

# Você já pensou sobre a medicalização da vida?

Por Daniela Oliveira de Melo e Karina Moura  
Revisão: Claudia Fegadolli

Quando falamos sobre medicalização da vida, pode parecer algo muito distante da nossa realidade, ou filosófico demais. Mas, você já reparou como hoje estamos muito mais expostos à luz das telas de celulares e computadores e que isso pode estar afetando a qualidade do sono? Quantas vezes você sentiu dores nas costas nos últimos dias? Será que você tem um problema de saúde ou está sedentário e trabalhando muitas horas sem se preocupar com sua postura? Já se pegou pensando que precisa de algo para te dar energia quando sabe que uma mudança de hábito (dormir mais horas, reduzir o tempo em frente à televisão, e/ou fazer exercícios) teria tanto ou melhor resultado?

## Mas, o que é medicalização?

Existe mais de um conceito sobre o termo. Gaudenzi e Ortega (2012) definiram medicalização como uma *“intervenção política da medicina no corpo social, por meio do estabelecimento de normas morais de conduta e prescrição e proscricção de comportamentos, o que tornaria os indivíduos dependentes dos saberes produzidos pelos agentes educativo-terapêuticos”*<sup>1</sup>. Já na visão do Professor Cid Velloso, da UFMG, *“A medicalização da vida é a transformação de situações normais da existência humana em objetos de abordagem por profissionais de saúde, utilizando medicamentos e equipamentos. Eventos como nascimento, morte, adolescência, menopausa, envelhecimento, atividade sexual, distúrbios digestivos e outros, são transformados em situações clínicas”*<sup>2</sup>. Em relação à medicalização em crianças, Garrido (2007)<sup>3</sup> afirmou que *“A medicalização em larga escala das crianças nos tempos atuais pode ser lida também como apelo ao silêncio dos conflitos, negando-os como inerentes à subjetividade e ao drama humano”*, chamando a atenção para o fato de que a medicalização que pode ser encarado como silenciamento de conflitos e comportamentos:

Independentemente do conceito, é indiscutível que o **termo “medicalizar” tornou-se referência para um tratamento que é feito com intervenções da área da saúde (principalmente as farmacológicas) em situações que poderiam ter sido manejadas de outra forma, sobretudo com mudanças de estilo de vida ou mesmo a compreensão/aceitação do sentimento negativo como parte do processo natural de perda ou mudança**, por exemplo. Ficou bastante conhecido o conceito a partir da abordagem de Illich (2012), que ressalta o efeito de redução da autonomia dos sujeitos no processo de cuidado, a partir da transferência da responsabilidade para instituições médicas, levando a uma exacerbação do caráter técnico<sup>1</sup>. Hoje, a perda da autonomia das pessoas quanto à forma como cuidam da saúde é tão significativa e preocupante que gerou um movimento para promoção da decisão compartilhada com o paciente, sobretudo quando há escassa evidência

sobre o benefício da intervenção proposta, contribuindo com o debate sobre o que é realmente importante ou não ser tratado e/ou a forma de tratamento<sup>4</sup>.

A medicalização tem se tornado problemática uma vez que a cada ano que passa, há um aumento significativo de consumo de fármacos sendo usados na tentativa de amenizar queixas e sintomas que poderiam/deveriam ser tratados sem medicamentos ou nem mesmo precisariam ser tratados. Esse conceito começou a ser muito discutido em relação aos distúrbios psiquiátricos, com o crescente número de tecnologias médicas disponíveis, bastante incentivadas pela indústria farmacêutica.

Atualmente, alguns aspectos correlacionados à medicalização têm sido discutidos com outros nomes como sobrediagnóstico (*overdiagnostic*) e/ou sobretratamento (*overtreatment*). O termo superdiagnóstico ou sobrediagnóstico refere-se a diagnosticar anormalidades que não deveriam nos incomodar e que não vão causar sintomas graves ou aumentar o risco de morte. Tanto o sobrediagnóstico quanto a medicalização podem contribuir para o aumento do uso de medicamentos na sociedade, sobretudo de psicotrópicos.<sup>5</sup>

Outro movimento que tem interface com a discussão sobre medicalização é o *slow medicine* - movimento que busca resgatar essência da arte de cuidar, privilegiando o relacionamento com os pacientes, sua família e comunidade, com especial atenção aos aspectos transdisciplinares da atenção à saúde, promovendo uma condução cautelosa do processo do cuidado<sup>7</sup>.

