderá ter algum significado para sua vida futura.

Conforme visto, podemos pensar que a psique infantil é construída por meio dos cuidados, repercutindo de modo significativo ao longo de sua vida. Cada cultura, cada sociedade e cada época se caracterizam por procedimentos específicos em relação aos cuidados, porém, estes são alicerces psíquicos que permitem e permeiam o engendramento do sujeito. Com efeito, é difícil – ainda que importante – lançarmos um olhar sobre o contexto cultural de nossa época, tendo em vista que os cuidados não são dispensados no vácuo, os cuidadores e os objetos de seus cuidados têm existência histórica determinada (Figueiredo, 2009).

Medicalização das infâncias

Historicamente, entre os séculos XIX e XX, o ideal de constituição da família e dos filhos não teve como se sustentar, foram estabelecidas fraturas em seus alicerces. Essa ruptura também ocorreu pelo fato de que as mulheres queriam se realizar como singularidades, e não apenas enquanto mães. As mulheres saíram de casa em busca de um projeto identitário, em contrapartida, os homens não voltaram para o lar para compensar essa “ausência materna”. Em função disso, as crianças passaram a frequentar creches e escolas maternas muito cedo, que passaram a ter de suprir a ausência das figuras parentais. Esse conjunto de transformações estruturais incidiu sobremaneira na economia do narcisismo das crianças, produzindo novas modalidades de subjetivação e de transtornos psíquicos. A ausência das figuras parentais no campo familiar e o anonimato no cuidado das crianças – sobretudo dos infantes – pode ter relação direta com o surgimento de transtornos. Assim, podemos considerar que o desinvestimento narcísico seria uma condição concreta para o aparecimento de novas modalidades de dor psíquica (Birman, 2007).

Em se tratando das sociedades contemporâneas, Ehrenberg (2010) postula a presença de um culto à performance no qual o empreendedor foi erigido como modelo da vida heroica, posto que resume um estilo de vida em que o indivíduo fabrica sua própria história. O sucesso individual foi promovido a ideal, norma de conduta de massa, e para atingi-lo é preciso que cada um construa seu lugar. Assim, ser bem-sucedido significa “fazer-se por si mesmo”. Ainda seguindo esse

autor, a empresariação de comportamentos denota uma mentalidade em que cada um é impulsionado a se governar, ou seja, foi implementada a autogestão como forma de superar os malefícios da concorrência e a obsessão por detectar o erro zero.

Para Ehrenberg (2010):

O indivíduo sob perfusão é um aspecto da empresariação da vida. A obsessão de ganhar, de vencer, ser alguém, e o consumo em massa de medicamentos psicotrópicos estão estreitamente ligados, pois uma nova cultura da conquista é, necessariamente, uma cultura da ansiedade, que é a face de sombra dela. As pequenas pílulas da felicidade são o perfil *cocoon* no próprio coração do perfil *training*, a reintrodução do bem-estar em um estilo de vida em que a tomada de risco, a prioridade da singularidade individual e o autocontrole definem as normas de conduta de cada um. (p. 139)

Em consonância com o pensamento do autor supracitado, observamos que essa lógica que opera no universo adulto foi transposta para as crianças, que se encontram imersas na mesma cultura e submetidas a exigências semelhantes. Birman (2007) compreende que a ausência das figuras parentais desencadeou o excesso de atividades programadas, quando os recursos financeiros possibilitam isso. O espaço do jogo infantil foi restringido, tendo na performance e na socialização compartilhada suas contrapartidas.

De outro modo, porém no mesmo sentido, Birman (2012) indica que determinados fármacos e estimulantes se inscrevem no estilo de vida contemporâneo como resposta ao mal-estar na atualidade. Nesse contexto, a aceleração do sujeito se destaca e a hiperatividade se impõe. Frequentemente, se age sem que se pense naquilo que é almejado com a ação. Lima (2005) esclarece que o sujeito contemporâneo experimenta um mundo errático, com leis que mudam no decorrer do jogo e valores que se esvaziam pouco depois de se afirmarem.

