

Silva, J. S. N., Ferrazza, D. A., & Leite, H. L. Medicalização na infância: trajetórias de crianças em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil

Medicalização na infância: trajetórias de crianças em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil

Medicalization in childhood: children's trajectories in a Psychosocial Childhood Care Center

Medicalización en la infancia: trayectorias de los niños en un Centro de Atención Psicossocial Infantil y Juvenil

Jackeline Santos Neves Silva¹

Daniele de Andrade Ferrazza²

Hilusca Alves Leite³

Resumo

Nas últimas décadas, tem-se observado um aumento das prescrições medicamentosas, fenômeno relacionado ao processo mais amplo de medicalização da sociedade, que consiste na transformação de questões e dificuldades corriqueiras da vida em objetos de intervenção exclusivamente médica. Nesse escopo, tal processo de medicalização também tem se inserido nos espaços escolares, sobretudo à procura de indivíduos que não atendam às expectativas de comportamento e aprendizagem. Diante disso, a presente pesquisa analisou prontuários de crianças encaminhadas a um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (Capsi) de um município do norte do Paraná com o intuito de investigar os fatores determinantes da prescrição de psicofármacos, principalmente nos casos diagnosticados com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). Por meio dos resultados da pesquisa, foi possível perceber que a educação tem se amparado no uso de diagnósticos psiquiátricos e medicações com a pretensão de suprimir as diversidades subjetivas que constituem o espaço escolar e amenizar questões que seriam do âmbito pedagógico.

Palavras-chave: Medicalização. Educação. Infância. Psicologia Social.

Abstract

In recent decades, there has been an increase in drug prescriptions, a phenomenon related to the broader process of medicalization of society, which consists in the transformation of commonly issues and difficulties of life into objects of exclusively medical intervention. In this scope, this process of medicalization has also been inserted in school spaces, especially looking for individuals who do not meet the expectations of behavior and learning. Therefore, the present

¹ Graduanda do curso de Psicologia da Universidade Estadual de Maringá (UEM). E-mail: jackelinesilva2006@hotmail.com.

² Doutora e mestra em Psicologia pela Faculdade de Ciências e Letras da Universidade Estadual Paulista (Unesp – Campus Assis). Professora do Programa de Pós-Graduação e da Graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Maringá (UEM). E-mail: daFerrazza@uem.br.

³ Professora do Departamento de Psicologia da Universidade Estadual de Maringá (UEM). E-mail: hilusca.leite@yahoo.com.br.

Silva, J. S. N., Ferrazza, D. A., & Leite, H. L. Medicalização na infância: trajetórias de crianças em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil

research analyzed medical records of children referred to a Psychosocial Care Center for Children and Adolescents (CAPSi) in a municipality in northern Paraná, in order to investigate the determining factors of the prescription of psychotropic drugs, especially in cases diagnosed with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). Through the results of the research, it was possible to perceive that education has been based on the use of psychiatric diagnoses and medications with the intention of suppressing the subjective diversities that constitute the school space and to alleviate issues that would be in the pedagogical scope.

Keywords: Medicalization. Education. Childhood. Social Psychology.

Resumen

En las últimas décadas, ha habido un aumento de las prescripciones de medicamentos, un fenómeno relacionado con el proceso más amplio de medicalización de la sociedad, que consiste en la transformación de problemas comunes y dificultades de la vida en objetos de intervención exclusivamente médica. En este ámbito, este proceso de medicalización también se ha insertado en espacios escolares, especialmente buscando personas que no cumplan con las expectativas de comportamiento y aprendizaje. Por lo tanto, la presente investigación analizó los registros médicos de los niños referidos a un Centro de Atención Psicossocial para Niños y Adolescentes (Capsi) en un municipio en el norte de Paraná, con el fin de investigar los factores determinantes de la prescripción de medicamentos psicotrópicos, especialmente en casos diagnosticados con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). A través de los resultados de la investigación, fue posible percibir que la educación se ha basado en el uso de diagnósticos psiquiátricos y medicamentos con la intención de suprimir las diversidades subjetivas que constituyen el espacio escolar y aliviar las cuestiones que estarían en el ámbito pedagógico.

Palabras clave: Medicalización. Educación. Infancia. Psicología Social.

Introdução

Nas últimas décadas, as especialidades do ramo da medicina alcançaram inúmeros avanços que levaram à melhoria da qualidade de vida da população. Diversas patologias puderam ser diagnosticadas e tratadas e algumas delas foram até mesmo erradicadas, o que comprova a efetividade das novas tecnologias médicas. Porém, atualmente, a sociedade enfrenta um processo de medicalização, o qual Kantoviski e Vargens (2010) definem como a transformação de fenômenos da vida cotidiana em explicações e intervenções exclusivamente médicas. Esse processo de medicalização da vida, acima de tudo, surge quando o limite entre o normal e o patológico é afrouxado. Collares, Moysés, Ribeiro e França (2013) afirmam que, uma vez classificadas como doentes, as pessoas tornam-se pacientes e, conseqüentemente, consumidoras de tratamentos médicos e medicamentos farmacológicos. Isso demonstra que a banalização dos rótulos diagnósticos é lucrativa para alguns setores da sociedade, pois, de certo modo, produz consumidores das novas medicações e tecnologias médicas.

Segundo Mismetti (2012), em pesquisa publicada por um jornal de grande circulação nacional, o Rivotril (medicamento utilizado no tratamento de transtornos de humor, ansiedade, entre outros sintomas psiquiátricos) encontra-se na 8ª colocação entre os 10 medicamentos mais vendidos no país, conforme levantamento feito entre os anos de 2011 e 2012. Em pesquisa semelhante, Oliveira (2014) também mostrou que, no Brasil, a venda de calmantes como Rivotril, Valium e Lexotan subiu 42% entre os anos de 2009 e 2013, momento no qual o número de caixas vendidas desses

psicofármacos saltou de 12 milhões para 17 milhões. Em ambas as pesquisas, elaboradas pela Consultoria Health, é possível observar o aumento do número de venda e consumo de medicamentos psicofarmacológicos prescritos por médicos e, sobretudo, psiquiatras, que argumentam que os sofrimentos psíquicos são ocasionados exclusivamente por desequilíbrios neuroquímicos que devem ser corrigidos por intervenções medicamentosas. Tal argumento por parte da psiquiatria confere credibilidade à prescrição de psicofármacos, uma vez que o paciente geralmente se vê impotente diante de uma disfunção de caráter orgânico que não pode ser controlada voluntariamente e, em virtude disso, acaba por se submeter aos discursos de saber-poder médico (Foucault, 2006).

No âmbito da infância, conforme Kamers (2013, p. 155), “[...] a tentativa de encontrar a gênese da loucura do adulto na criança culminou na criação de dispositivos higienistas de vigilância e controle sobre a família e preceitos sobre o cuidado com a criança”. De acordo com Foucault (2006), esse é o início de um processo de psicopatologização da infância, originado com o engendramento das instituições de disciplinamento de corpos no fim do século XVIII e início do século XIX.

