

UMA ANÁLISE DA MEDICALIZAÇÃO INFANTIL: O CALAR DO DISCURSO EM UMA VISTA PSICANALÍTICA

AN ANALYSIS OF CHILD MEDICALIZATION: THE SILENCE OF DISCOURSE FROM A PSYCHOANALYTICAL VIEW

Marcelina Guedes MARTINS^{*1}

Priscila Cristina de SOUZA¹

Paula Maria Ferreira de FARIA²

Luiz Fernando Duran IÓRIO³

RESUMO

Introdução: A medicalização da infância tem se intensificado, transformando manifestações emocionais e comportamentais em diagnósticos clínicos e tratamentos medicamentosos, reduzindo o sofrimento psíquico a uma dimensão biológica e ignorando sua complexidade subjetiva. **Objetivo:** Compreender o impacto da medicalização infantil na constituição do sujeito. **Materiais e Métodos:** Pesquisa qualitativa, exploratória e crítica; coleta de dados em três sessões individuais por entrevista semiestruturada. **Crêterios de inclusão:** responsáveis de crianças de 0 a 13 anos com diagnóstico e uso de medicação. **Crêterios de exclusão:** responsáveis de crianças acima de 14 anos ou sem diagnóstico. **Resultados e Discussão:** A Risperidona é o psicofármaco mais citado, seguida por Aripiprazol e Ritalina, com tratamento iniciado entre 2 e 9 anos. Oito crianças apresentam múltiplos diagnósticos (TEA e TDAH); seis responsáveis relataram pressão escolar para medicar; dez reportaram melhora com a medicação. **Conclusão:** A medicalização silencia a complexidade subjetiva, transforma questões sociais em déficits biológicos e evita a implicação familiar no sofrimento da criança, o que a psicanálise relaciona à forclusão da função paterna simbólica.

PALAVRAS-CHAVE: Medicalização; Criança; Saúde Mental; Diagnóstico.

ABSTRACT

Introduction: The medicalization of childhood has intensified, transforming emotional and behavioral manifestations into clinical diagnoses and drug treatments, reducing psychological suffering to a biological dimension and ignoring its subjective complexity. **Objective:** To understand the impact of child medicalization on the constitution of the subject. **Materials and Methods:** Qualitative, exploratory, and critical research; data collection conducted in three individual sessions through semi-structured interviews. **Inclusion criteria:** guardians of children aged 0 to 13 with a diagnosis and current medication use. **Exclusion criteria:** guardians of children over 14 years of age or without a diagnosis. **Results and Discussion:** Risperidone is the most frequently cited psychotropic drug, followed by aripiprazole and Ritalin, with treatment beginning between ages 2 and 9. Eight children presented multiple diagnoses (ASD and ADHD); six guardians reported school pressure to medicate; ten reported clear improvement with medication. **Conclusion:** Medicalization silences subjective complexity, transforms social issues into biological deficits, and avoids involving the family in the child's suffering-something psychoanalysis links to the foreclosure of the symbolic paternal function.

KEYWORDS: Medicalization; Child; Mental Health; Diagnosis.

1 INTRODUÇÃO

¹Psicólogas Egressas do Curso de Graduação em Psicologia. Faculdade Herrero. Curitiba, Paraná, Brasil.

²Psicóloga. Pós doutora em Tecnologia e Sociedade, Doutora em Educação, Psicóloga, Pedagoga e Coordenadora do Curso de Graduação em Psicologia. Faculdade Herrero. Curitiba, Paraná, Brasil

³ Psicólogo. Doutor em Filosofia. Docente do Curso de Psicologia. Faculdade Herrero. Curitiba, Paraná, Brasil.

*E-mail para correspondência: marcelinamartins10@gmail.com

A medicalização da infância tem sido tema cada vez mais debatido, especialmente devido ao uso crescente de psicofármacos em crianças. Esse fenômeno reflete uma tendência social e cultural de enquadrar dificuldades emocionais e comportamentais em categorias diagnósticas, frequentemente sem considerar a complexidade da constituição subjetiva das crianças. A medicalização na infância surge como uma prática que, em vez de ampliar a compreensão do sofrimento psíquico infantil, tende a reduzi-lo a uma condição biológica, tratada principalmente por intervenções medicamentosas¹.

O conceito de medicalização passou a ser utilizado a partir de meados do século XX, sendo compreendido como o processo de apropriação e normatização de aspectos da vida social pela medicina^{2,3}. Foucault⁴ ressalta que a medicalização desloca questões antes tratadas no âmbito moral ou educacional para o campo da saúde, tornando-as passíveis de intervenção médica. No contexto infantil, isso resulta na transformação de comportamentos variados em sintomas de transtornos mentais, muitas vezes sem considerar as especificidades do contexto familiar, social e cultural da criança.

A medicalização da infância, ao transformar o sofrimento psíquico em uma questão biológica, pode ter um impacto significativo na construção do sujeito, especialmente sob a ótica da psicanálise lacaniana. De acordo com Lacan⁵, a constituição do sujeito está intrinsecamente ligada à linguagem e à relação com o Outro. Ele explica que "o sujeito se constitui a partir de uma relação com o Outro, que é mediada pela linguagem"⁵. Essa inserção simbólica no campo do Outro, por meio da linguagem e dos significantes, é fundamental para a construção do sujeito. No entanto, quando o sofrimento infantil é medicalizado e transformado em patologia biológica, essa oportunidade de simbolização do sofrimento é comprometida, o que pode prejudicar o desenvolvimento psíquico da criança.

Nesse sentido, Lacan⁶ também destaca que "o sujeito está sempre em falta, essa falta que é a condição mesma da constituição do desejo". A medicalização, ao reduzir o sofrimento a uma patologia, impede que o sujeito se constitua plenamente por meio das relações simbólicas, já que a constituição do sujeito ocorre no campo do Outro, que não se limita ao biológico, mas se estende à relação social e simbólica. Ao ser rotulada com um diagnóstico médico, a criança perde a oportunidade de se reconhecer a partir de suas relações interpessoais e simbólicas, substituindo a experiência subjetiva e relacional por um modelo biológico. O psicanalista observa que a medicalização "transforma a dor em um sinal de algo a ser erradicado, sem permitir a manifestação do real do sofrimento"⁶.

