

UNIP - UNIVERSIDADE PAULISTA
Instituto de Ciências Humanas
Curso de Psicologia

HILDA MAGALY PÉREZ LOAYZA - RA: G299GC1
ISABELLY EVANGELISTA ANDRADE - RA: D9624B5
JOYCE DOMINGUES - RA: G2784F7
MARYLIN DE ANDRADE FERREIRA - RA: G316EH0
NAYANE FAGUNDES SANTANA - RA: G24FDJ8
SHARON PATRÍCIA FERNANDES DE OLIVEIRA - RA: T029JE2

**A Influência da Medicalização nos Processos Patológicos em
Adolescentes**

Campus Chácara II
São Paulo – 2025

UNIP - UNIVERSIDADE PAULISTA
Instituto de Ciências Humanas
Curso de Psicologia

HILDA MAGALY PÉREZ LOAYZA - RA: G299GC1
ISABELLY EVANGELISTA ANDRADE - RA: D9624B5
JOYCE DOMINGUES - RA: G2784F7
MARYLIN DE ANDRADE FERREIRA - RA: G316EH0
NAYANE FAGUNDES SANTANA - RA: G24FDJ8
SHARON PATRÍCIA FERNANDES DE OLIVEIRA - RA: T029JE2

**A Influência da Medicalização nos Processos Patológicos em
Adolescentes**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Universidade Paulista – UNIP, como requisito parcial para a obtenção do título de graduação em Psicologia.

Orientador: Profº Me. Gustavo Nascimento

Campus Chácara II
São Paulo – 2025

SUMÁRIO

1. Objetivo Geral	4
1.1 Objetivos Específicos	4
1.2 Hipóteses	4
1.3 Justificativa	5
2. Introdução	7
3. Metodologia	11
3.1 Sujeitos	11
3.2 Instrumentos	11
3.3 Aparatos da Pesquisa	12
3.4 Procedimentos	12
3.5 Resultados	13
4. Desenvolvimento	14
4.1 Medicalização	14
4.2 A influência dos processos patológicos nos adolescentes	18
5. Saúde Mental entre Crianças e Adolescentes no Brasil	21
5.1. Ansiedade	23
5.1.1 Prevalência e Impactos	24
5.2 Problemas de Conduta	25
5.3. TDAH – Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade	26
5.4. Depressão	27
5.5. T. E.A - Transtorno do Espectro Autista	31
5.6. Transtornos Alimentares	33
5.6.1 Principais Transtornos Alimentares e Critérios Diagnósticos no DSM-5	35
5.6.2 Principais Transtornos Alimentares e Critérios Diagnósticos na CID-11	36
6. Rotulação das Patologias	37
7. Aceitação da Família	40
8. O Processo da Medicalização diante do Olhar da Psicanálise	43
8.1 Atuação prática do Psicólogo Psicanalista na Clínica	43
8.2 Processo de Medicalização na Atualidade	44
9. Discussão	50
10. Conclusão	54
11. Referências Bibliográficas	56

1. Objetivo Geral

A influência da medicalização nos processos patológicos em adolescentes.

1.1 Objetivos Específicos

- A rotulação das patologias
- A aceitação das famílias quanto aos diagnósticos
- O processo de medicalização diante do olhar da psicanálise

1.2 Hipóteses

A rotulação das patologias é um grande problema, agora em que vivemos. Onde tudo gira em torno de saúde mental, onde as doenças comuns na saúde mental foram banalizadas principalmente entre adolescentes onde estar triste é sinal de depressão, ser agitado ou desatento é sinal de TDAH, ter surtos sinal de autismo, ter variação de humor sinal de bipolaridade.

É bem comum escutarmos pessoas que não tem conhecimento correto sobre o assunto rotulando uma pessoa dizendo que ela tem autismo ou TDAH, só porque ela “acha” que essa pessoa tem características de quem tem autismo ou TDAH.

Com nossos estudos vemos cada dia mais a importância de não rotular alguém sem que ela tenha um diagnóstico correto, até porque isso pode causar problemas ou até mesmo fazer com que a pessoa não procure um profissional que possa ajudá-la a entender o que ela tem.

Outro grande problema da rotulação, principalmente quando se trata de patologias “reais”, é quando a pessoa toma para si esse rótulo, simplificando suas emoções e fechando as perspectivas de que ela poderá ter uma vida normal, principalmente em relação aos adolescentes, que é o foco deste trabalho. Pessoas que se fecham no rótulo, ou mesmo se rotula, trazem para si outras doenças e/ou psicopatologias, além de mexer em sua autoestima, seus projetos, seus sonhos e até mesmo em uma visão de futuro.

A medicalização no cotidiano é algo que vai além e se instalou como um novo poder, assim como o papel que a psiquiatria passa a ocupar é de uma nova ordem que regula as estruturas do sistema de saúde mental na estrutura da sociedade.

Além das melhores intenções e dos métodos científicos mais rigorosos, o objetivo final é reformular, racionalizar, monetizar, aumentar a eficiência e a moralidade. A ordem psiquiátrica, aliás, não é assunto apenas dos psiquiatras, mas atinge todos aqueles que trabalham, que estudam no campo da saúde mental e da educação. Ser diferente é imediatamente qualificado como sinal de doença. Estamos patologizando quando o adolescente já é suspeito de doença. E tudo isso sem que haja um questionamento prévio do papel da família, da escola, do psicólogo ou de qualquer outro profissional de saúde. De certa forma, a doença é reproduzida.

1.3 Justificativa

A proposta desse trabalho é amenizar os comportamentos que os adolescentes têm, que trazem possíveis desconfortos, por não ser o padrão esperado da sua comunidade social, logo para eles também. Além de auxiliar os futuros psicólogos na melhor percepção dessas questões medicamentosas, observando o quanto é necessário e o quanto o medicalizar o adolescente é apenas um meio de abafar a sua forma de expressão que está completamente relacionada ao meio que ele convive, mas na maioria das vezes, não é posto isso em pauta, onde apenas apontam o menor, exigindo maturidade e fazendo cobranças. Desta forma, acabam por serem olhados e julgados como um ser patologizado, em que a sociedade a enxerga não mais como o adolescente, mas sim como o "problemático", o "diferente", em uma visão altamente estigmatizante. Goffman (1988).

Na psicanálise, o corpo não pode ser reduzido a algo orgânico, mas sim o local de uma cadeia de instintos que buscam satisfação no prazer ou na aversão. Assim, observamos o corpo sendo teorizado de diversas formas, como o corpo histérico de conversão, o corpo erógeno, o corpo instintivo e o corpo narcísico. Isto mostra a importância fundamental do corpo na estrutura dos órgãos mentais. Esta investigação mostra que existe uma diferença paradigmática entre o caminho percorrido pela psicanálise e uma sociedade repleta de sujeitos médicos, sendo esta última um caminho obscurecido pelo caminho da biologia e dos sedativos objetais. Uma

metassíntese qualitativa dos artigos selecionados permitiu identificar cinco categorias de análise interpretativa: “Sofrimento mental: desamparo humano”, “Biomedicina: perspectivas sociais e biopolíticas” e “Especificidade. Tópicos/dependências médicas”, “Psicanálise aliada à medicina”, “Paradigma da medicina vs. paradigma da psicanálise”. Com a ajuda deste artigo, é possível compreender as semelhanças e diferenças das drogas tóxicas modernas e destacar as peculiaridades da perspectiva psicanalítica sobre o tema.

Transtornos como síndromes de pânico, transtornos psicossomáticos, depressão, ansiedades etc., demonstram que as principais manifestações da patologia atual implicam numa fragilidade de recursos simbólicos. O que estamos vendo como um desenvolvimento é que os transtornos mentais eventualmente se tornam aparentes e se manifestam fisicamente através da dor e do comportamento. A transição para a ação adquiriu um certo privilégio como meio de adquirir regulação psicológica. Neste contexto, os sintomas físicos dos distúrbios psicológicos, nomeadamente o desconforto manifestado como dor física.

Desta forma, colaboramos com as clínicas para incentivar o questionamento do corpo e desenvolver técnicas de escuta que nos permitam ouvir as partes “extras” da dor no caso de “explosões psicológicas que estão sempre presentes dentro do corpo”. de certa forma. em voz alta. "Registrar. Porém, ao atingir o limite, a expressão em questão passa claramente por uma lacuna antirrepresentacional, que se caracteriza principalmente pelo silêncio." Birman (2003, p. 1)

2. Introdução

A adolescência é uma fase única, que influencia significativamente o desenvolvimento das pessoas rumo à vida adulta. Embora a maioria dos adolescentes goze de boa saúde mental, as diversas mudanças físicas, emocionais e sociais que ocorrem nesse período, incluindo a exposição à pobreza, abuso ou violência, podem torná-los vulneráveis a problemas de saúde mental, por isso é fundamental promover o bem-estar psicológico e protegê-los de experiências adversas e fatores de risco que podem afetar seu potencial de crescimento não apenas para garantir seu bem-estar, mas também para preservar sua saúde física e mental na vida adulta.

De acordo com o relatório Situação Mundial da Infância 2021 produzido pela UNICEF, estima-se que aproximadamente 16 milhões de jovens com idade entre 10 e 19 anos, parcela da população mais exposta ao risco de automutilações, depressão e suicídio, têm algum transtorno mental. UNICEF (2024)

Considerando este número significativo de casos, é importante saber como as famílias e as comunidades moldam a convivência com os jovens portadores de transtornos mentais, como são aceitos na sociedade e quais são os desafios cotidianos da família com esta pessoa.

A aceitação de um diagnóstico por um ou mais membros da família pode depender de uma variedade de fatores, incluindo crenças culturais, as experiências anteriores com saúde mental, além da natureza do diagnóstico de transtorno mental do adolescente. A compreensão é um fator muito importante para a condição de saúde mental não se agravar. Algumas famílias podem achar mais fácil aceitar um diagnóstico procurando informações e recursos para compreender melhor a doença e apoiar os membros da família afetados, outros podem achar mais difícil aceitar o diagnóstico devido ao estigma, ao medo do desconhecido e às preocupações sobre como isso afetará a dinâmica familiar. A comunicação aberta, o acesso à educação sobre a condição, o apoio de um profissional de saúde mental e a participação em grupos de apoio podem ajudar as famílias a lidarem com o diagnóstico e a trabalhar no sentido da aceitação e do ajustamento. Uma pessoa com um diagnóstico quase sempre implica em necessidades especiais e traz à tona uma nova realidade familiar

Nesse sentido, o objetivo desse trabalho é conscientizar as famílias, a sociedade, os profissionais de saúde mental e até os próprios adolescentes sobre as consequências da rotulação das psicopatologias. Discorrer sobre a importância da aceitação das famílias quanto aos diagnósticos de transtorno mental e revelar a concepção psicanalítica sobre a medicalização contemporânea.

Atualmente a psiquiatria enquadra os indivíduos em determinadas classificações baseadas apenas em manuais que rotulam as doenças mentais e faz com que os doentes se tornem meros consumidores de diversos psicofármacos, esquecendo-se da subjetividade do sujeito.

Temos que questionar que um diagnóstico não é uma classificação, mas algo que podemos questionar é: o adolescente tem que ser como um adulto que fica oito horas trabalhando diretamente? Ou o adolescente pode ser espontâneo, barulhento, irritante, impertinente? Um adolescente que "deixa o adulto desconfortável" provavelmente também faz parte do grupo de adolescentes saudáveis. Por outro lado, ele é "normalizado", é monitorado, é punido com medicação, mesmo assim, não há garantia que esse adolescente aprenderá mais do que antes na escola. O adolescente simplesmente para de "incomodar".

A clínica psicanalítica estuda as manifestações somáticas de transtornos mentais graves que não têm causa orgânica e que paralisam de certa forma uma vida ativa. O objetivo da psicanálise é analisar o contexto social da medicina e encontrar respostas para essas realidades. Nesse sentido, procuraremos compreender a perspectiva psicanalítica ao lidar com os problemas médicos dos jovens e adolescentes por meio de métodos de revisão sistemática da literatura. Diante de manifestações somáticas de transtornos mentais graves que têm e não têm causa orgânica, mas de certa forma, paralisam uma vida ativa. Almejamos aumentar a disseminação de conhecimento sobre processos patológicos, que gerem diagnósticos assertivos para garantir que os jovens tenham vida ativa e possam se desenvolver de forma autônoma em situações básicas, mas tão relevantes como planejar, organizar, dirigir, controlar e abastecidos de um conhecimento fundamental para sua própria sobrevivência como ser humano, na vida adulta.

Vivemos a transição de uma antiga ética do trabalho para uma atual ética do consumo, estamos imersos em uma realidade rápida e instantânea que exige uma produção contínua de trabalho e consumo.

Nesse contexto, o fato de o ser humano possuir condições subjetivas, que lhe permitem sentir e atribuir sentido aos sentimentos, está associado a adjetivos como improdutivo, ineficaz e incapaz. Para reverter essa situação, acredita-se que o sujeito deve ser medicado para aumentar sua capacidade produtiva, dormir menos e melhor, não se cansar, trabalhar sem causar prejuízos e ser mais rápido. Seu corpo é ajustado para supostamente lidar com frustrações e condições adversas da vida. Dessa forma, os medicamentos adquirem a função de regular as características do sujeito, levando a uma uniformidade e indiferenciação dos indivíduos, promovidas pela desqualificação da subjetividade do paciente.

Conforme coloca Birman (2003), atualmente, há um empobrecimento simbólico e por meio dele, abre-se um campo de mal-estar progressivo nas relações sociais. Nesse sentido, o ato de remediar-se visa a neutralizar esse mal-estar, mas, ao mesmo tempo, não chega à causa deste, desfavorecendo um trabalho psicanalítico do padecimento.

A partir do momento em que as pessoas são colocadas para dormir, a barreira do sofrimento desaparece, a proteção conferida ao corpo pelo limiar de tolerância à dor, e qualquer operação pode ser realizada. No entanto, na ausência de assepsia, não há dúvida de que toda operação não é apenas um risco, poderá vir acompanhada de morte.

Faz-se assim um chamado aos profissionais, para reconhecer que a medicina faz parte de um sistema histórico, econômico e de poder, e, portanto, é necessário determinar as ligações entre medicina, economia, poder e sociedade para ver até que ponto o modelo atual pode ser retificado ou aplicado.

A psicanálise vai em busca do resgate do sujeito, do que o causa e o constitui.

No texto *O mal-estar na civilização*, Freud (1930) revela sua preocupação, já naquela época, quanto à relação do homem com a felicidade e a infelicidade.