A infância é, inegavelmente, uma etapa vulnerável da vida do sujeito (Untoiglich, 2014), pois a criança ainda depende do cuidado de outras pessoas. Nessa perspectiva, a psiquiatria biologicista infantil sequestra a subjetividade do indivíduo justamente nesse momento de vulnerabilidade e tenta moldá-lo à semelhança dos padrões socialmente impostos de rendimento escolar e comportamento adequado. Collares *et al.* (2013) afirmam que a medicalização de crianças e adolescentes ocorre sobretudo

nos âmbitos da aprendizagem e dos comportamentos considerados inadequados e indisciplinados, o que acarreta a identificação de patologias do não aprender e do não se comportar, principalmente no espaço escolar.

Apesar das sucessivas tentativas de se firmar como um diagnóstico incontestável, com marcadores biológicos localizados, o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) ainda é controverso e divide opiniões entre os especialistas. Isso não impede que tal diagnóstico resulte na prescrição deliberada de psicofármacos para crianças e adolescentes, haja vista que, na contemporaneidade, o metilfenidato, popularmente conhecido pelos nomes comerciais de Ritalina e Concerta, é a substância mais prescrita para o tratamento do referido transtorno (Itaborahy & Ortega, 2013). Consoante ao exposto, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária Brasileira (Anvisa) divulgou um boletim que denuncia um aumento de 75% na venda de metilfenidato, entre os anos de 2009 e 2011, prescrito para crianças e adolescentes brasileiros com idades que variavam entre 6 e 16 anos. Esse mesmo relatório destaca que a oscilação para o aumento das prescrições acontece justamente no período letivo (Anvisa, 2013). Além disso, com respeito às estimativas globais de números de usuários de substâncias psicofarmacológicas na categoria infantojuvenil, Schiller e Katz (2014) apontam que cerca de 6 milhões de crianças e 10% dos adolescentes no mundo utilizam algum medicamento derivado de anfetaminas, como o referido metilfenidato. Isso demonstra a magnitude do fenômeno da medicalização da infância, que ocorre em nível mundial e resulta do engendramento de categorias diagnósticas utilizadas pela psiquiatria, principalmente por meio da

disseminação do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), instrumento que almeja criar categorias diagnósticas universais para o sofrimento psíquico. Nesse sentido, Untoiglich (2014, p. 122) aponta que

A intervenção sobre este suposto transtorno [TDAH] tem sido, até agora, majoritariamente medicamentosa e de terapia de modificação comportamental e treino de comportamentos. O fármaco específico que geralmente é receitado apenas diminui momentaneamente os sintomas de comportamento e da atenção em algumas crianças, com uma infinidade de contraindicações. [...] Condições socioeconômicas como a fome, a falta de cuidados; condições escolares que implicam os modos de transmitir conhecimentos, alojar ou expulsar as diferenças na escola; situações singulares como duelos, violência e/ou abusos podem contribuir para que a criança não aprenda na escola.

Diante do exposto, a presente pesquisa propôs-se a acompanhar, por meio da análise de dados de prontuários, a trajetória percorrida por crianças encaminhadas a um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (Capsi)⁴ de

⁴ Com relação aos marcos legais que levaram à criação do Centro de Atenção Psicossocial (Caps), podemos destacar a Lei n. 10.216/2001, também chamada de Lei da Reforma Psiquiátrica, e as Portarias n. 336/2002, a qual regulamentou as especificidades dos Caps, e n.3.088/2011, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (Raps) para pessoas em sofrimento psíquico e/ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). De modo geral, a perspectiva da atenção psicossocial, constituída no âmbito do movimento da reforma psiquiátrica, se pauta no processo de desinstitucionalização, que se propõe a substituir o paradigma manicomial a partir de transformações nos campos técnico-assistencial, teórico-conceitual, político-jurídico e sociocultural (Amarante, 2007). A esse respeito, “a atenção psicossocial requisita uma compreensão ampla do ‘sofrimento

um município do norte do Paraná. Com ênfase no diagnóstico de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), o estudo pretendeu: a) realizar uma análise de prontuários de usuários de um Capsi, de modo a conhecer as características das crianças, com faixa etária situada entre 5 e 11 anos; b) averiguar a ocorrência e a justificativa das determinações diagnósticas de TDAH; c) analisar os tratamentos destinados a essas crianças, com atenção especial ao atendimento psiquiátrico e à prescrição medicamentosa.

Método

O presente estudo acompanhou a Resolução CNS n. 466/2012, a qual aborda as diretrizes e normas para realização de pesquisas que envolvem seres humanos, e foi devidamente submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE n. 12083219.2.0000.0104), ressaltando o resguardo do sigilo e da confidencialidade das informações obtidas nos prontuários analisados.

A pesquisa foi realizada em um Capsi de uma cidade do norte do Paraná e os dados foram coletados por meio da análise de prontuários eletrônicos, que foram disponibilizados pela coordenação do serviço a partir de uma consulta ao programa de computador Gestor de Saúde. Uma vez que esse programa foi acessado, utilizamos os filtros “faixa etária” e “data de entrada no serviço” e, a partir disso, o sistema encontrou 78 prontuários de crianças com idades entre 5 e 11 anos, que tiveram seu primeiro atendimento nessa instituição no período de março a maio de 2018. Esse recorte temporal foi escolhido porque, durante a realização da pesquisa no ano de 2019, optamos

por analisar prontuários de crianças que já haviam sido – ou estavam sendo – atendidas há mais de um ano, o que possibilitaria avaliar a evolução do tratamento na referida instituição. Além disso, selecionamos o período entre março e maio devido ao limite de tempo de que dispusemos para buscar e examinar quanti e qualitativamente os dados coletados.

Nesses 78 prontuários, coletamos as informações necessárias de acordo com um roteiro previamente elaborado, com destaque para faixa etária, sexo, etnia/raça, queixa inicial e escola que encaminhou a criança ao serviço de saúde, além de especificações sobre o tratamento realizado no serviço de saúde pesquisado (classificação diagnóstica, tipo de tratamento determinado, medicação prescrita, tempo de uso de medicação, encaminhamento a outros serviços e alta do tratamento medicamentoso). Destaca-se que, entre os prontuários analisados, a ênfase foi dada sobretudo àqueles que relataram problemas relacionados a dificuldades de aprendizagem, comportamentos inadequados no âmbito escolar e/ou hipóteses diagnósticas de TDAH. Os dados coletados foram digitados em uma planilha do Excel, em consonância com as categorias de análise, para facilitar a leitura quantitativa e a análise qualitativa das informações. Além disso, o planejamento de análise da pesquisa consistiu no estudo exploratório-descritivo dos dados encontrados nos prontuários. Para tanto, foram analisadas as frequências relativas e os cruzamentos e comparações concernentes aos objetivos da pesquisa em diálogo com a literatura especializada no tema.

psíquico’, em substituição às denominações de doença mental, distúrbio mental ou transtorno mental” (Zaniani & Luzio, 2014, p. 58).