Em última análise, ao tratar o sofrimento apenas como uma questão biológica, a medicalização distorce o processo de construção do sujeito. Em vez de permitir que o sofrimento seja um ponto de partida para a constituição simbólica e subjetiva, a medicalização tende a apagar esse processo,

impedindo o sujeito de se constituir plenamente como um ser desejante e simbólico. Portanto, torna-se fundamental analisar os impactos desse fenômeno na constituição do sujeito infantil, investigando como a ampliação dos diagnósticos e a medicalização afetam o desenvolvimento psíquico, a identidade e a autonomia emocional das crianças.

Diante do exposto, o objetivo central é analisar o uso excessivo de diagnósticos e medicamentos na infância, compreendendo esse fenômeno como um possível mecanismo de silenciamento das expressões subjetivas e do discurso infantil. A investigação pretende analisar os fatores que contribuem para o aumento da medicalização como resposta às manifestações subjetivas das crianças, reduzindo a compreensão do sofrimento psíquico infantil enquanto experiência singular. Além disso, pretende discutir os impactos dessa prática na infância, sobretudo no que se refere à construção da identidade e ao desenvolvimento psíquico, considerando as implicações que o silenciamento pode ter sobre a subjetividade, a autonomia emocional e simbólica das crianças e a constituição do sujeito como um todo.

2 METODOLOGIA

Esta pesquisa é de natureza pura, qualitativa, exploratória e crítica, com um caráter reflexivo, pois tem como objetivo aprofundar a compreensão sobre a medicalização infantil e seus impactos na constituição do sujeito⁷⁻¹⁰.

Sua natureza é pura, uma vez que possui caráter investigativo, reflexivo e teórico, com foco em ampliar o conhecimento sobre o fenômeno estudado, sem a intenção direta de aplicação prática imediata.

A pesquisa é qualitativa, pois busca uma análise profunda das experiências e percepções dos participantes⁷. É exploratória, já que investiga fenômenos multifacetados como a medicalização infantil. Além disso, possui caráter crítico e reflexivo, visando questionar práticas e discursos, considerando a subjetividade dos participantes^{8,9}.

Trata-se também de uma pesquisa de campo, pois foi realizada por meio da escuta direta de familiares de crianças em processo de medicalização, permitindo o contato direto com os sujeitos envolvidos na problemática investigada. A pesquisa de campo se caracteriza justamente por ocorrer em ambiente natural e envolver coleta de dados junto aos participantes, com o objetivo de compreender os fenômenos em sua complexidade e contexto real¹¹.

O principal instrumento da coleta de dados foi a entrevista semiestruturada, método utilizado em coleta de dados, que combina elementos de estrutura e flexibilidade, através de um roteiro prévio

com perguntas principais, que permite ao entrevistador adaptar e expandir a conversa de acordo com as respostas do entrevistado.

Perguntas de Identificação:

1. Idade do(a) filho(a):
2. Com que idade ele(a) recebeu o diagnóstico?
3. Qual foi o diagnóstico dado à criança?
4. Como foi o processo de diagnóstico? Como você se sentiu?
5. Você tem outros(as) filhos(as)? Ele(s/as) também possui(em) algum diagnóstico? Experiência com a Medicalização:
6. Quando foi recomendado o uso de medicação para seu(sua) filho(a)? Como você recebeu essa recomendação?
7. O que motivou você a optar pelo uso (ou não) da medicação?
8. Você notou mudanças no comportamento do seu filho(a) após o início da medicação? Quais/Como foram essas mudanças?

Impactos no Desenvolvimento e na Vida Familiar:

9. Em algum momento você teve dúvidas sobre a precisão do diagnóstico do seu filho? Quais?

Encerramento:

10. Gostaria de acrescentar algo sobre sua experiência que não foi abordado?

A coleta de dados ocorreu no mês de agosto de 2025 com responsáveis de crianças diagnosticadas e medicalizadas em uma clínica de neuro reabilitação infantil na região de Curitiba/PR após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE: 89748425.2.0000.5688). As entrevistas foram realizadas individualmente com 15 responsáveis de crianças com diagnósticos variados, com idade entre 0 a 13 anos, que fazem terapia multidisciplinar em uma clínica de neuro reabilitação infantil. A medicalização e o diagnóstico é um tema relevante em nossa pesquisa, o que justifica a escolha dessa população. As entrevistas foram conduzidas em um ambiente tranquilo e reservado, com o objetivo de promover um diálogo aberto e acolhedor.

Os participantes da pesquisa foram convidados a participar de forma voluntária, foram informados sobre o objetivo da pesquisa, bem como, os procedimentos. As entrevistas foram gravadas e transcritas com o auxílio de um *software SoundType IA*, após a obtenção do consentimento assinado pelos participantes, mediante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A técnica de análise adotada foi o método psicanalítico. Essa abordagem tem por objetivo investigar de forma aprofundada os discursos envolvidos e como estes impactam a subjetividade da criança, possibilitando uma escuta clínica que favoreça a compreensão dos efeitos da medicalização sobre a constituição psíquica do sujeito¹².

A pesquisa se fundamenta na teoria psicanalítica, que oferece um olhar específico sobre os processos inconscientes e as dinâmicas subjetivas. A escuta foi realizada com os familiares das crianças, buscando acessar os sentidos manifestos e latentes em suas narrativas sobre o comportamento infantil, o adoecimento psíquico e o recurso à medicalização. A escuta psicanalítica permite captar o sofrimento não apenas pelo conteúdo explícito da fala, mas também por seus silêncios, repetições, contradições e afetos¹².

Embora a escuta direta se restrinja aos familiares, a análise abrangerá também os contextos institucionais nos quais a criança está inserida, como a escola e os serviços de saúde. A partir dos relatos familiares e da articulação com a literatura psicanalítica, foi possível compreender como esses espaços contribuem, muitas vezes de forma silenciosa, para a produção de diagnósticos e a consequente medicalização da infância. Conforme argumentam Silva e Macedo¹³, o sofrimento psíquico da criança frequentemente é interpretado como falha individual, deslocando-se o olhar das condições sociais, escolares e afetivas que o atravessam.

