

A INFÂNCIA MARCADA PELA BIOPOLÍTICA DA PATOLOGIZAÇÃO E DA MEDICALIZAÇÃO

Fauzy da Silva Araujo¹

Maria da Gloria Gonçalves Santos²

RESUMO

Este artigo tem como objetivo analisar, sistematizar e discutir o que tem sido escrito sobre a patologização e medicalização na infância, compreendendo sua articulação com o social, perpassando pelos serviços de saúde e educação e repercutindo na ideia que temos da infância e como temos agido com as crianças nos dias de hoje, atravessados pelo discurso da ciência e do imediatismo das sociedades capitalistas. Foi utilizado o método de revisão sistemática de literatura, a partir de uma abordagem quanti-qualitativa, tendo como objeto 15 artigos publicados em revistas científicas e disponíveis nas bases: SciELO, BVS e CAPES, seguindo os critérios de inclusão: artigos publicados nos últimos 10 anos, que correspondessem ao tema pesquisado e que fossem resultados de pesquisas empíricas, em língua portuguesa. Foi observado que tais estudos trazem uma relação e discussão da patologização e da medicalização na infância com o Transtorno do Déficit da Atenção e Hiperatividade (TDAH), com o uso do Metilfenidato, a relação desses diagnósticos com o contexto escolar e o baixo número de publicações científicas sobre o tema. Pôde-se perceber que as discussões acerca da patologização e medicalização na infância dão margem para outras possibilidades de discussões epistemológicas e políticas. Foi possível apreender que as produções científicas trouxeram críticas muito pertinentes, fazendo com que este estudo pudesse ser contemplado com a riqueza de discussões postas nas pesquisas analisadas e sistematizadas. É perceptível que o TDAH, o metilfenidato e a escola são indicadores muito frequentes e que requerem atenção dos profissionais de saúde e educação que atuam com o público infantil.

PALAVRAS-CHAVE: Infância. Patologização. Medicalização. Psicanálise. Biopolítica.

1 INTRODUÇÃO

Falar da infância requer a compreensão de algumas nuances que se fazem presentes na sua história e discursividade. Na passagem da idade média para a idade moderna, houve uma mudança no paradigma em torno da infância, fazendo com que a mesma passasse a ser vista como um importante momento no desenvolvimento do sujeito, em suas dimensões psicológicas, biológicas e de interação social (PALACIOS, 2004). Essa mudança paradigmática se dá através do surgimento do “sentimento da infância”, conforme colocado por Ariès (1986), para designar a passagem da ideia da criança como um mini adulto à

¹ Graduando em Psicologia do Centro Universitário Jorge Amado – UNIJORGE. fauzyaraujo@hotmail.com.

² Professora orientadora do curso de Psicologia do Centro Universitário Jorge Amado – UNIJORGE. mariadagloriagoncalvessantos@gmail.com.

consolidação da infância nos moldes como podemos ver até os dias atuais (ARIÈS, 1986).

A compreensão dessa forma como colocada por Ariès (1986) é pautada em um ideal de infância baseada em um sistema familiar burguês, mais especificamente europeu, havendo então a necessidade de discutir a infância através de sua história e contextualização sociocultural, entendendo que cada infância se dá através de formatações muito específicas à sua época, seus costumes e o discurso social que predomina (CERVO & SILVA, 2014). Desta forma, percebe-se a importância de colocar a infância não só como uma fase do desenvolvimento, mas como uma constante de interações que envolvem diversos fatores, levando em consideração que a infância é “uma construção social moderna” (BATISTA & OLIVEIRA, 2017, p. 3).

Partindo do pressuposto de que a infância é entendida através de uma gama de possibilidades e vista sob diversos aspectos, compreende-se que o olhar para as questões que perpassam o público infantil diz respeito à política que se faz presente no meio em que esse público está inserido. Pensar a infância nos dias atuais é estar atento aos eventos passados, contextualizar o presente com perspectivas futuras do que estamos vivenciando.

Um dos acontecimentos que tem sido alvo de discussões, que articula a infância e a ciência, é a patologização e a medicalização na infância. Martinhago (2018, p. 3328) traz que estamos passando por uma “praga de transtornos mentais”, utilizando mecanismos de classificação, como por exemplo o DSM-V, para rotular como transtorno mental, alguns acontecimentos pertinentes à infância. Um dos diagnósticos mais realizados atualmente é do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e a utilização de psicofármacos tem sido a estratégia adotada pelos profissionais de saúde, mais especificamente psiquiatras e neurologistas (MARTINHAGO, 2018; SILVA, SCHÄFER & BONFIGLIO, 2013).

Em 2014, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) publicou um boletim farmacoepidemiológico, alertando sobre o uso indiscriminado e possíveis consequências do uso do metilfenidato, composto químico da Ritalina e do Concerta, dois dos medicamentos prescritos para o público infantil diagnosticado com TDAH e mais utilizados nos últimos anos (ANVISA, 2014). Em 2015, o Conselho Federal de Farmácia divulga também um boletim, descrevendo os impactos orgânicos e psicológicos (Ver tabela 7) do uso do metilfenidato e como alguns efeitos podem ser drásticos e irreversíveis para o usuário (CFF, 2015).

Os dados supracitados trazem uma relação direta do diagnóstico de transtornos mentais infantis com um uso de medicações como forma de tratamento, muitas vezes sendo a única modalidade de tratamento de sintomas que não podem ser reduzidos a fatores biológicos, mais especificamente déficits no sistema nervoso, utilizando-se dos neurotransmissores como únicos parâmetros de avaliação.

Levando em consideração essa redução da experiência da psicopatologia ao biológico, percebemos que esse mecanismo de abordagem do sofrimento psíquico não diz respeito somente ao campo da ciência, representada pela medicina, mas também à psicologia e às políticas de estado. Desde o surgimento da ciência médica, sabemos que o corpo era o instrumento de investigação e atuação dos médicos, em uma perspectiva biológica. Entre o fim do século 18 e início do século 19, o corpo passa a ser uma estratégia de controle, a partir do que Foucault (1979) vai chamar de biopolítica. Nas palavras do próprio autor:

O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade biopolítica. A medicina é uma estratégia biopolítica (FOUCAULT, 1979, p. 80).