Caracterização do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil

De acordo com o Ministério da Saúde (2014), os Caps são dispositivos de atenção psicossocial estratégica no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. Em virtude disso, devem desenvolver, na contramão do modelo biomédico centrado na doença, práticas interdisciplinares que complexifiquem o cuidado em saúde mental. Portanto, “o cuidado é desenvolvido mediante projeto terapêutico singular e envolve em sua construção a equipe, o usuário e sua família” (Ministério da Saúde, 2014, p. 34).

Nesse sentido, com a criação do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (Capsi),

Constitui-se, pela primeira vez, uma modalidade de assistência específica para o segmento infantojuvenil. Seu trabalho voltar-se-ia àquelas crianças e adolescentes acometidos por grave sofrimento psíquico [...], bem como para o ordenamento da demanda infantojuvenil no seu território de abrangência. Sua função era consolidar-se como unidade de base para o processo de desinstitucionalização, efetivando um novo modelo de atenção. (Zaniani & Luzio, 2014, p. 62).

A despeito da criação desse dispositivo específico, o Ministério da Saúde (2014, p. 34) pontua que “todas as modalidades de Caps podem atender à população infantojuvenil, a depender da organização da Raps no território”. Contudo, por se tratar do recorte específico de nosso estudo, analisaremos adiante as trajetórias de crianças em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil.

A medicalização da infância em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil

A seguir, será apresentada a distribuição, em categorias de análise, das 78 crianças que tiveram seus prontuários analisados.

Faixa etária

Entre as 78 crianças, de faixa etária entre 5 e 11 anos de idade, havia cinco de 5 anos, sete de 6 anos, 10 de 7 anos, 31 de 10 anos e, por fim, 25 de 11 anos. Não houve registro de nenhuma criança de 8 ou 9 anos que tenha adentrado no serviço no período delimitado (março a maio de 2018). Conforme os dados apresentados, é possível perceber a prevalência de crianças de 10 e 11 anos de idade atendidas no serviço de saúde em análise. A predominância dessa faixa etária em específico já foi apontada anteriormente por Zaniani (2015p. 115), que comprovou que “51% dos casos atendidos são de crianças e cerca de 47% de adolescentes, sobressaindo-se as idades entre 9-11 anos”. Acerca dessa predominância, também é relevante considerar que, por volta dessa faixa etária, as crianças geralmente estão na transição para o ensino fundamental II, o que pode provocar diversas mudanças na rotina – e conseqüentemente no comportamento – dessas crianças.

Sexo

Com respeito ao sexo biológico das crianças encaminhadas, havia 60 meninos e apenas 18 meninas.⁵ De acordo com Zanello (2015), a sociedade

⁵ Aqui, cabe a ressalva de que avaliar esses prontuários a partir de critérios de identidade de gênero extrapolaria os limites desta pesquisa, já que não tivemos contato direto com essas crianças para saber como elas se identificam.

é regida por determinadas performances emocionais e comportamentais padronizadas, as quais definem binariamente como deve ser um “homem” e uma “mulher”. Portanto, ao entender que a própria experiência do sofrimento psíquico é construída socialmente (Zanello, 2015), é possível inferir que a prevalência do sexo masculino nos encaminhamentos esteja relacionada à própria liberdade expressiva que é concedida aos homens, que são estimulados a expressar o que sentem (desde que não chorem, pois o choro é considerado socialmente como uma manifestação de fragilidade típica do gênero feminino) e a falar o que pensam de maneira irrestrita, de modo que quaisquer sentimentos de raiva e de indignação que surjam sejam “colocados para fora”. Por outro lado, as mulheres são ensinadas a conter as emoções e comportamentos que poderiam causar incômodo e prejuízo às outras pessoas, o que as restringe a uma existência de silenciamento e opressão.

Na escola, esses estereótipos de gênero são reforçados de maneiras distintas, inclusive pelos próprios docentes, que normalmente exigem comportamentos diferentes de meninos e meninas. A esse respeito, Alvariñas-Villaverde e Pazos-González (2018) refletem, por exemplo, sobre como as atividades da educação física podem perpetuar tais estereótipos no ambiente escolar, a partir da crença social de que existem esportes que são mais “adequados” para homens ou mulheres. Sendo assim, essas práticas desportivas podem perpetuar ou romper com essas limitações, a depender da metodologia e dos recursos utilizados pelas escolas.

Ademais, determinadas condutas e posturas entendidas como típicas de homens ou mulheres também são reforçadas na escola, e as crianças que não se adequam a esses estereótipos podem ser excluídas pelas demais, o que

geralmente desperta sentimentos de vergonha, ansiedade e medo nessas crianças (Alvariñas-Villaverde & Pazos-González, 2018). Desse modo, não é possível deixar de considerar que o ambiente escolar é um reflexo da sociedade, e é justamente por isso que ele tem perpetuado vários tipos de discriminação, entre os quais podemos citar o sexismo.

Etnia/raça

Ressaltamos o fato de que os dados dos prontuários eletrônicos, em sua absoluta maioria, não apresentaram informações relativas à etnia/raça das crianças atendidas no dispositivo de saúde pesquisado, o que impossibilitou a realização de uma análise pormenorizada das questões raciais envolvidas nos encaminhamentos. Porém, entre os 78 prontuários analisados, encontramos uma única exceção, que diz respeito ao caso de uma menina que relatou sofrer racismo na escola pelo fato de ser negra. Essa foi, inclusive, uma das queixas que motivaram seus pais a procurar o serviço de saúde. Contudo, a vivência de sofrimento na escola devido ao preconceito racial não impediu que ela fosse diagnosticada com TDAH e transtorno de ansiedade generalizada (TAG), sendo medicada com metilfenidato – usualmente comercializado como Ritalina – e fluoxetina, que é um medicamento da classe dos antidepressivos. Conforme Ribeiro (2019), desde cedo, as pessoas negras são levadas a refletir sobre sua condição racial. Em seu livro *Pequeno Manual Antirracista*, ela relata sua dolorosa vivência de racismo logo no início de sua vida escolar:

Por volta dos seis anos, entendi que ser negra era um problema para a sociedade. Até então, no convívio familiar, com meus pais e irmãos, eu

Silva, J. S. N., Ferrazza, D. A., & Leite, H. L. Medicalização na infância: trajetórias de crianças em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil

não era questionada dessa forma, me sentia amada e não via nenhum problema comigo: tudo era “normal”. “Neguinha do cabelo duro”, “neguinha feia” foram alguns dos xingamentos que comecei a escutar. Ser a diferente – o que quer dizer não branca – passou a ser apontado como um defeito. Comecei a ter questões de autoestima, fiquei mais introspectiva e cabisbaixa. Fui forçada a entender o que era racismo e a querer me adaptar para passar despercebida. Como diz a pesquisadora Joice Berth: “Não me descobri negra, fui acusada de sê-la”. (Ribeiro, 2019, p. 12).