O pesquisador, ao adotar o método psicanalítico, assume um lugar de implicação ética com os sujeitos e com a escuta, reconhecendo os efeitos da transferência e abrindo espaço para que o inconsciente se manifeste na fala dos entrevistados. Assim, a análise foi guiada não por categorias previamente definidas, mas por sentidos que emergem dos próprios relatos, em articulação com o referencial teórico-clínico da psicanálise¹⁴.

Em relação aos cuidados éticos na pesquisa, todas as etapas seguiram em conformidade com os princípios éticos da pesquisa com seres humanos conforme a Resolução CNS nº 466/2012. Os participantes tiveram o direito de recusar ou interromper a entrevista caso sintam necessidade, os riscos aos participantes foram mínimos e em caso de desconforto persistente seria oferecido suporte psicológico pelo professor orientador dessa pesquisa. Foi garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados coletados. Os dados foram armazenados em um local seguro e apenas os pesquisadores tiveram acesso¹⁵.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A presente análise investigou a prevalência de determinados psicofármacos no tratamento de crianças e adolescentes, bem como as comorbidades diagnosticadas e as percepções de seus responsáveis a respeito da medicalização.

A pesquisa identificou a **Risperidona** como o medicamento mais citado, presente em 6 das 15 entrevistas. Em seguida, o **Aripiprazol** (também referido por nomes comerciais como Aristab/Aristabe/Arpejo) apareceu em 5 entrevistas, e a **Ritalina** em 2. Outros fármacos mencionados

com menor frequência incluem: CBD (Canabidiol), Sertralina, Escitalopram (Exodus), Imipramina, Atensina, Atentah, Melissa e Gardenal. É relevante destacar que, na amostra investigada, a introdução do tratamento medicamentoso ocorreu em idades que variaram entre 2 e 9 anos.

Observou-se que, das quinze pessoas entrevistadas, pelo menos oito crianças apresentam mais de um diagnóstico. Adicionalmente, uma participante relatou que seu filho recebeu dois novos diagnósticos após a coleta de dados, evidenciando a complexidade diagnóstica em muitos casos:

- **C2** (filho, 6 anos): TEA + deleção genética 16Q + atraso motor. A responsável também mencionou diagnóstico de TDAH e altas habilidades para si, e TDAH e superdotação para o filho mais velho.

O TEA a gente já estava desconfiado, né, o autismo. Mas aí, quando a gente fez a parte genética, foi descoberto a deleção do 16Q. E não sabemos muita coisa sobre. A única coisa é que a médica descobriu um artigo que tinha 10 pessoas. E dessas 10 pessoas, a única certeza é que as 10 eram autistas (C2).

- **C15** (filho, 7 anos): Autismo + TDAH.

“O diagnóstico dele, a princípio, foi o autismo. O diagnóstico dele é autismo. Aí agora é que apareceu o TDAH como uma comorbidade do autismo” (C15)

- **C7** (filho, 6 anos): Hidrocefalia + TEA nível 3 + Epilepsia frontal.

“Daí já deu o diagnóstico de hidrocefalia. Aí, decorrente à hidrocefalia, ele tem autismo, que é o diagnóstico secundário, nível 3. E aí, no ano passado, a gente descobriu que ele tem epilepsia frontal também” (C7)

- **C4** (filho, 9 anos): TDAH + TEA nível 3 + Transtorno de ansiedade + Apraxia de fala.

“Na época foi TDAH, TEA, nível 3 de suporte. A do TOD ficou ali, será que é ou não é, mas foi descartado. É, na verdade, atualmente são três, daí o transtorno de ansiedade também e a apraxia de fala” (C4)

- **C5** (filhos, 5 anos): M: TEA + TDAH; H: TEA.

“Eles são TEA e o M. tem o TDAH” (C5)

Observou-se que o diagnóstico predominante nas crianças é o Transtorno do Espectro Autista (TEA). Adicionalmente ao TEA, estas crianças também apresentavam comorbidade com o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH).

- **C12** (filho, 7 anos): TEA + TDAH + Transtorno de processamento sensorial + Altas habilidades.

“Foi de TEA, TDAH, transtorno de processamento sensorial e altas habilidades” (C12)

- **C8** (filho, 6 anos): TEA + TDAH + seletividade alimentar (alimentação restrita).

“O autismo e tem déficit de atenção e ele tem déficit de assim, é muito imperativo, tem outra palavra que se usa hoje. E seletivo, né? Alimentação”⁴ (C8)

- **C3** (PH, 7; JM, 2): Dois filhos com TEA + filha de 14 anos com TEA, TDAH e TAG.

“TEA, para os dois. TEA. Tenho mais uma, de 14 anos e ela tem TEA, TDAH e TAG” (C3)

Esses relatos mostram a expansão diagnóstica e a tendência contemporânea à multiplicação de rótulos clínicos, o que reforça o fenômeno da patologização da infância¹⁶. Ao nomear a diferença com novos diagnósticos, apaga-se a singularidade subjetiva e produz-se um sujeito capturado pelo discurso médico.

3.1 A INFLUÊNCIA DO AMBIENTE ESCOLAR NA DECISÃO PELA MEDICALIZAÇÃO

Um achado recorrente nas falas dos participantes foi a **influência do ambiente escolar** na decisão pela medicalização. Seis entrevistados relataram explicitamente que a escola incentivou, pressionou ou reforçou a necessidade de tratamento medicamentoso.

- **C12**: Relatou que a aceitação da medicação foi motivada pelas recomendações da escola e da médica.

“Porque a escola falava, a médica falava, e eu dizia, não, não quero dar remédio, não quero dar medicação, não quero. Ele é capaz de superar isso só com terapia” (C12)

- **C10**: Relatou que, ao suspender a medicação, a escola questionou a situação, levando-a a retomar o tratamento.