Entende-se a biopolítica como uma ideia de que o corpo não é um simples organismo, mas um objeto de controle do estado, que está relacionado com sua inscrição no social, sua força de trabalho, sua colocação no espaço geográfico e a sua normatização a partir de modelos hegemônicos. Esse controle é uma prática de utilização do poder como forma de expressão do estado que se coloca a partir de um modelo liberal, fazendo com que a biopolítica esteja atrelada à essa forma de gestão das sociedades através do governo. O corpo aqui é entendido como um elemento ativo na política, não necessariamente se apresentando com a função de cidadania. No que diz respeito à saúde, a medicina foi a primeira ciência a se apropriar desse corpo em sua dimensão biopolítica, havendo uma hegemonia desse campo do saber sobre os outros, com uma promessa de cura para todos os males. Nesse caso temos uma relação saber-poder. (FOUCAULT, 1979; FOUCAULT, 2008; BIRMAN, 2007).

Essa prática se estende até os dias de hoje, não sendo exercida somente pela medicina, mas todos aqueles que seguem um padrão cientificista que reduz o corpo a uma experiência unitária e a serviço das estruturas de poder. Podemos ver isso mais diretamente nos profissionais de saúde e educação, já que, ao se tratar de crianças, temos atualmente muitas modalidades de controle, como a escola, a psicopatologia, o medicamento, os aparelhos eletrônicos e qualquer dispositivo tecnológico que venha se fazer presente nas formas de cuidado na infância.

Para Laurent (2013), esse sistema está passando pelo que o autor chama de “crise do controle da infância”, pois, ao levar em consideração o DSM-V, as patologias da infância são fabricadas de forma descontrolada (LAURENT, 2013). Citou-o:

É possível dizer que, se há um sintoma da crise do controle a infância, este encontra-se nessa inflação que invade todo o sistema DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), que prefiro chamar “Zona DSM” – como há Zona do Euro –, porque essa moeda epidemiológica se fabrica sem controle suficiente (LAURENT, 2013, p. 43).

Partindo das ideias foucaultianas e psicanalíticas, compreende-se que é preciso olhar esse movimento discursivo de forma crítica, principalmente no que diz respeito às classificações nosológicas na infância a partir do DSM-V, que mostram uma fragilidade e pouca clareza na descrição de seus indicadores diagnósticos a respeito das psicopatologias, ocasionando um alto número de diagnósticos psiquiátricos com fronteiras difusas a respeito no normal e do patológico e que servem como formas de controle da população, mais especificamente as crianças (CAPONI, 2014; MARTINHAGO, 2018).

Para Beltrame e Boarini (2013, p. 338) “não podemos negar a existência de transtornos mentais entre o público infanto-juvenil e a necessidade de projetos de assistência nessa área” e a partir desse pensamento, compreendemos que não se trata de ignorar a existência e até mesmo a necessidade de que haja diagnósticos e uso de medicamentos, mas sim de utilizar essas possibilidades compreendendo a sua história, repercussões e as formas alternativas de tratamento, já que normalmente a medicação é a principal via (BELTRAME & BOARINI, 2013).

Percebe-se que essas tecnologias de controle perpassam vários campos onde as crianças estão inseridas, como na escola (SIGNOR, BERBERIAN & SANTANA, 2017; LEONARDO & SUZUKI, 2016; CRUZ, OKAMOTO & FERRAZZA, 2016; VIZOTTO & FERRAZZA, 2016), nos serviços de saúde pública (CERVO & SILVA, 2014; BELTRAME & BOARINI, 2013; FATORI et al, 2018; BATISTA & OLIVEIRA, 2017; CORD et al, 2015; GOMES et al, 2015), na clínica (SILVA, SCHÄFER & BONFIGLIO, 2013) e até mesmo nas redes sociais (MARTINHAGO, 2018; MARTINHAGO, 2018). O que nos faz pensar na possibilidade de um olhar sistemático para tal fenômeno, já que sabemos que as possibilidades de controle se fazem presentes nos mais diversos meios (FOUCAULT, 2014).

Ao compreender a importância de discutir a patologização e a medicalização na infância, tendo como base a teoria psicanalítica e a teoria de Michel Foucault, este artigo tem como objetivo analisar, sistematizar e discutir o que tem sido escrito sobre o assunto e como esse fenômeno se inscreve no social, perpassando pelos serviços de saúde e educação e repercutindo na ideia que temos da infância e como temos agido com as crianças nos dias de hoje, atravessados pelo discurso da ciência e do imediatismo das sociedades capitalistas.

Esta pesquisa emergiu de estudos e da inquietação de articular aspectos e especificidades do trabalho com crianças e sua relação com o discurso social, levando em consideração a ética e a política, a partir de autores da psicanálise e das contribuições do filósofo Michel Foucault para designar a ocupação política do corpo, além da ideia de organismo.

Tendo em vista que a patologização e a medicalização na infância é um dado e que precisa de um olhar mais apurado pelos profissionais de psicologia, percebe-se a necessidade de estudos que falem sobre o assunto e que façam análises além de dados quantitativos, alertando não só os profissionais, mas

também a população em geral. É preciso que a atenção e a crítica se tornem práticas corriqueiras na prestação de serviços psicológicos, para que busquemos modalidades de cuidado além dos fármacos e compreender o sujeito em sua singularidade.

2 MÉTODO

Essa pesquisa utilizou como método a revisão sistemática de literatura, a partir de uma abordagem quanti-qualitativa, tendo como objeto 15 artigos publicados em revistas científicas e disponíveis nas bases: SciELO, BVS e CAPES. As palavras-chave utilizadas na pesquisa foram “medicalização”, “patologização” e “infância”, tendo como critérios de inclusão: artigos publicados nos últimos 10 anos, que correspondessem ao tema pesquisado e que fossem resultados de pesquisas empíricas, em língua portuguesa. Foram encontrados 301 artigos, sendo que 286 foram excluídos por não serem empíricos, serem repetidos, não terem sido publicados nos últimos 10 anos e por não corresponderem ao tema da pesquisa (ver tabela 1).

Base de pesquisa	Artigos encontrados	Artigos excluídos	Artigos utilizados
SciELO	47	40	7
BVS	101	97	4
CAPES	153	149	4
Total=	301	286	15

Tabela 1: Relação de busca, seleção e exclusão de artigos

3 RESULTADOS

A partir dos estudos analisados quanti-qualitativamente, observa-se que tais estudos trazem uma relação e discussão da patologização e medicalização na infância com o Transtorno do Déficit da Atenção e Hiperatividade (TDAH)(ver Tabela 1). A discussão também perpassa o uso do Metilfenidato, princípio ativo da Ritalina e do Concerta, medicamentos comumente receitados para crianças diagnosticadas com o transtorno. Assim como o TDAH, a discussão sobre o metilfenidato não necessariamente representa a utilização da substância, mas aparece em 53,33% (ver Tabela 2) das discussões dos estudos. Além disso, conforme pode ser visto na Tabela 2, a pauta acerca do TDAH não implica necessariamente no uso do Metilfenidato, mas que os números apontam para uma relação frequente entre a patologização e a medicalização.