Sendo assim, é evidente que, em nossa sociedade racista e desigual, os indivíduos negros são constantemente submetidos a situações de discriminação e violência. Uma pessoa negra sempre sabe de sua raça: o racismo não deixa dúvidas. Já o lugar social da branquitude nunca é colocado em questão, visto que há um pacto silencioso entre as pessoas brancas que faz com que elas não sejam levadas a refletir sobre seus privilégios. Um indivíduo branco pode passar toda a sua vida sem pensar sobre sua condição racial – e esse é o privilégio restrito à branquitude. A esse respeito, Ribeiro (2019, p. 12) afirma que “crianças negras não podem ignorar as vivências cotidianas, enquanto as brancas, ao enxergarem o mundo a partir de seus lugares sociais – que é um lugar de privilégio –, acabam acreditando que esse é o único mundo possível”. Desse modo, uma das maneiras de perpetuar o racismo em nossa sociedade tem sido não colocar em questão o lugar social da branquitude, como se os privilégios dos indivíduos brancos fossem inatos e inquestionáveis.

Instituições de ensino que as crianças encaminhadas frequentavam

As informações sobre as instituições de ensino que as crianças encaminhadas ao Capsi frequentavam

apareceram apenas em 20 prontuários, sendo que, nos 58 restantes, essas informações não foram mencionadas. Aqui, por se tratar de um público infantojuvenil de matrícula escolar obrigatória,⁶ a ausência dessas informações chama a atenção.

Dos 20 prontuários que informaram as instituições escolares, 16 se referiam a crianças que estudavam ou estudam em escolas municipais e estaduais, ao passo que apenas quatro frequentavam escolas privadas. Essa prevalência também já havia sido comprovada por Zaniani (2015, p. 121), ao afirmar que “em relação à política setorial da educação, especialmente as escolas municipais mantiveram-se como fonte fértil de produção de demandas para o Capsi”. De acordo com a referida autora, isso confirma que a instituição escola “tem buscado historicamente respostas para seus percalços firmando ou procurando firmar parcerias com a política setorial de saúde” (p. 122).

⁶ De acordo com a Lei n. 8.069/1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA), a criança e o adolescente têm direito à educação, com enfoque no pleno desenvolvimento de sua pessoa, preparo para o exercício da cidadania e qualificação para o trabalho. Para tanto, esse público deve ter acesso garantido à instituição educacional, sendo que os pais ou responsáveis têm a obrigação legal de matricular essas crianças e adolescentes na escola. Ou seja, em tese, o espaço escolar é (ou deveria ser) uma das esferas centrais na vida da criança, constituindo-se como possibilidade de desenvolvimento ou adoecimento. No entanto, a despeito da centralidade desse espaço nessa faixa etária, tal informação foi desconsiderada por parte da equipe que fez os registros nesses 58 prontuários, o que nos leva a questionar se as devidas articulações com a equipe pedagógica estavam sendo realizadas nesses casos, conforme preconiza a atuação interdisciplinar – que é basilar para o modelo de cuidado psicossocial.

Silva, J. S. N., Ferrazza, D. A., & Leite, H. L. *Medicalização na infância: trajetórias de crianças em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil*

Perfil socioeconômico das crianças encaminhadas ao Capsi

Entre os 78 prontuários, 19 se referiam a crianças cujas famílias eram beneficiárias do programa de transferência de renda do Governo Federal, denominado à época de Bolsa Família. Essas informações também poderiam ser cruzadas com o perfil étnico-racial dessas crianças, mas, como dito anteriormente na categoria etnia/raça, apenas um prontuário informou que a menina estava sofrendo racismo na escola por ser negra, mas, nesse prontuário, não se informava se a família dela era beneficiária do Bolsa Família ou não.

Ainda que no restante dos prontuários essa informação sobre o perfil socioeconômico não esteja descrita, a localização de usuários cujas famílias dependem desse suporte financeiro para garantir a subsistência

mínima pode nos apontar uma tendência a submeter as crianças desfavorecidas economicamente – e que não correspondem às exigências escolares – a diagnósticos médico-psiquiátricos, cujo principal alvo são as crianças marginalizadas e/ou com direitos violados, conforme já salientava Patto (1990) em sua pesquisa “A Produção do Fracasso Escolar: Histórias de Submissão e Rebelia”, escrita há mais de três décadas.

Queixas iniciais das crianças encaminhadas a serviços de saúde anteriores ao Capsi

A tabela a seguir ilustra as queixas que fizeram com que as crianças fossem encaminhadas a serviços de saúde anteriores ao Capsi. Dividimo-las quanto ao número de menções nos prontuários, visto que, muitas vezes, uma mesma criança apresentava várias queixas diferentes.

Tabela 1. Queixas que fizeram com que as crianças fossem encaminhadas a outros serviços de saúde (UBS, clínicas particulares, ambulatórios etc.).

Queixas apresentadas antes do ingresso no Capsi	Frequência (N) relativa ao número de vezes que cada categoria foi mencionada nos prontuários
Agressividade/irritabilidade	32 vezes
Agitação psicomotora	17 vezes
Atraso na fala	11 vezes
Dificuldade de aprendizagem/baixo rendimento escolar	9 vezes
Problemas na interação social/isolamento/timidez	9 vezes
Ansiedade excessiva/medos excessivos	9 vezes
Dificuldade de concentração	8 vezes
Autolesão	6 vezes
Desobediência/dificuldade em aceitar regras e limites	5 vezes
Distúrbios alimentares em geral	5 vezes
Alterações de comportamento	4 vezes
Choro excessivo	3 vezes
Surtos psicóticos/alucinações	3 vezes
Ideação suicida	3 vezes
Impulsividade	2 vezes
Enurese noturna	1 vez
Discurso homicida	1 vez
Total	128 menções

Fonte: Elaborada pelas autoras.

Diante do exposto, é possível perceber a predominância das queixas relacionadas à agressividade e à irritabilidade, seguidas, respectivamente, pela agitação psicomotora, atraso na fala, problemas na interação social, ansiedade, dificuldade de aprendizagem/baixo rendimento escolar e dificuldade de concentração. Desse modo, é possível relacionar a prevalência das queixas de agressividade e irritabilidade com a própria preponderância do gênero masculino nos encaminhamentos, uma vez que isso se relaciona às condutas que socialmente são esperadas dos meninos e homens. Para Zanello e Bukowitz (2011), o sofrimento (e a reação a ele) é construído socialmente a partir dos valores e ideais de gênero de determinada cultura – e isso se evidencia também na expressão do adoecimento psíquico.