“Quando eu peguei e fui parar de usar a medicação, a escola perguntou o que que tá acontecendo. Aí eu falei, eu parei a medicação, se ali tá muito agitado, né? Daí eu precisei voltar a dar a medicação” (C10)

A escola aparece aqui como uma instância reguladora do comportamento infantil, muitas vezes pautada por expectativas de desempenho e disciplina. Essa pressão reflete o que Tavares e

⁴ O trecho foi transcrito de forma literal, preservando a linguagem coloquial da entrevistada e construções linguísticas originais da entrevistada. Déficit e imperativo, trata-se do diagnóstico de TDAH.

Rodrigues¹⁷ descrevem como a “reescrita de questões sociais e educacionais em termos biológicos”, na qual o sintoma é interpretado como falha do corpo e não como expressão de um conflito subjetivo.

- **C8:** Afirmou que a escola indicou a necessidade de medicação devido à dificuldade de concentração e inquietação do filho em sala de aula.

“A escola... ele não conseguia se concentrar na aula, saia correndo da sala... daí foi recomendado que precisava de medicação” (C8)

- **C4:** Expressou que a escola exerce **pressão** para a medicalização.

“A escola, ela te oprime a medicar a criança, que foi o que aconteceu no meu caso, né? Ah, porque ele não para, porque isso, porque aquilo, porque tem que medicar” (C4)

- **C4:** Relatou ter percebido a necessidade de intervenção medicamentosa na escola, observando a dificuldade do filho em concluir tarefas.

“o TDAH que não era tratado. Então assim, na época dos seis anos, a gente percebeu na escola. Então ele fazia várias coisas ao mesmo tempo e não concluía nenhuma” (C4)

- **C6:** Mencionou que o uso da medicação foi iniciado com foco nas demandas escolares, devido à agitação observada pelas professoras.

“Desde o CMEI, as professoras já falavam que ele fazia as coisas tudo correndo...Eu me senti tranquila, a gente já sabia, né, a gente já tinha desconfiança, mas foi um alívio fechar o laudo e já, ele já iniciou com a Ritalina também pra escola” (C6)

Essas falas evidenciam a relação direta entre o campo escolar e a decisão médica. A escola, ao buscar ajustar o comportamento da criança à norma, funciona como um dos vetores que impulsionam a medicalização. De acordo com Laia e Aguiar¹⁸, esse processo atua como forma de silenciamento do sujeito: ao invés de perguntar “o que o sintoma quer dizer?”, busca-se “como eliminá-lo”.

3.2 RESISTÊNCIA E ACEITAÇÃO À MEDICALIZAÇÃO

Dos quinze responsáveis que participaram da pesquisa, apenas cinco apresentaram resistência inicial à medicalização, um dado que sugere uma variabilidade significativa nas reações e decisões parentais frente às prescrições médicas.

- **C4:** Apresentou forte relutância, recusando a primeira recomendação médica e iniciando o tratamento medicamentoso apenas após os 7 anos de idade.

“Não, porque eu questioneei muito a questão da medicação, né, porque tinha aquele contraditório, será que é ou, não é?... E aí eu fui de contra ao médico. Falei, não vou dar. Eu não vou dar o medicamento que o senhor está receitando. Porque até dias atrás o senhor falou que ele não era. E agora ele é “(C4).

A dúvida expressa nesta fala evidencia o conflito entre o saber médico e o saber parental. O médico ocupa o lugar do grande Outro não faltante¹⁹, uma instância de saber absoluto que promete dar sentido ao enigma do comportamento da criança. Quando esse saber é aceito sem questionamento, o discurso médico se torna lei, substituindo o espaço de escuta e reflexão.

- **C5:** Inicialmente demonstrou hesitação, ponderando sobre o uso prolongado do medicamento, mas posteriormente aceitou a indicação.

“No começo não, no começo fiquei meio assim, pensando, né? Mas depois eu vi que precisava... Você vai ter que usar a medicação quase da vida, será que, né? Vai ter outro problema, né? Por conta da medicação” (C5)

- **C7:** Resistiu significativamente à medicação, recusando a Risperidona quando o filho tinha 1 ano e meio de idade e iniciando o tratamento apenas aos 3 anos.

“Não aceitamos (risos)... a gente tinha levado ele com um ano e meio mais ou menos numa outra Neuro. E ela já tinha receitado o Risperidona, 0,5..., a gente não deu... Aí com 3 anos, a gente levou em uma outra neuro, aí ela explicou sobre os medicamentos, sobre a questão da aceitação, o que é melhorar, né, daí a gente ficou meio que assim, mas aceitou a dar” (C7).

- **C8:** A médica demonstrou resistência inicial à prescrição, e a família demorou a aceitar a Ritalina, passando por um período de questionamentos e ajustes.

“Eu fiquei assim, porque eu não sou muito, né? Eu sou mais do natural, né?...A gente levou para a médica...ela foi muito resistente para dar medicação, ela não queria...então foi aqui, a gente levou na Neuro, a Neuro recomendou a dosagem, ele toma 0,25” (C8)

- **C7:** Citou o uso de alternativas naturais, com suporte de uma cunhada farmacêutica. Relatou profunda dúvida e a tentativa de fitoterápicos antes de aceitar a medicação convencional.

“A gente tentou com os medicamentos que ela passou, né, por ser natural e tudo mais, só que ele dá um efeito. Pouco, assim, por pouco tempo, depois ele volta tudo normal” (C7)

Essas falas mostram como a resistência inicial cede espaço à aceitação, revelando o poder do discurso médico. A partir da psicanálise, pode-se entender que, ao aceitar a medicação como única solução possível, os responsáveis recuam da implicação subjetiva, delegando ao fármaco o papel de restaurar a ordem e o controle.

Em contrapartida, quatro participantes demonstraram **aceitação imediata** à prescrição:

- **C6:** Recebeu a recomendação positivamente, aceitando prontamente o uso de Ritalina e Risperidona.

“Eu me senti tranquila, a gente já sabia, né, a gente já tinha desconfiança, mas foi um alívio fechar o laudo e já, ele já iniciou com a Ritalina” (C6)

- **C5:** Apesar de uma dúvida inicial, relatou que o processo de seguir a recomendação foi "tranquilo", indicando uma tendência à aceitação precoce.

“Foi tranquilo... Então, era pra acalmar e pra irem melhor, né? Na aceitação e tudo. Até pra eles desenvolverem na terapia também, né?... No começo não, no começo fiquei meio assim, pensando, né? Mas depois eu vi que precisava” (C5)

- **C3:** Relatou ter recebido a recomendação da neuropediatra para medicação visando o sono e a agressividade de forma tranquila.

“Os três tomam remédio... Ela receitou um pra eles dormirem. E daí, em seguida, ela mudou pra outro por conta da agressividade” (C3)

- **C8:** Descreveu o processo como "tranquilo" e necessário.

“Mais tranquilo, mais tranquilo ele teve, né? O comportamento. Só que até acertar, né?... Recebemos bem, assim. Só a Ritalina que eu fiquei, mas eu não quis entrar em questionamento, porque eu fiquei... Se a médica está” (C8)

Esse “alívio” traduz o efeito de segurança produzido pela nomeação diagnóstica. Segundo Lacan⁵, a falta é constitutiva do sujeito, e o desejo surge a partir dessa incompletude. O diagnóstico, contudo, atua como tentativa de tamponar essa falta, oferecendo uma resposta pronta onde deveria haver abertura ao enigma.

3.3 RELATOS DE MELHORA E EFICÁCIA DOS TRATAMENTOS MEDICAMENTOSOS

Dez dos quinze entrevistados relataram **melhora clara** com o uso da medicação, evidenciada por maior calma, redução da agressividade, aumento da concentração e tranquilidade. Essas melhorias foram majoritariamente atribuídas à Risperidona, Aripiprazol, Ritalina, CBD, Olanzapina, Atensina e a combinações terapêuticas.

- **C8:** Relatou que o filho apresentou maior tranquilidade e melhora na capacidade de concentração e escrita.

“Hoje ele já consegue escrever. Antes ele escrevia assim, meio... Compulsivo, muito. Hoje ele tá escrevendo mais direitinho, consegue se concentrar” (C8)

- **C12:** Mencionou a diminuição das crises agressivas e um aumento na calma do filho.

“Sim, as crises agressivas diminuíram, o comportamento agressivo dele também diminuiu... Ele ficou mais calmo, que ele não seja ainda agitado, mas ele era bem mais agitado” (C12)

- **C4:** Atribuiu ao CBD uma melhora significativa, com redução de aproximadamente 90% na agressividade, aumento da calma e aprimoramento da fala.

“Ele começou a ter mais a questão da fala, de ter a iniciativa de fala. A agressividade que ele tinha reduziu ali uns 90%, porque ele era uma criança que se batia, ele se mordida” (C4)

A melhora observada é real para os responsáveis, mas é importante questionar a que custo simbólico ela ocorre. O comportamento é ajustado, mas o sintoma – como forma de expressão do sujeito – é silenciado. Na perspectiva lacaniana, o sintoma é o modo pelo qual o sujeito fala, ainda que sem palavras. Ao medicar esse sintoma, corre-se o risco de calar o discurso da criança, suprimindo sua forma singular de se fazer ouvir²⁰.

- **C14:** Relatou que a medicação contribuiu para a calma e para a redução de comportamentos auto lesivos.

“Sim, notei. notei que ela ficou mais calma, notei que agora ela não se agride tanto. Não sei se também é por conta da terapia, que ela faz praticamente todo dia” (C14)

- **C7:** Observou melhora na concentração, atenção e qualidade do sono após ajustes na dose da medicação.

É, a questão da dose, questão do sono melhora bastante... ele dorme bem melhor e ele tá aceitando também mais ficar sem a música, nessa troca de dose do mês passado pra esse mês, sabe, ele tá aceitando ficar mais tempo sem a música e tá bem mais concentrado, olha mais ao redor, assim (C7).

- **C9:** Descreveu que o filho se tornou mais centrado, e as terapias passaram a ser mais produtivas.

Sim, ele era muito mais agitado, apesar que assim, o risperidona no começo foi muito bom, aí depois parece que ele perdeu um pouco a eficácia, além dos problemas gastrointestinais que causaram nele, ele ficou mais agitado. Quando eu mudei agora para as aulas, ele estava bem mais centrado, até os terapeutas falaram que isso ajudou bastante nas terapias, a mudança da medicação, ele consegue, no limite dele, cumprir o que precisa, ele deu nas terapias (C9).

- **C15:** Relatou melhora substancial, incluindo maior calma, redução da ansiedade e agressividade, e aumento da concentração escolar.

O que eu notei é que ele melhorou muito na parte da concentração. Ele era uma criança que não parava um minuto, não parava para nada, nem para ouvir uma história, nem para jogar um jogo, coisas que precisavam de concentração e de ficar sentado. Ele não conseguia. Depois dessa medicação, agora ele vai super bem na escola, ele consegue se concentrar, acompanhar. Ele não tem atividade adaptada na escola, consegue ficar o tempo de permanência, consegue estar sentado, copiar. Então, ele melhorou em vários aspectos. Só a alimentação dele, na questão da seletividade alimentar, não melhorou, mas claro, isso não é a função da medicação. Mas em relação ao TDAH, à agressividade, à agitação e à irritabilidade, isso daí melhorou bastante (C15).

Esses relatos indicam que a medicação produz efeitos de normalização, permitindo à criança adaptar-se melhor ao ambiente escolar e social. No entanto, como lembra Ferreira e Veras²¹, a medicalização pode funcionar como “solução técnica” que apaga a dimensão simbólica do sintoma, tratando o sofrimento como falha biológica e não como mensagem subjetiva.

- **C6:** Mencionou que a motivação principal para a medicação foi a agitação, e que o fármaco auxiliou na obtenção de maior tranquilidade e foco.

“Sim, notei. Ele fica mais focado, ele consegue prestar atenção, faz as coisas devagar, ele entende, compreende” (C6)

- **C10:** Afirmou que, apesar da agitação do filho, a medicação resultou em maior tranquilidade.

“com a medicação ele fica mais tranquilo” (C10)

Constata-se uma convergência nos relatos dos responsáveis, os quais descrevem que a criança apresenta maior calma, tranquilidade e concentração. Contudo, é fundamental analisar se tais mudanças de comportamento estão predominantemente relacionadas a fatores intrínsecos à criança ou a uma possível dificuldade dos pais em gerenciar as manifestações comportamentais da criança.

- **C4:** Relatou que o filho se encontra calmo e mais receptivo, diferentemente de outros medicamentos que não apresentaram efeitos.

“Já senti diferença também, ele tá calmo, ele tá mais ouvinte, diferente dos outros medicamentos, que não surtiu efeito” (C4)

- **C5:** Indicou que o início da medicação teve como objetivo promover calma e facilitar a aceitação das terapias.

“Sim. Ficaram menos agressivo, mais calmo, aprenderam mais nas terapias, até na escola também, estão melhor. É isso que a gente vê” (C5)

O processo de patologização e medicalização da infância, sobre o qual nos ocupamos nesta pesquisa, constitui-se como um fenômeno contemporâneo, circunscrito sobretudo às últimas duas ou três décadas. Trata-se de um movimento que não apenas introduz novos diagnósticos, mas que tende a silenciar a complexidade das manifestações infantis, atribuindo-as prioritariamente a um suposto déficit de funcionamento neurológico. Nesse sentido, “as instâncias familiares, escolares e sociais permaneceriam quase sempre isentas de responsabilidade quando se escolhe atribuir essas dificuldades das crianças a um suposto funcionamento neurológico inadequado”¹⁶.

Tal perspectiva apaga a dimensão social e subjetiva, uma vez que a medicalização “reescreve questões sociopolíticas, econômicas, culturais e afetivas como fenômenos individuais e biológicos”, transformando modos de existência em patologias¹⁷. Por isso, a medicalização infantil pode ser compreendida como um “sintoma do nosso tempo, um tempo em que não poucos prefeririam remediar quimicamente as crianças”¹⁶.

Observou-se, nas entrevistas, que os responsáveis não questionam a incidência da estrutura familiar na constituição subjetiva e no comportamento da criança. O diagnóstico médico é imediatamente aceito e investido com o estatuto de grande Outro não faltante (A)⁵, funcionando como uma instância de saber inquestionável que oferece uma resposta totalizante.

Esse movimento opera uma forclusão do Nome-do-Pai ⁶ ao rejeitar a dimensão simbólica da falta estruturante, privilegiando uma causalidade meramente biológica ou factual. Ao tamponar a falta-a-ser inerente ao sujeito, o diagnóstico promove uma sutura precária no real. Contudo, essa tentativa de plenitude imaginária não se sustenta, exigindo uma reiteração diagnóstica progressiva para persistentemente tentar obturar o hiato⁷ que insiste em se manifestar no campo do Outro¹⁸.

Como destaca a crítica psicanalítica, a psiquiatrização da loucura ou sua redução a uma “doença mental” pode ser entendida como “o reforço da construção de barreiras, de outras formas de muros com os quais os psiquiatras tentam se proteger do que o louco nos impõe”. Assim, a busca de causas biológicas ou neuronais para o sintoma “alienaria e desimplicaria o paciente de seu sofrimento”¹⁸.

No campo clínico com crianças, percebe-se o declínio da função paterna, o que se manifesta sob a forma de uma *jouissance*⁸ corporal não simbolizada²². Do mesmo modo, a psicanálise ressalta que, no âmbito da debilidade intelectual, a criança pode ficar exposta “ao suborno da fantasia

⁵ Lugar simbólico da linguagem, da lei e da cultura.

⁶ Não-simbolização da função paterna, a interdição.

⁷ Intervalo, a falta ou a brecha irredutível.

⁸ Um gozo que ultrapassa o prazer, ligado ao excesso, à dor e à transgressão do princípio do prazer.

inconsciente da mãe que não lhe deixa outra saída senão a de alienar em si, sob a forma de um déficit – no caso do débil – a falta da mãe”¹⁸.

Nesse debate, a categoria de “foraclusão” (*Verwerfung*) formulada por Lacan¹⁹ é fundamental. Trata-se do mecanismo pelo qual um significante essencial – o Nome-do-Pai – é rejeitado, resultando em um vazio estrutural, que impede a amarração fundamental entre o Real, Simbólico e Imaginário. Como afirma o autor, “para que a psicose se desencadeie é preciso que o Nome-do-Pai, foracluído, isto é, jamais advindo no lugar do Outro, seja ali invocado em oposição simbólica ao sujeito”¹⁹.

O Nome-do-Pai, portanto, não corresponde ao pai natural, mas a uma função simbólica que institui o falo como significante⁹ que emancipa o sujeito de sua alienação ao desejo materno e o insere no campo social e simbólico. Como esclarecem Teixeira e Caldas¹⁸, “ele institui o falo como um significante à parte que emancipa o sujeito de sua alienação incestuosa ao Desejo Materno, mediando seu destino social ao ideal simbólico”. Nessa perspectiva, a função paterna articula uma linhagem, uma narrativa e uma história familiar²¹.

A medicalização infantil, ao oferecer uma “solução técnica” para o sintoma, opera como um ato que foraclui a possibilidade de a criança e seus responsáveis se inscreverem na dimensão do desejo e da falta. O resultado é a manutenção de um Outro não faltante e não castrador metamorfoseado em diagnóstico médico e prescrição farmacológica ocasionando diretamente a desresponsabilização e a ausência de questionamentos.

A lógica psiquiátrica contemporânea reforça tal processo. Aguiar e Laia²¹ observam que “na psiquiatria, na qual não têm sido encontradas evidências precisas dos chamados ‘marcadores biológicos’, essa lógica – promovida pela diluição dos diagnósticos psiquiátricos nas classificações atuais – torna-se ainda mais perversa”. O DSM amplia o número de transtornos a tal ponto que “essa normalização das exceções às apaga como diferenças singulares”²¹.

A clínica, reduzida ao uso generalizado de fármacos, vê o médico transformado em “mero agente distribuidor”, o que intensifica a medicalização da vida²¹. Excluir a subjetividade do tratamento equivale a esvaziar a clínica, pois “no caso da psiquiatria, a desconsideração da subjetividade trouxe nada menos do que o fim da clínica, tal como era concebida”²¹.

O desencadeamento psicótico e a crise da função paterna ilustram o papel determinante da foraclusão do Nome-do-Pai, mecanismo que define a psicose pela ausência do corte simbólico: “É preciso buscar a causalidade da psicose na foraclusão de um significante primordial, o significante do Nome-do-Pai, a ser entendido em sua dupla função: como suporte da cadeia de sentido que estrutura o campo da realidade e como significante que limita a presença do gozo no mundo”²¹.

⁹ Elemento fundamental da linguagem, que representa o sujeito para outro significante.

Assim, a medicalização, ao substituir a inscrição simbólica pela via do diagnóstico, contribui para o declínio da função paterna e silencia a dimensão subjetiva da criança.

Atualmente, observa-se a proliferação de patologias em que os atos parecem substituir a palavra. A predominância da ação sobre a fala aponta para uma clínica das impulsões, como a bulimia, a anorexia, as adições e a hiperatividade, vinculadas ao declínio da função paterna²³. Como lembram os autores, nenhuma figura concreta – pai, professor, governante – pode ocupar plenamente o lugar do Outro, que permanece como espaço vazio e estruturante, gerando tanto apelos desesperados quanto desistências resignadas²³.

O ponto de partida clínico é, portanto, a ascensão de patologias impermeáveis à interpretação psicanalítica tradicional, nas quais o paciente se encontra imerso em um sofrimento silencioso²³. Essa tendência se articula ao discurso capitalista, que convida o sujeito a negar a castração por meio do consumo. Em termos psicanalíticos, “o gozo torna-se mais importante que o desejo”²³. Por isso, a clínica contemporânea enfrenta o desafio de restituir ao sujeito sua responsabilidade frente ao sofrimento, indicando “a parte que ele tem na fabricação e na preservação de sua condição”²³.

Diante do exposto, a medicalização da infância caracteriza um fenômeno social que tem por preferência a causalidade biológica, inserindo diagnósticos como grande Outro não faltante, que silencia a dimensão subjetiva das crianças e isenta a sociedade de suas responsabilidades. Pelo olhar da psicanálise, esse movimento opera uma forclusão do Nome-do-Pai, rejeitando a falta, tão importante para estrutura psíquica e ocasionando uma precária sutura no real, o que contribui para o declínio da função paterna. Assim, ao oferecer uma “solução técnica” e farmacológica ao sintoma, o diagnóstico e a medicalização substituem a inscrição simbólica consolidando um tempo em que se perde a escuta da palavra em prol da medicalização

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise desenvolvida nesta pesquisa evidencia que a medicalização da infância ultrapassa o campo estritamente médico e se configura como um fenômeno social, cultural e discursivo. Trata-se de uma lógica que transforma questões subjetivas, relacionais e institucionais em problemas de ordem biológica, oferecendo respostas químicas a impasses que pertencem ao campo da linguagem e do desejo. Ao recorrer à medicação como solução imediata, desloca-se a escuta e apaga-se o sujeito, reduzindo a complexidade do sofrimento psíquico infantil a disfunções neurobiológicas.

Neste contexto, o discurso médico se estabelece como uma nova autoridade, assumindo a posição de um grande Outro não faltante, não barrado, ocupando esse lugar de falta. É o médico quem nomeia, prescreve e legitima, instaurando uma ordem que passa a ser seguida por pais, professores e

instituições. Essa transferência de autoridade revela o declínio da função simbólica do pai, entendida, na perspectiva psicanalítica, como mediadora entre o desejo e a lei, e evidencia o empobrecimento das formas contemporâneas de sustentação do limite. Assim, o saber médico se converte em um novo significante-mestre, regulando comportamentos e definindo o que é ou não normal na infância.

Os dados da pesquisa de campo mostraram o uso precoce e recorrente de psicofármacos, muitas vezes antes dos nove anos de idade, e a multiplicidade de diagnósticos atribuídos a uma mesma criança. Observou-se, ainda, a naturalização desse processo, com pais e educadores aderindo rapidamente às prescrições, motivados pela promessa de controle e rendimento escolar. A escola, diante das próprias limitações estruturais e simbólicas, tende a reforçar essa lógica, encaminhando a criança ao médico e transferindo para o medicamento a tarefa de regular o comportamento e garantir a produtividade.

Esse cenário reflete como a racionalidade biomédica e neoliberal atravessa o cotidiano escolar e familiar, transformando a infância em um risco a ser administrado. Sob o discurso da prevenção, diagnósticos são antecipados e tratamentos instituídos precocemente, produzindo efeitos de submissão e dependência. A criança deixa de ser vista em sua singularidade e passa a ser tratada como um corpo a ser corrigido, regulado e adaptado às exigências do sistema.

Do ponto de vista psicanalítico, tal processo pode ser compreendido como uma tentativa de tamponar a falta, suprimindo o mal-estar inerente à existência e às relações humanas. O sintoma infantil, em vez de ser acolhido como expressão singular do sujeito, é silenciado por meio da medicação. A função do Nome-do-Pai, responsável por introduzir o sujeito na ordem simbólica e possibilitar a elaboração da falta, cede lugar à prescrição técnica, que instaura uma ordem sem lei simbólica. O medicamento, assim, organiza o comportamento, mas não promove inscrição subjetiva; regula o corpo, mas não dá lugar à palavra.

Essa substituição do campo simbólico pela técnica evidencia também a fragilidade do lugar do adulto diante da infância. Pais, professores e cuidadores, desautorizados em suas funções, delegam à medicina o papel de instaurar limites e garantir a adaptação social. A medicalização, portanto, não apenas silencia a criança, mas denuncia o esvaziamento das formas de transmissão, a crise da autoridade e a recusa contemporânea da falta.

Diante disso, faz-se necessário reafirmar o valor da escuta e da palavra na relação com crianças. O sintoma não deve ser compreendido como erro ou falha a ser corrigido, mas como via privilegiada de acesso ao inconsciente e ao desejo. Reconhecer a criança como sujeito implica resgatar o espaço da subjetividade e da singularidade, contrapondo-se à lógica da normatização e da produtividade.

Assim, reintroduzir o Nome-do-Pai, entendido não como figura, mas como função simbólica, é apostar na possibilidade de restituição da falta e na construção de um laço social mediado pela linguagem. Essa aposta é, antes de tudo, ética: sustentar a escuta, reconhecer o sujeito e resistir à tendência contemporânea de transformar a vida em objeto de controle médico e farmacológico.

A medicalização da infância, analisada sob a ótica psicanalítica, revela-se como um sintoma social que expressa o mal-estar de uma época marcada pela pressa, pela técnica e pela recusa do limite. A medicalização, portanto, representa mais do que uma questão de saúde: trata-se de um sintoma social que revela o empobrecimento dos laços e a recusa da alteridade. Em vez de acolher o discurso da criança, tende-se a enquadrá-la em categorias que anulam sua subjetividade. Vale ressaltar sobre a importância da escuta como instrumento ético e político de resistência à lógica da padronização e da medicalização.

Repensar esse fenômeno é, portanto, uma tarefa urgente para a educação e para a sociedade, um convite à escuta, à reflexão e à retomada do lugar da palavra como via de humanização, de resistência e de construção de sentido.

Esta pesquisa teve como objetivo compreender o processo de patologização e medicalização da infância a partir de uma perspectiva psicanalítica, articulando teoria e prática para analisar como o discurso médico se sobrepõe à função simbólica do Nome-do-Pai e reconfigura o lugar da criança na contemporaneidade. Ao longo do estudo, buscou-se evidenciar como o recurso ao diagnóstico e à medicação funciona como um modo de tamponar a falta e de silenciar o sujeito infantil, reduzindo a complexidade do sofrimento psíquico a parâmetros técnicos e normativos.

Entre os limites encontrados, destaca-se o fato de a amostra de entrevistados ser composta majoritariamente por mulheres tutoras, o que pode ter influenciado a leitura sobre a relação entre família, escola e discurso médico. Esse recorte revela, ainda, a dimensão de gênero presente no cuidado com a infância, mostrando que a responsabilidade pelo acompanhamento e tratamento recai, em grande parte, sobre as mulheres. Tal aspecto abre caminho para reflexões mais amplas a respeito das desigualdades de gênero e sua intersecção com o processo de medicalização.

Como sugestão para pesquisas futuras, propõe-se a ampliação do estudo para incluir outros sujeitos envolvidos nesse processo, como pais, professores, profissionais de saúde e as próprias crianças, bem como a análise das políticas públicas e das práticas escolares que sustentam ou resistem à lógica medicalizantes. A partir dos resultados aqui obtidos, é possível retomar a hipótese inicial de que a medicalização da infância atua como um dispositivo de regulação subjetiva e social, substituindo o lugar simbólico do pai por uma autoridade técnica que promete eliminar o mal-estar e a falta, mas termina por reforçar o silenciamento da subjetividade infantil.

REFERÊNCIAS

1. Brzozowski FS, Caponi SNC de. Medicalização dos desvios de comportamento na infância: aspectos positivos e negativos. *Psicol Ciênc Prof*. 2013;33(1):208-21. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932013000100016>
2. Tesser CD, Poli NP, Campos GWS. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2010 [acesso em 08 abr. 2025];15(3):3615-24. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/5CPdsP8KcY736w7qnJqg9PJ/?lang=pt&format=pdf>
3. Clarke AE, Shim JK, Mamo L, Fosket JR, Fishman JR. Biomedicalization: technoscientific transformations of health, illness, and U.S. biomedicine. *Am Sociol Rev*. 2003;68(2):161-94. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/1519765>
4. Foucault M. O nascimento da clínica. 6ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2006.
5. Lacan J. O seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar; 2009.
6. Lacan J. O seminário, livro 1: os escritos técnicos de Freud. Tradução de Betty Milan. 2 ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2009. (estava em APA — refeita em Vancouver; ver nota acima sobre "(1953-1954)".)
7. Mattar J. Metodologia científica na era da informática. São Paulo: Saraiva; 1996.
8. Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. 11 ed. São Paulo: Cortez; 2011.
9. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 43 ed. São Paulo: Paz e Terra; 2011.
10. Freire P. Pedagogia do oprimido. 50 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2011.
11. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6 ed. São Paulo: Atlas; 2008.
12. Silva CM, Macedo MMK. O método psicanalítico de pesquisa e a potencialidade dos fatos clínicos. *Psicol Ciênc Prof* [Internet]. 2016 [acesso em 02 maio 2025];36(3):520-33. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703001012014>
13. Silva AT, Macedo RM. Medicalização da infância e adolescência: discursos e práticas. *Psicol Soc (Belo Horizonte)* [Internet]. 2016 [acesso em 15 maio 2025];28(2):296-305. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/6p7wZkQ9q6xJ5B7r8Z8k7Lw/?lang=pt>
14. Berlinck MT. O método psicanalítico de pesquisa e a clínica. *Rev Lat-Am Psicopatol Fundam*. 2012;15(4):838-50.
15. Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*. 13 jun. 2013 [acesso em 22 maio 2025]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
16. Silveira RM. Patologização e medicalização da infância. São Paulo: Cortez; 2016.
17. Tavares R, Rodrigues F. Medicalização da vida e infância: uma leitura crítica. *Cad Psicol Soc*. 2022;24(2).
18. Laia S, Aguiar AA. Enigma, objetivação e diluição da loucura. In: Teixeira A, Caldas H, organizadores. *Psicopatologia lacaniana I: semiologia*. Belo Horizonte: Autêntica; 2017. p.10-28

19. Lacan J. Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1998.
20. Lacan J. Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. In: Lacan J. Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1998. p. 284.
21. Ferreira CMR, Veras M. Entrevista psicopatológica: o que muda entre a psiquiatria e a psicanálise? In: Teixeira A, Caldas H, organizadores. Psicopatologia lacaniana I: semiologia. Belo Horizonte: Autêntica; 2017. p.49-65.
22. Santos ML, Nogueira L, Vilhena J. A função paterna na clínica com crianças. Rev Assoc Psicanal. 2014;42(1).
23. Lustoza RZ, Cardoso MJ d'E, Calazans R. "Novos sintomas" e declínio da função paterna: um exame crítico da questão. Ágora (Rio de Janeiro). 2014;17(2):201-13.