Autor(es)/Ano	Medicalização e relação com o TDAH	TDAH e uso de metilfenidato
Cervo e Silva (2014)	Sim	Não
Cord et al. (2015)	Não	Não
Beltrame e Boarini (2013)	Sim	Não

Vizotto e Ferrazza (2016)	Sim	Sim
Silva, Schäfer e Bonfiglio (2013)	Sim	Sim
Martinhago (2018)	Sim	Sim
Gomes et al. (2015)	Sim	Não
Signor, Berberian e Santana (2017)	Sim	Sim
Fatori et al. (2018)	Sim	Não
Leonardo e Suzuki (2016)	Sim	Sim
Batista e Oliveira (2017)	Sim	Não
Cruz, Okamoto e Ferrazza (2016)	Sim	Sim
Manske e Quadros (2018)	Sim	Não
Vizotto e Ferrazza (2017)	Sim	Sim
Martinhago (2018)	Sim	Sim
Total=	Sim= 14/15 (93,33%) Não= 1/15 (6,66%)	Sim= 8/15 (53,33%) Não= 7/15 (46,66%)

Tabela 2:Relações da patologização e medicalização com o TDAH e o Metilfenidato.

Os estudos realizados mostram que os objetos de estudo são em sua maioria com profissionais (ver Tabela 4), somando 40% do total, e minoritariamente com os próprios pacientes, onde somente 6,66% dos estudos escutaram exclusivamente o próprio sujeito, o que em números exatos se resume em apenas 1 estudo. Os outros estudos utilizaram prontuários de serviços de saúde, pais e redes sociais, como exposto nas tabelas 3 e 4, com seus respectivos números.

Autor(es)/Ano	Público alvo de estudo
Cervo e Silva (2014)	Profissionais e pacientes
Cord et al. (2015)	Profissionais
Beltrame e Boarini (2013)	Prontuários
Vizotto e Ferrazza (2016)	Prontuários
Silva, Schäfer e Bonfiglio (2013)	Prontuários
Martinhago (2018)	Rede Social
Gomes et al. (2015)	Profissionais
Signor, Berberian e Santana (2017)	Paciente
Fatori et al. (2018)	Profissionais
Leonardo e Suzuki (2016)	Profissionais
Batista e Oliveira (2017)	Profissionais
Cruz, Okamoto e Ferrazza (2016)	Pais e profissionais
Manske e Quadros (2018)	Profissionais
Vizotto e Ferrazza (2017)	Prontuários
Martinhago (2018)	Rede Social

Tabela 3:Público alvo das pesquisas.

Público alvo de estudo	Números absolutos (n)	Percentual (%)
Profissionais e pacientes	1	6,66
Profissionais	6	40
Prontuários	4	26,66
Rede Social	2	13,33
Paciente	1	6,66
Pais e profissionais	1	6,66
Total=	15	100

Tabela 4:Público alvo das pesquisas.

Todos os estudos analisados trazem a relação da patologização e medicalização na infância com o contexto escolar/educacional, seja como

instituição que também atua com a docilização dos corpos, como principal fonte de encaminhamento de crianças para os serviços de saúde ou como local de queixa por parte dos profissionais da educação a respeito dos ditos problemas de comportamento na escola. Conforme colocado na tabela 5, temos 100% dos estudos citando, problematizando ou contextualizando os fenômenos de patologização e medicalização com o a área da educação.

Autor(es)/Ano	Relação com o contexto escolar/educacional
Cervo e Silva (2014)	Sim
Cord et al. (2015)	Sim
Beltrame e Boarini (2013)	Sim
Vizotto e Ferrazza (2016)	Sim
Silva, Schäfer e Bonfiglio (2013)	Sim
Martinhago (2018)	Sim
Gomes et al. (2015)	Sim
Signor, Berberian e Santana (2017)	Sim
Fatori et al. (2018)	Sim
Leonardo e Suzuki (2016)	Sim
Batista e Oliveira (2017)	Sim
Cruz, Okamoto e Ferrazza (2016)	Sim
Manske e Quadros (2018)	Sim
Vizotto e Ferrazza (2017)	Sim
Martinhago (2018)	Sim
Total=	Sim= 15/15 (100%) Não= 0/15 (0%)

Tabela 5:Relação dos estudos com o contexto escolar.

Outro dado analisado foi publicações acerca do tema nos últimos 10 anos, que vieram crescendo, com oscilações (ver gráfico 1), desde o ano de 2013, mas que ainda representa um número muito baixo de estudos publicados sobre a temática da medicalização e patologização na infância.

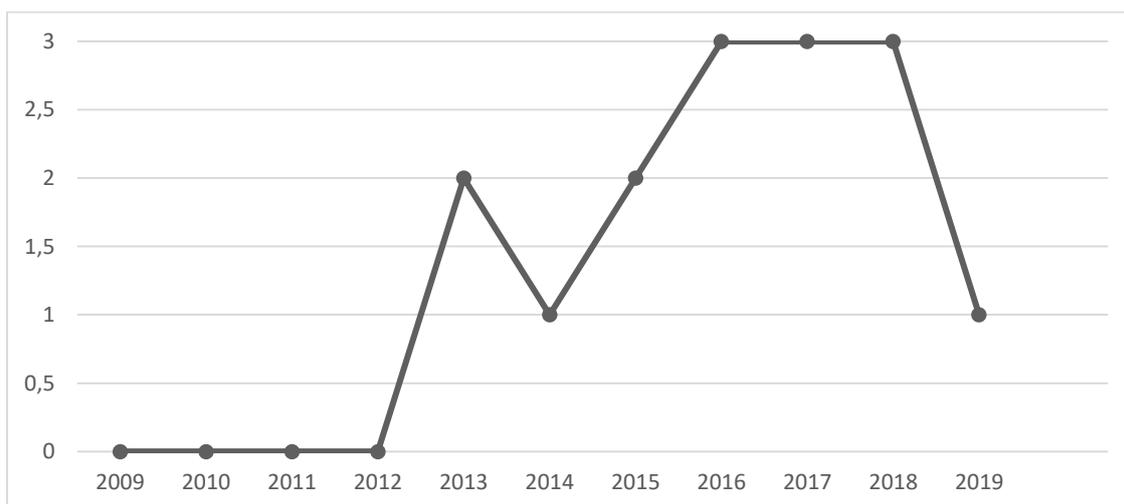


Gráfico 1: Publicações sobre a temática nos últimos 10 anos.

Diante dos resultados supracitados, tomaremos como base para discussão os tópicos seguintes: 1) relação da patologização e medicalização na infância com o TDAH e com o uso de Metilfenidato; 2) A escassez de estudos

que tenham o sujeito como objeto; 3) Relação da patologização e medicalização na infância com o contexto escolar/educacional e 4) O baixo número de publicações acerca do tema.