Atendimento das crianças no Capsi

No que concerne ao atendimento recebido pelas crianças no Capsi, constatamos que 28 crianças passaram por atendimento psiquiátrico e psicológico, 16 passaram apenas por atendimento psicológico, quatro foram submetidas apenas ao atendimento psiquiátrico, uma foi atendida apenas pela instrutora de arte e as 29 restantes não aderiram ao tratamento naquela instituição.

Desse modo, é possível perceber que a maioria dos indivíduos passou por atendimento psiquiátrico e psicológico simultaneamente. Contudo, chama a

atenção o fato de que 29 dos prontuários não continham informações relacionadas ao atendimento no Capsi. Esses prontuários geralmente eram lacunares e forneciam dados inconclusivos, o que impossibilitou obter informações sobre a continuidade de atendimento ou encaminhamento para outros dispositivos de saúde. Muitas famílias não aderiram ao tratamento no Capsi e, em relação a isso, é importante discutir a localização geográfica dessa instituição. Esse serviço de atenção psicossocial se localiza na periferia da cidade, distante da região central e, a despeito de a maioria da população residir na zona norte desse município, tal dispositivo de saúde está localizado na zona sul. Esse fator certamente dificulta o deslocamento de muitas famílias, sobretudo as que utilizam o transporte coletivo para locomoção.

Ainda com relação aos indivíduos que faltaram à consulta psiquiátrica no Capsi e que não aderiram efetivamente ao tratamento, inferimos que há também aqueles que já estavam sendo acompanhados por médicos de clínicas particulares e que, portanto, não viram a necessidade de frequentar o serviço. Diante disso, formulamos a hipótese de que havia mais indivíduos medicados e diagnosticados do que a presente pesquisa constatou.

Com respeito às hipóteses diagnósticas encontradas nos prontuários das crianças atendidas no Capsi, listamos na Tabela 2 as conclusões a que chegamos.

Silva, J. S. N., Ferrazza, D. A., & Leite, H. L. *Medicalização na infância: trajetórias de crianças em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil*

Tabela 2. Hipóteses diagnósticas atribuídas às crianças pelo(a) psiquiatra do Capsi

Hipóteses diagnósticas no Capsi	Frequência (N)
TDAH	5
Distúrbios da atividade e da atenção	7
TDAH + TOD	1
TDAH + TEA	2
Distúrbios da atividade e da atenção + TOD	2
Distúrbios da atividade e da atenção + TAG	1
TEA	1
Síndrome de Asperger	1
Outros transtornos do humor (afetivos) persistentes	1
Distúrbios de conduta não socializados/Outros transtornos psicóticos não orgânicos	1
Síndrome de Tourette	1
Alucinose orgânica	1
Não informada	9
Não houve (crianças que não passaram pelo atendimento psiquiátrico no Capsi)	45
Total	78

Fonte: Elaborada pelas autoras.

É possível perceber que, entre os 32 indivíduos que passaram por atendimento psiquiátrico no Capsi, 18 receberam diagnósticos de acordo com a categoria F90.0 da Classificação Internacional de Doenças – CID-10 (OMS, 1996), nomeada de “Distúrbios da atividade e da atenção”, isoladamente ou em associação com outros diagnósticos. Essa categoria engloba as seguintes variantes: síndrome de déficit da atenção com hiperatividade, transtorno de déficit da atenção com hiperatividade e transtorno de hiperatividade e déficit da atenção (OMS, 1996).⁷ Independentemente da denominação, o que está em questão é o TDAH, diagnóstico que, ao ser atribuído, desconsidera a interferência que terá na subjetivação e na

constituição da autoimagem da criança ou do adolescente (Vizotto & Ferrazza, 2016).

Ademais, a tabela a seguir apresenta informações referentes ao gênero, diagnóstico e faixa etária das 32 crianças que passaram por atendimento médico no Capsi.

⁷ Na CID-11, o TDAH é dividido entre as seguintes categorias: transtorno do déficit de atenção e hiperatividade, transtorno do déficit de atenção e hiperatividade predominantemente desatento, predominantemente hiperativo-impulsivo, apresentação combinada, outra forma de apresentação ou apresentação não especificada. Além disso, na atualização do DSM-IV para o V, o TDAH passou a ser classificado como leve, moderado e grave.

Silva, J. S. N., Ferrazza, D. A., & Leite, H. L. *Medicalização na infância: trajetórias de crianças em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil*

Tabela 3. Distribuição das crianças por gênero, diagnóstico e faixa etária

Diagnóstico	Gênero	Idade	Quantidade
TDAH	Masculino	5 anos	2 crianças
TDAH	Masculino	6 anos	1 criança
TDAH	Masculino	7 anos	2 crianças
TDAH	Masculino	10 anos	7 crianças
TDAH	Masculino	11 anos	3 crianças
TDAH + TOD	Masculino	6 anos	1 criança
TDAH + outros transtornos Psicóticos não orgânicos	Masculino	7 anos	1 criança
TDAH + TOD + TOC	Masculino	10 anos	1 criança
TDAH + TEA	Masculino	10 anos	2 crianças
TDAH + TOD	Masculino	10 anos	1 criança
TDAH + TEA	Masculino	11 anos	1 criança
TDAH + TOD	Masculino	11 anos	1 criança
TDAH + TAG	Masculino	11 anos	1 criança
TDAH	Feminino	7 anos	1 criança
TDAH	Feminino	10 anos	2 crianças
TDAH	Feminino	11 anos	1 criança
TDAH + TEA	Feminino	6 anos	1 criança
TDAH + TEA	Feminino	10 anos	1 criança
TDAH + TOD	Feminino	11 anos	2 crianças
Total	-	-	32 crianças

Fonte: Elaborada pelas autoras.

Nesse escopo, é possível perceber que 24 meninos foram diagnosticados com TDAH (isoladamente ou em associação com outras categorias diagnósticas), ao passo que apenas 8 meninas receberam o mesmo diagnóstico. Desse modo, a proporção encontrada foi de 1:3, o que mostra que, para cada menina diagnosticada com TDAH, havia três meninos enquadrados na mesma categoria. Cardoso, Sabbag e Beltrame (2007) encontraram uma incidência correlata em seu estudo, com uma média de 3,5 meninos para cada menina diagnosticada. Contudo, não há evidências de que o gênero masculino esteja mais propenso a desenvolver esse suposto transtorno. Conforme Ferreira (2019), os estudos atualmente disponíveis que apontam a relação entre TDAH e gênero destacam a prevalência desse diagnóstico entre os meninos, mas não problematizam o porquê de tal prevalência. Diante disso, o autor afirma

que “essas categorias diagnósticas na infância são ferramentas de policiamento na construção normativa de gênero masculino e feminino” (Ferreira, 2019, p. 12).