Destacou que as nossas possibilidades de felicidade sempre são restringidas por nossa própria constituição. Mas a infelicidade é muito menos difícil de experimentar.

O sofrimento nos ameaça a partir de três direções:

[...] de nosso próprio *corpo*, condenado à decadência e à dissolução, e que nem mesmo pode dispensar o sofrimento e a ansiedade como sinais de advertência; *do mundo externo*, que podem voltar-se contra nós com forças de destruição esmagadoras e impiedosas; e, finalmente, de *nossos relacionamentos com os outros homens* Freud (1930, p. 95).

A psicanálise, então, perde lugar para a rapidez e a falsa eficácia da próspera medicalização da vida. Diante dessa constatação, buscaremos mostrar através desse trabalho, a perspectiva da psicanálise perante a problemática da medicalização dos sujeitos através de uma revisão sistemática de literatura.

3. Metodologia

Este trabalho tem como objetivo analisar, de forma exploratória e descritiva, o efeito da medicalização em adolescentes. Para isso, será realizado um levantamento bibliográfico abrangente, recorrendo a livros, artigos científicos, documentos publicados e sites relevantes sobre o tema da medicalização. O estudo será sustentado por diferentes perspectivas, incluindo abordagens psicanalíticas, estudos atuais e dados qualitativos, com o intuito de aprofundar o entendimento do fenômeno.

O público-alvo da investigação são os adolescentes. Pretendemos ampliar o conhecimento sobre os efeitos da medicalização nesse grupo etário, considerando os processos patológicos envolvidos. O objetivo é identificar como a medicalização impacta a vida dos adolescentes e promover diagnósticos mais precisos, de forma a mitigar possíveis efeitos negativos. Além disso, o estudo pretende analisar o desenvolvimento desses jovens ao longo da adolescência até à fase adulta, buscando compreender como a medicalização pode influenciar uma evolução positiva e assertiva ao longo desse percurso.

3.1 Sujeitos

O grupo focal deste trabalho são jovens na faixa etária de 12 a 18 anos. A pesquisa se concentrará na análise dos efeitos da medicalização sobre os processos psicoemocionais e sociais desses indivíduos, considerando fatores patológicos que podem ser intensificados ou mitigados pela intervenção medicamentosa.

A pesquisa será desenvolvida a partir de uma revisão bibliográfica, sem delimitação específica de local físico para coleta de dados. No entanto, serão priorizados estudos e fontes que abordem a realidade da medicalização no contexto brasileiro, com foco nos adolescentes em ambientes escolares, clínicos e sociais. A análise dos dados considerará tanto o cenário nacional quanto comparações com estudos internacionais, quando pertinentes.

3.2 Instrumentos

Os instrumentos da pesquisa serão através de pesquisa bibliográfica através de livros, artigos científicos, documentos publicados sobre o tema.

3.3 Aparatos da Pesquisa

Notebook, tablets, smartphones, computadores.

3.4 Procedimentos

Através de pesquisas atuais, buscaremos artigos, livros e revistas sobre a influência da medicalização nos adolescentes e como isso os impacta e as possíveis consequências na utilização de medicamentos. A busca será realizada em bases de dados científicos como: Scielo, PubMed, Google Acadêmico.

A análise de dados na pesquisa sobre a medicalização com foco em adolescentes será conduzida utilizando uma abordagem qualitativa. O objetivo é interpretar e compreender profundamente os efeitos da medicalização nesse público, baseando-se em fontes bibliográficas e dados qualitativos. Os procedimentos seguirão as etapas descritas a seguir:

Coleta de Dados Bibliográficos: a primeira etapa consistirá na coleta de dados a partir de livros, artigos acadêmicos, publicações em revistas especializadas, documentos oficiais e fontes online confiáveis. As fontes serão selecionadas com base na sua relevância para o tema da medicalização de adolescentes, garantindo uma variedade de abordagens, desde as psicanalíticas até as mais recentes investigações científicas.

Leitura e Identificação de Temas Centrais: após a coleta, os materiais serão analisados criticamente para identificar temas centrais relacionados ao impacto da medicalização nos adolescentes. Os temas incluem os efeitos psicológicos, sociais e comportamentais, além dos processos patológicos envolvidos. Esta leitura será feita de forma a destacar tanto os desafios quanto as possíveis consequências positivas ou negativas da medicalização.

Codificação dos Dados: os dados qualitativos extraídos das fontes bibliográficas serão organizados e codificados com base em categorias previamente estabelecidas, tais como: a) impactos da medicalização no desenvolvimento emocional, b) diagnósticos e intervenções, c) consequências sociais e d) transição para a vida adulta. A codificação permitirá uma análise mais estruturada e comparativa entre diferentes autores e visões sobre o tema.

Análise Comparativa e Crítica: Serão comparadas as diversas abordagens encontradas, desde as análises psicanalíticas até os estudos mais recentes, para identificar convergências e divergências. A análise crítica permitirá entender melhor como a medicalização influencia a saúde mental e o comportamento dos adolescentes, considerando o contexto social, familiar e educacional em que estão inseridos.

Síntese dos Resultados: a partir das categorias e comparações realizadas, será elaborada uma síntese que apresentará os principais achados sobre os efeitos da medicalização nos adolescentes. Essa síntese permitirá compreender as implicações do uso de medicação na adolescência e as formas como essa prática pode afetar o desenvolvimento emocional e social, além de indicar caminhos para diagnósticos mais assertivos e intervenções adequadas.

Conclusões e Recomendações: com base na análise dos dados, serão formuladas conclusões sobre o impacto da medicalização em adolescentes e suas possíveis consequências ao longo da juventude até a fase adulta. Também serão sugeridas recomendações para a prática clínica e políticas de saúde pública, de forma a mitigar os efeitos negativos e promover uma medicalização mais consciente e equilibrada.

3.5 Resultados

Trabalhar com as pesquisas bibliográficas buscando o aprofundamento do tema, com as pesquisas da atualidade sobre o tema, na qual serão analisadas publicações científicas, livros e artigos, que tratam da influência da medicalização em adolescentes.

4. Desenvolvimento

4.1 Medicalização

O conceito de Medicalização surge após a Segunda Guerra Mundial, com a emergência do capitalismo, a necessidade a mão de obra escrava dos menos favorecidos, onde as classe trabalhadoras expostas a lugares insalubres começaram a adoecer, com moléstias, surtos e doenças contagiosas, onde eram isolados para morrerem, não se falava em cura, era um momento totalmente conturbado, porque estava afetando as classe baixa, que eram a força de trabalho do momento, em meados do século XVIII, com o fortalecimento da medicina, muito comentado por Foucault (2010), que representa essa medicina como social, falando sobre sanitização em diversas cidades que sofrem intervenções médicas com vistas à produção da salubridade e higiene social, uma medicina que é essencialmente um controle da saúde e do corpo das classes mais pobres para torná-las mais apta ao trabalho e menos perigosa às classes mais ricas.

Quando tratando de um tema relevante e atual como este, é importante entender como ele foi estabelecido, ou seja, compreender qual a cultura da medicalização. Algumas questões primordiais são o porquê as pessoas tomam esse remédio e a resposta vem de um lugar onde os olhos da sociedade já está tão acostumado, que se passa despercebido o fato de isso ser medicalização, como na fissura de ter uma aparência exterior esteticamente perfeita, gerando um culto ao corpo, a beleza e a perfeição, reforçando as teorias de padrões impostos pela sociedade como já cotados acima.

Mas para as pessoas chegarem esses resultados de mudanças e transformações, buscando satisfazer aquilo que elas se impõem por não se aceitarem como são e buscarem as características estereotipadas de seres admiráveis, há profissionais que utilizam de duas habilidades enquanto prestadores desses tipos de serviços que ofertam sua mão de boa para satisfazer e realizar o desejo dessa população que busca transformações. São estes profissionais os da medicina. Com isto, pode-se dizer que até mesmo a cultura médica se posiciona como apoiadores, incentivando a tomar certas medicações ou também realizar procedimentos estéticos que por vezes passam o resto de dias vidas dependentes de medicações que se bem analisados antes do procedimento, poderiam ser privados de tais consequências. Mas

ficando na medicina que é uma grande parte dos disseminadores dessa medicalização nos adolescentes, dizendo não ter problema. Já que o desejo deles precisa ser realizado agora melhor se aceitarem e serem aceitos, dentro das “normas” regidas pela sociedade.

Um outro forte agravante da medicalização é quando cai no senso comum, ou seja, que as pessoas aceitam a medicalização. Não buscando maiores informações do porquê ou para que estão recebendo aquele diagnóstico ou tomando aquele remédio, se ele realmente é necessário e válido para o seu momento. Vemos muito esse tipo de conduta, ao chegar em farmácias de bairro, onde os farmacêuticos passam a medicação de acordo com os sintomas que o cliente descreve para ele, sem ao menos olhá-lo com maior atenção ou ter qualquer tipo de exame ou receita em mãos para avaliar primeiro. E mesmo conscientes da importância da prescrição se deita por um médico as pessoas, tanto o consumidor como o farmacêutico aceitam e apoiam esse padrão.

Mas essa cultura é estabelecida no Brasil, pois na Europa quando chegam com dor de cabeça, em uma farmácia, os farmacêuticos passam só aspirina, apenas. Não há indicações de remédios sem receita médica.

A palavra medicalização de imediato quando se é pronunciada ou vista, para muitos a primeira noção que vem à mente, é que o termo se trata de pegar um remédio e tomá-lo por algumas vezes num período até aquele problema que estava sendo incomodo seja lá em qual parte do corpo for, ser resolvido e desaparecer, por efeitos da medicação que ingeriu. No entanto, o termo medicalização, é distinto, do puro e simples ato de tomar remédios para sanar uma questão que não está sendo satisfatória em nosso organismo. Desta maneira, ao longo deste texto será possível perceber o quão amplo e talvez, até desconhecida ao senso comum, esta palavra é importante e tem tido participação na vida cotidiana dos seres humanos.

Entende-se por medicalização o processo que transforma, situações da existência normal do ser humano em problemas médicos, que são apresentados em diferentes formas como “doenças”, “transtornos”, “distúrbios” que encobrem as grandes questões políticas, sociais, culturais, afetivas que afligem a vida das pessoas. Tendo então alguns pontos em que são mais visíveis como em questões, onde se justifica dificuldade em se comportar e de aprender, apontando ser por conta de um sintoma, logo tornando uma patologia a efetivação na produção do discurso. Outro

ponto que é atingido é a utilização de medicamentos de forma inadequada, que chega a uma banalização, desconsiderando os riscos que isso pode causar e por fim, na soma dos anteriores, um dos que podem ser mais graves e prejudiciais quando se trata de pensar-se em gerações futuras, que são as crianças, o efeito dessa medicalização, tem as atingido, limitando assim o desenvolvimento infantil, pois para aquelas, em alguns casos, que se apropriam inconscientemente desse termo passam a viver com limites em seu desenvolvimento, pelo fato de usar o diagnóstico para explicar suas falhas.

Explanando a respeito da história do termo, o conceito de medicalização, proposto por Zola (1972), se consagrou a partir de estudos de investigadores da década de 1970, que tinham como referências iniciais as correntes marxistas e liberais humanistas. Em geral, a medicalização denota algo suspeito derivado da criação ou incorporação de um problema “não médico” ao aparato da medicina. Em nome da produção de saúde, a medicina tornava-se um repositório de verdade, um campo no qual juízos eram sentenciados por especialistas que portavam uma objetividade e uma moral supostamente neutras. Nesse contexto, o enfrentamento das doenças assumia ares de uma batalha moral, instigada por uma retórica que imputava responsabilidade e culpa ao indivíduo pelo seu próprio adoecimento, ou seja, o termo medicalização, desde seu início trouxe ao portador da doença, um grande peso, pelo fato de além de ter de lidar com o que estava doente em seu organismo, ainda precisava enfrentar aquilo que falavam e pensavam a respeito dele.

Tal crítica trazia à tona a profissão médica junto a domínios que se consideravam estranhos ao campo da saúde, como o espiritual, o moral, o legal e o criminal, passando a ser, esses problemas sociais, cada vez mais medicalizados, ou seja, tomados como “doenças” a serem tratadas pela medicina científica. Falando referente a fenômenos, pode-se dar o exemplo do alcoolismo, o aborto, as “anomalias” e “desvios” da sexualidade, as homo e transexualidades, de acordo com Russo (2004). Bem como, o uso de drogas ilícitas, que transformados em questões médicas, possibilitaram o controle e a vigilância populacionais por parte dessas instituições. Esses fatos, permitiram que Conrad (2007) chegasse à análise de que a medicalização é um processo no qual determinado comportamento e/ou problema não médico é definido como uma doença, transtorno ou problema médico, sendo delegada à profissão médica a autorização para ofertar aos indivíduos algum tipo de tratamento,

como bem já exposto mais acima. Método este que perde de vista a singularidade do paciente, desrespeitando-a. Nesse contexto, impactante em relação à objetivação e ao monopólio médico-científicos, que alienariam, tanto objetiva como subjetivamente, as doenças de seus portadores, particularmente no que diz respeito à destruição do recurso cultural capaz de propiciar ação autônoma das pessoas para cuidar da própria saúde afirma, Martins (2013).

Quando tratado de medicalização, Foucault (2010), é uma importante referência, apesar de ele não referenciar muitas vezes diretamente ao conceito, e, quando o faz, trabalha com uma noção diferente daquela que hoje utiliza-se. A obra apresenta diversas semelhanças, com a produção crítica presente nas obras dos autores que contribuíram na formulação da medicalização enquanto uma categoria conceitual das Ciências Sociais.

Ele traz que o exercício do poder consiste, portanto, em “conduzir condutas” e em ordenar as probabilidades do outro. É menos da ordem do afrontamento entre dois adversários ou do vínculo de um em relação ao outro. O poder remete à ordem do “governo”, como afirma em seus escritos tardios, referindo-se não apenas às estruturas políticas e à gestão dos Estados, mas também

(...) [à] maneira de dirigir a conduta dos indivíduos ou dos grupos (recobrando não) apenas formas instituídas e legítimas de sujeição política ou econômica; mas modos de ação mais ou menos refletidos e calculados, porém todos destinados a agir sobre as possibilidades de ação dos outros indivíduos. Governar, nesse sentido, é estruturar o eventual campo de ação dos outros Foucault (1995, p. 243 244).

Desse modo, entende-se que a medicina é considerada uma estratégia de saber e poder que busca, através de sua prática e do conhecimento científico adquirido, estruturar um campo de ação na sociedade que opera sobre os mecanismos de produção de subjetividade dos indivíduos. Que envolve, no mesmo processo, poderes, saberes e produção de subjetividade. Com isso, diferente da tradição crítica à medicalização, a análise foucaultiana destaca o aspecto produtivo da medicalização, sua capacidade de fabricar novas verdades e técnicas para responder às mais variadas possibilidades de ação dos sujeitos na sociedade.

Desta forma, quando falamos da medicina neste campo, somada a inferências de vários autores desde o início da história de pesquisa até os dias atuais sobre o assunto, chegamos a reflexões e buscas que são elas, caminhos potentes para a efetuação de uma clínica qualificada e ampliada, onde jamais deve-se perder de vista

a singularidade e individualidade do ser humano. Fazendo isto, assim como já é, a medicina se manterá essencial quando abordado este tema, para manter a promoção de saúde na sociedade.

Dando seguimento a medicalização, com o passar dos tempos, ela veio se instaurando e ganhando corpo, onde a psicologia começou a conquistar espaço e fazer a diferença. O Conselho Federal de Psicologia (2024) lançou uma Campanha Nacional com o título, “Não à medicalização da Vida”. Com o objetivo de dar enfoque para as questões da medicalização, trazendo luz e gerando conhecimento, informando as pessoas, deste processo que transforma questões de ordem social, política, cultural em distúrbios, transtornos, atribuindo ao indivíduo uma série de dificuldades que o inserem no campo das patologias, dos rótulos, das classificações psiquiátricas.

Essa organização permitiu a constituição do Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade, que tem como objetivos: articular entidades, grupos e pessoas para o enfrentamento e superação do fenômeno da medicalização, bem como mobilizar a sociedade para a crítica à medicalização da aprendizagem e do comportamento. O caráter do Fórum é político e de atuação permanente, constituindo-se a partir da qualidade da articulação de seus participantes e suas decisões serão tomadas, preferencialmente, por consenso. É composto por entidades, movimentos e pessoas que tenham interesse no tema e afinidade com os objetivos do Fórum. Mais de 40 entidades assinaram o Manifesto, dentre elas o Conselho Federal de Psicologia, e estão compondo esta frente que vem se ampliando nos estados da Bahia, Rio de Janeiro, Paraná, São Paulo e mais recentemente em Rondônia, constituindo núcleos regionais.

Desta forma, objetiva-se trazer para um contexto atual a medicalização, falando mais dela desde o início da vida, a infância, ao decorrer do ciclo vital do ser humano, com enfoque em sua adolescência. Um dos ambientes que mais é notório essa questão da medicalização é na justificativa de problemas de comportamento e de aprendizagem, sendo mais comum em ambiente educacional.

4.2 A influência dos processos patológicos nos adolescentes

Muitas vezes, por conta de não saber lidar muito bem com as transformações de seu corpo e com as expectativas criadas, os jovens acabam por apresentar

comportamentos, como agitação, estresse, reclusão, entre outros, que não são analisados da forma adequada. Desta forma, acabam por serem olhados e julgados como um ser patologizado, em que a sociedade enxerga não mais como o adolescente, mas sim como o "problemático", o "diferente", em uma visão altamente estigmatizante. Goffman (1988)

A medicalização da adolescência é um processo histórico e cultural que se baseia em normas sociais sobre como os adolescentes devem se comportar. Quando um jovem age de maneira diferente do esperado, esses comportamentos 'não comuns' são frequentemente classificados como patológicos. A medicalização está inserida em dois contextos significativos: a família e a escola. Ao discutir as interfaces que influenciam esse processo, expõem-se mecanismos de discriminação e até a violação da dignidade, levantando questionamentos sobre o verdadeiro propósito ou motivo por trás da tentativa de domesticar determinados comportamentos.

Surgem estes questionamentos:

A medicalização de adolescentes faz parte de um processo socialmente naturalizado de contenção das emoções? Existe uma cultura que dita padrões de comportamento com base no poder financeiro? Há uma tentativa, por parte dos pais e da escola, de silenciar os comportamentos dos adolescentes?"

Identificar as interfaces que afetam a adolescência a partir da intervenção medicamentosa envolve reconhecer uma série de fatores que influenciam a forma de lidar com determinados comportamentos. As expectativas em relação ao jovem e à sua maneira de agir impactam a visão social que os outros têm dele. Muitas vezes, tanto a família quanto a escola compartilham a atitude de exigir um padrão de maturidade que, em muitos casos, não condiz com o ambiente de desenvolvimento disponível ao adolescente

De acordo com a lei N°8.069 do Eca (Estatuto da Criança e Adolescente):

Art. 2º Considera-se criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade. Parágrafo único. Nos casos expressos em lei, aplica-se excepcionalmente este Estatuto às pessoas entre dezoito e vinte influenciando a forma de lidar com determinados comportamentos. As expectativas em relação ao jovem e à sua maneira de agir impactam a visão social que os outros têm dele. Muitas vezes, tanto a família quanto a escola compartilham a atitude de exigir um padrão de maturidade que, em

muitos casos, não condiz com o ambiente de desenvolvimento disponível ao adolescente

O ECA, nesses artigos, propõe oferecer todas as ferramentas necessárias para que crianças e adolescentes se desenvolvam de forma saudável e digna. No entanto, ao analisar sua aplicação na prática, percebe-se que, frequentemente, o sujeito não é considerado em sua totalidade, e os comportamentos são coletivizados, sem uma análise individualizada e abrangente Ribeiro (2011).

A medicalização e a Lei nº 13.010 também conhecida como Lei da Palmada, ambas envolvem o debate sobre como a sociedade lida com o comportamento dos adolescentes e as formas de intervenção. A Lei da Palmada busca proteger os jovens de formas agressivas de disciplina, enquanto a medicalização aborda como os comportamentos e as emoções são tratadas com intervenções médicas. Ambas refletem uma preocupação com os direitos e o bem-estar dos adolescentes, mas de maneiras diferentes. Enquanto a Lei da Palmada visa eliminar práticas de disciplina física que podem causar dano, a medicalização pode introduzir novos desafios ao tratar comportamentos normais como patológicos. Ambas as abordagens têm implicações significativas para o desenvolvimento psicológico e social dos adolescentes.

Diagnósticos equivocados podem levar à rotulação do adolescente, gerando sérios problemas na autoimagem do jovem e na forma como os outros percebem e se relacionam com ele. Todos os comportamentos do adolescente, sejam eles 'comuns' ou não, acabam sendo analisados sob a ótica do estigma podendo causar sofrimento, tristeza, revolta e levar os adolescentes a aceitar passivamente essa rotulação.

A ciência médica se aliou à elite da sociedade com o objetivo de estabelecer padrões morais, físicos e intelectuais a serem seguidos. Esse alinhamento visa controlar e ditar os costumes e normas sociais consideradas 'normais', domesticando comportamentos e impondo restrições que impedem o adolescente de se expressar da forma que considera mais confortável. Isso resulta em sofrimento e punição para comportamentos que desviam da norma afirma Foucault (2010).

A crítica à medicalização advoga por uma abordagem mais holística e menos patologizante dos comportamentos adolescentes.

5. Saúde Mental entre Crianças e Adolescentes no Brasil

A saúde mental de crianças e adolescentes tem recebido atenção crescente em estudos epidemiológicos, especialmente no contexto brasileiro. Embora frequentemente subestimados, os transtornos mentais afetam uma parcela significativa dessa população. A Organização Mundial da Saúde (2022) estima que entre 10% e 20% das crianças e adolescentes apresentam algum tipo de transtorno mental, a depender da metodologia utilizada para estimar a prevalência. No Brasil, estudos indicam taxas entre 10,8% e 12,7%.

Entre os adolescentes brasileiros, os principais transtornos mentais identificados são ansiedade, problemas de conduta, hiperatividade, depressão e autismo.

A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), realizada em 2019, revelou que 71,4% dos estudantes já haviam experimentado bebidas alcoólicas, dos quais 27,3% relataram consumo regular e 9,0% apresentaram problemas relacionados ao uso de álcool. Além disso, 8,7% dos adolescentes relataram já ter experimentado drogas ilícitas.

Os indicadores de saúde mental apresentam resultados significativamente mais negativos para meninas. Segundo a PeNSE 2019, 29,6% das meninas afirmaram sentir que a vida não vale a pena ser vivida, em comparação com 13% dos meninos. A autopercepção negativa da saúde mental entre as meninas foi de 27%, mais que o triplo da registrada entre os meninos (8%).

Tabela 1: Indicadores de saúde mental de estudantes (13 a 17 anos) por sexo (%)

Indicador	Homens (%)	Mulheres (%)
Autoavaliação negativa de saúde mental	8,0	27,0
Sentiram-se muito preocupados com as coisas comuns do dia a dia	41,1	59,8
Sentiram-se tristes*	17,5	44,9
Sentiram que ninguém se preocupava com eles(as)*	19,9	39,8
Sentiram-se irritados, nervosos ou mal-humorados*	26,7	54,6
Sentiram que a vida não vale a pena ser vivida*	13,0	29,6

*Na maioria das vezes ou sempre, nos 30 dias anteriores à pesquisa.

Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – 2019 (IBGE)

Dados do Ministério da Saúde (2018) apontam um aumento significativo nas ocorrências de lesões autoinfligidas entre crianças e adolescentes no período de 2011 a 2018. Na faixa etária de 10 a 19 anos, a incidência passou de 23,2% para 29,8%, representando um crescimento de 28%.

Segundo levantamento realizado com psiquiatras, os transtornos mentais mais comuns entre adolescentes atendidos são: ansiedade, depressão, transtorno bipolar e transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), presente em 63% dos casos; transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), em 30%; esquizofrenia e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), ambos em 23%.

O suicídio constitui uma das principais causas de morte entre adolescentes. Em 2019, estimou-se que quase um bilhão de pessoas em todo o mundo, incluindo 14% dos adolescentes, viviam com algum transtorno mental. O suicídio foi responsável por mais de uma em cada 100 mortes, sendo que 58% desses óbitos ocorreram antes dos 50 anos de idade, segundo a OMS (2019).

Os dados apresentados evidenciam a alta prevalência de transtornos mentais entre adolescentes brasileiros, com destaque para quadros como ansiedade, depressão e problemas de comportamento. Torna-se, portanto, imperativo que políticas públicas voltadas à saúde mental infantojuvenil sejam urgentemente implementadas, com foco na prevenção, no diagnóstico precoce e no tratamento adequado. Além disso, é fundamental considerar as questões de gênero, oferecendo suporte específico às meninas, que apresentam indicadores de saúde mental significativamente mais preocupantes.

A seguir, serão abordados os principais transtornos mentais que acometem adolescentes, com foco em quadros de ansiedade, depressão, problemas de conduta, Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), Transtorno do Espectro Autista (TEA) e transtornos alimentares. A compreensão das características, prevalência e implicações desses transtornos é essencial para subsidiar intervenções eficazes e estratégias de cuidado voltadas a essa população em situação de vulnerabilidade.

5.1. Ansiedade

Os transtornos de ansiedade são uma das condições de saúde mental mais prevalentes entre jovens e adolescentes, especialmente depois que passamos pela pandemia da Covid-19 em 2020. Estudos recentes destacam os impactos significativos desses transtornos na vida escolar, social e emocional dos adolescentes, além de apontarem intervenções eficazes para mitigar os sintomas.

De acordo com Orellana (2020), os transtornos de ansiedade incluem condições como ansiedade generalizada, fobia social e ansiedade de separação. Esses transtornos são caracterizados por preocupações excessivas e persistentes que afetam negativamente o funcionamento diário dos jovens.

Os transtornos de ansiedade são condições de saúde mental caracterizadas por sentimentos intensos e persistentes de preocupação, medo ou apreensão que interferem significativamente na vida cotidiana. Em jovens e adolescentes, esses transtornos podem se manifestar de diferentes formas, dependendo de fatores como idade, ambiente social e histórico familiar. Os principais tipos incluem:

Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), é caracterizado por preocupações excessivas e difíceis de controlar sobre diversos aspectos da vida, como desempenho escolar, relacionamentos e saúde. Adolescentes com TAG frequentemente apresentam sintomas físicos, como tensão muscular, fadiga e dificuldades de concentração. Estudos recentes indicam que o TAG é um dos transtornos mais prevalentes entre jovens, especialmente em contextos de alta pressão acadêmica, destaca Fonseca (2022).

Fobia Social também conhecida como transtorno de ansiedade social, essa condição envolve um medo intenso de situações sociais ou de desempenho, como falar em público ou interagir com colegas. Jovens com fobia social podem evitar atividades escolares ou eventos sociais, o que pode levar ao isolamento e à redução de oportunidades de desenvolvimento pessoal. A ansiedade de separação esse transtorno é mais comum em crianças, mas também pode afetar adolescentes. Ele se manifesta como um medo excessivo de se separar de figuras de apego, como pais ou cuidadores. Em adolescentes, a ansiedade de separação pode ser exacerbada por mudanças significativas, como a transição para o ensino médio ou a entrada na universidade.

Transtorno de Pânico caracterizado por ataques de pânico recorrentes e inesperados, o transtorno de pânico pode ser particularmente debilitante para adolescentes. Esses ataques incluem sintomas como palpitações, sudorese, sensação de sufocamento e medo de perder o controle. Estudos mostram que o transtorno de pânico em jovens está frequentemente associado a eventos traumáticos ou estressores significativos.

5.1.1 Prevalência e Impactos

A prevalência de transtornos de ansiedade em adolescentes é alarmante, com taxas que variam de acordo com fatores socioeconômicos e culturais. Além disso, os impactos incluem dificuldades acadêmicas, isolamento social e aumento do risco de depressão e suicídio, afirma Dias et al (2024).

Os transtornos de ansiedade são altamente prevalentes entre jovens e adolescentes, com taxas que variam de acordo com fatores como região geográfica, contexto socioeconômico e acesso a serviços de saúde mental.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2022), os transtornos de ansiedade afetam cerca de 10% a 20% dos adolescentes globalmente. Em países como o Brasil, essa prevalência é ainda maior, com estudos indicando que até 30% dos jovens apresentam sintomas de ansiedade em algum momento da vida.

Os transtornos de ansiedade podem afetar negativamente o desempenho acadêmico, as relações interpessoais e a saúde física dos jovens. Por exemplo, adolescentes com TAG frequentemente apresentam dificuldades de concentração, o que pode levar a quedas no desempenho escolar. Além disso, o isolamento social causado pela fobia social pode resultar em baixa autoestima e aumento do risco de depressão.

Estudos recentes sugerem que intervenções baseadas em terapia cognitivo-comportamental e programas escolares podem reduzir significativamente os sintomas de ansiedade em adolescentes. Além disso, o suporte familiar e o acesso a serviços de saúde mental são cruciais para o sucesso do tratamento.

O tratamento dos transtornos de ansiedade em jovens e adolescentes requer abordagens multidisciplinares que envolvam profissionais de saúde mental, educadores e familiares.

5.2 Problemas de Conduta

O Transtorno de Conduta (TC) se caracteriza por um padrão persistente e recorrente de comportamentos antissociais, nos quais há violação dos direitos de outras pessoas ou das normas sociais apropriadas à idade. Tais comportamentos incluem agressões físicas e verbais, furtos, mentiras frequentes, destruição de propriedade e desrespeito às regras sociais, como evasão escolar e fugas de casa. Esses comportamentos não apenas comprometem o desenvolvimento psicológico do adolescente, como também afetam diretamente o seu convívio social e familiar, gerando estigmas e, em muitos casos, exclusão.

O TC envolve aspectos genéticos, neurobiológicos e ambientais. Crianças e adolescentes expostos a ambientes familiares desestruturados, violência doméstica, negligência, uso de substâncias psicoativas ou baixos níveis socioeconômicos tendem a apresentar maior risco de desenvolver o transtorno. A literatura evidencia uma alta prevalência entre meninos, além de associação com práticas de bullying e comportamentos autolesivos.

O diagnóstico é clínico e deve considerar os critérios estabelecidos pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), que exige a presença de ao menos três comportamentos característicos nos últimos 12 meses, sendo um deles nos últimos seis. Além disso, é fundamental que a avaliação leve em conta o contexto social e emocional do sujeito, bem como possíveis comorbidades, que são frequentes nesse grupo, como TDAH, transtornos de ansiedade, depressão e transtornos por uso de substâncias.

Diante desse cenário, torna-se urgente repensar as formas de acolhimento e intervenção com adolescentes que apresentam comportamentos condizentes com o Transtorno de Conduta. Ao invés de reforçar o estigma e a exclusão, é necessário construir espaços de escuta e estratégias terapêuticas que possibilitem o desenvolvimento emocional e social desses jovens, promovendo o respeito à sua singularidade e às condições de vida em que estão inseridos.

5.3. TDAH – Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

Os transtornos mentais são particularmente evidentes na adolescência e juventude devido às mudanças biológicas, neurológicas, psicológicas, relacionais e sociais que ocorrem nessa fase. A influência da família e dos pares é fundamental durante este período de transição da infância para a fase adulta, quando há uma nova construção de identidade decorrente das transformações visíveis e invisíveis no corpo, impactando diretamente as relações sociais e o comportamento no ambiente. Estudos indicam que, além dessas grandes mudanças, algumas questões específicas precisam ser identificadas para tratamento adequado, afetando o desenvolvimento saudável e integral do indivíduo. Entre estas questões está o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). A prevalência mundial de TDAH em crianças e adolescentes varia de 3% a 8%, dependendo do sistema de classificação utilizado. No Brasil, a prevalência é semelhante à mundial, com 7,6% de crianças e adolescentes entre 6 e 17 anos, conforme os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas da CONITEC, apontam dados do Ministério da Saúde (2022).

O TDAH manifesta-se como um padrão persistente de impulsividade e/ou desatenção, interferindo no funcionamento e desenvolvimento da pessoa, impactando as funções executivas e comportamentos inibitórios, como dificuldade de autocontrole e regulação da atenção, afetando áreas distintas como aprendizagem e relacionamento social. É um transtorno do neurodesenvolvimento com alta incidência em adolescentes e base genética evidente, identificada através de variantes de ácido desoxirribonucleico (DNA) codificadas no genoma. Pesquisas indicam que o transtorno pode ser herdado e associado ao uso de álcool e cigarros durante a gestação, destaca Rode (2023).

As evidências do TDAH incluem comportamentos de desatenção, como dificuldade em manter o foco, organização e persistência na realização de atividades prolongadas, hiperatividade caracterizada por atividades motoras excessivas e impulsividade manifestada em atitudes precipitadas. Comparativamente, adolescentes com TDAH têm menos chance de concluir o Ensino Médio e, mesmo quando concluem, apresentam menor probabilidade de ingressar na universidade em relação aos seus colegas típicos. O TDAH frequentemente apresenta comorbidades na infância e adolescência, podendo até 50% dos casos desenvolverem transtornos de ansiedade (cerca de 25%), transtornos opositores desafiadores e de conduta (30

a 50%), distúrbios de aprendizagem (10 a 25%) e abuso de substâncias (9 a 40%), conforme afirmam Gonzalez e Pires (2023).

O TDAH interfere nos aspectos psicológicos e comportamentais, configurando-se em riscos à saúde e à vida, como tentativas de suicídio e ideações suicidas, causadas pela dificuldade em regular emoções e nutrir expectativas positivas sobre si mesmos e seu futuro. Aproximadamente 60% das crianças e adolescentes com TDAH podem levar alguns sintomas de desatenção e hiperatividade/impulsividade para a vida adulta, embora em menor número. Adultos com TDAH têm dificuldades em organizar e planejar atividades diárias, determinar prioridades, gerir vários compromissos simultaneamente, resultando em trabalhos incompletos ou interrompidos, e necessitam de lembretes constantes, causando problemas no trabalho, estudos e relacionamentos.

5.4. Depressão

A depressão é a principal causa de incapacidade no mundo, afetando mais de 300 milhões de pessoas e segundo a Organização Mundial da Saúde (2022) o Brasil é o país com maior prevalência desse transtorno na América Latina.

Embora a genética influencie algumas formas do transtorno, ele pode ocorrer mesmo sem histórico familiar. Diversos fatores, como traumas, perdas e mudanças na rotina, podem desencadear episódios depressivos. Em crianças e adolescentes, os sintomas podem ser diferentes dos observados em adultos, tornando essencial a atenção a mudanças de comportamento, especialmente no ambiente escolar.

A depressão afeta um número crescente de adolescentes, manifestando-se como o transtorno mental mais frequente nessa fase da vida. Esse quadro não só tende a se repetir ao longo do tempo, como também pode causar impactos negativos profundos e prolongados na saúde física, emocional e social desses jovens, tornando essencial a atenção e o cuidado adequados para esse público.

Os resultados da primeira parte da pesquisa do Estudo Calendário da Saúde em setembro de 2025, indicam que a depressão é um dos transtornos mentais mais comuns entre os pacientes atendidos pelos psiquiatras. Além disso, 93% dos psiquiatras entrevistados afirmaram que esses transtornos impactam fortemente a qualidade de vida dos pacientes, pontuando entre 8 e 10 em uma escala de impacto de 1 a 10. O Estudo Calendário da Saúde é uma pesquisa conduzida pela empresa

de pesquisa de mercado Ipsos, atrelada ao calendário oficial de ações do Ministério da Saúde.

A pandemia da COVID-19 teve um impacto significativo na saúde mental de crianças e adolescente. Segundo a pesquisa realizada pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) em outubro de 2021 o Covid contribuiu-o para cerca de 36% dos casos de depressão nessa faixa etária no Brasil. Muitos jovens não expressam abertamente seus sentimentos de ansiedade e estresse, o que dificulta o diagnóstico e o tratamento adequados. A pandemia aumentou os níveis de estresse emocional, levando ao desenvolvimento de transtornos psicológicos devido à ruptura na rotina, isolamento social e incertezas. Além disso, a dificuldade de acesso à internet pode ter subestimado os resultados dos estudos, sugerindo que a realidade possa ser ainda mais grave. A pesquisa realizada pela faculdade monitorou a saúde mental de 7 mil crianças e adolescentes de todo o País desde junho 2020 até junho de 2021. Os resultados apontaram que uma em cada três crianças e adolescentes possui níveis de estresse emocional em uma intensidade que é considerada necessária para uma avaliação.

Esses dados foram apresentados no dia 17/06/2021 à Comissão Externa de Enfrentamento à Covid-19 da Câmara dos Deputados, pelo coordenador da pesquisa, o psiquiatra de crianças e adolescentes Guilherme Polanczyk.

Segundo a pesquisa do IBGE feita no ano 2021, os estudantes brasileiros, especialmente adolescentes mais velhos, do sexo feminino e que frequentam escolas públicas, têm demonstrado sinais significativos de sofrimento emocional. Esses sinais incluem ausência de amizades próximas, sentimentos de tristeza, preocupação constante, irritação, nervosismo e mau humor. Além disso, muitos relatam sentir que a vida não vale a pena ser vivida e faz em avaliações negativas sobre sua saúde mental.

Tabela 2 – Indicadores de Saúde Mental, Relacionamentos e Imagem Corporal entre Estudantes

Indicador	Total (%)	Meninas (%)	Meninos (%)
Sem amigos próximos	—	3,8	4,2
Sentimento de que a vida não vale a pena ser vivida	—	29,6	13,0
Autopercepção negativa de saúde mental	—	27,0	8,0
Satisfeitos ou muito satisfeitos com o corpo	66,5	57,8	75,5
Consideram seu peso normal	49,8	—	—
Não tomam atitude de mudança corporal	42,4	—	—
Sofreram violência sexual	—	20,1	9,0
Relataram ter sofrido bullying	—	26,5	19,5
Aparência corporal como motivo de bullying	16,5	—	—

Fonte: IBGE (2021)

O Brasil está entre os Estados Membros da Organização Mundial da Saúde (OMS) que aderiram ao Plano de Ação Integral de Saúde Mental 2013–2030, comprometendo-se com metas globais voltadas à transformação dos cuidados em saúde mental. Essa iniciativa internacional propõe três eixos fundamentais, denominados "caminhos para a transformação", os quais orientam os países signatários na reestruturação de seus sistemas de atenção psicossocial. São eles: (1) aprofundar o valor e o compromisso social com a saúde mental; (2) reorganizar os ambientes que influenciam o bem-estar mental, tais como lares, escolas, comunidades, ambientes de trabalho e serviços de saúde; e (3) reforçar os cuidados em saúde mental por meio da diversificação dos espaços, das modalidades e dos sujeitos envolvidos na prestação e recepção dos serviços.

No contexto brasileiro, a consolidação de uma rede de assistência segura, eficaz e humanizada para pessoas com transtornos mentais tem se configurado como um processo contínuo. Em consonância com as diretrizes do plano da OMS, foi publicada, em 7 de novembro de 2024, a Portaria GM/MS nº 5.697, que autorizou a substituição das Equipes de Atenção Primária (eAP) por Equipes de Saúde da Família (eSF). A medida visa à otimização dos recursos financeiros e à melhoria da qualidade do atendimento na Atenção Primária à Saúde (APS).

As equipes de Saúde da Família desenvolvem ações educativas e preventivas com o objetivo de promover a saúde mental nas comunidades. Dentre essas ações, destacam-se as campanhas de conscientização sobre estresse, depressão, prevenção do suicídio, uso racional de substâncias psicoativas (inclusive

medicamentosas), bem como a valorização do autocuidado. A educação em saúde, nesse cenário, é um instrumento fundamental para a redução do estigma relacionado aos transtornos mentais, favorecendo o acesso das pessoas aos serviços de apoio psicológico e psiquiátrico.

O Plano de Ação Integral de Saúde Mental 2013–2030, concebido pela OMS, parte do reconhecimento da saúde mental como um componente essencial da saúde integral e como um direito humano universal. Seus princípios estão alicerçados na promoção da inclusão social, na garantia da dignidade humana e na ampliação do acesso equitativo aos cuidados em saúde mental. Os principais eixos estratégicos do plano incluem:

- 1) A promoção da comunicação e da conscientização pública sobre a importância da saúde mental;
- 2) O fortalecimento da inclusão social e da dignidade das pessoas com transtornos mentais;
- 3) A ampliação e qualificação da rede de serviços de saúde mental;
- 4) O estabelecimento da saúde mental como prioridade nas agendas políticas e sociais;
- 5) A transformação cultural da forma como a sociedade compreende e lida com o sofrimento psíquico.

Entre os objetivos centrais do plano estão a redução do estigma e da discriminação, a promoção da justiça social e a garantia de que as pessoas com transtornos mentais tenham pleno acesso aos direitos de cidadania, incluindo educação, trabalho, cultura e lazer. Ademais, busca-se promover a consciência coletiva de que o cuidado com a saúde mental deve receber a mesma atenção e prioridade que o cuidado com a saúde física.

A OMS também recomenda a expansão e a qualificação dos serviços especializados, a exemplo dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e de outros dispositivos que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

A urgência na implementação dessas medidas é evidenciada por dados alarmantes. Em 2019, aproximadamente um bilhão de pessoas em todo o mundo — incluindo 14% dos adolescentes — conviviam com algum tipo de transtorno mental. O suicídio foi responsável por mais de 1 em cada 100 mortes, sendo 58% dessas

ocorrências registradas em indivíduos com menos de 50 anos de idade. Os transtornos mentais constituem a principal causa de incapacidade no mundo, correspondendo a 1 em cada 6 anos vividos com incapacidade. Além disso, estima-se que pessoas com transtornos mentais graves apresentem uma expectativa de vida de 10 a 20 anos inferior à média da população geral.

Fatores estruturais como violência doméstica, abuso infantil, bullying, desigualdades sociais e econômicas, crises sanitárias (como a pandemia de COVID-19), conflitos armados e mudanças climáticas agravam significativamente os riscos associados à saúde mental.

Ainda que tenham sido observados avanços, o progresso global no enfrentamento dessas questões permanece lento. Essa morosidade contribui para a manutenção de um cenário de negligência histórica, sobretudo em relação às populações mais vulneráveis. Estima-se, por exemplo, que cerca de 71% das pessoas com psicose não recebiam tratamento adequado antes da pandemia, e apenas 12% da população em países de baixa renda tinham acesso a serviços de saúde mental.

Diante desse panorama, o plano da OMS representa um chamado global à ação, orientado pela necessidade de integrar a saúde mental de forma efetiva aos sistemas de saúde e às políticas públicas. O foco recai sobre a promoção da equidade, da atenção integral e da dignidade humana como princípios norteadores de uma nova abordagem para o cuidado em saúde mental.

5.5. T. E.A - Transtorno do Espectro Autista

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é uma condição de neurodesenvolvimento que afeta a comunicação, o comportamento e a interação social. De acordo com o Ministério da Saúde (2022), o TEA é caracterizado por um espectro de sintomas que variam em intensidade e manifestação, o que torna cada caso único. A prevalência do autismo tem aumentado nas últimas décadas, com estimativas indicando que cerca de 1 em cada 54 crianças é diagnosticada com TEA, segundo dados da Organização Mundial da Saúde (2021). Esse aumento demanda uma atenção especial por parte da sociedade e dos serviços de saúde.

O diagnóstico do TEA é realizado por profissionais de saúde qualificados, que utilizam critérios estabelecidos em manuais de diagnóstico, como o DSM-5 (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais). Os sinais geralmente aparecem

nos primeiros anos de vida, e os pais ou responsáveis podem notar dificuldades na comunicação, comportamentos repetitivos e desafios nas interações sociais. É fundamental que o diagnóstico seja feito precocemente, pois a intervenção nos primeiros anos pode melhorar significativamente o desenvolvimento da criança. Estudos apontam que intervenções antes dos três anos de idade promovem melhores resultados em habilidades sociais, cognitivas e de linguagem.

As intervenções terapêuticas para o TEA são diversas e podem incluir terapia comportamental, fonoaudiologia, terapia ocupacional e apoio psicológico. A escolha do tipo de intervenção deve ser individualizada, considerando as necessidades específicas de cada paciente. O acesso a essas terapias é um direito garantido pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que busca atender à crescente demanda por serviços especializados segundo BVSMS (2025).

No Brasil, o SUS tem se empenhado em oferecer assistência integral a pessoas com TEA e suas famílias. O Ministério da Saúde implementou políticas públicas que visam garantir acesso ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento terapêutico adequados. A rede de serviços oferecida inclui atendimento psicológico, fonoaudiológico, terapias ocupacionais e suporte às famílias, que frequentemente enfrentam desafios emocionais e financeiros ao lidar com o transtorno. A Lei Brasileira de Inclusão nº 13.146/2015 também assegura os direitos das pessoas com deficiência, incluindo aquelas com TEA, promovendo a inclusão social e o acesso à saúde e à educação.

As orientações para o manejo do TEA são amplamente discutidas em documentos oficiais, como o guia da Secretaria de Estado dos Direitos da Pessoa com Deficiência de São Paulo (2024). Esse material destaca a importância da inclusão social e do acolhimento escolar, ressaltando que o ambiente educacional deve ser adaptado às necessidades dos alunos com autismo. Para isso, é essencial a formação de professores e a sensibilização da comunidade escolar. Diversas regiões já implementaram programas de capacitação, equipando educadores com ferramentas e estratégias eficazes para atender adequadamente os estudantes com TEA.

Outro ponto relevante é o investimento em pesquisa e na formação de profissionais especializados, fundamentais para o avanço na compreensão e no tratamento do transtorno. O Brasil tem promovido a capacitação contínua de profissionais da saúde e da educação, visando à melhoria da qualidade do

atendimento e à eficácia das intervenções. A colaboração entre diferentes áreas — saúde, educação e assistência social — é crucial para oferecer um suporte integral às pessoas com TEA e suas famílias. Iniciativas interdisciplinares têm mostrado resultados positivos, proporcionando um atendimento mais holístico e eficaz.

5.6. Transtornos Alimentares

Embora os transtornos alimentares não estejam listados entre os cinco mais prevalentes nessa revisão específica, outras fontes indicam sua relevância crescente entre adolescentes. Por exemplo, o Manual MSD destaca que os transtornos alimentares são comuns nessa faixa etária, especialmente entre meninas.

Esse transtorno é considerado patológico, pois envolve comportamentos relacionados à alimentação e à imagem corporal, que se tornam persistentes, prejudicando significativamente a saúde física, o funcionamento psicossocial, além de causar alterações comportamentais, emocionais e até fisiológicas no indivíduo destacam Santos et al. (2020).

Essas desordens alimentares surgem comumente na adolescência, uma fase da vida marcada por profundas mudanças biológicas, psíquicas e emocionais. Nessa fase, ocorrem também a formação e a consolidação dos hábitos alimentares. A mídia em geral, e especificamente as redes sociais, possuem expressiva influência no comportamento alimentar, estando associadas à insatisfação corporal dos adolescentes devido ao elevado apelo ao culto à magreza, que corrobora para uma busca desenfreada por um 'padrão de beleza' inatingível, citam Santos et al. (2020).

Esses distúrbios são classificados como transtornos mentais com base no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) e na Classificação Internacional de Doenças (CID-11). A disfunção alimentar tem uma origem multifatorial, incluindo aspectos biológicos, ambientais — relacionados ao contexto em que o adolescente está inserido — e traços da própria personalidade. Os sintomas podem ser diversos: além dos prejuízos já mencionados, os jovens podem sentir fadiga, diminuição do crescimento, desenvolvimento de crises de ansiedade e depressão, distorção da imagem e falta de controle na alimentação afirmam Santos et al. (2020).

As primeiras referências sobre transtornos alimentares surgem com o termo *fastidium* em fontes latinas da época de Cícero (106-43 a.C.) e em vários textos do

século XVI. Morton é o autor do primeiro relato médico sobre um tipo de transtorno alimentar, em 1689, em seu livro sobre doenças consumptivas, no qual descreve dois casos de "consumpção de origem nervosa". O autor comenta sobre a influência mútua entre processos mentais e físicos, ressaltando o papel patogênico das emoções. "Esses quadros não eram acompanhados de febre ou dispneia, mas caracterizavam-se pela diminuição do apetite, amenorreia, aversão à comida, obstipação, emagrecimento extremo e hiperatividade". Atualmente, os transtornos alimentares são compreendidos como condições de origem mental e multifatorial. De acordo com Pieper et al. (2022), embora a causa exata dos transtornos alimentares seja desconhecida, acredita-se que uma combinação de anormalidades biológicas, psicológicas e ambientais contribua para o desenvolvimento do transtorno.

Salomão et al. (2021) analisaram adolescentes de 12 a 18 anos em escolas públicas e privadas para identificar indícios de transtornos alimentares. Através de questionários, foi encontrado que a maior parte dos adolescentes, apesar de serem classificados como saudáveis pela avaliação do IMC, apresentavam baixa aceitação em relação à prática de atividades físicas. No caso das meninas, o número abaixo do peso estava mais associado à anorexia, bulimia e compulsão alimentar, enquanto nos meninos, identificou-se uma prevalência de anorexia nervosa reversa.

Em relação à imagem corporal, a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) de 2019, sobre a saúde de adolescentes entre 13 e 17 anos de idade, revelou que 28,1% dos estudantes brasileiros praticaram 300 minutos ou mais de atividade física na semana anterior à pesquisa, sendo classificados como fisicamente ativos. A pesquisa também apontou que 38,5% dos meninos e 18,0% das meninas eram fisicamente ativos. Quanto à insatisfação corporal, 66,5% dos estudantes relataram estar satisfeitos ou muito satisfeitos com seu corpo, embora, ao comparar com a pesquisa de 2015, tenha sido observada uma redução de 5,2% nos satisfeitos e um aumento de 16,2% nos insatisfeitos. Cerca de 20% dos adolescentes se consideram "gordos" ou "muito gordos", sendo a maior parte composta por alunas da rede pública (25,2%) e da rede privada (26,2%). Menos de um quarto dos estudantes brasileiros relataram desejo de emagrecer.

Esses dados demonstram a insatisfação corporal dos jovens no Brasil, o que pode aumentar o risco de desenvolvimento de transtornos alimentares. Estudos mostram que adolescentes que expressam insatisfação com seu corpo têm maior

probabilidade de adotar comportamentos alimentares inadequados afirmam Santos (2020). A internalização de ideais de magreza e padrões de beleza, reforçados pela mídia, influencia a insatisfação corporal e aumenta os riscos de comportamentos prejudiciais. A fase da adolescência, caracterizada por transformações significativas, pode ser afetada negativamente pela distorção da imagem corporal e hábitos alimentares inadequados, resultando em deficiências nutricionais graves. Ao avaliar o estado nutricional do adolescente, observam-se altos níveis de insatisfação corporal e predisposição aos distúrbios alimentares como destacam Gabriel et al. (2021, p. 7).

Silva e Ordoñez (2019) desenvolveram uma pesquisa com 191 adolescentes de 15 a 19 anos para identificar a prevalência de comportamentos de risco para transtornos alimentares (EAT-26) e o estado nutricional (IMC). Eles descobriram que 28% dos adolescentes estavam em risco de transtornos alimentares, principalmente entre as meninas (37%). A pesquisa também revelou que 75% dos adolescentes avaliados estavam em eutrofia, e a fonte de informação mais utilizada sobre nutrição era a internet (87%), seguida pela televisão (57%) e amigos/família (48,5%).

A pressão sociocultural, exacerbada pelas redes sociais, tem influenciado uma parcela considerável da população jovem, levando a uma insatisfação com seu peso e imagem corporal. Este fenômeno é particularmente intenso entre os adolescentes mais vulneráveis, que reproduzem comportamentos inadequados em uma tentativa de se alinhar ao ideal de beleza promovido pela mídia destacam Gabriel et al. (2021, p. 10).

Essa pressão pode contribuir para o desenvolvimento de transtornos alimentares afirma Meireles (2015). Os critérios gerais para diagnóstico de transtornos alimentares incluem comportamentos alimentares persistentes que causam prejuízos significativos à saúde física ou ao funcionamento psicossocial Hiluy et al. (2019).

5.6.1 Principais Transtornos Alimentares e Critérios Diagnósticos no DSM-5

Para que um transtorno alimentar seja diagnosticado como patológico, é necessário que os sintomas sejam recorrentes e causem sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas da vida. Este estudo apresentará os principais transtornos ou os mais frequentemente diagnosticados, que são a anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtorno da compulsão alimentar.

Os critérios diagnósticos para anorexia nervosa (AN) de acordo com o DSM-5 incluem três preceitos principais: restrição calórica, que leva a um peso corporal significativamente baixo para a idade e saúde do indivíduo; um medo intenso de ganhar peso, gerando comportamentos que impedem o aumento de peso (mesmo em casos de magreza extrema); e uma percepção distorcida do próprio corpo, afetando a autoavaliação e impedindo o reconhecimento da gravidade do baixo peso. Já a bulimia nervosa (BN) e o transtorno da compulsão alimentar (TCA) envolvem episódios de compulsão alimentar, definidos como ingestão de uma quantidade de comida muito maior do que a maioria das pessoas consumiria em um mesmo período (como em 2 horas), acompanhada pela sensação de perda de controle sobre a alimentação destacam Hiluy et al. (2019).

A bulimia nervosa (BN) envolve frequentes episódios de compulsão alimentar seguidos de comportamentos para evitar o ganho de peso, como vômitos, uso de laxantes, jejum ou exercícios excessivos. Esses episódios devem ocorrer pelo menos uma vez por semana durante três meses, podendo ser classificados em leve, moderada, grave ou extrema, dependendo da frequência. O transtorno da compulsão alimentar é caracterizado por episódios repetitivos de compulsão alimentar, com sofrimento marcante, mas sem associação aos comportamentos observados na BN, segundo Hiluy et al. (2019).

5.6.2 Principais Transtornos Alimentares e Critérios Diagnósticos na CID-11

A CID-11 oferece critérios diagnósticos específicos para cada transtorno, auxiliando profissionais de saúde na identificação e tratamento adequado dessas condições. A anorexia nervosa (AN) na CID-11 é caracterizada por um peso corporal significativamente baixo para a altura, idade e estágio de desenvolvimento do indivíduo, tipicamente associado ao medo do ganho de peso. A bulimia nervosa e o transtorno da compulsão alimentar são diagnosticados com base em episódios de compulsão alimentar, sendo que a CID-11 considera esses episódios como períodos nos quais a pessoa perde o controle sobre a alimentação, segundo Hiluy et al. (2019).

A CID-11 também reconhece que a obesidade pode ser uma consequência do transtorno da compulsão alimentar, mas deve ser registrada separadamente. O diagnóstico de TCA não se aplica a indivíduos obesos que não atendem aos critérios de compulsão alimentar, de acordo com Hiluy et al. (2019).

6. Rotulação das Patologias

A rotulação de transtornos mentais na adolescência tem se tornado uma prática frequente na sociedade contemporânea, muitas vezes impulsionada por diagnósticos apressados e pelo uso indiscriminado de classificações biomédicas. Tal prática, embora por vezes bem-intencionada, pode produzir efeitos estigmatizantes e comprometer o desenvolvimento subjetivo do adolescente, interferindo em sua identidade, autoestima e relações sociais.

No caso dos transtornos de ansiedade, a rotulação ocorre, muitas vezes, diante de sinais comuns do desenvolvimento emocional, como timidez, insegurança, inquietação ou medos sociais. Em vez de compreender esses sentimentos como parte do amadurecimento psíquico, há uma tendência a classificá-los rapidamente como patológicos. Essa rotulação precoce pode fazer com que o adolescente internalize a ideia de que sua forma de reagir ao mundo é inadequada, o que o leva a evitar situações sociais e a reforçar sentimentos de inadequação. Além disso, o diagnóstico de ansiedade pode se tornar um marcador identitário, limitando sua autonomia e reforçando o uso de ansiolíticos como forma única de enfrentamento do sofrimento psíquico.

Já nos transtornos depressivos, o risco da rotulação está em banalizar estados emocionais característicos da adolescência, como a apatia, o isolamento e a oscilação de humor, confundindo-os com quadros clínicos mais graves. O diagnóstico precoce de depressão, quando não bem fundamentado, pode gerar um efeito paralisante: o jovem passa a se ver como “doente”, incapaz de superar suas dificuldades sem medicação ou assistência externa. Isso pode minar sua capacidade de resiliência e adaptação, além de reforçar a ideia de que sua dor não tem lugar de escuta, apenas de controle químico. O processo de subjetivação, essencial nessa fase da vida, é interrompido pela fixação em um rótulo que não necessariamente contempla toda a complexidade do sofrimento adolescente.

No que se refere ao Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), a rotulação ocorre de forma ainda mais intensa, especialmente em ambientes escolares. Crianças e adolescentes que demonstram agitação, dificuldade de concentração ou comportamento impulsivo são rapidamente classificados como

portadores de TDAH, muitas vezes sem a devida avaliação multidisciplinar. Esse diagnóstico, embora necessário em casos reais, tem sido amplamente utilizado para explicar dificuldades pedagógicas e de disciplina, servindo, em muitos casos, como mecanismo de controle do comportamento. A criança rotulada como “hiperativa” passa a ser tratada com menor tolerância por professores, colegas e até pela família, sendo associada à ideia de incapacidade, desatenção e inadequação. Além disso, o uso de medicamentos estimulantes como o metilfenidato (Ritalina) é frequentemente iniciado sem que se explorem alternativas psicopedagógicas e psicoterapêuticas. A medicalização, nesse contexto, torna-se um recurso disciplinador, e não uma via de escuta e acolhimento da subjetividade do jovem.

Os transtornos de conduta são marcados por um alto grau de estigmatização. Adolescente com comportamentos desafiadores, transgressões de regras ou atitudes agressivas são comumente rotulados como “problemáticos”, “perigosos” ou “casos perdidos”. Essa rotulação frequentemente ignora o contexto familiar, social e histórico em que esses comportamentos emergem. Ao invés de investigar as causas emocionais, afetivas ou relacionais desses atos, busca-se enquadrá-los dentro de um diagnóstico que justifique a exclusão do sujeito do convívio escolar, comunitário e até familiar. A rotulação associada ao transtorno de conduta pode reforçar trajetórias de marginalização e violência institucional, agravando o quadro inicial e dificultando a construção de vínculos terapêuticos.

E por fim, a rotulação de indivíduos com transtornos alimentares pode ser um desafio, pois a sociedade frequentemente vê essas pessoas como “fúteis” ou “fracas”, desconsiderando a complexidade biológica, psicológica e social dos transtornos Meireles (2015). Essa rotulação pode dificultar o diagnóstico e tratamento adequado, principalmente quando os transtornos não resultam em emagrecimento extremo. Para muitos, o diagnóstico pode se tornar um aspecto central da identidade, dificultando a recuperação e reforçando sentimentos de vergonha e isolamento.

A identificação precoce e o tratamento adequado dos transtornos alimentares são essenciais para a recuperação e para minimizar possíveis complicações à saúde. A abordagem terapêutica geralmente envolve uma equipe multidisciplinar, visando a reabilitação física e emocional do paciente.

Assim, observa-se que a rotulação precoce e indiscriminada de adolescentes com base em diagnósticos psiquiátricos não apenas reduz a complexidade da subjetividade juvenil, como também reforça práticas de silenciamento, exclusão e medicalização. Em vez de acolher o sofrimento e a singularidade de cada jovem, essas classificações muitas vezes os aprisionam em identidades fixas e patologizadas, comprometendo o seu desenvolvimento psíquico e social. É urgente, portanto, que os profissionais da saúde mental e da educação adotem uma escuta mais atenta e ética, capaz de compreender os sintomas para além dos manuais diagnósticos e dos interesses da indústria farmacêutica.

7. Aceitação da Família

A adolescência é uma fase marcada por intensas transformações físicas, emocionais e sociais. Nesse contexto de transição, muitos adolescentes manifestam sintomas relacionados a diferentes transtornos psíquicos, como ansiedade, depressão, transtornos de conduta, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), transtornos alimentares e transtorno do espectro do autista (TEA). Segundo Lopes et al. (2022), a forma como a família compreende e responde a essas manifestações tem impacto direto na adesão ao tratamento e na evolução clínica dos adolescentes, sendo a aceitação familiar um fator protetor essencial. A aceitação familiar, portanto, emerge como um fator determinante na promoção da saúde mental dos adolescentes.

A aceitação familiar frente aos transtornos de ansiedade pode ser dificultada por percepções equivocadas que associam os sintomas a comportamentos exagerados ou falta de força de vontade. Em famílias que valorizam excessivamente o desempenho acadêmico e a produtividade, por exemplo, a ansiedade costuma ser minimizada, ignorada ou mesmo reforçada por cobranças constantes. Como ressaltam Lopes et al. (2022), quando há compreensão e apoio dos cuidadores, o adolescente encontra um ambiente mais seguro e acolhedor, o que favorece a eficácia das intervenções terapêuticas.

De modo semelhante, os transtornos de conduta costumam ser alvo de grande resistência familiar. Os comportamentos antissociais, como agressividade, desrespeito às regras e atitudes desafiadoras, muitas vezes geram sentimentos de culpa ou vergonha nos pais e responsáveis. Como consequência, é comum que se adotem posturas punitivas, negligentes ou até mesmo de negação do problema. Esses adolescentes são frequentemente rotulados como “rebeldes” ou “sem educação”, o que dificulta o acesso a intervenções adequadas. Para Lopes et al. (2022), reconhecer a complexidade multifatorial desses transtornos e superar estigmas é parte essencial do processo de aceitação familiar.

No caso do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), também se observa um padrão inicial de julgamento por parte da família, que tende a interpretar os sintomas como preguiça, desobediência ou falta de disciplina. Essa visão pode levar a punições ineficazes e ao agravamento do vínculo entre pais e filhos. No entanto, com orientação profissional e acesso à informação, muitas famílias

passam a compreender que o TDAH é um transtorno neurobiológico, que compromete a regulação da atenção, do comportamento e das emoções. A partir desse entendimento, é possível adaptar expectativas, estabelecer rotinas claras e buscar suporte educacional e terapêutico, promovendo um ambiente mais estruturado e saudável para o desenvolvimento do adolescente.

A aceitação da depressão na adolescência ainda enfrenta barreiras culturais importantes. Em muitos contextos, prevalece a ideia de que jovens “não têm motivos para estar tristes”, o que leva à desvalorização dos sintomas e à interpretação equivocada do sofrimento psíquico como preguiça, desinteresse ou falta de gratidão. Essa negação pode atrasar o diagnóstico e impedir o acesso precoce ao tratamento. Lopes et al. (2022) destacam que a escuta ativa e o acolhimento por parte da família são decisivos para que o adolescente possa expressar seu sofrimento e buscar ajuda especializada.

A família também ocupa uma posição central no diagnóstico e tratamento do Transtorno do Espectro Autista. Frequentemente, o primeiro passo para a aceitação envolve compreender o transtorno, suas características e como ele pode influenciar a vida da pessoa diagnosticada. O Ministério da Saúde (2022) destaca que o acesso a informações corretas é essencial para que os familiares compreendam as necessidades do indivíduo com TEA e saibam buscar os recursos e apoios disponíveis, como os oferecidos pelo SUS.

É importante destacar que a aceitação pode variar entre as famílias. Algumas enfrentam, inicialmente, sentimentos de negação, tristeza ou culpa diante do diagnóstico. O relatório da Secretaria de Estado dos Direitos da Pessoa com Deficiência de São Paulo (2024) inclusive reforça a importância de suporte emocional às famílias, que pode incluir grupos de apoio e orientação psicológica. Esses recursos ajudam os familiares a lidar com suas emoções e a compreender melhor o transtorno, favorecendo uma aceitação mais saudável e construtiva.

A aceitação familiar também está diretamente relacionada à capacidade de adaptação e à busca por estratégias que promovam a inclusão da pessoa com TEA em diferentes ambientes, como a escola e a comunidade. O envolvimento e o apoio da família são essenciais para que a criança ou o adolescente desenvolva habilidades sociais e comunicativas, sinta-se valorizado e tenha condições de se integrar plenamente à sociedade.

Por fim, os transtornos alimentares, como anorexia, bulimia e compulsão alimentar, representam um grande desafio para a aceitação familiar, em especial por estarem fortemente ligados a padrões estéticos, hábitos alimentares e dinâmicas emocionais enraizadas no próprio núcleo familiar. Muitas vezes, há negação do problema ou até reforço involuntário de comportamentos prejudiciais, como elogiar a perda de peso excessiva. A aceitação genuína, como apontam Lopes et al. (2022), implica reconhecer a gravidade desses transtornos e se comprometer com mudanças nas práticas e discursos familiares.

Diante de todos esses aspectos, torna-se evidente que a aceitação familiar é um processo contínuo e desafiador, que exige informação, empatia, paciência e, frequentemente, reeducação por parte dos cuidadores. Famílias que se abrem ao conhecimento e à escuta acolhedora desempenham um papel fundamental no processo terapêutico e no bem-estar psíquico dos adolescentes Lopes et al. (2022). Profissionais da saúde e instituições de ensino também devem atuar como aliados nesse processo, orientando as famílias e promovendo ações integradas de cuidado e prevenção.

8. O Processo da Medicalização diante do Olhar da Psicanálise

8.1 Atuação prática do Psicólogo Psicanalista na Clínica

A prática clínica do psicólogo psicanalista é orientada pela escuta do inconsciente e pela singularidade do sujeito. Diferentemente de abordagens diretivas ou centradas apenas no comportamento, a psicanálise visa interpretar os sentidos ocultos nos sintomas, nas falas e nas repetições do paciente.

A prática psicanalítica fundamenta-se em princípios específicos que norteiam sua atuação clínica. Um dos eixos centrais é a escuta clínica, que se caracteriza por uma postura em que o analista prioriza a escuta em detrimento da resposta imediata, buscando captar os significados presentes nas palavras, nos silêncios, nos atos falhos, nos sonhos e nas repetições discursivas do sujeito. Tal escuta visa acessar conteúdos inconscientes que se manifestam de maneira indireta.

Outro conceito fundamental é o de transferência, compreendido como um fenômeno no qual o paciente direciona ao analista sentimentos e representações inconscientes, originalmente vivenciados em relações anteriores. Esse movimento, longe de ser um obstáculo, constitui um dos principais instrumentos do processo terapêutico, pois permite a elaboração de conflitos e a reconfiguração das experiências subjetivas.

A intervenção do analista se dá por meio da interpretação, realizada de forma pontual e cuidadosa. O objetivo dessas interpretações é possibilitar deslocamentos no posicionamento psíquico do sujeito, favorecendo o acesso ao conteúdo recalcado e promovendo transformações na estrutura do sintoma. A técnica da associação livre também ocupa lugar central na clínica psicanalítica, sendo o paciente incentivado a verbalizar, sem censura, tudo aquilo que lhe vier à mente. Essa metodologia favorece o surgimento de formações do inconsciente e permite um trabalho mais profundo com os conteúdos latentes.

A atuação do psicanalista, no cotidiano clínico, pode abranger atendimentos individuais com diferentes faixas etárias, como crianças, adolescentes, adultos e idosos. Além disso, quando indicado, pode-se recorrer à psicoterapia de casal ou familiar. O processo clínico, frequentemente, tem início com uma avaliação preliminar, etapa em que nem sempre a demanda está claramente formulada pelo paciente. Cabe

ao analista auxiliar na construção dessa demanda, contribuindo para a elaboração do sofrimento que motiva a busca por atendimento.

Considerando a natureza da psicanálise, trata-se de um processo que, em geral, desenvolve-se em médio e longo prazo, dado seu caráter aprofundado e estruturante. Durante todo o percurso clínico, o sigilo profissional constitui um princípio ético fundamental, assegurando um ambiente de confiança e respeito à intimidade do paciente.

Entre as especificidades da abordagem psicanalítica, destaca-se a recusa a procedimentos padronizados ou manuais de conduta. Cada caso é considerado único, exigindo do analista uma escuta singular e intervenções que respeitem a subjetividade do paciente. O sintoma, por sua vez, não é concebido como algo a ser eliminado de maneira imediata, mas sim como expressão de conflitos inconscientes que merecem ser compreendidos e elaborados. Além disso, a noção de tempo na psicanálise não se restringe ao tempo cronológico; adota-se o conceito de tempo lógico, o que implica que a duração das sessões pode variar de acordo com a demanda e o funcionamento do sujeito, especialmente em determinadas vertentes teóricas da psicanálise.

Do ponto de vista técnico e ético, destaca-se a exigência de formação continuada em psicanálise, a qual vai além da graduação em Psicologia. Tal formação geralmente ocorre em instituições psicanalíticas reconhecidas e abrange o estudo teórico, a supervisão clínica regular e a análise pessoal do próprio analista. Esses elementos são considerados essenciais para o exercício ético, reflexivo e qualificado da prática psicanalítica.

8.2 Processo de Medicalização na Atualidade

A contemporaneidade é marcada por uma cultura do prazer imediato e da intolerância ao sofrimento, aspectos frequentemente associados ao hedonismo moderno. Em paralelo, observa-se um aumento significativo na medicalização de experiências subjetivas, onde o sofrimento psíquico é rapidamente rotulado como transtorno e tratado com fármacos. Neste cenário, a escuta psicanalítica se torna um espaço contracultural, pois se propõe a acolher o mal-estar sem silenciá-lo.

Essa sociedade frequentemente busca na psicofarmacologia a eliminação imediata dos sintomas como objetivo principal. Em contrapartida, a psicanálise destaca-se por valorizar o significado subjacente dos sintomas e a narrativa pessoal

do sujeito sobre seu sofrimento. Essa abordagem contrasta com práticas que se concentram excessivamente em intervenções medicamentosas e diagnósticos potencialmente patologizantes, oferecendo uma alternativa que privilegia a singularidade da experiência humana e a busca por sentido no processo terapêutico Birman (2003). Dessa forma, a psicanálise não apenas se diferencia, mas também enriquece o campo da saúde mental ao considerar a complexidade do ser humano em sua totalidade.

A medicalização, de acordo com Conrad (2007), é o fenômeno pelo qual aspectos cotidianos da vida se tornam considerados problemas médicos, que podem ser diagnosticados e tratados. Na área da saúde mental, essa situação tem contribuído para uma crescente patologização de comportamentos considerados fora do padrão, distintos ou disfuncionais, muitas vezes ignorando o contexto histórico, cultural e a individualidade da pessoa.

Freud (1930), argumenta que o sofrimento é uma característica intrínseca à condição humana, originada do conflito entre os desejos instintivos do indivíduo e as imposições da vida em sociedade. Para Freud, a civilização, ao instituir normas e estruturas sociais, reprime a plena satisfação dos instintos humanos, o que gera frustração e desconforto. O progresso social, portanto, exige um preço: a renúncia parcial à liberdade individual em troca da convivência em sociedade.

Ao longo do tempo, esse mal-estar passou a ser frequentemente tratado com o uso de medicamentos, com o intuito de neutralizar o sofrimento e promover um equilíbrio neurológico momentâneo. No entanto, embora os psicofármacos tenham seu valor terapêutico, é fundamental compreender que seus efeitos não devem ser confundidos com mudanças estruturais no psiquismo do sujeito. Segundo Souza (2021), distinguir o efeito medicamentoso das transformações oriundas de processos terapêuticos é essencial para uma avaliação adequada do progresso do paciente. Essa compreensão favorece um cuidado mais integrado, no qual a colaboração entre psiquiatras, psicólogos e outros profissionais da saúde mental contribui para intervenções mais eficazes e ajustadas à realidade de cada sujeito.

Ehrenberg (2010) argumenta que estamos vivendo uma época de fadiga em ser quem realmente somos, onde a pressão pela produtividade e pelo desempenho converte a angústia existencial em transtornos químicos. Nesse panorama, a solução

para o sofrimento torna-se a prescrição de medicamentos, em vez da escuta qualificada.

A medicalização é um conceito que se refere ao processo pelo qual aspectos da vida como emoções, comportamentos e relações — são convertidos em problemas médicos, frequentemente tratados com intervenções clínicas ou medicamentosas. Costa (2004) argumenta que esse fenômeno está associado a uma tendência crescente de lidar com o sofrimento psíquico por meio da padronização biológica, muitas vezes desconsiderando a subjetividade do indivíduo. A psicanálise, por sua vez, oferece uma leitura crítica da medicalização, alertando para os riscos de se reduzir a complexidade da experiência humana a um simples diagnóstico.

A abordagem médica se fundamenta em um modelo objetivista: categoriza, rotula e intervém de acordo com critérios estabelecidos por manuais diagnósticos como o *DSM-5*. Contudo, para a psicanálise, o sujeito não se resume a um diagnóstico. O excesso de categorias, etiquetas e medicamentos pode ignorar a singularidade da pessoa que sofre, levando ao que Lacan (1953/1998) chamou de “sujeito do significante do Outro”, ou seja, alguém que é reduzido àquilo que o outro (médico, sistema, instituição) determina que ele é.

Do ponto de vista psicanalítico, a medicalização reduz a complexidade da experiência subjetiva a diagnósticos que ignoram fatores emocionais, sociais e históricos que constituem o sofrimento psíquico Safatle (2015). Para a psicanálise, sintomas como ansiedade, depressão ou comportamentos compulsivos são manifestações de conflitos internos, muitas vezes inconscientes, enraizados em vivências passadas, dinâmicas familiares e estruturas psíquicas singulares. A função do tratamento não seria apenas suprimir os sintomas, mas compreendê-los em sua lógica e decifrar o que o sujeito tenta expressar por meio deles.

Alguns aspectos centrais da crítica psicanalítica à medicalização incluem: Redução da subjetividade ao transformar manifestações psíquicas em disfunções biológicas, a medicalização pode simplificar indevidamente a experiência subjetiva. Como transformar dificuldades escolares ou emocionais em transtornos tratados exclusivamente por medicamentos obscurece as reais causas sociais e emocionais que as motivam.

Freud (1930) defendia o valor terapêutico da fala, considerando a escuta e a livre associação como ferramentas fundamentais para a elaboração do sofrimento. Quando

se prioriza a medicalização, esse espaço de elaboração simbólica é muitas vezes negligenciado, limitando o potencial transformador do processo analítico.

A psicanálise também observa a medicalização como possível instrumento de normatização social. Comportamentos que desafiam convenções ou fogem da média podem ser patologizados, o que contribui para a alienação do sujeito e o reforço de padrões sociais rígidos Costa (2004).

Na perspectiva psicanalítica, os sintomas não devem ser vistos apenas como algo a ser eliminado, mas como produções do inconsciente que têm um valor simbólico. Eles são formas de expressão de conteúdos psíquicos reprimidos e, por isso, demandam interpretação e escuta, não apenas supressão. Birman (2003).

A psicanálise contemporânea frequentemente expressa preocupações com a crescente medicalização da vida e com o uso indiscriminado de psicofármacos, como antidepressivos e ansiolíticos. Segundo a Associação Brasileira de Psiquiatria - ABP (2022), o uso de psicotrópicos deve ser cauteloso e sempre acompanhado por avaliações clínicas e psicoterapêuticas. Embora esses medicamentos possam ser úteis em determinados casos, a psicanálise aponta que o alívio sintomático não substitui o trabalho de elaboração subjetiva. Há o risco de que o sujeito passe a compreender seu sofrimento apenas como resultado de um “defeito químico”, sem acesso à dimensão simbólica que dá sentido à sua experiência Safatle (2015).

Assim, a crítica psicanalítica à medicalização excessiva nos convida a repensar a forma como abordamos o sofrimento humano. Em vez de buscar soluções rápidas e generalizadas, a psicanálise propõe uma escuta atenta à singularidade de cada sujeito, considerando suas histórias, desejos, angústias e os modos inconscientes de lidar com o mundo. Essa abordagem amplia o campo da saúde mental, permitindo que o tratamento vá além da contenção dos sintomas e caminhe em direção à construção de sentido e à transformação subjetiva, segundo Freud (1930).

A sociedade de consumo estimula a busca incessante por prazer, felicidade e satisfação. Redes sociais, publicidade e discursos sobre produtividade emocional alimentam a crença de que o sofrimento deve ser eliminado. Para a psicanálise, no entanto, o sofrimento tem função estruturante e pode ser revelador de impasses subjetivos. O psicanalista, portanto, atua no sentido de possibilitar que o sujeito confronte esse sofrimento, em vez de fugir dele.

A atuação do psicólogo psicanalista diante da busca desenfreada pelo prazer, da minimização da dor e da negação da realidade por meio da medicalização se dá em um campo clínico que demanda escuta, interpretação e intervenção ética, crítica e profunda.

Na perspectiva psicanalítica, essa busca pode estar relacionada ao princípio do prazer, conforme descrito por Freud (1930), onde o sujeito tende a evitar o desprazer e a buscar gratificações imediatas. A atuação do psicanalista não é a de julgar, mas de ajudar o sujeito a reconhecer os mecanismos inconscientes que sustentam essa compulsão por prazer, muitas vezes como defesa contra o sofrimento psíquico ou como tentativa de tamponar um vazio interno.

Como intervenção o psicanalista convida o sujeito a se responsabilizar pelo seu desejo, indo além da repetição cega de gratificações e enfrentando o que do seu sofrimento está recalado. Sem minimizar a sua dor, o psicanalista reconhece a dor psíquica como algo que tem sentido e que precisa ser escutado, não silenciado, sustentando o espaço para que o sujeito possa elaborar a dor, em vez de simplesmente suprimi-la. A escuta analítica permite que o sofrimento encontre palavras e ganhe significação, em vez de ser negado ou medicado.

Quanto a negação da realidade, o psicanalista atua promovendo uma leitura crítica da medicalização, reconhecendo a importância da psiquiatria e dos psicofármacos quando necessários, mas buscando sempre abrir espaço para o sujeito se colocar como agente na sua própria história. A clínica psicanalítica resiste à lógica da normatização e da eficiência, valorizando o tempo psíquico e o processo singular de cada análise.

A psicanálise se opõe à cultura da resposta rápida, do prazer imediato e da medicalização indiscriminada. O papel do psicanalista é sustentar um lugar onde o sujeito possa confrontar sua verdade, enfrentar suas faltas e elaborar seus conflitos, reconhecendo que o sofrimento faz parte da constituição subjetiva e não deve ser simplesmente eliminado.

A medicalização do sofrimento psíquico representa uma forma de negação da singularidade do sujeito. Quando os sintomas são rapidamente tratados com medicamentos, perde-se a oportunidade de escutar o que eles têm a dizer sobre a história e os conflitos inconscientes do indivíduo. Nasio (1995) observa que “o

sofrimento pode ser abafado por um remédio, mas sua raiz psíquica permanece intacta”.

A atuação psicanalítica se opõe a essa lógica, defendendo que o sintoma é portador de sentido, e que somente pela via da palavra pode ser elaborado. O psicólogo psicanalista sustenta uma ética que valoriza a escuta do sujeito em sua singularidade, recusando os discursos normativos sobre saúde mental. A psicanálise não oferece garantias de cura ou felicidade, mas propõe um percurso de responsabilização do sujeito frente ao seu desejo e à sua falta. Essa postura ética se faz ainda mais necessária em tempos em que o sofrimento é tratado como falha individual ou desequilíbrio químico a ser corrigido.

Diante da cultura do hedonismo e da medicalização crescente, a psicanálise resiste como uma prática que aposta na potência da fala e na escuta do inconsciente. Ao invés de suprimir o sintoma, o psicanalista oferece um espaço para que ele seja simbolizado, transformado e ressignificado. Sua atuação, portanto, é não apenas clínica, mas também política, ao sustentar um discurso que vai na contramão da lógica do mercado e da patologização da vida.

9. Discussão

A medicalização da adolescência se configura como uma resposta social e institucional às expressões do sofrimento psíquico que fogem ao padrão normativo de comportamento. Este estudo revelou que a rotulação precoce de adolescentes, frequentemente sem um diagnóstico criterioso, transforma experiências subjetivas em doenças, perpetuando o uso de medicamentos como primeira estratégia de intervenção.

De acordo com o Conselho Federal de Psicologia (2024), a medicalização é um processo que “reduz questões sociais, culturais e educacionais a problemas biológicos, eliminando a escuta e desconsiderando a singularidade do sujeito”. Essa postura se reflete nas escolas, onde comportamentos como inquietação, impulsividade e tristeza são rapidamente associados a transtornos como TDAH, depressão e transtorno de conduta, muitas vezes sem uma avaliação psicológica aprofundada.

A pesquisa evidenciou que muitos desses comportamentos são manifestações do processo natural de amadurecimento ou reações a contextos adversos, como violência, negligência, bullying, exigências acadêmicas excessivas e desestruturação familiar. No entanto, a tendência tem sido o silenciamento desses sinais através da prescrição de psicotrópicos.

Dados da Organização Mundial da Saúde (2022) indicam que entre 10% a 20% dos adolescentes em todo o mundo sofrem com transtornos mentais, sendo que grande parte desses casos não é diagnosticada e nem tratada adequadamente. A OMS alerta que o uso indiscriminado de medicamentos pode agravar o problema, gerando dependência e comprometendo o desenvolvimento neurológico e emocional dos jovens.

A UNESCO (2021) também chama atenção para a medicalização como um reflexo da intolerância à diversidade comportamental na escola. Segundo o relatório “Repensar o Nosso Futuro Juntos”, o sistema educacional atual muitas vezes considera a diferença como um desvio, e não como parte da pluralidade do ser humano. Isso reforça a ideia de que há um “jeito certo” de aprender e se comportar, excluindo aqueles que não se encaixam nessa moldura.

Por outro lado, a psicanálise, abordagem central neste trabalho, enfatiza a importância da escuta e da leitura dos sintomas como forma de dar sentido ao

sofrimento, em vez de anulá-lo. O sintoma, para Freud (1930) e Lacan (1988), não deve ser tratado como um inimigo a ser eliminado, mas como uma produção do sujeito que carrega uma mensagem. A medicalização, portanto, impede que essa mensagem seja ouvida.

Outro aspecto crítico abordado foi a forma como a indústria farmacêutica influencia diagnósticos e tratamentos. Segundo Conrad (2007), há uma ampliação do conceito de transtorno que favorece a venda de medicamentos. Esse fenômeno é visível no crescimento exponencial da prescrição de metilfenidato (Ritalina) no Brasil, que, de acordo com a Anvisa, teve um aumento de mais de 75% entre 2004 e 2016, com grande parte dos usuários entre 6 e 17 anos.

A estigmatização e o impacto emocional da rotulação também foram evidenciados. Jovens diagnosticados incorretamente muitas vezes incorporam esse rótulo em sua identidade, o que compromete a autoestima, a autonomia e o projeto de vida. Isso é especialmente preocupante diante dos dados do Ministério da Saúde (2018).

No entanto, o presente estudo aponta um entendimento de que o sofrimento psíquico do adolescente precisa ser acolhido dentro de sua dimensão subjetiva, social e cultural, e não apenas medicalizado. É fundamental promover políticas públicas que priorizem práticas clínicas baseadas na escuta qualificada, no vínculo terapêutico e em estratégias interdisciplinares de cuidado.

A resistência à medicalização não é uma negação da psiquiatria ou da farmacologia, mas sim uma crítica à sua banalização. Defender o sujeito em sua complexidade e subjetividade é também defender uma psicologia ética, crítica e transformadora.

Considerando os objetivos propostos neste trabalho, observa-se a existência de um movimento social que atravessa os campos da saúde, da educação e da estrutura familiar, especialmente no que se refere à rotularização de adolescentes. Trata-se de uma fase marcada por fragilidades e transformações, em que o indivíduo busca compreender sua identidade e lugar na sociedade. Nesse contexto, percebe-se uma tendência à categorização precoce de comportamentos que, muitas vezes, são próprios do desenvolvimento humano.

As pesquisas realizadas indicam uma patologização crescente de condutas, frequentemente acompanhada da prescrição facilitada de medicamentos

psicotrópicos, mesmo sem um diagnóstico preciso. Tal prática revela fragilidades nas políticas públicas voltadas à saúde mental, podendo inclusive ser caracterizada como negligência frente às reais necessidades da população, que recorre a medicações em busca de alívio para sintomas emocionais, muitas vezes sem o devido acompanhamento terapêutico.

Para mitigar os efeitos dessa realidade, entende-se que o poder público deve atuar com mais rigor na fiscalização e regulamentação da comercialização de psicofármacos, promovendo também auditorias e campanhas educativas. É necessário desencorajar a normalização da medicação como solução imediata e promover alternativas fundamentadas na escuta, no acompanhamento contínuo e em tratamentos adequados às particularidades de cada sujeito.

No âmbito familiar, observa-se resistência quanto à aceitação de diagnósticos, motivada por fatores como a falta de informação, recursos financeiros limitados ou mesmo a negação da condição do familiar. O aumento do número de diagnósticos pode ser atribuído aos avanços nas áreas da medicina, psiquiatria e psicologia. Contudo, persistem lacunas significativas na produção de dados estatísticos atualizados, especialmente no Brasil, situação que foi agravada pela pandemia de COVID-19, a qual comprometeu a continuidade de diversas pesquisas na área da saúde mental.

Diante desse cenário, recomenda-se a inclusão de pautas relacionadas à saúde mental nos espaços escolares e acadêmicos, por meio de palestras, rodas de conversa ou disciplinas complementares. Tais iniciativas podem favorecer a conscientização desde a adolescência, contribuindo para a formação de adultos mais informados e preparados para lidar com questões psíquicas de forma crítica e responsável.

A partir das reflexões desenvolvidas ao longo deste estudo, torna-se evidente que a medicalização do sofrimento psíquico representa não apenas uma prática clínica questionável, mas também um reflexo de uma cultura que rejeita a escuta, a complexidade e o tempo subjetivo. O avanço desse processo encontra-se vinculado a uma lógica social produtivista, na qual a dor é interpretada como falha, o sintoma como erro e o sujeito como um corpo a ser ajustado.

Essa racionalidade, disseminada por instituições escolares, sistemas de saúde e pela indústria farmacêutica, favorece respostas tecnicistas e normatizadoras às

manifestações do mal-estar humano, dificultando o reconhecimento da subjetividade e das histórias individuais. Frente a esse panorama, compreende-se que a psicanálise, ao valorizar a palavra, a escuta e a ética do desejo, oferece uma via de resistência crítica.

Ressalta-se que tal perspectiva não implica a negação dos avanços médicos ou do uso responsável de psicofármacos quando necessários, mas sim a recusa de sua banalização como solução primeira e universal. A escuta psicanalítica, pautada pela singularidade e pelo inconsciente, possibilita ao sujeito implicar-se em sua própria história e elaborar simbolicamente seu sofrimento — algo que nenhuma medicação, isoladamente, é capaz de promover.

O enfrentamento da medicalização excessiva, portanto, demanda mais do que alterações de cunho técnico: exige uma mudança de paradigma nas práticas de cuidado. Faz-se necessário revalorizar a dimensão simbólica do sofrimento, resgatar o protagonismo do sujeito nas políticas públicas e sustentar uma clínica que, em vez de silenciar o sintoma, se proponha a escutá-lo. Essa abordagem constitui, à luz do presente estudo, uma forma ética, potente e transformadora de se pensar e praticar a saúde mental na contemporaneidade.

Apesar das limitações enfrentadas, como a escassez de estudos científicos atualizados no contexto nacional, o presente trabalho cumpre seus objetivos ao promover uma análise crítica sobre os processos de medicalização, patologização e rotularização vivenciados por adolescentes. Reafirma-se, por fim, a necessidade de atuação efetiva do Estado na regulamentação dessas práticas e na consolidação de políticas públicas que promovam o cuidado integral e humanizado à saúde mental.

10. Conclusão

Podemos observar que a medicalização do sofrimento psíquico na adolescência surge como uma resposta simplificada e, muitas vezes, inadequada, para as complexas questões emocionais e comportamentais que são típicas dessa fase. Este estudo evidenciou que a tendência de rotular precocemente os adolescentes, transformando experiências subjetivas em diagnósticos de doenças, ignora a singularidade do processo de amadurecimento e as influências do ambiente. Em vez de uma escuta atenta, que por sua vez permitiria a compreensão das manifestações de sofrimento, entretanto há uma propensão a silenciar esses sinais por meio da prescrição de psicofármacos.

Além disso, destacou-se que o processo de medicalização é reforçado por instituições sociais como a escola, que muitas vezes consideram a diversidade comportamental como um desvio a ser corrigido. Os trabalhos apresentados evidenciam que essa postura reflete uma intolerância à diferença, levando à categorização de comportamentos como inquietação ou tristeza como transtornos, sem uma avaliação aprofundada. Ademais, também se evidenciou a influência da indústria farmacêutica, a qual contribui para a ampliação dos conceitos de transtorno, impulsionando a venda de medicamentos, como o aumento expressivo na prescrição de metilfenidato (Ritalina) no Brasil.

Neste cenário, a psicanálise, como um dos pilares teóricos deste trabalho, oferece uma perspectiva crítica e valiosa sobre a medicalização. Isso se dá pois ao contrário da abordagem que busca eliminar o sintoma, a psicanálise o entende como uma produção do sujeito que carrega uma mensagem importante. A medicalização, ao silenciar essa mensagem, impede que o adolescente elabore seu sofrimento e se aproprie de sua própria história. Nossa pesquisa reforça que a resistência à medicalização não é uma negação da psiquiatria, mas sim uma crítica à sua banalização e ao uso de medicamentos como uma primeira e única solução para o mal-estar psíquico.

Sendo assim, a rotulação precoce e, por vezes, incorreta, pode ter um impacto emocional profundo nos jovens. Podemos constatar que adolescentes diagnosticados incorporam esse rótulo em sua identidade, o que pode comprometer a autoestima, a autonomia e o projeto de vida. Em relação à aceitação familiar, a pesquisa indicou que, embora haja avanços na área médica, persistem desafios, como a falta de

informação e recursos, que podem levar à negação do diagnóstico e à resistência em buscar tratamentos adequados, não se limitando apenas à medicação.

Ademais, nossas conclusões apontam para a urgência de uma mudança de paradigma nas políticas de saúde mental. Sendo assim, é fundamental que o poder público atue de forma mais rigorosa na fiscalização e regulamentação da comercialização de psicofármacos. Além disso, é essencial que as políticas priorizem práticas de cuidado baseadas na escuta qualificada, no vínculo terapêutico e em abordagens interdisciplinares. A promoção da saúde mental em escolas e outros espaços sociais, por meio de palestras e rodas de conversa, pode ser uma estratégia eficaz para conscientizar e preparar os jovens para lidar de forma mais crítica e responsável com suas questões psíquicas.

Apesar das limitações enfrentadas, como a escassez de estudos atualizados no contexto brasileiro, especialmente após a pandemia de COVID-19, este trabalho cumpriu seu objetivo de promover uma análise crítica sobre a medicalização e a patologização da adolescência. O estudo reitera a necessidade de pesquisas futuras que se aprofundem na produção de dados estatísticos nacionais sobre o tema, e que avaliem a eficácia de intervenções não-medicamentosas no tratamento do sofrimento psíquico juvenil. Reafirma-se, por fim, que o enfrentamento da medicalização excessiva exige uma mudança cultural que revalorize a dimensão simbólica do sofrimento e o protagonismo do sujeito em sua própria história.

Portanto, a medicalização, ao invés de ser uma solução, muitas vezes se mostra como um reflexo de uma sociedade que rejeita a complexidade da adolescência, a singularidade do sujeito e a importância do tempo subjetivo. O avanço desse processo está alinhado a uma lógica produtivista que interpreta o sofrimento como uma falha a ser corrigida, e não como uma parte inerente e significativa da experiência humana. A psicanálise, com sua valorização da palavra e da escuta, se apresenta como uma importante via de resistência, possibilitando ao adolescente a elaboração de seu sofrimento de forma simbólica e singular. O enfrentamento desse fenômeno exige, portanto, uma revalorização do cuidado humanizado, do acolhimento e da ética do desejo, promovendo uma saúde mental que não apenas trate os sintomas, mas que também escute o sujeito em sua totalidade.

11. Referências Bibliográficas

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

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Relatório de comercialização de metilfenidato no Brasil (2004-2016)**. Brasília: ANVISA, 2017.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (ABP). **Nota técnica sobre o uso de psicotrópicos no Brasil**. Brasília: ABP, 2022.

BIRMAN, J. **O mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação**. 4. ed. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.

BRASIL. (1990). Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Diário Oficial da União. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm

BRASIL. (2014). Lei nº 13.010, de 26 de junho de 2014. **Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente)**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 27 jun. 2014.

BRASIL. (2015). Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. **Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência)**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 7 jul. 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm. Acesso em: 25 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde – Ministério da Saúde (BVSMS). Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br>. Acesso em: 25 maio 2025.

CONRAD, P. **A medicalização da sociedade: sobre a transformação de condições humanas em desordens tratáveis**. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Medicalização de crianças e adolescentes: Conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos**. Brasília: CFP, 2024.

COSTA, J. F. **Ordem médica e norma familiar**. 5. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2004.

DIAS, A; VALLADARES-TORRES, A. et al. **Ansiedade Entre Estudantes Jovens: Prevalência e Possíveis Causas**. Ciências da saúde: Pesquisas e práticas

multidisciplinares, Volume 4 (pp.116-134), 2024. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/380126059_ANSIEDADE_ENTRE_ESTUDANTES_JOVENS_PREVALENCIA_E_POSSIVEIS_CAUSAS

EHRENBERG, A. **A sociedade do cansaço**. Belo Horizonte: Autêntica, 2010.

FMUSP. **Pandemia é responsável por cerca de 36% dos casos de depressão em crianças e adolescentes**. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 14 out. 2021. Disponível em: <https://fm.usp.br/fmusp/noticias/pandemia-e-responsavel-por-cerca-de-36-dos-casos-de-depressao-em-criancas-e-adolescentes>. Acesso em: 26 maio 2025.

FONSECA, A. G. F. et al. **Prevalência de sintomas de transtorno de ansiedade generalizada em estudantes universitários**. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 69, n. 3, p. 169–175, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/phdLZspxdbSmbRtqGs5WtGh/>. Acesso em: 26 maio 2025.

FOUCAULT, M. **Crise da medicina ou crise da antimedicina**. *Verve*, v. 18, p. 167-194, 2010.

FOUCAULT, M. O sujeito e o poder. In: DREYFUS, H.; RABINOW, P. (Orgs.). **Michel Foucault: uma trajetória filosófica para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, p. 231-249, 1995.

FREUD, S. (1930). **O mal-estar na civilização**. In J. Strachey, Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol. 21). Rio de Janeiro: Imago.

GABRIEL, L. A. et al. **Transtornos alimentares em adolescentes: prevalência e fatores associados**. *Revista Brasileira de Saúde e Biologia*, v. 9, n. 3, p. 5-10, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/15874>. Acesso em: 25 maio 2025.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988.

GONZALEZ, C. H.; PIRES, I. A. H. **Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH): epidemiologia, comorbidades e genética.** *PEBMED*. Disponível em: <https://portal.afya.com.br/neurologia/transtorno-de-deficit-de-atencao-e-hiperatividade-tdah-epidemiologia-comorbidades-e-genetica>. Acesso em: 25 maio 2025.

HILUY, J. C. et al. **Os transtornos alimentares nos sistemas classificatórios atuais: DSM-5 e CID-11.** *Debates em Psiquiatria*, v. 9, n. 3, p. 6-13, 2019. Disponível em: <https://revistardp.org.br/revista/article/view/49>. Acesso em: 25 maio 2025

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) 2019*. Rio de Janeiro: IBGE, 2019. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9171-pesquisa-nacional-de-saude-do-escolar.html>. Acesso em: 25 maio 2025.

LACAN, J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998. (Obra original publicada em 1953).

LOPES, A. C. S. et al. **Adolescência e saúde mental: a compreensão da família sobre o transtorno mental e sua influência na adesão ao tratamento.** *HU Revista*, v. 48, p. 1–13, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.34019/1982-8047.2022.v48.37239>. Acesso em: 25 maio 2025.

MARTINS, A. L. B. **O governo da conduta: o poder médico e a liberdade dos indivíduos na sociedade contemporânea.** 2013. 330 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 2013.

MEIRELES, C. **Transtornos alimentares e o impacto da mídia na adolescência.** São Paulo: Editora de Psicologia, 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Entre 5% e 8% da população mundial apresenta Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade.** Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/setembro/entre-5-e-8-da-populacao-mundial-apresenta-transtorno-de-deficit-de-atencao-com-hiperatividade>. Acesso em: 25 maio 2025

NASIO, J. D. **O livro do sofrimento psíquico.** Rio de Janeiro: Zahar, 1995.

ORELLANA, J. D. Y. **Transtornos mentais em adolescentes, jovens e adultos do Consórcio de Coortes de Nascimento brasileiras RPS (Ribeirão Preto, Pelotas e**

São Luís). Cad. Saúde Pública, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/2020.v36n2/e00154319>. Acesso em: 26 maio 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório global de saúde mental: juventude e ansiedade**. Genebra: OMS, 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Autism spectrum disorders. Geneva: World Health Organization, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>. Acesso em: 25 maio 2025.

OPAS-ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Saúde mental dos adolescentes**. Brasília (DF); 2025. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/saude-mental-dos-adolescentes>

PIEPER, C; CAMPOS T e BERTOLUCI M. **Transtornos alimentares na pessoa com diabetes**. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes (2022). DOI: 10.29327/557753.2022-24, ISBN: 978-65-5941-622-6.

RIBEIRO, R. **A construção dos direitos da criança e do adolescente: A Lei nº 8.069/90 e sua aplicação**. São Paulo: Editora Método, 2011.

RODE, L. A. **Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH): epidemiologia, comorbidades e genética**. *PEBMED*. Disponível em: <https://portal.afya.com.br/neurologia/transtorno-de-deficit-de-atencao-e-hiperatividade-tdah-epidemiologia-comorbidades-e-genetica>. Acesso em: 25 maio 2025.

RUSSO, J. A. **Do desvio ao transtorno: a medicalização da sexualidade na nosografia psiquiátrica contemporânea**. In: PISCITELLI, A.; GREGORI, M. F.; CARRARA, S. (Orgs.). Sexualidade e saberes: convenções e fronteiras. Rio de Janeiro: Garamond, 2004, p. 95-114.

SAFATLE, Vladimir. **O circuito dos afetos: Corpos políticos, desamparo e o fim do indivíduo**. São Paulo: Cosac Naify, 2015.

SALOMÃO, R. et al. **Transtornos alimentares e suas repercussões nos adolescentes: um estudo de prevalência**. Psicologia e Saúde, v. 22, n. 3, p. 119-128, 2021.

SANTOS, M. M. et al. **Fatores de risco para transtornos alimentares na adolescência.** Jornal Brasileiro de Nutrição, v. 14, n. 2, p. 85-92, 2020.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado dos Direitos da Pessoa com Deficiência. **Guia de orientação sobre o Transtorno do Espectro Autista (TEA).** São Paulo: SEDPcD, 2024. Disponível em: <https://www.pessoacomdeficiencia.sp.gov.br>. Acesso em: 25 maio 2025.

Saúde mental de adolescentes: a pandemia reforçou a urgência de medidas para garantir o bem-estar de toda uma geração. **UNICEF**, 2024. Disponível em: <<https://www.unicef.org/brazil/saude-mental-de-adolescentes>>. Acesso em: 15 de maio, 2024.

SILVA, E. L. V. e ORDOÑEZ, M. A. **Prevalência de comportamentos de risco para transtornos alimentares em adolescentes.** Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR, v. 27, n. 3, p. 65-72, 2019. Disponível em: <https://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/9505>. Acesso em: 25 maio 2025

SOUZA, M. R. K. **Saúde alommental e subjetividade: A escuta psicanalítica no SUS.** São Paulo: Boitempo, 2021.

UNESCO. **Repensar o nosso futuro juntos: Um novo contrato social para a educação.** Paris: UNESCO, 2021.

ZOLA, I. K. **Medicine as an institution of social control.** The Sociological Review. v.4, p. 487-504, 1972.