Em 2019, Ministério da Saúde publicou um *ebook* sobre o tema, intitulado “Uso de Medicamentos e Medicalização da Vida: recomendações e estratégias” com recomendações dando enfoque tanto às populações mais afetadas quanto aos medicamentos mais usados de forma irracional, o que reforça como esse é um tema atual e relevante<sup>7</sup>.

## Grupos populacionais mais expostos à medicalização

As mulheres constituem um dos grupos mais afetados pela medicalização da vida. Por exemplo, a queda natural do peito após a gravidez é agora diagnosticada como ptose mamária; a menopausa passou a ser um estado de deficiência hormonal levando à reposição, o que resultou em aumento do risco de tromboembolismo, bastante discutível atualmente. Até mesmo o parto virou um bom exemplo de situação de medicalização, com o assombroso número de cesáreas sendo realizadas anualmente em todo o mundo.

De fato, há maior probabilidade de que mulheres experimentem intervenções farmacológicas ou cirúrgicas desproporcionais e de que recebam prescrição de medicamentos, incluindo psicotrópicos<sup>8</sup>. De acordo com um estudo realizado em Campinas (ISACamp 2014/2015), incluindo 1999 pessoas com 20 anos ou mais, a prevalência de uso de medicamentos psicotrópicos foi de 11,7% (7,3% entre homens e 15,8% entre mulheres) e a frequência de uso de antidepressivos entre mulheres (44,3%) foi superior à observada entre

homens (25,5%)<sup>9</sup>, achado similar ao reportado em outros estudos brasileiros<sup>10,11,12</sup>. De acordo com o "International Narcotic Control Board" (INCB), as mulheres são 1/3 da população que está sob medicalização ou uso de drogas e isso pode estar associado ao contexto social no qual elas vivem e/ou a pressão que sofrem diante de várias circunstâncias, como divórcios, perdas de custódia de suas crianças, morte de parentes ou contextos mais complexos como ter se "tornado" adulta precocemente pelas demandas da casa, abusos e assédios, ou a pressão por perder peso, por exemplo<sup>13</sup>.

Pessoas com baixo poder aquisitivo também são muito afetadas com a medicalização, e essa situação é agravada pelo fato de que possuem menos recursos para arcar com medidas alternativas de tratamento, terapia, estilo de vida "mais leves", fazer exercícios, entre outros. Ainda citando o INCB, foram realizadas pesquisas que mostram que o nível de uso de drogas está diretamente relacionado com o desemprego<sup>13</sup>.

Outro grupo afetado pela medicalização são os idosos. O declínio da capacidade de desempenho diretamente associado ao envelhecimento tornou-se alvo particular para o processo de medicalização, em que é frequente até mesmo o uso de medicamentos para promover valorização/rejuvenescimento. Certamente, isso é consequência de uma vasta oferta terapêutica orientada não somente para o tratamento de "patologias da velhice", mas também para responder às expectativas de manutenção do vigor e aparência, com um grande mercado, que engloba também produtos "naturais" para suplementação, por exemplo. Ao mesmo tempo, com o envelhecimento populacional e também com o aumento da prevalência de condições crônicas, discute-se muito o quanto o uso de medicamentos deve ser racionalizado para evitar eventos adversos devido ao uso de intervenções desnecessárias ou mesmo que interagem entre si<sup>14</sup>.

Entre as situações mais comuns de medicalização de idosos, está o uso de medicamentos para o tratamento de insônia, sobretudo com o uso de benzodiazepínicos. Isso é particularmente problemático à medida em que medicamentos não deveriam ser a primeira escolha e em que esses medicamentos aumentam o risco de quedas, uma das principais causas de mortalidade entre idosos<sup>15</sup>. De acordo com uma pesquisa feita em Pelotas (RS), onde foi comparado o consumo de medicamentos no ano de 1993 e 2003, foi possível concluir que o uso de psicofármacos tem aumentado conforme as pessoas vão ficando mais velhas e vão apresentando comorbidades.<sup>16</sup> O maior emprego do uso desses medicamentos tem sido para tratar sintomas prevalentes de depressão. Entretanto, o uso dessa classe de medicamento pode causar riscos à saúde dos idosos, pois os efeitos são sedação, diminuição no sistema cognitivo, o que pode levar a quedas e fraturas.<sup>17</sup>

Já entre crianças e adolescentes, além do aumento da prescrição de medicamentos, inclusive psicofármacos, há outras questões envolvidas. Chama a atenção que, ainda que sejam escassas as evidências sobre eficácia e segurança do uso de medicamentos psicotrópicos em pediatria, esse é o tratamento comumente prescrito para uma variedade de diagnósticos psiquiátricos, como transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (85% das crianças em uso de medicamentos estimulantes), transtorno bipolar (60% em uso de estabilizadores de humor) e depressão (57%), segundo dados de levantamentos nacionais

realizados nos EUA<sup>18,19,20,21</sup>. Um estudo incluindo 805 crianças com autismo em idade pré-escolar nos Estados Unidos (EUA) e Canadá, revelou que a maioria delas está recebendo menos horas de terapia semanal que o recomendado (5 ao invés de 25) mas que 16% estão em uso de ao menos um medicamento psicotrópico, mesmo a maioria não sendo indicada para autismo e/ou para essa faixa etária<sup>22</sup>.

Um estudo, recentemente publicado, analisou a base de dados de farmacovigilância da Organização Mundial da Saúde (OMS) e identificou que o número de relatos associados ao abuso e overdose de medicamentos tem aumentado, inclusive os fatais, com um número considerável de reações adversas graves. Os autores chamam a atenção para a necessidade de promover maior conscientização clínica sobre o abuso e overdose de medicamentos, ao mesmo tempo em que se continua a fornecer tratamentos eficazes para os problemas de saúde dessa população<sup>23</sup>.

Embora a maior parte das evidências de aumento do uso de psicotrópicos em crianças e adolescentes venha dos EUA, é sabido que se trata de um problema em vários países do mundo. O aumento exagerado da dispensação de metilfenidato, por exemplo, já foi bem documentado no Brasil<sup>24,25</sup>. Uma das maiores preocupações é que tem surgido evidências de que os efeitos a longo prazo da exposição a medicamentos são retardados e passam a se manifestar quando o sistema vulnerável atinge a maturação (ou seja, normalmente durante a idade adulta), o que é conhecido como "impressão neuronal"<sup>26,27</sup>. Um dos exemplos de como os psicotrópicos podem apresentar efeito diferente nessa população é o aumento do risco de suicídio entre crianças e adolescentes em uso de inibidores seletivos de recaptção de serotonina. Outro exemplo é o próprio metilfenidato – um estudo recentemente publicado relatou que o uso desse medicamento pode afetar o desenvolvimento da substância branca que tem papel no transporte de sinais neurais em crianças, enquanto o mesmo efeito não é observado entre adultos<sup>28</sup>.

Sobre crianças, discute-se ainda a questão da medicalização para o silenciamento de conflitos e comportamentos, atrelado ao “controle de desvios” cometidos pelas crianças. Isso porque existe um padrão pré-estabelecido de comportamento na sociedade, nas escolas esse padrão é considerado no prestar atenção, não fazer barulho, estar aprendendo tanto quantos os outros e. Quando esse padrão não é obedecido, esses comportamentos são “encaixados” em transtornos mentais e tratados com medicamentos. Entretanto, esse processo não considera os problemas em volta das crianças e adolescentes e o que pode estar causando esses desvios, eles são apenas classificados como transtornos e tratados todos da mesma maneira, com intervenções medicamentosas<sup>29</sup>.

É necessário e urgente que a sociedade brasileira desenvolva o olhar crítico sobre as práticas em saúde e suas consequências.

1 Gaudenzi, P., & Ortega, F. (2012). O estatuto da medicalização e as interpretações de ivan illich e michel foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. *Interface: Communication, Health, Education*, 16(40), 21–34. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832012005000020>

2 **CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA.** Medicalização da Vida. 1999.

Redigido por: Daniela de Oliveira Melo e Karina Moura  
Data: 05/08

[https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=20380:medicalizacao-da-vida&catid=46:artigos&Itemid=18](https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=20380:medicalizacao-da-vida&catid=46:artigos&Itemid=18)

3 Guarido, R. (2007). *A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação*. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, 33(1), 151-161. <https://www.scielo.br/pdf/ep/v33n1/a10v33n1.pdf>

4 Elwyn G, Frosch D, Thomson R, et al. (2012) Shared decision making: a model for clinical practice. **J Gen Intern Med**, 27(10):1361-1367. doi:10.1007/s11606-012-2077-6

5 van Dijk W, Faber MJ, Tanke MA, Jeurissen PP, Westert GP. (2016). Medicalisation and Overdiagnosis: What Society Does to Medicine. **Int J Health Policy Manag**; 5(11), 619-622. doi:10.15171/ijhpm.2016.121

6 Bobbio, M. Venero, S. (2019). Choosing Wisely, the reason for its success. **Monaldi Archives for Chest Disease**. 89(2). doi:10.4081/monaldi.2019.1104

7 **MINISTÉRIO DA SAÚDE**. USO DE MEDICAMENTOS E MEDICALIZAÇÃO DA VIDA: recomendações e estratégias. (2019). <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/fevereiro/14/ERRATA-Livro-USO-DE-MEDICAMENTOS-E-MEDICALIZACAO-DA-VIDA.pdf>

8 Plechner, D. (2000). Women, medicine, and sociology: thoughts on the need for a critical feminist perspective. **Research in the Sociology of Health Care**, 18, 69–94. [https://doi.org/10.1016/s0275-4959\(00\)80023-x](https://doi.org/10.1016/s0275-4959(00)80023-x)

9 Estancian Fernandes CS, de Azevedo RCS, Goldbaum M, Barros MBdA (2018) Psychotropic use patterns: Are there differences between men and women?. **PLOS ONE 13(11)**: e0207921. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0207921>

10 Brunoni AR, Nunes MA, Figueiredo R, Barreto SM, Da Fonseca MDJM, Lotufo PA, et al.(2013) Patterns of benzodiazepine and antidepressant use among middle-aged adults. the Brazilian longitudinal study of adult health (ELSA-Brasil). **J Affect Disord. Elsevier**; 151: 71–77. DOI: 10.1016/j.jad.2013.05.054

11 Garcias CMM, Pinheiro RT, Horta BL. (2008) Prevalência e fatores associados ao uso de antidepressivos em adultos de área urbana de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, em 2006. **Cad Saúde Pública**. 24: 1565–1571. <https://www.scielo.br/pdf/csp/v24n7/11.pdf>

12 Quintana MI, Andreoli SB, Moreira FG, Ribeiro WS, Feijo MM, Bressan RA, et al. Epidemiology of Psychotropic Drug Use in Rio de Janeiro, Brazil: **Gaps in Mental Illness Treatments. PLoS One**. 2013;8: 1–7. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0062270>

13 **INTERNATIONAL NARCOTIC CONTROL BOARD**. Report 2016. [https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2016/English/AR2016\\_E\\_ebook.pdf](https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2016/English/AR2016_E_ebook.pdf)

14 TOCANTINS (estado). Secretaria da Saúde. Doenças Crônicas Não Transmissíveis. <https://saude.to.gov.br/vigilancia-em-saude/doencas-transmissiveis-e-nao-transmissiveis/-dant/doencas-cronicas-nao-transmissiveis/>

15 van de Straat V, Buffel V, Bracke P. (2018). Medicalization of Sleep Problems in an Aging Population: A Longitudinal Cross- National Study of Medication Use for Sleep Problems in Older European Adults. **J Aging Health**. 30(5):816-838. doi:10.1177/0898264317696775

16 RODRIGES, Maria Aparecida; FACCHINI, Luiz Augusto; LIMA, Maurício Silva. Modificações nos padrões de consumo de psicofármacos em localidade do Sul do Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 40, n. 01, p. 107-117, 2006. <https://www.scielosp.org/article/rsp/2006.v40n1/107-114/es/>

17 NOIA, Aparecida Santos et al. Fatores associados ao uso de psicotrópicos por idosos residentes no Município de São Paulo. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. n.spe, p. 38-43, out. 2012. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342012000700006&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000700006&lng=pt&nrm=iso)>.

18 Moreno C, Laje G, Blanco C, Jiang H, Schmidt AB, Olfson M. (2007) National trends in the outpatient diagnosis and treatment of bipolar disorder in youth. **Archives of General Psychiatry**. 64(9), 1032–1039. DOI: 10.1001/archpsyc.64.9.1032

19 Olfson M, Gameroff M, Marcus S, Jensen P. (2003) National trends in the treatment of attention deficit hyperactivity disorder. **American Journal of Psychiatry**. 160(6), 1071–1077. DOI: 10.1176/appi.ajp.160.6.1071

Redigido por: Daniela de Oliveira Melo e Karina Moura  
Data: 05/08

- 20 Olfson M, Gameroff MJ, Marcus SC, Waslick BD. (2003) Outpatient treatment of child and adolescent depression in the United States. **Archives of General Psychiatry**. 60(12), 1236–1242. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.12.1236>
- 21 Califano JA (2005) Under the counter: the diversion and abuse of controlled prescription drugs in the US. **National Center on Addiction and Substance Abuse**, Columbia University, New York, NY.
- 22 Ziskind D, Bennett A, Jawad A, Blum N. (2020) Therapy and Psychotropic Medication Use in Young Children With Autism Spectrum Disorder. **Pediatrics**. 145(Suppl 1):S99-S107. doi:10.1542/peds.2019-1895M
- 23 Carnovale C, Mahzar F, Scibelli S, et al. (2019). Central nervous system-active drug abused and overdose in children: a worldwide exploratory study using the WHO pharmacovigilance database. **Eur J Pediatr**. 178(2), 161-172. doi:10.1007/s00431-018-3281-0
- 24 CALIMAN, LV, DOMITROVIC, N. (2013). Uma análise da dispensa pública do metilfenidato no Brasil: o caso do Espírito Santo. **Physis [online]**.23 (3), 879-902. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312013000300012>.
- 25 ANVISA. **Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde**. 2014. 23. <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33884/412285/Boletim+Brasileiro+de+Avalia%C3%A7%C3%A3o+de+Tecnologias+em+Sa%C3%BAde+%28BRATS%29+n%C2%BA+23/fd71b822-8c86-477a-9f9d-ac0c1d8b0187>
- 26 Andersen SL, Navalta CP. (2004). Altering the course of neurodevelopment: a framework for understanding the enduring effects of psychotropic drugs. **Int J Dev Neurosci**. 22, 423-440. DOI: 10.1016/j.ijdevneu.2004.06.002.
- 27 Cousins L, Goodyer IM. (2015). Antidepressants and the adolescent brain. **J Psychopharmacol**. 29(5), 545-555. doi:10.1177/0269881115573542
- 28 Bouziane C., Filatova OG., Schrantee A, et. al. (2019). White Matter by Diffusion MRI Following Methylphenidate Treatment: A Randomized Control Trial in Males with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. **Radiology**, 293(1), 186-192. <https://doi.org/10.1148/radiol.2019182528>
- 29 Brzozowski FS, Caponi NCC. (2013). Medicalização dos desvios de comportamento na infância: aspectos positivos e negativos.