Além disso, em nosso estudo, outros diagnósticos também prevaleceram entre o gênero masculino, por exemplo, o de transtorno do espectro autista (a proporção encontrada foi de cinco meninos para nenhuma menina diagnosticada), transtorno de ansiedade generalizada (predominância de três meninos para uma menina diagnosticada), transtorno opositor desafiador (com prevalência de dois meninos para nenhuma menina diagnosticada) e, por fim, síndrome de Asperger, síndrome de Tourette, alucinação orgânica, outros transtornos do humor (afetivos) persistentes e transtorno obsessivo-compulsivo (todos com uma proporção de um menino para nenhuma menina diagnosticada). Já os diagnósticos de paralisia cerebral não

especificada, síndrome do pânico e retardo mental leve só constaram entre o gênero feminino, a saber, com três meninas diagnosticadas, sendo que cada qual foi enquadrada em uma das categorias mencionadas.

Com relação ao DSM, do qual emanam todos os diagnósticos apresentados, é sabido que esse instrumento se propõe a ser neutro e universal. Para perfazer um “transtorno”, o indivíduo deve apresentar um número mínimo de sintomas por determinado período de tempo – e esse instrumento da psiquiatria se propõe a descrever todos os comportamentos e manifestações considerados “desviantes”, com o intuito de sistematizá-los em categorias nosológicas. Contudo, essas categorias nosológicas, a despeito da proposta de serem neutras e universais, apresentam muitas limitações, visto que definir sintomas que caracterizem uma determinada patologia sem uma crítica prévia de gênero pode criar um olhar enviesado – e equivocado – que hiperdiagnostique transtornos em certo grupo, ao passo que os invisibilize em outro (Zanello, 2018).

A esse respeito, Zanello (2018) argumenta que precisamos considerar os valores e ideais de gênero do próprio profissional que realiza o diagnóstico, tendo em vista que os sintomas apresentados na queixa do paciente serão interpretados por esse profissional – em um ato que não é neutro nem desinteressado, como observamos ao longo deste estudo.

No que concerne à prescrição de psicofármacos determinada em consulta com o(a) psiquiatra do Capsi, encontramos os seguintes dados: cinco crianças haviam sido medicadas pela primeira vez, 12 tiveram mantidas as medicações já prescritas em serviços anteriores e 15 já tomavam algum medicamento e receberam uma nova

prescrição por parte do(a) médico(a) da instituição. Também é importante destacar que 46 crianças não receberam prescrição medicamentosa nesse serviço, já que não haviam sido atendidas pelo(a) psiquiatra do Capsi. Entre as 32 crianças submetidas ao atendimento médico nessa instituição, todas passaram a ser ou simplesmente permaneceram medicadas. Tais dados revelam que a biopsiquiatria atual apresenta dificuldades em criar outras formas de intervenção que não se resumam apenas à prescrição de psicofármacos. Como tem sido discutido ao longo do presente estudo, a lógica médico-psiquiátrica pode ser impiedosa quando se trata de diagnosticar e medicar os indivíduos, e isso pode ser comprovado a partir das informações anteriormente representadas. A esse respeito, Beltrame e Boarini (2013, p. 343) destacam que

A medicação tornou-se, literalmente, o remédio para os problemas de toda ordem, sejam de ordem médica ou não, e dela nos utilizamos para compreender e solucionar os conflitos produzidos socialmente, tentando, mediante intervenções voltadas para a criança em particular, resoluções para os problemas da educação, da saúde, da família e da relação entre adultos e crianças em geral.

Com respeito às medicações prescritas pelo(a) psiquiatra do Capsi às crianças, foi possível observar os medicamentos apresentados na Tabela 4.

Silva, J. S. N., Ferrazza, D. A., & Leite, H. L. *Medicalização na infância: trajetórias de crianças em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil*

Tabela 4. Medicamentos prescritos às crianças pelo(a) psiquiatra do Capsi

Medicações prescritas no Capsi / Nº de crianças que faziam uso de tais medicações	
Risperidona (isoladamente)	4
Risperidona + Ritalina	4
Risperidona + Outro(s) medicamento(s) psicofarmacológico(s)	6
Risperidona + Ritalina + Outro(s) medicamento(s) psicofarmacológico(s)	7
Ritalina (isoladamente)	4
Ritalina + Outro(s) medicamento(s) psicofarmacológicos(s)	3
Outros medicamentos psicofarmacológicos, isoladamente ou em associação (antidepressivos, antipsicóticos, ansiolíticos etc.).	4
Não houve medicação no serviço (crianças que não passaram por atendimento psiquiátrico)	46
Total	78

Fonte: Elaborada pelas autoras.

Quando comparamos a tabela de medicação no Capsi com a tabela anterior de medicação antes desse serviço, é possível perceber dissonâncias irrisórias. Isso se deve ao fato de, muitas vezes, a conduta do psiquiatra do Capsi ter sido apenas a de manter um medicamento que já havia sido ministrado anteriormente. Novamente, há a prevalência dos mesmos psicofármacos específicos: Ritalina e Risperidona (sendo que esse último é da classe dos antipsicóticos), tanto isoladamente quanto em associação com outros compostos. Contudo, é interessante dar destaque às prescrições de um medicamento do grupo dos antipsicóticos, também muito ministrado pelo referido serviço de saúde mental, o Aripiprazol. Esse medicamento foi mencionado em cinco prontuários, principalmente em associação com outros fármacos. A respeito desse psicofármaco, a bula produzida pelo laboratório farmacêutico que o comercializa afirma que o Aristab (nome comercial do Aripiprazol) é indicado para o tratamento da esquizofrenia e dos episódios de mania e mistos associados ao transtorno bipolar do tipo I em adultos (Achê, 2018). Com relação ao uso pediátrico dessa medicação, a bula é categórica ao

afirmar que “não há indicação aprovada para o uso de Aristab em *pacientes pediátricos*” (Achê, 2018, p. 9, grifos nossos). No entanto, essa substância tem sido deliberadamente ministrada a crianças na faixa etária de 5 a 11 anos de idade, como observado anteriormente. Diante disso, reitera-se que a utilização contrária à recomendada não é assegurada pela Anvisa e passa a ser de responsabilidade do(a) médico(a) que ministrou o fármaco (Colaço, 2016).

Diante do exposto, uma vez que a Ritalina e a Risperidona já se tornaram de conhecimento público, no que tange ao fenômeno de medicalização da infância (Vizotto & Ferrazza, 2016), inferimos que o Aristab é uma das mais novas apostas da psiquiatria, sendo que esse fármaco tem sido utilizado como substituto ou complemento para outras drogas psiquiátricas.