4 DISCUSSÃO

4.1 TDAH E O USO DO METILFENIDATO

Atualmente o TDAH tem sido um dos diagnósticos mais presentes na infância (VIZOTTO & FERRAZZA, 2016; FATORI et al, 2018; BATISTA & OLIVEIRA, 2017). O seu surgimento se dá a partir da descrição e categorização de alguns comportamentos infantis e relacionando-se, enquanto descrição nosológica, com o uso do metilfenidato como estratégia terapêutica (MARTINHAGO, 2018; MARTINHAGO, 2018). Por ser um dos transtornos neuropsiquiátricos mais comuns na infância, estima-se que 7% da população mundial é afetada com o diagnóstico do TDAH e tem uso de fármacos como exclusividade no tratamento (CRUZ, OKAMOTO & FERRAZZA, 2016). Vale ressaltar que o Brasil é o 2º maior consumidor mundial de metilfenidato (SIGNOR, BERBERIAN & SANTANA, 2017).

O TDAH é descrito pelo DSM-V (APA, 2014) como um “transtorno do neurodesenvolvimento”, o que significa que para a psiquiatria, o transtorno tem uma origem especificamente no sistema nervoso central e que se apresenta a partir de seu desenvolvimento. Colocar o TDAH como um transtorno eminentemente biológico é um tanto contraditório, já que até o momento não existem evidências científicas que comprovem alterações biológicas (VIZZOTTO & FERRAZZA, 2017), tornando o diagnóstico controverso (LEONARDO & SUZUKI, 2016) e com pouco rigor científico para sustenta-lo (VIZZOTTO & FERRAZZA, 2016).

Por não haver comprovações que atestem a causa biológica do TDAH, seu diagnóstico é feito exclusivamente a partir da avaliação clínica (MARTINHAGO, 2018), implicando diretamente a subjetividade do avaliador e reduzindo o diagnóstico à uma “mera verificação de sinais” (VIZZOTTO & FERRAZZA, 2016, p. 1021). Essa verificação pode ser feita através dos indicadores nosológicos do DSM-V (APA, 2014), disponíveis na tabela abaixo:

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DO TDAH PARA O DSM-V

A. Um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere no funcionamento e no desenvolvimento, conforme caracterizado por (1) e/ou (2):

1. Desatenção: Seis (ou mais) dos seguintes sintomas persistem por pelo menos seis meses em um grau que é inconsistente com o nível do desenvolvimento e têm impacto negativodiretamente nas atividades sociais e acadêmicas/profissionais:

Nota: Os sintomas não são apenas uma manifestação de comportamento opositor, desafio, hostilidade ou dificuldade para compreender tarefas ou instruções. Para adolescentes mais velhos e adultos (17 anos ou mais), pelo menos cinco sintomas são necessários.

- a. Frequentemente não presta atenção em detalhes ou comete erros por descuido em tarefas escolares, no trabalho ou durante outras atividades (p. ex., negligência ou deixapassar detalhes, o trabalho é impreciso).
- b. Frequentemente tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas (p.ex., dificuldade de manter o foco durante aulas, conversas ou leituras prolongadas).
- c. Frequentemente parece não escutar quando alguém lhe dirige a palavra diretamente (p.ex., parece estar com a cabeça longe, mesmo na ausência de qualquer distração óbvia).
- d. Frequentemente não segue instruções até o fim e não consegue terminar trabalhos escolares, tarefas ou deveres no local de trabalho (p. ex., começa as tarefas, mas rapidamente perde o foco e facilmente perde o rumo).
- e. Frequentemente tem dificuldade para organizar tarefas e atividades (p. ex., dificuldade em gerenciar tarefas sequenciais; dificuldade em manter materiais e objetos pessoais em ordem; trabalho desorganizado e desleixado; mau gerenciamento do tempo; dificuldade em cumprir prazos).
- f. Frequentemente evita, não gosta ou reluta em se envolver em tarefas que exijam esforço mental prolongado (p. ex., trabalhos escolares ou lições de casa; para adolescentes mais velhos e adultos, preparo de relatórios, preenchimento de formulários, revisão de trabalhos longos).
- g. Frequentemente perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (p. ex., materiais escolares, lápis, livros, instrumentos, carteiras, chaves, documentos, óculos, celular).
- h. Com frequência é facilmente distraído por estímulos externos (para adolescentes mais velhos e adultos, pode incluir pensamentos não relacionados).
- i. Com frequência é esquecido em relação a atividades cotidianas (p. ex., realizar tarefas, obrigações; para adolescentes mais velhos e adultos, retornar ligações, pagar contas, manter horários agendados).

2. Hiperatividade e impulsividade: Seis (ou mais) dos seguintes sintomas persistem por pelo menos seis meses em um grau que é inconsistente com o nível do desenvolvimento e têm impacto negativo diretamente nas atividades sociais e acadêmicas/profissionais:

Nota: Os sintomas não são apenas uma manifestação de comportamento opositor, desafio, hostilidade ou dificuldade para compreender tarefas ou instruções. Para adolescentes mais velhos e adultos (17 anos ou mais), pelo menos cinco sintomas são necessários.

- a. Frequentemente remexe ou batuca as mãos ou os pés ou se contorce na cadeira.
- b. Frequentemente levanta da cadeira em situações em que se espera que permaneça sentado (p. ex., sai do seu lugar em sala de aula, no escritório ou em outro local de trabalho ou em outras situações que exijam que se permaneça em um mesmo lugar).
- c. Frequentemente corre ou sobe nas coisas em situações em que isso é inapropriado. (Nota: Em adolescentes ou adultos, pode se limitar a sensações de inquietude.)
- d. Com frequência é incapaz de brincar ou se envolver em atividades de lazer calmamente.
- e. Com frequência “não para”, agindo como se estivesse “com o motor ligado” (p. ex., não consegue ou se sente desconfortável em ficar parado por muito tempo, como em restaurantes, reuniões; outros podem ver o indivíduo como inquieto ou difícil de acompanhar).
- f. Frequentemente fala demais.
- g. Frequentemente deixa escapar uma resposta antes que a pergunta tenha sido concluída (p. ex., termina frases dos outros, não consegue aguardar a vez de falar).
- h. Frequentemente tem dificuldade para esperar a sua vez (p. ex., aguardar em uma fila).
- i. Frequentemente interrompe ou se intromete (p. ex., mete-se nas conversas, jogos ou atividades; pode começar a usar as coisas de outras pessoas sem pedir ou receber permissão; para adolescentes e adultos, pode intrometer-se em ou assumir o controle sobre o que outros estão fazendo).

Tabela 6: Critérios diagnósticos para o TDAH.

O diagnóstico feito através dos critérios do DSM-V (APA, 2014) podem apresentar-se como subtipos: combinado (presença de sintomas de desatenção e hiperatividade), predominantemente desatento (apenas sintomas

de desatenção) e predominantemente hiperativo/impulsivo (apenas sintomas de hiperatividade/impulsividade). Além de classificar por subtipo, é possível descrever a temporalidade e a gravidade dos sintomas.

Ao avaliar os critérios diagnósticos para o TDAH, é possível levantar algumas questões: o que seria frequentemente? Quais seriam as atividades que não há atenção? Não escuta a quem? Qual a relação com a pessoa que lhe dirige a palavra? O esforço mental é negado em atividades espontâneas ou impostas? Perder objetos é mesmo um caso de psicopatologia? E batucar as mãos e pés, também? Que situações são essas nas quais deveria estar sentado? Subir nas coisas em horários inapropriados já não faz mais parte da experimentação infantil? Falar com frequência é mesmo um sintoma? Qual é a criança que não interrompe ou se intromete na conversa dos adultos?

Esses e muitos outros questionamentos são pertinentes no que diz respeito ao diagnóstico do TDAH, já que a introdução de comportamentos que fazem parte do nosso cotidiano e são típicos do desenvolvimento infantil, são utilizados como critérios para patologizar, tornando cada vez mais difícil delimitar o normal e o patológico (SIGNOR, BERBERIAN & SANTANA, 2017). Para Silva, Schäfer e Bonfiglio (2013), transformar a nossa existência em patologia é uma forma de exercício do poder, utilizando o DSM como parâmetro de definição dos limites entre o normal e o patológico.

Martinhago (2018, p. 99) entende esse fenômeno como uma “despotização da existência” já que comumente toda forma de desvio é buscada na infância (MARTINHAGO, 2018), sendo o foco de atuação do biopoder, havendo uma vulnerabilidade das crianças, que estão propensas à categorização através de diagnósticos (VIZZOTTO & FERRAZZA, 2016).

Essa categorização é entendida como uma “praga de transtornos mentais” (MARTINHAGO, 2018, p. 3328), onde o aumento dos indicadores diagnósticos abrange uma quantidade maior de sintomas, transformando crianças normais em crianças doentes e que são, conseqüentemente, consumidoras de psicofármacos. Patologizar a infância implica em medicalizar, gerando uma sequência de estratégias de gestão e controle da população (SIGNOR, BERBERIAN & SANTANA, 2017). Laurent (2013) considera a patologização na infância a partir da ideia de uma inflação diagnóstica causada pelo DSM-V, gerando crises nas metodologias de controle do público infantil.

As estratégias de gestão e controle podem ser entendidas a partir do pensamento de Foucault (1979), que coloca o corpo como principal instrumento de intervenção da medicina e vindo, a partir de seu surgimento e instauração no campo da ciência, a conceituar essa prática como biopolítica, entendendo que o corpo é um elemento biológico e controlado pelo estado e que esse mesmo corpo é afetado pela utilização do poder como forma de controle social, o que chamamos de biopoder.

Esse corpo biopolítico é um corpo do capitalismo, que está diretamente relacionado com os meios de produção, com a força de trabalho (FOUCAULT,

1979). A medicina entra como um saber-poder a serviço do estado, que se utiliza do conhecimento científico para distribuir e sequenciar seus assistidos a partir de sua utilidade e relevância política (FOUCAULT, 1979; FOUCAULT, 2000). O saber médico, que sai de uma formação discursiva para uma consolidação no campo da ciência (FOUCAULT, 2000), passa a se fazer presente nos hospitais (FOUCAULT, 1979) e posteriormente se expande para outras formas de institucionalização em conjunto com as ciências “psis” (FOUCAULT, 2014).

Patologizar e medicalizar são formar de “docilização dos corpos” (FOUCAULT, 2014, p. 134), segmentando e classificando-os a partir daquilo que escapa da norma. A institucionalização (como o hospital e a escola) é um exemplo de dominação, principalmente da infância, que passa a ser alvo direto dos dispositivos de controle populacional, tendo uma condução higienista, dando um status de marginalidade a aqueles que não se enquadram em um discurso predominante (FOUCAULT, 1979; SIGNOR, BERBERIAN & SANTANA, 2017; MARTINHAGO, 2018; VIZZOTTO & FERRAZZA, 2016; CRUZ, OKAMOTO & FERRAZZA, 2016).

Através da utilização dessas estratégias de biopoder, crianças saudáveis estão sendo prejudicadas, tanto pelo estigma que envolve a patologização, como pelos danos causados pelos efeitos colaterais do uso indiscriminado de fármacos como modalidade exclusiva de tratamento (CAPONI, 2014; MARTINHAGO, 2018).

O uso do metilfenidato tem sido estudado e os pesquisadores alertam a respeito dos seus efeitos colaterais a curto e longo prazo, comparando com uso da cocaína, por ter um efeito estimulante no sistema nervoso central (VIZZOTTO & FERRAZZA, 2017), produzindo sujeitos drogados e reduzindo-os à objetos de intervenção médica.

Segundo a Anvisa (ANVISA, 2014) e Conselho Federal de Farmácia (CFF, 2015), podemos observar, a partir de estudos realizados, os seguintes efeitos colaterais causados pelo uso do metilfenidato:

EFETOS COLATERAIS DO METILFENIDATO
<ul style="list-style-type: none">• Problemas cardiovasculares (hipertensão, aumento da frequência cardíaca e arritmias).• Problemas cerebrovasculares (enxaqueca, acidente vascular cerebral isquêmico e hemorrágico, e vasculite cerebral).• Problemas psiquiátricos (depressão, ideação suicida, hostilidade, psicose e mania).• Alteração no crescimento e na maturação sexual.• Possível relação com abuso e adição.

Tabela 7: Efeitos colaterais do Metilfenidato.

A medicina surge como uma resposta à cura de todos os males (BIRMAN, 2007), temos nos deparado com um cálculo: medicina + medicamento = intervenção divina (MARTINHAGO, 2018). Perpetuando a ideia de que podemos conter a infância e seus impasses (VIZZOTTO & FERRAZZA, 2017), com um ideal de plenitude diante do mal-estar que é posto na civilização (FREUD,

1996). Faz-se necessário compreender que o sintoma não se constrói apenas por uma disfunção no sistema nervoso central, a partir de lesões ou desregulação de neurotransmissores, conforme aponta o estudo de Gomes et al (2015). Da mesma forma, entende-se que a interdisciplinaridade é um caminho a ser pensado, já que o “silenciamento do sintoma, muitas vezes, não dissipa o sofrimento” (SILVA, SCHÄFER & BONFIGLIO, 2013, p. 73).

Com a ideia de romper o silêncio é que podemos apostar que a fala é um ato que direciona o sujeito em direção à cura (GERBASE, 2015), entendendo que o corpo biopolítico é também um corpo sensível ao significante (GERBASE, 2011) e que ao invés de utilizamos apenas o elemento químico como contenção do sintoma, possamos ter a possibilidade de nos questionar a partir do nosso desejo, como é proposto por Lacan (1998).

4.2 ESCASSEZ DE ESTUDOS QUE TENHAM O SUJEITO COMO OBJETO

Conforme foi colocado nos resultados deste estudo (ver tabelas 2 e 3), é muito baixo o número de estudos que tenham como objeto o próprio sujeito que passa pela experiência do diagnóstico ou que faz o uso de medicamentos como modalidade terapêutica, seja estudos que ocorrem nos serviços de saúde, na escola ou no âmbito familiar. A impossibilidade, através dos estudos publicados, de sabermos o que essas crianças têm a dizer, retira a singularidade, escamoteando do sujeito o ato de falar sobre si.

No trabalho com crianças tem-se a importância de ouvir e conhecer outros meios, lidando com os cuidadores, a escola, os serviços de saúde e seus profissionais etc. Esses outros cenários são de extrema importância, a nível de compreensão, independente da noção de diagnóstico, porém tendo em vista que não podemos colocar um desses meios como causa exclusiva de qualquer sintoma produzido na infância.

A criança é, também, um sujeito do desejo e que a partir do que produz e tem acesso via cadeia significante, pode falar e com isso mudar seu posicionamento diante do gozo do sintoma. Quando o próprio sujeito é colocado agente ativo na sua própria discursividade e narra a sua existência, como sujeito do enunciado, podemos ter a possibilidade de ir além da patologia e do medicamento. Assim percebemos que antes de qualquer classificação nosológica, lidamos com pessoas, que têm nomes e histórias que somente elas podem contar.

4.3 RELAÇÃO DA PATOLOGIZAÇÃO E MEDICALIZAÇÃO NA INFÂNCIA COM O CONTEXTO ESCOLAR/EDUCACIONAL

Desde o surgimento da escola moderna, percebemos que esse espaço institucional tem uma ligação direta com o poder (MANSKE & QUADROS, 2018). Os dispositivos de medicalização, baseados em um discurso neurocientífico acabam sendo introduzidos no contexto escolar/educacional, se expandindo

para o discurso dos familiares e professores. A inserção do discurso medicalizante nesses espaços substituem o saber parental pelo saber científico, ignorando a singularidade do sujeito e partindo para hipóteses de ordem cerebral (CRUZ, OKAMOTO & FERRAZZA, 2016).

Partindo do pressuposto de que as singularidades são excluídas, assim como todas as formas de expressão das diversidades, a escola passa a ocupar uma discursividade higienista, enquanto prática institucional (SIGNOR, BERBERIAN & SANTANA, 2017).

Segundo Leonardo e Suzuki (2016), a escola tem sido um espaço de diagnósticos a partir da indisciplina dos alunos, utilizando-se da medicalização como forma de contenção de problemas comportamentais considerados inadequados. Isso se dá a partir do que Cruz, Okamoto e Ferrazza (2016) se referem como uma apropriação do discurso médico, enquanto saber científico, no ambiente escolar, classificando as diferenças e medicalizando não apenas os comportamentos ditos inadequados, mas também por dificuldades de aprendizagem e o fracasso escolar. O TDAH tem sido um dos diagnósticos que são utilizados para categorizar questões escolares e dar margem para a medicalização do fracasso escolar (CRUZ, OKAMOTO & FERRAZZA, 2016; CORD et al, 2015).

Em um estudo realizado com professores, Leonardo e Suzuki (2016) mostram como os profissionais da educação acreditam e defendem que o fracasso escolar poderia ser reduzido com o uso de medicação. Sabemos que o metilfenidato tem um efeito estimulante no sistema nervoso central, fazendo com que os alunos tenham uma maior produtividade e alto desempenho escolar (LEONARDO & SUZUKI, 2016).

Para Foucault (1979) o corpo é um elemento do próprio sistema capitalista e é possível ver como a escola tem sido um mecanismo de produção de “corpos dóceis”, que são enquadrados constantemente a partir de comparações e medições de potencialidades (FOUCAULT, 1979; FOUCAULT, 2014; SIGNOR, BERBERIAN & SANTANA, 2017). Esse fenômeno se dá a partir de uma mercantilização da educação, onde a escola é uma empresa (LEONARDO & SUZUKI, 2016) que tem a função de produzir e acelerar metas (BELTRAME & BOARINI, 2013), sem levar em consideração a relevância da afetividade e criatividade no processo de ensino-aprendizagem (SIGNOR, BERBERIAN & SANTANA, 2017).

Diante dos problemas que atravessam o contexto escolar-educacional, percebe-se que o diagnóstico vem como uma forma de responsabilizar exclusivamente o aluno pelo seu comportamento, utilizando-se da ideia de que as capacidades individuais são reduzidas ao psicológico, genético e o cerebral. A partir dessa ideia e redução da subjetividade ao diagnóstico, o medicamento tem funcionado como uma válvula de escape para os problemas escolares (LEONARDO & SUZUKI, 2016; SIGNOR, BERBERIA & SANTANA, 2017; MANSKE & QUADROS, 2018; CRUZ, OKAMOTO & FERRAZZA, 2016; BELTRAMA & BOARINI, 2013; CORD et al, 2015).

Entende-se que as práticas sociais e discursivas podem ser reduzidas ao individual (SIGNOR, BERBERIAN & SANTANA, 2017), havendo uma desconsideração das questões institucionais (CRUZ, OKAMOTO & FERRAZZA, 2016). A partir disso, o aluno é o único responsável, sem levar e consideração os problemas institucionais, políticos e sociais (LEONARDO & SUZUKI, 2016). Isso se perpetua por haver uma isenção de pensar o comportamento e as questões de ensino-aprendizagem como acontecimentos sistemáticos, não colocando apenas um único fator como responsável pela produção de sintomas na escola, seja o sujeito, a família ou a escola (CRUZ, OKAMOTO & FERRAZZA, 2016).

Quando entendemos a escola apenas como um local em que se produz resultados e não como um espaço de construção e comprometimento com a aprendizagem, aderimos ao uso de diagnósticos e dos medicamentos como forma de tratar, produzindo alunos apáticos e isolados do ambiente de interação escolar (LEONARDO & SUZUKI, 2016).

Faz-se necessário pensar e repensar as dimensões ético-políticas que perpassam a produção de sujeitos categorizados e drogados no âmbito escolar (LEONARDO & SUZUKI, 2016). Vale ressaltar que no presente estudo, 100% dos artigos sistematizados referem-se à escola, seja como produtora de diagnósticos, como fonte de encaminhamento para tratamento psicológico/psiquiátrico ou como um dos espaços que perpetuam as práticas da patologização e medicalização na infância.

4.4 BAIXO NÚMERO DE PUBLICAÇÕES ACERCA DO TEMA

Também é possível perceber que temos poucas pesquisas publicadas que tratem do tema da patologização e medicalização na infância, mesmo havendo uma compreensão da relevância do tema e de sua relação com a atualidade. Sabe-se que no Brasil é baixo o incentivo à pesquisa e ultimamente temos nos deparado com o sucateamento dos principais programas de apoio e produção de pesquisas científicas, como o CAPES e o CNPq³. Essa falta de incentivo demarca uma questão que vai além da comunidade científica por ser de cunho socioeconômico, restando saber se é de interesse de um sistema capitalista propor estudos que questionem uma forma de agir que é própria desse modelo econômico.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As considerações finais que podem ser feitas deste trabalho, não se assemelham, em hipótese alguma, a conclusões acerca da temática pesquisada e discutida. Faz-se necessário compreender que as discussões no campo da

³ ALVES, Gabriel. Após corte no orçamento, CNPq deverá encolher em 2019. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/ciencia/2019/08/cnpq-agencia-federal-de-fomento-a-pesquisa-devera-encolher-em-2019.shtml>.

ciência não se esgotam, havendo sempre a necessidade e a importância de retornar a alguns fenômenos e acontecimentos que fazem parte do nosso cotidiano, atravessando as práticas do profissional de psicologia.

Desta forma, pôde-se perceber que as discussões acerca da patologização e damedicalização na infância dão margem para outras possibilidades de discussões, sendo elas epistemológicas e políticas. Tendo em vista que o objetivo deste trabalho implica em discutir a relação da patologização e medicalização na infância a partir dos dispositivos de saúde e educação e como isso se insere no social, mais especificamente em um modelo econômico pautado no capitalismo, articulando-o com a ciência, foi possível perceber que as produções científicas, por mais que em baixo número, puderam trazer críticas muito pertinentes acerca do assunto, fazendo com que este estudo pudesse ser contemplado com a riqueza de discussões postas nas pesquisas analisadas e sistematizadas.

O baixo número de artigos produzidos sobre o assunto nos põe uma limitação em relação à análise desses materiais e também produz consequências práticas para aqueles que atuam dentro desta temática. Novas pesquisas podem surgir não só para enriquecimento teórico, mas também como direcionadores práticos para aqueles que se deparam com essas situações no seu fazer profissional. Ainda assim, é perceptível que o TDAH, o metilfenidato e a escola são indicadores muito frequentes e que requerem atenção dos profissionais de saúde e educação que atuam com o público infantil.

Diante do que foi possível produzir, percebe-se que a ligação da psicologia com questões sociais não pode ser excluída da academia e os profissionais precisam de um posicionamento firme, indo de encontro, questionando e confrontando todas as práticas que tenham como objetivo o aprisionamento, o controle e a segmentação dos sujeitos a partir de ideais normativos, advindos das estruturas de poder. É preciso sensibilidade profissional para entender que a infância é tempo de arte, afeto e criatividade, sem perder de vista que é o início da nossa história. Esse tema merece novas reflexões e não se esgota aqui, sendo necessário a realização de novas pesquisas e produções que tratem do assunto em suas diversas perspectivas.

REFERÊNCIAS

APA. ASSOCIAÇÃO DE PSIQUIATRIA AMERICANA. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. Tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento et al.]. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ARIÈS, Philippe. História social da criança e da família. Rio de Janeiro: Guanabara, 1986.

ANVISA. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Metilfenidato no tratamento de crianças com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade.

Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde. Ano VIII, nº 23, Mar., 2014.

BATISTA, Karina de Andrade; OLIVEIRA, Pedro Renan Santos. A saúde mental infantil na atenção primária: reflexões acerca das práticas de cuidado desenvolvidas no município de Horizonte-CE. *Pesqui. prá. psicossociais*, São João del-Rei, v. 13, n. 1, p. 1-17, 2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082018000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 20 ago. 2019.

BELTRAME, Marina Maria; BOARINI, Maria Lúcia. Saúde mental e infância: reflexões sobre a demanda escolar de um CAPSi. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 33, n. 2, p. 336-349, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932013000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20ago. 2019.

BIRMAN, Joel. A biopolítica na genealogia da psicanálise: da salvação à cura. In: SILVA, José Antonio Pereira da (org.). *Modalidades do gozo*. Salvador: Associação Científica Campo Psicanalítico, 2007.

CAPONI, Sandra. O DSM-V como dispositivo de segurança. *Physis Revista de saúde coletiva*, Rio de Janeiro, 24 (3): 741-763, 2014.

CERVO, Michele da Rocha; SILVA, Rosane Azevedo Neves da. Um olhar sobre a patologização da infância a partir do CAPSi. *Rev. Subj.*, Fortaleza, v. 14, n. 3, p. 442-453, dez. 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2359-07692014000300008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 20 ago. 2019.

CFF. CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. *Boletim Farmacoterapêutica*. Centro Brasileiro de Informação sobre Medicamentos - Cebrim/CFF. Ano 19, Número 01, jan-fev-mar, 2015.

CORD, Denise et al. As Significações de Profissionais que Atuam no Programa Saúde na Escola (PSE) Acerca das Dificuldades de Aprendizagem: Patologização e Medicalização do Fracasso Escolar. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 35, n. 1, p. 40-53, Mar.2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932015000100040&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 ago. 2019.

CRUZ, Murilo Galvão Amancio; OKAMOTO, Mary Yoko; FERRAZZA, Daniele de Andrade. O caso Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e a medicalização da educação: uma análise a partir do relato de pais e professores. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 20, n. 58, p. 703-714, Set. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000300703&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 ago. 2019.

FATORI, Daniel et al. Prevalência de problemas de saúde mental na infância na atenção primária. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 3013-3020, Set. 2018. Disponível

em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000903013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 ago. 2019.

FOUCAULT, Michel. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

FOUCAULT, Michel. A arqueologia do saber. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.

FOUCAULT, Michel. Vigiar e punir: nascimento da prisão. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

FREUD, Sigmund. O mal-Estar na civilização (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 21). Rio de Janeiro: Imago, 1996.

GERBASE, Jairo. A hipótese lacaniana. Salvador: Associação Científica Campo Psicanalítico, 2011.

GERBASE, Jairo. Atos de fala. Salvador: Associação Científica Campo Psicanalítico, 2015.

GOMES, Fernanda Márcia de Azevedo et al. Saúde mental infantil na atenção primária à saúde: discursos de profissionais médicos. Saude soc., São Paulo, v. 24, n. 1, p. 244-258, Mar. 2015. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000100244&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 ago. 2019.

LACAN, Jacques. Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano. In: Escritos. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

LAURENT, Eric. A crise do controle da infância. In: BRISSET, F. O.; SANTIAGO, A. L.; MILLER, J. Crianças falam! E têm o que dizer. Belo Horizonte: Ed. Scriptum, 2013.

LEONARDO, Nilza Sanches Tessaro; SUZUKI, Mariana Akemi. Medicalização dos problemas de comportamento na escola: perspectivas de professores. Fractal, Rev. Psicol., Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 46-54, abr. 2016. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922016000100046&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 ago. 2019.

MAGALHÃES, Sonia Campos. A criança em nós. Salvador: Associação Científica Campo Psicanalítico: Ágalma, 2013.

MANSKE, George Saliba; QUADROS, Daniela Cristina Rático de. Medicalização na escola e a produção de sujeitos infantis. Reflexão e Ação, Santa Cruz do Sul, v. 26, n. 2, p. 57-73, may 2018. ISSN 1982-9949. Disponível em:<<https://online.unisc.br/seer/index.php/reflex/article/view/11709>>. Acesso em: 20 ago. 2019.

MARTINHAGO, Fernanda. TDAH nas redes sociais: caminhos para a medicalização da infância. Psicología, Conocimiento y Sociedad, [S.l.], v. 8, n. 2, p. 95-117, nov. 2018. ISSN 1688-7026. Disponível em:

<<https://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/510>>. Acesso em 20 ago. 2019.

MARTINHAGO, Fernanda. TDAH e Ritalina: neuronarrativas em uma comunidade virtual da Rede Social Facebook. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 3327-3336, out. 2018. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018001003327&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 20 ago. 2019.

PALACIOS, Jesús. Psicologia evolutiva: conceito, enfoques, controvérsias e métodos. In: COLL, César; MARCHESI, Álvaro; PALACIOS, Jesús. Desenvolvimento Psicológico e educação. Porto Alegre: Artmed, 2004.

SIGNOR, Rita de Cassia Fernandes; BERBERIAN, Ana Paula; SANTANA, Ana Paula. A medicalização da educação: implicações para a constituição do sujeito/aprendiz. Educ. Pesqui., São Paulo, v. 43, n. 3, p. 743-763, Set. 2017. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-97022017000300743&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 ago. 2019.

SILVA, Jerto Cardoso; SCHAFFER, Caroline; BONFIGLIO, Mariane Silveira. A medicalização da infância e o processo psicoterápico: larelación entre lamedicalización y elprocesopsicoterapéutico. Barbaroi, Santa Cruz do Sul, n. 39, p. 70-86, dez. 2013. Disponível em:<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-65782013000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 20 ago. 2019.

VIZOTTO, Luana Paula; FERRAZZA, Daniele de Andrade. Educação medicalizada: Estudo sobre o diagnóstico de TDAH em um dispositivo de saúde. Estud. pesqui. psicol., Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1013-1032, set. 2016. Disponível em:<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812016000300019&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 20 ago. 2019.

VIZOTTO, Luana Paula; FERRAZZA, Daniele de Andrade. A infância na berlinda: Sobre rotulações diagnósticas e a banalização da prescrição de psicofármacos. Estud. psicol. (Natal), Natal, v. 22, n. 2, p. 214-224, jun. 2017. Disponível em:<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2017000200010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 20 ago. 2019.

APÊNDICE
TABELA DE REVISÃO SISTEMÁTICA

TÍTULO	AUTORES	ANO
Medicalização na escola e a produção de sujeitos infantis	George Saliba Manske e Daniela Cristina Rático de Quadros	2018
A infância na berlinda: Sobre rotulações diagnósticas e a banalização da prescrição de psicofármacos	Luana Paula Vizotto e Daniele de Andrade Ferrazza	2017
Educação medicalizada: Estudo sobre o diagnóstico de TDAH em um dispositivo de saúde.	Luana Paula Vizotto e Daniele de Andrade Ferrazza	2016

Um olhar sobre a patologização da infância a partir do CAPSI	Michele da Rocha Cervo e Rosae Azevedo Neves da Silva	2014
Saúde mental e infância: reflexões sobre a demanda escolar de um CAPSi	Marina Maria Beltrame e Maria Lúcia Boarini	2013
Prevalência de problemas de saúde mental na infância na atenção primária	Daniel Fatori, Alexandra Brentani, Sandra Josefina Ferraz ElleroGrisi, Euripedes Constantino Miguel e Ana Soledade Graeff-Martins	2018
A saúde mental infantil na atenção primária: reflexões acerca das práticas de cuidado desenvolvidas no município de Horizonte-CE	Karina de Andrade Batista e Pedro Renan Santos Oliveira	2017
As Significações de Profissionais que Atuam no Programa Saúde na Escola (PSE) Acerca das Dificuldades de Aprendizagem: Patologização e Medicalização do Fracasso Escolar	Denise Cord, MariveteGesser, Alana de Siqueira Branis Nunes e Moysés Martins Tosta Storti	2015
Saúde mental infantil na atenção primária à saúde: discursos de profissionais médicos	Fernanda Márcia de Azevedo Gomes, Ana Maria de Oliveira Cintra, Janete Ricas e Marcelo Dalla Vecchia	2015
TDAH nas redes sociais: caminhos para a medicalização da infância	FernadaMartinhago	2018
TDAH e Ritalina: neuronarrativas em uma comunidade virtual da Rede Social Facebook	Fernanda Martinhago	2018
A medicalização da infância e o processo psicoterápico	Jerto Cardoso Silva, Caroline Schäfer e Mariane Silveira Bonfiglio	2013
A medicalização da educação: implicações para a constituição do sujeito/aprendiz	Rita de Cassia Fernandes Signor, Ana Paula Berberian e Ana Paula Santana	2017
Medicalização dos problemas de comportamento na escola: perspectivas de professores	Nilza Sanches Tessaro Leonardo e Mariana Akemi Suzuki	2016
O caso Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e a medicalização da educação: uma análise a partir do relato de pais e professores	Murilo Galvão Amancio Cruz, Mary Yoko Okamoto e Daniele Andrade Ferrazza	2016