Na contramão da perspectiva proposta pelos manuais diagnósticos, Ehrenberg (2010) afirma que os medicamentos se configuram como drogas mudas que falam em silêncio sobre as atuais dificuldades de viver. Caponi (2012) compreende a medicalização como uma necessidade de silenciar o sofrimento e a singularidade a qualquer custo, como se não devesse fazer parte dos processos de desenvolvimento humano. Por sua vez, Perez e Sirelli (2015) indicam que se por um lado a resposta medicamentosa é posta de modo corriqueiro, por outro, a psicanálise, por dar lugar à subjetividade e ao elemento inconsciente que nos guia a vida, faz frente à cultura da medicalização e do silenciamento da via psíquica.

Seguindo a perspectiva psicanalítica, Tenório (2000) propõe a desmedicalização da demanda para promover a subjetivação da queixa. Essa articulação

se refere a ouvir o que o paciente – o sujeito criança – tem a dizer sobre si mesmo e convidá-lo a dirigir sua atenção para sua implicação naquilo de que se queixa, convidá-lo a se interessar pela dimensão subjetiva daquilo que o acomete. O autor enfatiza que “o sintoma não encontra sua verdade apenas na nosografia, dispondo de um sentido ligado à experiência do sujeito, na relação particular do sujeito para com ele mesmo. Por isso, pode-se dizer que o sintoma não é um assunto estritamente médico e pode-se falar em “desmedicalizar”. Na perspectiva médica, a única mediação é a tradução do problema nos termos do “tesouro semiológico” do médico (Tenório, 2000, p. 85).

Para Melo (2016), no que se refere especificamente ao contexto clínico com crianças, que contempla os cuidados e investimentos dirigidos a elas, a psicanálise sustenta um questionamento ético e político ao preconizar um tratamento que leve em conta o sofrimento psíquico do sujeito criança, sua história, seus laços sociais dentro e fora da escola – ou seja, um tratamento que inclui sua característica mais íntima e original, a saber, o sintoma.

Considerações finais

Conforme visto neste ensaio, a existência humana transcorre longe da perfeição e da estabilidade. A experiência das desproporções ou do desencaixe é uma contínua ameaça de “sem sentido” na vida dos sujeitos e promove mal-estar principalmente nos indivíduos contemporâneos que encontram na medicalização um modo de administrar o mal-estar psíquico. Assim, se os avanços dos saberes biomédicos e de suas tecnologias correlatas permitem cada vez mais a existência e a vida de muitas pessoas que antes talvez estivessem condenadas ao sofrimento, sequelas ou mesmo morte precoce, eles

também remetem as pessoas à dependência estrita da instituição médica, visto que ao cidadão fica atribuída apenas a submissão aos procedimentos tecnicamente determinados (Tesser, 2006).

Somos cada vez mais mobilizados por identificar precocemente as doenças para garantir um bom tratamento. Em contrapartida, a obsessão por detectar precocemente transtornos mentais na infância parece ser o eixo nevrálgico em torno do qual se articula o DSM-V e o CID 11, o que produz uma tensão significativa. Seguindo esse raciocínio, cabe pensar na ocorrência de inflação diagnóstica que incide em adultos e crianças. Contudo, o excesso de categorias diagnósticas fomenta o processo de medicalização, delimitando e normatizando o indivíduo, minando suas possibilidades de se posicionar histórica e politicamente.

Não podemos esquecer de que, na modernidade, lançada às vitrines, a infância se tornou alvo da cultura de consumo, inclusive de remédios. O binômio “escola-infância”, que engendra discursos, parece acentuar a pretensão explícita de saber o que convém ao outro, como tentativa de fazer funcionar o “para-todos” e seus efeitos de supressão das diferenças (Melo, 2016).

As tarefas do cuidado vão muito além do que se ensina e prescreve. Assim, torna-se premente a recuperação da capacidade de cuidar como tarefa urgente e preciosa, que atribui à vida que levamos e ao mundo em que vivemos sentido e valor humanos (Figueiredo, 2009). É imprescindível considerar que os cuidados com as crianças também envolvem os aspectos médico-pedagógicos, porém não se restringem a eles. O imbricamento dos cuidados com as crianças na perspectiva biologizante se torna um modo de nomear o mal-estar em relação ao qual, como foi visto, a psicanálise tem muito a contribuir para esse estudo.

Medicalization of childhood: between care and medication

Abstract: From psychoanalytic clinics with children, a close relation can be observed between care and medicalization. Studies on medicalization are extremely relevant today, considering not only the capture of forms of psychical suffering, but also the massive production of diagnoses and the pathologization of childhood. In these terms, this study, in light of psychoanalytic theory, intends to perform an articulation between the notion of care and the medicalization of childhood. To do so, at first, a theoretical discussion is presented on the impact of medicalization on the care given to children. Then, we highlight the importance of care for the psychical constitution and its connection with the medical discourse. At last, we emphasize that medicalization is increasingly becoming a mechanism that tampers with diversity. It is essential to rethink the advances of medicalization as a major form of therapeutic intervention and the extent of its reach in the contemporary scenario.

Keywords: medicalization, childhood, child care, contemporaneity.

Médicalisation de l'enfance: entre soins et médicaments

Résumé : Dans la clinique psychanalytique avec des enfants, une relation étroite est observée entre les soins et la médicalisation. Les études sur ce sujet sont extrêmement pertinentes aujourd'hui, en considérant non seulement la capture des formes de souffrance psychique, mais aussi la production massive de diagnostics et la pathologisation de l'enfance. En ces termes, cette

étude, à la lumière de la théorie psychanalytique, vise à articuler la notion de soin et la médicalisation de l'enfance. Pour ce faire, une discussion théorique est présentée sur l'impact de la médicalisation sur les soins donnés aux enfants. Ensuite, nous soulignons l'importance des soins pour la constitution psychique et sa connexion avec le discours médical. Enfin, nous soulignons que la médicalisation devient de plus en plus un mécanisme qui altère la diversité. Il est essentiel de repenser les avancées de la médicalisation en tant que forme majeure d'intervention thérapeutique et sa dimension dans le scénario contemporain.

Mots-clés: médicalisation, enfance, garde d'enfants, contemporanéité.

Medicalización de la infancia: entre la atención y los medicamentos

Resumen: A partir de la clínica psicoanalítica con niños, se percibe el creciente cruce de la atención y la medicalización de la infancia. En el escenario contemporáneo, son extremadamente importantes las investigaciones sobre la medicalización, puesto que contribuyen en gran medida a entender las formas de sufrimiento psíquico y a fomentar la producción progresiva de diagnósticos y de la patologización de la infancia. En este estudio, se pretende lograr una articulación acerca de la atención a los niños y de la medicalización de la infancia. Para efectuarlo, siguiendo la perspectiva psicoanalítica, en un primer momento, se formularán consideraciones teóricas sobre el impacto de la medicalización de la infancia. En segundo momento, se hará hincapié en la importancia de la atención para la constitución psíquica y la relación con el discurso médico. Por último, se enfatizará que la medicalización ha sido una manera de obstaculizar la diversidad presente en el sujeto. Es necesario reconsiderar los avances de la medicalización como terapéutica más utilizada y su alcance en la contemporaneidad.

Palabras clave: medicalización, infancia, atención a niños, contemporaneidad.

Referências

- Aguiar, A. (2004). A psiquiatria no divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência. Rio de Janeiro, RJ: Relume Dumará.
- Birman, J. (2007). Laços e desenlaces na contemporaneidade. *Jornal de Psicanálise*, 40(72), 47-62.
- Birman, J. (2012). *O sujeito na contemporaneidade*. Rio de Janeiro, RJ: Civilização Brasileira.
- Brandão, E. P. (2012). Sexualidade e aliança na contemporaneidade: nem Édipo, nem barbárie. Curitiba, PR: Juruá.
- Caliman, L. (2016). Infâncias medicalizadas: para quê psicotrópicos para crianças e adolescentes? In S. Caponi, M. Vásquez-Valencia & M. Verdi (Orgs.), *Vigiar e medicar: estratégias de medicalização da infância* (pp. 47-60). São Paulo, SP: LiberArs.
- Conrad, P. (1992). Medicalization and social control. *Annual Review of Sociology*, 18(1), 209-232.
- Caponi, S. (2012). *Loucos e degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada*. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz.
- Caponi, S. (2016). Vigiar e medicar: o DSM-5 e os transtornos ubuescos na infância. In S. Caponi, M., Vásquez-Valencia & M. Verdi (Orgs.), *Vigiar e medicar: estratégias de medicalização da infância* (pp. 29-45). São Paulo, SP: LiberArs.
- Ehrenberg, A. (2010). *O culto da performance*. São Paulo, SP: Ideias & Letras.
- Figueira, P., & Caliman, L. (2014). Considerações sobre os movimentos de medicalização da vida. *Psicologia Clínica*, 26(2), 17-32.
- Figueiredo, L. C. (2009). As diversas faces do cuidar: considerações sobre a clínica e a cultura. In M. Maia (Org.), *Por uma ética do cuidado* (pp. 121-141). Rio de Janeiro, RJ: Garamond.
- Foucault, M. (1976). *La volonté de savoir*. Paris, France: Gallimard.
- Freud, S. (1969). *Análise de uma fobia em um menino de cinco anos: o pequeno Hans*. Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1909)
- 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 – Comunicação, Saúde, Educação*, 16(40), 21-34.
- 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.
- Guarido, R. (2010). A biologização da vida e algumas implicações do discurso médico sobre a educação. In Conselho Regional de Psicologia de São Paulo & Grupo Interinstitucional Queixa Escolar (Orgs.), *Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos* (pp. 27-39). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Lacet, C., & Rosa, M. D. (2017). Diagnóstico de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e sua história no discurso social: desdobramentos subjetivos e éticos. *Psicologia Revista*, 26(2), 231-253.
- Lasch, C. (1983). *A cultura do narcisismo*. Rio de Janeiro, RJ: Imago.

- Lasch, C. (1991). *Refúgio num mundo sem coração*. Rio de Janeiro, RJ: Paz e Terra.
- Lima, R. C. (2005). *Somos todos desatentos? O TDA/H e a construção das bioidentidades*. Rio de Janeiro, RJ: Relume Dumará.
- Melo, R. (2016). Uma interpretação para a medicalização da infância e da adolescência. In A. L. Pacheco & B. Oliveira (Orgs.), *Criança: objeto ou sujeito* (pp. 249-267). São Paulo, SP: Escuta.
- Perez, M., & Sirelli, N. M. (2015). A medicalização do mal-estar: a escuta psicanalítica como um modo de resistência. *Psicanálise & Barroco em Revista*, 13(2), 117-136.
- Plastino, C. A. (2009). A dimensão constitutiva do cuidar. In M. Maia (Org.), *Por uma ética do cuidado* (pp. 53-89). Rio de Janeiro, RJ: Garamond.
- Sassolas, M. (2012). Transmission ou acculturation? *L'information Psychiatrique*, 88(7), 521-526. doi: 10.1684/ipe.2012.0954
- Tenório, F. (2000). Desmedicalizar e subjetivar: a especificidade da clínica da recepção. *Cadernos IPUB*, 6(17), 79-91.
- Tesser, C. D. (2006). Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 10(19), 61-76.
- Whitaker R. (2016). Transformando crianças em pacientes psiquiátricos: fazendo mais mal do que bem. In S. Caponi, M. Vásquez-Valencia & M. Verdi (Orgs.), *Vigiar e medicar: estratégias de medicalização da infância* (pp. 13-29). São Paulo, SP: LiberArs.
- Whitaker, R. (2017). *A anatomia de uma epidemia*. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz.
- Winnicott, D. W. (1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro, RJ: Imago.
- Winnicott, D. (1988). *Conversations ordinaires*. Paris, France: Gallimard.
- Winnicott, D. W. (2000). *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro, RJ: Imago.
- Winnicott, D. W. (2000). Psicoses e cuidados maternos. In D. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas* (pp. 305-316). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1952)
- Winnicott, D. W. (2005). Influências de grupo e a criança desajustada: o aspecto escolar. In D. W. Winnicott, *Privação e delinquência* (pp. 215-226). São Paulo, SP: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1955)
- Winnicott, D. W. (2007). *O ambiente e os processos de maturação*. São Paulo, SP: Artmed. (Trabalho original publicado em 1983)
- Winnicott, D. W. (2007). A integração do ego no desenvolvimento da criança. In D. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação* (pp. 55-62). São Paulo, SP: Artmed. (Trabalho original publicado em 1952)
- Winnicott, D. W. (2007). Distúrbios psiquiátricos e os processos de maturação infantil. In D. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação* (pp. 207-218). São Paulo, SP: Artmed. (Trabalho original publicado em 1963)

Recebido: 30/08/2017

Aprovado: 09/08/2018