No que concerne à evolução do tratamento, entre as 32 crianças que passaram por atendimento psiquiátrico no Capsi, apenas duas receberam alta da medicação. Ademais, as famílias de quatro crianças suspenderam a medicação por conta própria, devido aos efeitos colaterais subjacentes à utilização dessa medicação.

Desse modo, percebe-se que a maioria das crianças não recebeu alta do tratamento medicamentoso, mesmo após um ano de tratamento. A esse respeito, “deve-se considerar que os sujeitos são crianças e que estão carregando o diagnóstico como uma determinação ao longo da vida” (Vizotto & Ferrazza, 2016, p. 1027). Estendemos, também, essa noção para o uso da medicação que, como tratado anteriormente na presente pesquisa, pode causar dependência química e psicológica e se tornar o único instrumento com o qual o indivíduo enfrentará seus mal-estares e dificuldades cotidianos. Muitas vezes, a própria família precisava interceder e retirar a medicação arbitrariamente, tendo em vista que a criança estava enfrentando efeitos adversos agudamente incômodos. Alguns prontuários, por exemplo, continham o relato de crianças que se recusavam a tomar a medicação porque, com ela, sentiam-se excessivamente apáticas e com problemas de interação social. Enfatizamos, ainda, o caso de um prontuário que relatava que a equipe pedagógica estava ministrando um comprimido e meio de Ritalina para a criança pela manhã, sem nenhum aval médico.

Em outro caso alarmante, a mãe começou a ministrar Ritalina por conta própria para o filho. Essas situações comprovam que o metilfenidato tem sido utilizado de modo corriqueiro como uma “pílula da obediência” (Caliman, 2008, p. 560) por parte de pais e professores. Nesse viés, os Capsi muitas vezes continuam vinculados ao modelo médico-centrado e medicamentoso como única (ou principal) alternativa de tratamento. Isso tem sido reafirmado não apenas pelos profissionais do serviço, mas também pelos usuários que, com frequência, buscam esse serviço com a expectativa de conseguir uma consulta médica, uma

solicitação de exame ou a obtenção de uma receita de determinada medicação. Diante do exposto, em consonância com Zaniani (2015, p. 139), argumentamos que “Ao Capsi, é premente a necessidade de contextualizar toda e qualquer queixa, conhecer as circunstâncias que as enredam por meio de uma escuta qualificada e menos apressada do sofrimento, desnaturalizando-o ao dar voz às várias versões envoltas no ‘problema’”.

Considerações finais

A partir do cenário que se delineou com os resultados da pesquisa, foi possível comprovar que a educação tem se amparado no uso de laudos e diagnósticos psiquiátricos na tentativa de suprimir as diversidades subjetivas que constituem o ambiente de sala de aula. Parece-nos que o objetivo é construir novas subjetividades no seio da infância – subjetividades que seriam consideradas qualitativamente “superiores” às demais devido ao aprimoramento da capacidade atenta proporcionado pela utilização de drogas cosméticas (Caliman, 2008) que mascaram a *performance* real do cérebro.

À guisa de conclusão, a presente pesquisa foi capaz de revelar que a medicalização da infância e a consequente responsabilização da criança pelos problemas sociais, educacionais e familiares (Beltrame & Boarini, 2013) têm ocorrido “a todo vapor”, o que demonstra a disfunção nas áreas da educação e da saúde e denota a tentativa – que tem sido bem-sucedida – de mascarar situações de racismo, machismo, desigualdade social e exclusão da população pobre e marginalizada, sobretudo por meio da individualização das queixas levadas aos serviços de saúde mental.

Na análise dos prontuários, foi possível observar, por exemplo, a ausência de informações relativas ao perfil socioeconômico, etnia/raça e instituições de ensino frequentadas pelas crianças atendidas, o que demonstra que a equipe que fez os registros no prontuário possivelmente não se atentou à importância de que esses dados fossem coletados e registrados. Ao desenvolverem um estudo em um Caps infantojuvenil, Leitão, Dias, Tristão, Ronchi e Avellar (2020) também observaram que uma parcela significativa dos prontuários analisados não informava sobre a escolaridade dos usuários, nem acerca do recebimento ou não de Bolsa Família por parte da clientela atendida. Sem o registro dessas informações a respeito do contexto que a criança vivencia, não é possível compreender se a rede de cuidado tem feito as devidas articulações com a escola, a comunidade e os outros serviços de saúde mental, como preconiza o paradigma da desinstitucionalização.

Nesse sentido, a consulta às informações registradas nesses prontuários foi um limite metodológico deste estudo, que poderia ter ampliado ainda mais suas conclusões se fosse possível realizar cruzamentos interseccionais entre raça/etnia e perfil socioeconômico das crianças atendidas, por exemplo. No entanto, muitas vezes, a equipe apenas se dispõe a registrar no prontuário que a criança foi enquadrada em determinado diagnóstico, como se houvesse uma hierarquia de importância das informações que devem ser apresentadas ou não. Considerando as reflexões que a pesquisa suscita, finalizamos, lançando o seguinte questionamento: será que é possível escapar dos grilhões da psiquiatria biologicista?

Referências

- Aché Laboratórios Farmacêuticos S.A. (2018). *Bula do Aristab* (p. 1-20). Recuperado em 24 fevereiro, 2020, de <https://www.ache.com.br/arquivos/bula-profissional-da-saude-aristab.pdf>.
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. (2013). *Estudo aponta crescimento no consumo de metilfenidato*. Recuperado em 19 julho, 2019, de <http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/anvisa+portal/anvisa/sala+de+imprensa/menu+noticias+anos/2013+noticias/estudo+aponta+tendencia+de+crescimento+no+consumo+de+metilfenidato>.
- Alvariñas-Villaverde, M., & Pazos-González, M. (2018). Estereótipos de género em Educación Física, una revisión centrada em el alumnado. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 20(4).
- Amarante, P. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- American Psychiatric Association. (1994). *DSM-IV: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4a ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders –DSM-V* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.

Silva, J. S. N., Ferrazza, D. A., & Leite, H. L. *Medicalização na infância: trajetórias de crianças em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil*

- Beltrame, M. M., & Boarini, M. L. (2013). Saúde mental e infância: reflexões sobre a demanda escolar de um Capsi. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 33(2), 336-349. Recuperado em 3 novembro, 2020, de <https://www.scielo.br/pdf/pcp/v33n2/v33n2a07.pdf>.
- Caliman, L. V. (2008). O TDAH: entre as funções, disfunções e otimização da atenção. *Psicologia em Estudo*, 13(3), 559-566. Recuperado em 3 novembro, 2020, de <https://www.scielo.br/pdf/pe/v13n3/v13n3a17.pdf>.
- Cardoso, F. L., Sabbag, S., & Beltrame, T. S. (2007). Prevalência de transtorno de déficit de atenção/hiperatividade em relação ao gênero de escolares. *Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano*, 9(1), 50-54. Recuperado em 3 novembro, 2020, de <https://periodicos.ufsc.br/index.php/rbcdh/article/view/4032/3418>.
- Colaço, L. C. (2016). *A produção de conhecimento e a implicação para a prática do encaminhamento, diagnóstico e medicalização de crianças: contribuições da psicologia histórico-cultural*. Tese de mestrado, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, Brasil. Recuperado em 3 novembro, 2020, de <http://www.ppi.uem.br/arquivos-para-links/teses-e-dissertacoes/2016-1/lorena-carrillo>.
- Collares, C. A. L., Moysés, M. A. A., Ribeiro, M. C. França. (2013). *Novas capturas, antigos diagnósticos na era dos transtornos*. Campinas, SP: Mercado de Letras.
- Ferreira, R. R. (2019). *Corpos políticos em um mundo de versões: multiplicidades, controvérsias e recalcitrância nas construções normativas de gênero e TDAH*. Texto de qualificação, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, Brasil.
- Foucault, M. (2006). *O poder psiquiátrico: curso no Collège de France (1973-1974)*. São Paulo: Martins Fontes.
- Itaborahy, C., & Ortega, F. (2013). O metilfenidato no Brasil: uma década de publicações. Rio de Janeiro: *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(3), 803-816. Recuperado em 3 novembro, 2020, de <https://www.scielo.br/pdf/csc/v18n3/26.pdf>.
- Kamers, M. (2013). A fabricação da loucura na infância: a psiquiatrização do discurso e medicalização da criança. *Estilos Clínicos*, 18(1), 153-165. Recuperado em 3 novembro, 2020, de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/estilos/v18n1/a10v18n1.pdf>.
- Kantoviski, A. L. L., & Vargens, O. M. C. (2010). O cuidado à mulher que vivencia a menopausa sob a perspectiva da desmedicalização. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 12(3), 567-570. Recuperado em 29 junho, 2022, de

Silva, J. S. N., Ferrazza, D. A., & Leite, H. L. *Medicalização na infância: trajetórias de crianças em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil*

- <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/7589/7878>.
- Lei 8.069, de 13 de julho de 1990.* (1990). Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília. Recuperado em 29 junho, 2022, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm.
- Lei nº 10.216, Legislação Federal, de 06 de abril de 2001.* (2001). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Recuperado em 29 junho, 2022, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.html.
- Leitão, I. B., Dias, A. B., Tristão, K. G., Ronchi, J. P., & Avellar, L. Z. (2020). Dez anos de um Capsi: comparação da caracterização de usuários atendidos. *Psicologia USP*, 31, 1-14.
- Ministério da Saúde. Brasil. (2014). *Atenção Psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos*. Ministério da Saúde, Conselho Nacional do Ministério Público. Brasília: Ministério da Saúde.
- Mismetti, D. (2012, nov. 11). Pesquisa revela remédios mais consumidos pelos brasileiros. *Folha de São Paulo*. Recuperado em 10 julho, 2019, de <http://www1.folha.uol.com.br/equlibrioesaude/2012/11/1183441-pesquisa-revela-remedios-mais-consumidos-pelos-brasileiros.shtml>.
- Oliveira, C. C. M. (2014, fev. 27). Venda de calmantes sobe 42% no Brasil nos últimos cinco anos. *Folha de São Paulo*. Recuperado em 5 de julho, 2019, de <http://www1.folha.uol.com.br/equlibrioesaude/2014/02/1418499-venda-de-calmantes-sobe-42-no-brasil-nos-ultimos-cinco-anos.shtml>.
- Organização Mundial da Saúde. (1996). *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: CID-10* (10a ver., 3a ed., Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português, Trad.). São Paulo: Edusp.
- Patto, M. H. S. (1990). *A produção do fracasso escolar*. São Paulo: T. A. Queiroz.
- Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002.* (2002). Ministério da Saúde. Recuperado em 29 junho, 2022, de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html.
- Portaria nº. 3088/GM, de 23 de dezembro de 2011.* (2011). Ministério da Saúde. 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. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde. Recuperado em 29 junho, 2022, de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html.

Silva, J. S. N., Ferrazza, D. A., & Leite, H. L. *Medicalização na infância: trajetórias de crianças em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil*

- Ribeiro, D. (2019). *Pequeno manual antirracista*. São Paulo: Editora Schwarcz S.A.
- Schiller, P., & Katz, I. (2014, jul. 09). Nem toda agitação ou desatenção é doença. *Folha de São Paulo*. Recuperado em 10 de julho, 2019, de <http://www1.folha.uol.com.br/opiniaio/2014/07/1483158-paulo-schiller-e-ilana-katz-nem-toda-agitacao-ou-desatencao-e-doenca.shtml>.
- Untoiglich, G. (2014). Medicalización y patologización de la vida: situación de las infancias en latinoamérica. *Nuances: estudos sobre Educação*, 25(1), 20-38.
- Vizotto, L. P., & Ferrazza, D. A. (2016). Educação medicalizada: estudo sobre o diagnóstico de TDAH em um dispositivo de saúde. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 16(3), 1013-1032. Recuperado em 3 novembro, 2020, de <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/32957/23434>.
- World Health Organization – WHO. (2011). ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. Version: 2019. Geneva: WHO.
- Zanello, V., & Bukowitz, B. (2011). Loucura e cultura: uma escuta das relações de gênero nas falas de pacientes psiquiatrizados. *Revista Labrys Estudos Feministas*, 1-22. Recuperado em 3 novembro, 2020, de <https://www.labrys.net.br/labrys/20/brasil/valeska.htm>.
- Zanello, V., Fiuza, G., & Costa, H. S. (2015). Saúde mental e gênero: facetas gendradas do sofrimento psíquico (Dossiê Políticas Sociais e de Gênero no Contemporâneo). *Fractal, Revista de Psicologia*, 27(3), 238-246. Recuperado em 3 novembro, 2020, de <https://www.scielo.br/pdf/fractal/v27n3/1984-0292-fractal-27-3-0238.pdf>.
- Zanello, V. (2018). *Saúde mental, gênero e dispositivos: cultura e processos de subjetivação*. Curitiba: Appris.
- Zaniani, E. J. M., & Luzio, C. A. (2014). A intersectorialidade nas publicações acerca do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil. *Psicologia em Revista*, 20(1), 56-77.
- Zaniani, E. J. M. (2015). *Entre potências e resistências: o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil e a construção da lógica da Atenção Psicossocial*. Tese de doutorado, Universidade Estadual Paulista, Assis, São Paulo, Brasil. Recuperado em 3 novembro, 2020, de <http://www.athena.biblioteca.une.sp.br/exlibris/bd/cathedra/13-11-2015/000853972.pdf>.

Recebido em: 4/8/2022

Aceito em: 16/7/2022



A revista PPP está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional.