

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
MATERNIDADE ESCOLA
PROGRAMA PÓS GRADUAÇÃO EM ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE MATERNO
INFANTIL

CLAUDIA BORGES DA SILVEIRA DE ARAUJO

“MAS, NÃO TEM UM REMEDINHO, NÃO?”: A MEDICALIZAÇÃO DA INFÂNCIA

Rio de Janeiro
2015

CLAUDIA BORGES DA SILVEIRA DE ARAUJO

"MAS, NÃO TEM UM REMEDINHO, NÃO?": *A MEDICALIZAÇÃO DA INFÂNCIA*

Monografia de conclusão do Curso de pós - graduação em Atenção Integral à Saúde Materno Infantil da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Especialista em Atenção Integral à Saúde Materno Infantil.

Orientadora: Marisa Schargel Maia

Rio de Janeiro
2015

Ar 15

Araujo, Claudia Borges da Silveira de.

Mas, não tem um remedinho, não?: a medicalização da infância / Claudia Borges da Silveira de Araujo. -- Rio de Janeiro: UFRJ / Maternidade Escola, 2015.

35f.: Il.; 31 cm.

Orientador: Marisa Schargel Maia.

Monografia (especialização) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Maternidade Escola, Pós Graduação em Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil, 2015.

Referências bibliográficas: f.33-35.

1. Medicalização. 2. Infância. 3. Transtorno do Déficit de Atenção Hiperatividade. 4. Saúde Materno Infantil – Monografia. I. Maia, Marisa Schargel. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Maternidade Escola, AISMI. III. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

DEDICATÓRIA

Dedico o presente trabalho as crianças que atendo em um ambulatório infantil, que me inspiraram na escolha do tema e do estudo em questão e que, para além da monografia, me inspiram no dia a dia do trabalho clínico.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus familiares e amigos que ao longo da jornada estavam sempre presentes em especial:

À minha mãe, sempre preocupada e cuidadosa;

Ao meu namorado, Rodrigo, pela imensa paciência e companheirismo;

À Renata de Marca, por compartilhar textos valiosos comigo;

Às colegas de trabalho, Paula Lederman e Maira Dominato, pelo ouvido amigo nos momentos de angústia;

À Catharina Torres por suas contribuições durante a finalização do processo;

Ao Bruno Larrubia pela grande ajuda na formatação do texto, esse não é o meu forte!

À Maria Esther D. Leite (*in memoriam*) que foi quem iniciou a jornada comigo e foi se transformando em mais que uma orientadora;

E à Marisa Maia pela presença já no momento em que ia desistir, após tantos percalços no caminho.

Meus sinceros agradecimentos!

“(...) certamente não sou favorável a abandonar os métodos inócuos de tratamento. Para muitos casos, eles são suficientes e, quando tudo está dito, a sociedade humana não tem mais uso para o furor sanandi do que para qualquer outro fanatismo. Mas acreditar que as neuroses podem ser vencidas pela administração de remediozinhos inócuos é subestimar grosseiramente esses distúrbios, tanto quanto à sua importância prática. Não; na clínica médica sempre haverá lugar para o 'ferrum' e para o 'ignis', lado a lado com as 'medicinas'; e, da mesma maneira, nunca seremos capazes de passar sem uma psicanálise estritamente regular e forte, que não tenha medo de manejar os mais perigosos impulsos mentais e de obter domínio sobre eles, em benefício do paciente.”

SIGMUND FREUD

RESUMO

Durante atendimentos psicológicos realizados em um ambulatório infantil foi observado, que muitas crianças são encaminhadas com o diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Tal fato chama atenção para o fenômeno definido como medicalização. Diante disso as questões foram colocadas: O que seria o fenômeno da medicalização? Como são feitos os diagnósticos? Que implicações isso acarreta para a criança e seus familiares? Na tentativa de refletir sobre essas perguntas, o presente trabalho tem por objetivo investigar o desenvolvimento histórico e social do fenômeno da medicalização, examinando quais as consequências disso na prática clínica e para a infância de um modo geral. Para tal, será feito um estudo teórico-conceitual, sobre a temática da medicalização da infância, examinando algumas referências apresentadas na literatura, com uma revisão dos aspectos mais importantes.

Descritores: Medicalização. Infância. Transtorno do Déficit de Atenção Hiperatividade.

ABSTRACT

During psychological care provided in a children's clinic it was observed that many children are referred to the clinic with a diagnosis of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). This fact calls attention to the phenomenon defined as medicalization. Thus, some questions can be made: What would the medicalization phenomenon be? How are the diagnoses made? What are the implications of such diagnosis for the child and his/her family? In an attempt to contribute to the discussion of these questions, this work investigates the historical and social development of the medicalization phenomenon, examining its consequences in clinical practice and in childhood. For this purpose, a theoretical and conceptual study of medicalization of childhood will be made, examining some references in literature with a review of its most important aspects.

Key words: Medicalization. Childhood. Attention Deficit Hyperactivity Disorder

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	09
2	O FENÔMENO DA MEDICALIZAÇÃO: CONTEXTUALIZAÇÃO INTRODUTÓRIA.....	10
3	O TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO/ HIPERATIVIDADE (TDAH) E A CLÍNICA COM CRIANÇAS.....	13
4	DISCUSSÃO.....	18
4.1	Escola.....	19
4.2	Os profissionais.....	21
4.3	Diagnóstico.....	23
4.4	Tratamento farmacológico.....	26
5	COMENTÁRIOS FINAIS.....	31
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	33

1 INTRODUÇÃO

Iniciando a prática profissional em um ambulatório infantil, venho observando um fenômeno que me chama a atenção: a demanda por diagnósticos e medicamentos.

No cotidiano dos atendimentos, percebo a solicitação dos pais e, algumas vezes, da escola e de outros profissionais, para que se medique a criança fazendo com que ela “fique calma” ou apresente comportamento socialmente esperado, ou seja, disciplinado. Podemos pensar nisso, à primeira vista, pela praticidade ou pela rapidez da resposta que um medicamento poderia trazer para a problemática vivenciada. Mas, indo além, verificamos que essas demandas se articulam a algo mais amplo: o fenômeno da medicalização que inserido num contexto maior convencionou-se chamar de pós-modernidade. Como em todo período, a pós-modernidade também possui as suas características, fruto de uma construção sócio-histórica que nos atravessa e também nos constitui como seres humanos.

Na clínica com crianças, alguns diagnósticos se tornam mais presentes como aqueles descritos pelos manuais diagnósticos DSMs (Manual Diagnóstico e Estatístico da Associação Americana de Psiquiatria - APA): o Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), Transtorno opositor e desafiador (TOD), ou Transtorno do espectro autista (TEA). Em geral, são diagnósticos vindos de profissionais ou muitas vezes sugeridos pela própria família, que já chega para uma primeira consulta dizendo: "eu acho que ele tem TDAH", por exemplo.

Diante disso, e pensando na clínica psicológica como um espaço de vivência do subjetivo, podemos observar a medicalização do comportamento, das relações, da infância e, em última instância, da vida, como um fenômeno que se apresenta em sua contramão.

No presente trabalho, pretendo realizar uma primeira aproximação do tema através de uma pesquisa exploratória, investigando o desenvolvimento histórico e social do fenômeno da medicalização, examinando quais as consequências disso na prática clínica e para a infância de um modo geral. Para tal, será feito um estudo teórico-conceitual, sobre a temática da medicalização da infância, examinando algumas referências apresentadas na literatura, com uma revisão dos aspectos mais importantes.

Desse modo, o texto será dividido em um capítulo inicial que nos conceitue o que são e quais as características da pós-modernidade e da medicalização, ajudando a contextualizar e embasar nosso pensamento. Logo em seguida, opto por um foco maior no que seria o diagnóstico

de TDAH e as repercussões na clínica com crianças, já que na minha experiência esse é um dos diagnósticos mais difundidos e, também, por não ser possível nesse espaço abranger uma discussão muito mais ampla. Por fim, uma reflexão a cerca do tema geral e sua repercussão na prática clínica é desenvolvida.

Antes de iniciar a jornada, cabe ressaltar que não se trata de desconsiderar as medicações como auxiliares em tratamentos, como muitos confundem, mas sim, problematizar e questionar a cultura da medicalização e o conseqüente uso indiscriminado e demasiado que se faz dos fármacos. Diante disso, frente às demandas de urgência e de soluções rápidas, refletir sobre esse fato torna-se fundamental.

2 O FENÔMENO DA MEDICALIZAÇÃO: CONTEXTUALIZAÇÃO INTRODUTÓRIA

"No capitalismo, a produção de subjetividade é a matéria-prima por excelência. Uma das decorrências imediatas e inevitáveis desta afirmação é a dimensão política de todo o trabalho direto ou indireto com a subjetividade."

MARIA ÂNGELA SANTA CRUZ

Quando falamos em medicalização, muitas vezes, vem em nossa cabeça a ideia de medicamento/ remédio. No entanto, essa é uma confusão que de início precisa ser desfeita, uma vez que existe uma diferença entre o que se entende por medicar e medicalizar. Diniz (2008), professora da Universidade Federal de Ouro Preto, com doutorado em educação, apresenta objetivamente essa diferença:

Medicar pode ser necessário, desde que caso a caso. Já a medicalização é o processo pelo qual o modo de vida dos homens é apropriado pela medicina e que interfere na construção de conceitos, regras de higiene, normas de moral e costumes prescritos – sexuais, alimentares, de habitação – e de comportamentos sociais. Este processo está intimamente articulado à idéia de que não se pode separar o saber – produzido cientificamente em uma estrutura social – de suas propostas de intervenção na sociedade, de suas proposições políticas implícitas. A medicalização tem, como objetivo, a intervenção política no corpo social. (DINIZ, 2008.p. sem página)

Desse modo, entende-se medicalização como o ato de regular e de converter as questões cotidianas, as formas de viver, ou seja, as questões sociais, em questões biológicas - doenças ou distúrbios (MOYSÉS, 200?).

Embora o discurso médico aponte as condições insalubres de vida como causas de doenças e epidemias, também abole as condições de vida concretas de cada pessoa, sua inserção social e nos modos de produção. Abole, ainda, as particularidades de cada um; é preciso abolir as particularidades, o subjetivo, a imprecisão, para que o pensamento racional e objetivo se imponham. (MOYSÉS, 2007. p.1)

Tomando como definição de medicalização o que foi exposto acima podemos dizer que se trata de um fenômeno que vai se constituindo num contexto "macro", isto é, imbricado em um processo histórico-social e que foi ganhando força na atualidade. Sendo assim podemos pensar em alguns pontos-chaves que ajudam na sua construção como, por exemplo, a revolução dos psicofármacos a partir da década de 1950. Nesse momento, a terapêutica farmacológica endossa o discurso da medicalização e vice versa.

Data de 1952 a primeira sintetização de um psicofármaco utilizado em tratamentos psiquiátricos. Desde então, a indústria farmacêutica investe, ano após ano, mais e mais recursos no estabelecimento de pesquisas na área da psicofarmacologia e investe grande parcela de recursos no marketing de novas drogas. (GUARIDO, 2007. p. 153).

A questão da medicação e da farmacologia anda atrelada ao discurso que circula em nosso meio através de (alguns) profissionais e também da mídia, que em nome de uma ciência, ou pode-se dizer, com a capa de discurso científico, faz parecer o modo medicalizado que se entende a vida e a conseqüente medicação das pessoas, como único e mais correto. Trata-se, como disse Guarido (2010), de explicações dos comportamentos, sensações e sofrimento através das novas descobertas científicas que vêm apoiadas na biologia, na neurofisiologia e na genética.

Os enunciados científicos adquiriram em nosso tempo um valor de verdade. Valem pela ocorrência interna de seus termos, valem como saber exclusivo na elucidação dos problemas impostos por seu objeto, ainda que seja o homem e sua vida. Pela maneira como a produção científica se dá, formalizada na pretendida distância entre sujeito que investiga e o objeto investigado, a ciência procura garantir, por essa suposta impessoalidade de sua produção, o universalismo de seus enunciados, que adquirem ainda a possibilidade de dizer tudo sobre o objeto que investigam. (GUARIDO, 2010. p. 29).

Aqui poderíamos pensar sobre a ideia que se construiu sobre ciência e discurso científico, em que na nossa sociedade está intimamente atrelada a noção de verdade (CRUZ, 2010). O estudo sobre a medicalização nos aponta exatamente para esses tipos de produção relacionados à revolução industrial, trazendo a instalação do capitalismo, e o que entendemos como

modernidade, sua posterior consolidação e ainda sua intensificação. Com a revolução industrial, a mão de obra, a relação da produção com o consumo passa a interferir nas formas como esses corpos (mão de obra) são geridos. A autora introduz claramente essa ideia no seguinte parágrafo:

É que os tempos são outros. O capitalismo é outro no mesmo. A modernidade, ainda que a mesma em seu ideário e práticas é outra. Concordo com algumas ideias de Lipovetsky que nos ajudam a pensar o contemporâneo. Estamos em tempos hiper-modernos, onde as lógicas que fabricam a modernidade se mantêm, porém hiperintensificadas: a lógica do mercado, a lógica do individualismo e a lógica do hiper desenvolvimento tecnológico. Estamos em outro momento do capitalismo, uma fase que pode ser chamada de intensionista, momento das empresas e do capital transnacional, cujo diagrama de poder é do mercado mundial integrado. Deleuze (1992) deu o nome de "sociedade de controle" a este novo círculo da espiral capitalista, quando a tecnologia disciplinar não se substitui, mas se intensifica através de novas estratégias de poder, principalmente através da aceleração do tempo, da expansão ilimitada do marketing e da expansão vertiginosa da ciência e da tecnologia, com o simultâneo investimento social libidinal em seus poderes. (CRUZ,2010.p.20)

Bauman (2001) é um sociólogo que estuda essas questões e nos apresenta o conceito da "modernidade líquida". Segundo ele, a efemeridade constitui o padrão das relações na modernidade. A busca do “novo” como sinônimo de modernidade desfaz a concretude e duração das coisas, sejam elas produtos de consumo, relações pessoais, conceitos ou ideias. A consequência disso no modo de subjetivação é evidente: efemeridade, imediatismo, superficialidade, performatividade vazias, e, sobretudo, novos modos de consumo associado ao descartável, prático e sempre em busca de novidades.

Se tirarmos algumas consequências da teoria de Bauman para o tema abordado nesta monografia temos as histórias por detrás da medicalização envolvendo a psiquiatria, os manuais DSM, as classificações do TDAH, a terapêutica infantil e do próprio entendimento do que vem a ser a infância. Todos estes temas organizados em práticas discursivas, conforme denominado por Foucault (2002), capilarizam as tecnologias disciplinares e convergem para o que hoje verificamos na clínica: a profusão de diagnósticos baseados na descrição de sintomas, que buscam por fim a normalização e adequação do comportamento infantil a novos padrões, uma espécie de “ortopedia moral”.

Sabemos que no modelo da sociedade disciplinar, segundo Foucault (2009), as grandes instituições de sequestro como a escola, o orfanato e o hospital não cansaram de examinar, classificar e corrigir os comportamentos infantis, sendo a masturbação infantil um dos mais notáveis temas a serem abordados. Revestido pela ciência da época este tema foi exaustivamente

tratado em manuais pediátricos e pedagógicos. A atualização da problemática do comportamento infantil acompanhou a transição da disciplina para o controle, onde esvaziado as instituições, o poder disciplinar se capilariza para estar em todos os lugares, mas não pelo olhar vigilante do guarda da prisão, mas na introjeção e auto-observação feita por cada indivíduo em si mesmo e em seus colegas. Foucault afirmou que o modelo do panóptico seria a ilustração ideal da sociedade disciplinar, onde no final cada camarada é um vigia. Hoje, contudo, através da capilarização do controle, típico da sociedade de controle, cada um de nós torna-se vigia de si mesmo, resultando assim em uma transformação na economia do poder.

Diante deste discurso, que opera um verdadeiro *modos operandus* em nossa sociedade atual e frente às questões da medicalização, torna-se tarefa árdua a desconstrução, ou a demarcação de um pensamento diferente. Continuemos, entrando mais especificamente nas questões que envolvem a classificação do Transtorno de Déficit de Atenção.

3 O TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO/ HIPERATIVIDADE (TDAH) E A CLÍNICA COM CRIANÇAS

"Sabidamente não há classificação do universo que não seja arbitrária e conjectural. A razão para isso é muito simples: não sabemos o que é o universo."

JORGE LUIS BORGES

Em consonância com o exposto no capítulo anterior, observo nos atendimentos que tenho realizado ao longo dos últimos anos, num ambulatório de atendimento infantil em que estou inserida¹ que muitos pais chegam comentando sobre suas suspeitas de que o filho tenha TDAH, ou mesmo já chegam com encaminhamentos de médicos ou de professores com tal diagnóstico ou hipótese diagnóstica. Tal comportamento, compreensível em certa medida, deve ser entendido como o ponto de partida para o tratamento e não como um fim em si mesmo. Santos et al (2012, p.108) discorrem sobre isso:

¹ Ambulatório multiprofissional (pediatras, assistentes sociais e psicólogos) de um hospital situado na cidade do Rio de Janeiro, que atende crianças de 0 à 12 anos.

O sujeito busca e facilmente aceita esse diagnóstico, esse rótulo, já que dessa maneira consegue inscrever em uma categoria psiquiátrica aquele mal estar que é tão desconhecido a ele. Conformando a sua angústia, no sentido de dar uma forma, esse sujeito tem um conforto, entretanto esse momento não deve ser visto como o ponto de chegada do cuidado e sim de partida. A moldura, que é o diagnóstico, tenta enquadrar a subjetividade em uma categoria de forma pouco refinada, porque esse mapeamento excluiria relevos subjetivos importantes.

O transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade (TDAH) se tornou o diagnóstico mais comum nas últimas décadas, quando se trata de saúde mental na infância, e por isso se torna importante pensarmos sobre o seu aparecimento, categoria diagnóstica e modos de escuta sobre tal transtorno.

O histórico do aparecimento do TDAH data do início do século XX, primeira metade, período no qual constam os primeiros estudos e o surgimento do diagnóstico, chamado de dano cerebral mínimo. Porém, até se chegar ao que conhecemos hoje como TDAH, diferentes nomenclaturas, que tratavam de problemas com sintomatologia parecida, foram utilizadas (BRZOZOWSKI et al, 2010. p. 898).

Pensando sobre o surgimento do diagnóstico do TDAH, Caliman (2010) aponta para os diferentes percursos históricos na sua construção. Ela coloca ao menos seis caminhos a serem considerados, sendo eles:

1) o viés da história da criança com TDAH, na qual o vínculo com as dificuldades escolares em que a inaptidão e a indisciplina aparecem como algo a ser controlado e medicalizado;

2) há ainda a história do adolescente, apontado pela autora como estando relacionado com a prática médica que ocorre em cima da delinquência e dos desvios;

3) cita também, a história do TDAH nos adultos e na família como outra possibilidade de construção;

4) fala sobre o aspecto econômico, advindo com o uso de medicamentos estimulantes no tratamento, concentrando-se na história da farmacologia da *ritalina*, como critério para o desenvolvimento desse diagnóstico;

5) a neurologia e suas tecnologias de imagens como figura central para a legitimação do diagnóstico e, por fim,

6) o diagnóstico de TDAH como fruto de aspectos de nossa vida, como por exemplo, o excesso de informação, do consumo desenfreado e assim por diante, nos quais os analistas sociais vão se focar.

Porém, apesar de falar dessas possibilidades de construções históricas, a autora afirma que o discurso predominante e tido como oficial no histórico da construção do TDAH é o neurocientífico.

Como o TDAH, os diagnósticos guarda-chuvas agrupados em sua história fizeram parte do processo através do qual a ciência médica iniciou seu discurso sobre a saúde mental de pessoas que não eram nem drasticamente mal desenvolvidas nem mentalmente deficientes. Elas eram mal adaptadas. Os diagnósticos incluídos na história do TDAH são aqueles que fortaleceram o processo de patologização dos indivíduos incapazes de satisfazer as expectativas morais, políticas e econômicas da sociedade na qual viviam. (CALIMAN, 2010. p.50, grifo meu).

Seu diagnóstico é feito, predominantemente, de modo clínico, quer dizer, sem o auxílio de instrumentos como exames de sangue, ressonância e outros. Assim, torna-se mais complexo e vulnerável no que diz respeito à dependência do conhecimento teórico e técnico do profissional que irá avaliar o caso. Geralmente, o contexto sócio familiar e os dados fornecidos pelas pessoas próximas à criança (pais, familiares e professores), conjuntamente com os critérios diagnósticos dos manuais como o DSM – IV são utilizados para, a partir daí, definir o diagnóstico e o tratamento. (PEREIRA; SILVA, 2011)

O DSM – IV (sigla em inglês para a quarta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da APA - Associação Americana de Psiquiatria) é o manual largamente utilizado como referência no auxílio de diagnósticos pelos profissionais da saúde mental, também possui uma história do seu desenvolvimento, no que tange a história da própria psiquiatria, e mais especificamente a psiquiatria americana, que sempre ficou a margem da medicina, como uma disciplina "menor" ou não científica. Nesse sentido, a construção de um manual que pudesse ser tido como "a-teórico" e "científico" foi bem acolhida. Mas para que se chegasse a isso, um longo caminho foi percorrido. (COSTA et al, 2014)

Na introdução do livro "A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea, 2014" publicado após debates promovidos com o lançamento do DSM V em 2013 - que trouxe modificações nos critérios diagnósticos de vários transtornos, inclusive o TDAH, e incluindo novas classificações/ transtornos no rol da sua lista - podemos ver colocado de modo resumido esse caminho percorrido.

Inicialmente, na psiquiatria, ou mais precisamente no campo das psicopatologias, o que predominava eram as diferentes orientações e teorias, a pluralidade caracterizava esse campo. No

início do séc. XIX, dois pensadores começaram a despontar: Kraepelin e Freud. Então, desse momento até o final da II Grande Guerra Mundial (II GGM), eram principalmente essas fundamentações que embasavam as orientações da psicopatologia. Com o final da II GGM, os veteranos de guerra, pressionando para que o Estado se responsabilizasse por sua reinserção na sociedade, e os profissionais que cuidavam deles começando a sentir necessidade de um sistema de classificação que pudesse englobar melhor as situações vividas por eles, foi possibilitando e favorecendo que a APA desenvolvesse, através de seus membros, um documento - uma classificação psiquiátrica- homogêneo e independente da Organização Mundial de Saúde (OMS). O DSM I tem como embasamento teórico a psicodinâmica e o entendimento de que os sintomas eram manifestações de conflitos e reações a situações existenciais: "Os sintomas tinham, portanto, uma forte dimensão simbólica e relacional, carregando em si mesmos um sentido que era preciso desvendar para acionar estratégias terapêuticas." (BEZERRA JÚNIOR, 2014. p.19).

O DSM II aparece como uma versão ampliada do DSM I, passando de 106 para 180 categorias diagnósticas, mas ainda sob a lógica de fundamentação teórica psicodinâmica e com uso para fins administrativos, sem muita interferência na prática clínica. Um diferencial é que nele aparece pela primeira vez uma seção específica aos transtornos comportamentais da infância e adolescência.

Já a publicação do DSM III, que acontece no ano de 1980, trouxe grandes modificações. Nas palavras do autor:

O DSM III e seus sucessores têm sido apontados como o fator decisivo na configuração do cenário psiquiátrico atual, marcado pela expansão crescente de diagnósticos e patologização da vida cotidiana, pelo predomínio do paradigma biológico ou cognitivista em detrimento de concepções psicodinâmicas, psicossociais ou humanistas, pela subordinação da prática clínica aos ditames da indústria farmacêutica, pela infiltração do vocabulário psicopatológico nos processos de construção de identidades culturais, pela evacuação das noções de sujeito e inconsciente do raciocínio clínico, e assim por diante. (BEZERRA JÚNIOR, 2014. p. 15).

Partindo dessa construção sócio-histórica e da lógica descritiva que rege as versões mais recentes dos manuais, podemos verificar que no DSM IV o TDAH é incluído na classe diagnóstica dos “transtornos geralmente diagnosticados pela primeira vez na infância ou adolescência”, o que quer dizer, antes dos sete anos de idade. No entanto, diferente das outras classes, isso é feito de modo conveniente, já que, como colocado no próprio manual, outros

diagnósticos também podem surgir e serem realizados nesse período da vida, assim como os transtornos compilados para essa faixa etária podem surgir ou serem tratados somente na idade adulta (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2007).

Ainda sobre a classificação diagnóstica da American Psychiatric Association (2007. p.112), o TDAH tem como principal característica, o “padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade – impulsividade, mais frequente e grave do que aquele tipicamente observado nos indivíduos em nível equivalente de desenvolvimento”. Trata-se, portanto, de uma categoria na qual o quantitativo e os excessos no comportamento é que vão definir a inclusão nesse diagnóstico. Aponta-se, também, para uma prevalência entre 3% e 7% da população de crianças em idade escolar, sendo mais frequente no sexo masculino do que no feminino.

Os critérios diagnósticos colocados pelo manual instituem a classificação em três subtipos: o Transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade de tipo combinado, de tipo predominantemente desatento e de tipo predominantemente hiperativo-impulsivo. Para que o diagnóstico seja definido, deve-se avaliar a existência de seis ou mais sintomas, por um período mínimo de seis meses, ocasionando problemas nos diversos contextos vividos (escola, casa e/ou relações sociais). A predominância dos sintomas é que define de qual subtipo é o transtorno, sendo a predominância de sintomas de desatenção, classificada como TDAH de subtipo predominantemente desatento, por exemplo. Porém, deve-se observar quanto ao diagnóstico diferencial, já que alguns dos comportamentos apresentados são esperados para determinadas faixas etárias (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2007).

Sobre os sintomas que são descritos no manual, estão relacionados à desatenção, impulsividade, agitação, falta de foco, ou comportamentos que denotem essas características. Vale lembrar que o manual tem caráter descritivo e não psicodinâmico como já explicitado acima, o que modifica toda a forma de entender e pensar sobre as queixas apresentadas em atendimento.

Tudo isso tem repercussões na prática clínica quando pensamos em qual será a terapêutica utilizada. Se partirmos da ideia de que a criança possui um desajustamento, uma deficiência a ser curada, então, nesse sentido, a utilização de medicamentos parece fazer sentido. Mas antes de tudo cabe a pergunta: e os outros fatores? Quais as consequências de se medicar tão cedo? O que isso traz de implicações no direcionamento do tratamento?

Quanto ao tratamento, o manual não faz menção sobre o assunto, mas alguns estudos apontam a psicoterapia e a medicação como os tratamentos indicados e mais utilizados, sendo a combinação deles a mais eficaz. No caso do tratamento farmacológico, o que se encontra na literatura e na prática, é o estimulante metilfenidato (conhecido como Ritalina) utilizado como primeira escolha pelos profissionais. Mas, acrescentando ainda, Brzozowski et al (2010) apresentam também a intervenção psicossocial como mais um componente do tratamento, citando a abordagem educacional, o suporte escolar, a atividade física e o atendimento individualizado como exemplos.

A questão diagnóstica e de tratamento ocorrem nos espaços de saúde, mas os encaminhamentos, em boa parte das vezes, chegam através das escolas, que é o local onde a criança interage com outras crianças, começa seu processo de aprendizagem formal e sai de um núcleo social menor, a família, para um maior, a escola. Assim, podemos nos questionar sobre o entendimento do que viria a ser um "problema de aprendizagem" e o porquê dessas crianças serem encaminhadas para os serviços de saúde, visando diagnóstico e tratamento. Desse modo, passemos a discussão teórica no próximo capítulo.

4 DISCUSSÃO

"Pássaros criados em gaiolas acreditam que voar é uma doença"

frase atribuída a ALEJANDRO JODOROWSKY

Diante do que foi apresentado nos capítulos anteriores, fica evidente que o processo de medicalização não aconteceu por acaso. Diagnósticos, como o do TDAH, surgem em um contexto histórico e não passam sem deixar suas marcas e consequências. Trataremos a seguir de alguns pontos de discussão que sobressaem no caso do TDAH, iniciando pela escola que, na infância, é o cenário de predominância para o aparecimento das demandas da não aprendizagem e do mau comportamento.

4.1 Escola

Ao falarmos de sistema educacional, encontramos na literatura que aborda o assunto o apontamento de que tal sistema não é valorizado. As políticas públicas possuem muito mais um caráter propagandístico e preocupações econômicas do que compromisso com a educação dos brasileiros (SOUZA, 2010).

Nesse sentido, a biologização do comportamento inadequado, inesperado, ou indisciplinado dos alunos vem a calhar, “desloca-se o cerne da questão de como se dá o processo de produção das queixas escolares, de um sistema escolar precarizado que necessita de investimento e transformações, para problemas orgânicos dos alunos” (SOUZA, 2010. p. 271).

Cabe a nós questionarmos esses diagnósticos e irmos mais além das explicações atuais, focadas nas justificativas orgânicas, para o fracasso escolar.

Quando se fecham as dificuldades apresentadas pelas crianças em diagnósticos de transtornos (que como discutido, são feitos baseados em manuais descritivos e com grandes interferências políticas e mercadológicas na sua construção), isso funciona como um grande alívio para pais, crianças e os próprios educadores. Eles passam a se apegar a esses diagnósticos, defendendo-os, divulgando-os e buscando a realização de diagnósticos em massa. Mas, o custo que isso representa também deve ser considerado. O estigma de doentes, a despotencialização de sua capacidade de questionar o sistema educacional e as instituições, juntamente com o prejuízo no próprio corpo, deveria ser avaliado (SOUZA, 2010).

Crochik e Crochick (2011) apontam para a necessidade de se repensar a escola no cenário atual, que insiste na formação nos moldes tradicionais, visando à preparação do aluno para o mercado de trabalho e entendendo que obter êxito ao final do processo da escolarização é ter sucesso no mercado de trabalho. No entanto, isso não é o que ocorre e, pelo contrário, provoca-se ainda mais a estigmatização e a redução de problemas mais amplos as questões individuais. Nesse raciocínio, caso o aluno não obtenha êxito, então a culpa é dele que possui TDAH ou qualquer outra doença/transtorno. Os questionamentos não aparecem, o entendimento fica reduzido e afunilado no "aluno-problema". Em outras palavras:

Assim, a escola não precisa repensar suas práticas e objetivos para compreender e, possivelmente, melhorar essa situação; não consegue supor, por exemplo, que a desatenção e a hiperatividade podem ser sinais do lugar de exclusão que o aluno assumiu dentro da sala de aula. A instituição não percebe que se estrutura de forma a colocar ênfase na aquisição de conteúdos, fazer avaliações visando o “mercado”, atitudes que agem no sentido de afastar os alunos do contato com o saber. (CROCHÍK; CROCHÍK, 2011. p. 188).

Uma pesquisa feita em escolas municipais de Campinas, que buscava avaliar como os professores e diretores dessas escolas entendiam os fracassos escolares, ou seja, de que modo explicavam as dificuldades na aprendizagem quando esta aparecia, explicitou ainda mais o problema da medicalização. A análise de seus discursos foi feita em cinco categorias iniciais: 1- causas centradas na criança; 2- causas centradas na família; 3- causas centradas no professor; 4- causas centradas na escola e 5- causas centradas no sistema escolar. Na avaliação dos dados, "a desproporção entre os números é gritante. Para todas as diretoras e professoras o fracasso escolar é motivado por questões referentes à criança e sua família. Não existem dúvidas, não existem opiniões divergentes" (COLLARES; MOYSÉS, 2011. p.199).

Ainda nesse estudo, verifica-se que quando se fala na causa centrada na criança ou na família, tanto professores, quanto diretores são praticamente unânimes em afirmar que as crianças não aprendem por esses motivos (pessoais ou familiares), mas quando perguntados sobre as questões pedagógicas, somente os professores, em baixo percentual (35% dos entrevistados), chegam a citar os problemas nas condições de trabalho como interferência no processo de ensino aprendizagem, mas sem questionar a instituição escolar e as formas pedagógicas mais amplas (COLLARES; MOYSÉS, 2011).

Quando se referindo aos problemas centrados nas crianças, o que aparece na fala dos entrevistados, de modo inclusive sobreposto, é: fatores de ordem biológica (desnutrição, problemas neurológicos, distúrbio de aprendizagem, deficiência mental, outra doença), imaturidade, emocional, falta de motivação, falta de prontidão e/ou pré- escola, a criança fica sozinha ou outra causa. No caso de problemas familiares eles citam: problema na família, família desestruturada, pais separados, alcoolismo, desemprego, prostituição, família não colabora, mãe trabalha fora, pais analfabetos, irresponsabilidade, pobreza e migração, como causas para o fracasso escolar (COLLARES; MOYSÉS, 2011).

Mas, fazendo parte da pesquisa, as autoras encaminharam para avaliação as crianças que foram indicadas pelos professores como aquelas que poderiam "fracassar", devido a problemas

como os citados acima. Curioso que das 75 crianças que passaram por consultas de saúde para avaliação clínica, "(...) 71 não apresentam doença, orgânica ou emocional, que possa comprometer seu aprendizado. Têm problemas de saúde, de vida, que não as distinguem do perfil de morbidade de sua idade." (COLLARES; MOYSÉS, 2011. p. 210)

Ao encontro dessa forma de pensar, muitos psicólogos (e outros profissionais) que recebem esse tipo de encaminhamento acabam por aprofundar a individualização dos problemas, na construção de diagnósticos na prática clínica, contribuindo para a ideia de que tais alunos é que possuem realmente um problema.

4.2 Os profissionais

Pensando nesse cenário, também podemos refletir sobre a questão do posicionamento ético do profissional nos atendimentos dos casos.

Béhague (2009) traz em seu artigo uma discussão sobre a medicalização e a atuação política dos profissionais de saúde, especialmente na área de saúde mental, em uma cidade do sul do Brasil, Pelotas.

As some therapists argue, because much mental illness in Brazil is so clearly linked to socioeconomic inequities, therapy must not simply be sensitive to biographical, social, and economic determinants; it should be used as a tool for political emancipation. (BÉHAGUE, 2009. p. 456).

O modo como o profissional lida com as questões apresentadas no cotidiano da prática está atrelado com seu entendimento e preparo diante de tal fenômeno, no caso, os comportamentos de agitação, de desatenção e de impulsividade, apresentados pelas crianças, pois como apontado no capítulo sobre a medicalização, comportamentos que antes não eram vistos como problema, hoje se tornam algo do nível da patologia. Pereira e Silva (2011) citam em seu artigo uma pesquisa realizada com profissionais de escolas, professores, na qual era investigada a percepção que eles tinham sobre o TDAH, indicando que o transtorno era entendido como algo individualizante e patologizante. Desse modo, as autoras, que fundamentam seu discurso pela psicologia histórico-cultural, evidenciam o despreparo dos profissionais, demonstrando a necessidade de que um olhar

mais ampliado seja difundido, não reduzindo o ser humano a fatores biológicos, mas que um olhar integral possa ser desenvolvido.

Nesse sentido, o problema do TDAH traz para discussão exatamente o fato de que se tenta colocar no sujeito um problema que, muitas vezes, é do campo social, político e educacional.

Viegas (2014) relata que quando se fala sobre a questão da medicalização e dos profissionais como parte desse processo - detectando, analisando, interpretando dados e diagnosticando - uma pergunta se impõe: o que fazer? Desse modo, através de um grupo de trabalho interdisciplinar e multiprofissional, foram feitas reuniões durante o período de um ano para que algumas propostas de práticas não medicalizantes aos profissionais da educação e da saúde fossem sugeridas. Desses encontros surgiu o documento "Recomendações de práticas não medicalizantes para profissionais e serviços de saúde e educação" que está disponível na internet. Tais recomendações se pautam em duas viradas teórico-metodológicas:

Primeiro, a concepção de aprendizagem como processo multideterminado, atravessado por diversos fatores que desembocam nas condições sociais (...). A segunda virada é a percepção de que a superação do olhar medicalizante implica em não focalizar apenas o que falta à criança (atenção, disciplina, alimento, coordenação motora), mas buscar suas potencialidades, ponto de partida para qualquer mudança significativa (VIEGAS, 2014. p. 172/173).

Visto isso, as principais sugestões para os profissionais da educação são: implicar a escola como um todo na construção de projetos pedagógicos; discutir e refletir sobre estratégias que deram certo; planejar estratégias em grupo; incentivar cada professor a contribuir com seu talento ou conhecimento; aprender a conhecer, a fazer, a viver junto e a ser; levantar o que os alunos querem aprender; oferecer experiências de aprendizagem e aprender a viver junto. Essas sugestões têm como pano de fundo a ideia de que deve-se tirar o foco da falta para se pensar sobre as potencialidades. Assim como, privilegia a troca de conhecimento e a construção de soluções em conjunto. Sabendo que não é tarefa fácil, mas que é um dos caminhos para desconstruir a lógica medicalizante (ITU et al, 2013).

4.3 Diagnóstico

Com isso, a partir da prática do profissional que recebe a criança, nesse processo de detecção, avaliação, diagnóstico e tratamento, temos ainda o problema do diagnóstico estigmatizando essas crianças, como apontado por Brzozowski et al (2010). Os autores trazem em seu estudo as implicações que um diagnóstico tem para uma criança, de acordo com as ideias de Hacking (2006). Iniciam explicando a diferença entre as classificações para os tipos “indiferentes” e os tipos “interativos”. No caso dos indiferentes, temos aqueles classificados que não sofrem interferência, que nada muda para eles com a classificação recebida, por exemplo, as plantas, as baleias e etc, os chamados tipos naturais clássicos. Quando uma baleia é classificada como mamífero e não mais como peixe, nada se altera para ela, apontam os autores. Já no caso dos seres humanos, isso não acontece. As pessoas interagem com a classificação que recebem, e por isso constituem o “tipo interativo”. Indo mais além, afirma-se que elas interagem estando ou não conscientes das classificações recebidas. Para eles, o diagnóstico é o ponto central de divergência entre os tipos naturais e os tipos humanos, e é onde se dá a bifurcação entre indiferença e interação.

Focando no modo como os seres humanos interagem com as classificações, os autores apresentam a ideia de Hacking (2006) sobre o *efeito de arco*. Quando uma classificação é feita, ou seja, quando um diagnóstico é dado, a partir daí o comportamento do indivíduo muda, alterando assim o estereótipo da doença. Em outras palavras, "o efeito de arco é a espiral que ocorre quando a classificação altera o comportamento de um indivíduo, que, por sua vez, altera o estereótipo da classificação, e assim por diante" escrevem Brzozowski et al (2010. p.894).

Pensando especificamente no caso do TDAH, Brzozowski et al (2010) descrevem que o efeito de arco é do tipo positivo. Quando uma classificação é feita esse efeito pode ser tanto negativo, quanto positivo (os chamados efeitos feedback positivo e feedback negativo), mas não no sentido de qualificar o efeito, mas sim de mensurar a diminuição ou o aumento das características atribuídas a tal classificação. No caso do TDAH, a classificação aumenta os comportamentos e características apresentadas pela criança.

Uma pesquisa realizada por Brzozowski e Caponi (2009) demonstram essa interação e mudança de comportamento diante de uma classificação diagnóstica. As autoras, ao entrevistarem mães e professoras de crianças com o diagnóstico de TDAH de um município da

região do vale do Itajaí de Santa Catarina, notam que quando há o diagnóstico, não necessariamente a criança está ciente e entende o seu significado, mas seu grupo social mais amplo, como familiares e professores, acaba por mudar seu comportamento em relação a essa criança o que faz com que ela também mude. Muitas vezes esse não saber do que se trata seu diagnóstico tem a ver não só com a idade, no caso de crianças muito pequenas, mas também com o fato de se mascarar sua explicação para que sejam "poupadas" de sofrimento.

Apesar dessa proteção, a criança ainda sente a resposta gerada por sua classificação. E maior é esse sentimento quanto maior for a criança. Já foi dito anteriormente que os professores e a família mudam com a criança após o diagnóstico. Seria estranho pensar que ela não fosse notar tal diferença (BRZOZOWSKI; CAPONI, 2009. p. 1173).

Esse diagnóstico como já falado anteriormente, é muitas vezes tranquilizador para os pais e professores, pois trata-se de amenizar as responsabilidades e culpas envolvidas, ou melhor, torna-se melhor explicar que a criança age de determinada maneira devido à uma doença/transtorno, do que porque é mal educada, bagunceira, preguiçosa ou alguma outra coisa, inclusive, desresponsabilizando a escola. (BRZOZOWSKI; CAPONI 2009)

Ainda sobre a criação de categorias diagnósticas e suas influências, Bezerra Júnior (2012), corroborando o que foi dito acima, afirma que tais categorias hoje em dia tem uma importância cultural, no sentido de que elas estão difundidas em diversos meios: psiquiátrico, na assistência de saúde, na educação, nas mídias, no cotidiano das pessoas de modo geral. Esses diagnósticos acabam por interferir em como os sujeitos interagem com os outros e com eles mesmos.

Assim, além de sua dimensão descritiva, elas exibem uma imensa força prescritiva. O encontro com o diagnóstico modifica sensivelmente a maneira como o sujeito pensa a si próprio, a maneira como interpreta as próprias emoções, o modo de se conduzir na relação com os outros (...) é possível também afirmar que na atualidade esse efeito tem se espalhado imensamente para além dos dispositivos estritamente terapêuticos, por conta da ampla difusão dos diagnósticos psiquiátricos em todo o campo cultural, pelo acesso fácil à informação técnica, pelo uso de diagnósticos como ancoragem para estratégias de construção identitária, e assim por diante. (BEZERRA JÚNIOR, 2012. p. 12).

Nessa complexidade diagnóstica, o discurso médico tem grande peso, pois é aquele que circula, tanto de modo leigo como através do especialista. Tal discurso, na cultura ocidental é tido como verdadeiro, ou seja, discurso médico, científico e verdade se equivalem. As autoras

apontam ainda para o fato de que são as instituições de saúde - médicas e multiprofissionais- e de educação que produzem e legitimam esses diagnósticos (BRZOZOWSKI; CAPONI, 2009).

Ainda sobre a realização dos diagnósticos, podemos pensar e questionar sobre a forma como são realizados, ou seja, através das fichas de *checklist* e dos exames - eletroencefalograma, tomografias e outros - que na maioria das vezes são improdutivos. Um estudo de 2014, ligado a Universidade Estadual de Montes Claros, aponta para alguns dados referentes à utilização de exames de eletroencefalograma para o diagnóstico de transtornos. Nele, laudos de crianças com encaminhamento de queixa escolar foram analisados, sendo a amostra composta de 288 laudos de crianças entre 06 e 10 anos de idade (FREITAS; ROTA JUNIOR, 2014).

De modo resumido, foram encontrados os seguintes dados: para iniciar, um dos dados marcantes é que dentre a categoria de "queixa escolar", 93% dos laudos apresentavam a "dificuldade de aprendizagem" como o motivo do encaminhamento, o que os autores correlacionam com a tentativa de associar/transformar as dificuldades escolares em distúrbios neurológicos; outro dado diz respeito ao predomínio de encaminhamentos na faixa etária dos 07 aos 09 anos, sugerindo uma relação com o período de alfabetização - 18,5%, 22,6% e 21,3% respectivamente - momento que de acordo com os autores, surgem muitas queixas no processo ensino-aprendizagem; a grande quantidade dos encaminhamentos está relacionada ao sexo masculino (67,2%), apontando para a questão de gênero; outro dado relevante é que a categoria médica (psiquiatras - 50,5%, pediatras - 7,3% e neurologistas - 32,1%) é a que mais prescreve esse exame, contabilizando praticamente 90% da amostra. Por fim, em relação aos resultados do exame, 62,5% deles não apontaram para alterações, ou seja, foram considerados "exames normais" e os outros 37,5% que estão na faixa de alterados, enquadram-se sob a expressão "discreta alteração", o que vem seguida de uma explicação de que tais alterações não explicam os "sintomas" apresentados pelas crianças (FREITAS; ROTA JUNIOR, 2014).

Diante disso, cabe a pergunta: sabe-se o que se procura? Esses exames são questionáveis por não poderem de fato definir algo como determinante da presença de doença/transtorno. Mesmo alguns autores - os que defendem a existência de patologias que impedem o aprender - afirmando que isso ainda não aconteça, a prescrição e realização de tal exame deveriam ser mais cuidadosas, já que incham os serviços de saúde, inclusive podendo tirar a vaga de crianças que precisam, e não possuem eficácia (FREITAS; ROTA JUNIOR, 2014).

Nesse sentido, é preciso ter claro que não há uma causalidade definida para o TDAH, como temos discutido ao longo do texto, apesar de já terem tentado estudar sobre hipóteses genéticas, ambientais e alimentares, nada foi comprovado (BRZOZOWSKI, 2010).

E não é somente isso, pois o modo como entendemos o quadro clínico e a questão diagnóstica, nos dará uma direção para as possíveis formas de tratamento, e no caso aqui discutido, o entendimento preponderante sendo o biológico (neuroquímico e etc), então facilmente o tratamento resvala para o medicamentoso. Mas o que sabemos sobre isso? O que se fala sobre os efeitos desses fármacos? Quais as consequências de um tratamento medicamentoso para crianças ainda em formação?

4.4 Tratamento farmacológico

São poucos os estudos nessa área, que além de escassos são falhos, muitos estando inclusive vinculados à própria indústria farmacêutica. Tal fato sugere que os dados estejam comprometidos, como por exemplo, no artigo de atualização "Dificuldades no diagnóstico de TDAH em crianças" de Souza et al (2007), no qual uma das autoras é palestrante de um laboratório farmacêutico, como colocado ao final do texto, apontando para um possível potencial conflito de interesses.

Mas, apesar da dificuldade de se encontrar bons estudos relativos ao tema, como relatado anteriormente, o uso de medicamentos para o tratamento de TDAH, na maioria das vezes como primeira escolha, vem crescendo como observado na prática clínica. Tal fato é corroborado por dados referentes à utilização do medicamento aqui no Brasil que verificam um aumento de seu consumo.

Em nota técnica no ano de 2015, o Fórum sobre medicalização da educação e da sociedade - que é um movimento social criado em 2010, com o objetivo de questionar o crescente aumento dos diagnósticos como o TDAH, Dislexia e TOD- apresenta dados relativos ao consumo de psicofármacos no Brasil, focando sua apresentação no uso da *Ritalina*, do *Concerta* e do *Venvanse* e também no de *Clonazepam*. Aqui nos centraremos nos dados referentes aos três primeiros medicamentos, que são aqueles indicados e prescritos quando supõem-se um caso de TDAH. Tais dados foram conseguidos junto à ANVISA, por meio da Lei de Acesso à Informação, no SNGPC - Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados.

Nessa nota, o movimento social afirma que de 2012 para 2013 houve um aumento de mais de 300% na importação do *metilfenidato*. O aumento da fabricação de *metilfenidato* no mundo é proporcional ao consumo e de acordo com o Fórum sobre medicalização da educação e da sociedade, citando documento da ONU (2015 p.5), enumera diversos fatores que podem causar isso:

a) o aumento do número de pacientes diagnosticados com TDAH; b) a ampliação da faixa etária dos pacientes que são susceptíveis a receber a prescrição de metilfenidato; c) o aumento do uso em adultos; d) erro no diagnóstico de TDAH e prescrição indevida de metilfenidato; e) a falta de diretrizes médicas adequadas relativas à prescrição de metilfenidato; f) a oferta do mercado cada vez maior em muitos países; g) as práticas comerciais influentes, ou de marketing agressivo por parte de fabricantes de preparados farmacêuticos que contém metilfenidato, h) a pressão da opinião pública, como a exercida por associações de pais para o direito das crianças a acessar a medicação para o tratamento de TDAH.

No Brasil, estão aprovadas para uso no tratamento do TDAH três substâncias: lisdexanfetamina, metilfenidato e atomoxetina, sendo elas, respectivamente, princípios ativos do *Venvanse* (laboratório Shire), da *Ritalina* (laboratório Novartis) e do *Concerta* (laboratório Janssen), e, por fim, da *Strattera* (laboratório EliLilly). E, considerando os três medicamentos, todos eles apresentam crescimento contínuo em suas vendas desde 2009 até 2014, data consultada. Há uma exceção no ano de 2013, no qual houve um desabastecimento de *Ritalina* no mercado devido a problemas na fabricação e importação da *Ritalina*, fazendo com que as vendas caíssem nesse período (FÓRUM SOBRE MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO E DA SOCIEDADE, 2015).

No entanto, mesmo com o aumento contínuo de venda, o uso que se faz desses medicamentos é interessante, pois o que se percebe é uma queda nos meses de Dezembro e de Janeiro e aumento no consumo nos meses de frequência escolar, até Outubro. Desse modo, os dados apontam para "uso reduzido do medicamento em período de recesso escolar, mas que seu consumo cresce concomitantemente ao longo do ano escolar, com aumento nas épocas onde há iminência de reprovação escolar" (FÓRUM SOBRE MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO E DA SOCIEDADE, 2015 - grifo meu).

Vale lembrar que os dados apresentados, mesmo sendo de fonte oficial (SNGPC), podem ser ainda maiores ou apresentarem alguma discrepância, pois o medicamento *Strattera*, por

exemplo, não precisa de receita controlada para sua venda, o que torna difícil a estatística desse medicamento. Além disso, os dados referentes à compra pelo Poder público não entram na contabilidade do SNGPC, já que nesse sistema o que consta são as informações de farmácias e de drogarias particulares do país, e, por fim, não podemos esquecer o mercado informal ("mercado negro") que fornece esses medicamentos, mas que só podem ter seus dados estimados.

Ainda sobre medicamentos, um estudo do Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde (2014), com o objetivo de verificar as evidências científicas, que tratam do uso de metilfenidato no tratamento de TDAH em crianças, feito através da análise de pesquisa sistematizada por ensaios clínicos randomizados (ECR) ou revisões sistemáticas (RS) de ECR com e sem metanálise, avalia que são poucos os estudos e muitos de baixa qualidade metodológica. Avaliações de tecnologias em saúde (ATS) também foram consultadas. Além disso, há uma escassez de pesquisas de longo prazo, e se torna problemático para avaliação.

Sobre o medicamento em questão, apresenta-se que ele tem ação estimulante no Sistema Nervoso Central - SNC, mas ainda não se conhece exatamente seu mecanismo de ação, a hipótese é "que o fármaco inibe transportadores de dopamina e norepinefrina, aumentando a disponibilidade desses neurotransmissores na fenda sináptica e produzindo efeito excitatório no SNC." (BOLETIM BRASILEIRO DE AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE, 2014, p. 3). Aponta-se também que seu uso possui contraindicações e pode ter efeitos adversos, sendo citados: diminuição do apetite, insônia e dor de cabeça, com possíveis eventos graves - comportamento agressivo, função anormal do fígado, acidente cerebro-vascular, diminuição do crescimento e outros (BOLETIM BRASILEIRO DE AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE, 2014).

Nessa pesquisa chega-se a conclusão de que devido ao mau uso do medicamento, inclusive em casos não diagnosticados como TDAH, às reações adversas encontradas e a não confiabilidade dos estudos (baixa capacidade metodológica, curto período de segmento e pouca capacidade de generalização) é preciso cautela na prescrição e uso do fármaco, principalmente quando seu uso será de longo prazo. Junto a isso, não se deve esquecer as formas de tratamento/intervenção que envolve terapia e mudanças sociais, por exemplo.

Mas, ao contrário do que ocorre hoje, para que o uso desses medicamentos diminua ou para que seja utilizado de forma mais racional, criteriosa por assim dizer, é preciso uma mudança na forma de se pensar as queixas apresentadas e seus diagnósticos e não só isso, "é necessário um

genuíno desenredamento dos profissionais da saúde com relação às indústrias farmacêuticas, para que se revise essa questão sem conflito de interesse." (SILVA et al, 2012. p. 54)

No entanto, esse desenredamento não é fácil, as indústrias possuem muitas estratégias e investem para que seu produto seja assimilado e consumido. Verificamos que, assim como no Brasil, o TDA/H é um diagnóstico em expansão na Argentina e junto a isso, o uso de medicamentos também cresce. Nesse sentido, em um estudo realizado em diferentes províncias de lá, Faraone e outros (2010), fizeram uma pesquisa qualitativa sobre a medicalização na infância, usando como analisador o TDA/H (o Transtorno do déficit de atenção com ou sem hiperatividade), verificando o discurso médico e buscando entender também o reposicionamento da indústria farmacêutica nesse processo através de suas estratégias de marketing. Tal estudo nos aponta para o fato de que nos dias de hoje tanto diagnóstico como tratamento são questionáveis dentro desse processo de medicalização, já que estão todos imbricados numa lógica de capital, já evidenciada por outros autores.

Desse modo, através da análise do discurso médico, os autores puderam verificar que dentre os profissionais da saúde, muitos admitem que haja uma imprecisão diagnóstica, mas mesmo assim, há o grupo que defende o diagnóstico como feito atualmente, com referencial biológico, enquanto outro atribui a fatores históricos, sociais e culturais a produção de subjetividade e mal estar da criança. Diante disso, e tendo os profissionais de saúde como intermediários no processo entre o encaminhamento feito (na maioria das vezes pela escola), diagnóstico e tratamento, percebe-se que o fármaco ocupa lugar central nessa lógica, tendo nos profissionais de neurologia seus principais utilizadores. O uso de fármacos ocorre mesmo com a maioria dos profissionais do estudo assinalando, em certo consenso, que o tratamento que eles chamam de integral, ou seja, aquele que não é centrado no medicamento é o mais vantajoso (FARAONE et al, 2010).

Nesse sentido, o que se faz também é utilizar o próprio medicamento como agente diagnosticador, ou seja, antes mesmo do diagnóstico estar definido, prescreve-se o fármaco e se ele fizer efeito, então constata-se que aquela criança tem TDAH. A lógica nesse caso é: "si el niño funciona con el medicamento, estamos ante un caso que podemos diagnosticar como TDA/H" (FARAONE et al, 2010. p. 491).

Cabe ressaltar que existem diferenças percebidas entre esses profissionais de saúde, sendo o psiquiatra, por exemplo, mais procurado quando o tratamento com drogas não funcionou e pensa-

se estar diante de um caso de comorbidade associada a psicopatologias de bases mais graves. Já os pediatras são aqueles que mais buscam alternativas de tratamento em detrimento do uso medicamentoso. Eles são tidos também como figuras centrais na direção que o tratamento vai tomar, já que também eles encaminham aos diferentes profissionais - psicólogos, psicopedagogos, neurologistas....

Mas a lógica que aparece no discurso e na prática médica não é reflexo somente de estudos e formação acadêmica. Ela está altamente influenciada pela própria indústria farmacêutica e sua produção de saber. No que diz respeito a esse segmento, as autoras trazem na pesquisa que as indústrias têm suas frentes de marketing dirigidas aos médicos, outras para os usuários e familiares deles e mais recentemente para a comunidade educativa (FARAONE et al, 2010).

No caso dos médicos, as estratégias podem ser divididas em três tipos: 1-visita aos médicos; 2- através de publicações dos laboratórios e as denominadas '*guias de consenso*' e 3- pela difusão de informação, através dos líderes de opinião. A primeira, hoje em dia, não é mais tão utilizada. Atualmente não se faz necessária à presença física (pelo que eles chamam na Argentina de APM: Agente de propaganda médica) no consultório para motivá-lo ou vigiá-lo. Hoje, os médicos se mantêm informados pelas publicações dos laboratórios e através do que denominam de guias de consenso. Por fim, elas falam sobre a estratégia dos líderes de opinião que é uma das mais profícuas para eles. Esse caso consiste na associação a médicos notáveis, geralmente ligados a centros de tratamento, público ou privado, de maior prestígio e que sustentam cientificamente as ideias das indústrias. Isso é feito através de pagamentos ou premiações aos médicos que prescrevem tais medicamentos, por exemplo. No quesito da categoria médica, os psiquiatras infantis e os neurologistas são os mais procurados (FARAONE et al, 2010).

Para os usuários e seus familiares os laboratórios incentivam atividades através de mesas de ajuda, as quais fornecem informações sobre o TDAH, mesma estratégia utilizada com as entidades educativas, além de também fornecerem caixas de medicamentos, quando elas são escolhidas de determinado laboratório. E por fim, no caso das instituições educativas, o foco são os professores e psicopedagogos, tendo nos grupos informativos uma de suas estratégias, do mesmo modo que no caso dos familiares, já citado. De um segundo modo, são as cartilhas explicativas com conselhos e informações acerca dos medicamentos a serem usados no caso de TDAH. Por fim, a publicação de revistas especializadas direcionadas a esse público, na qual,

pode-se verificar, por exemplo, um número dedicado somente ao tema do TDAH (FARAONE et al, 2010).

Desse modo, a indústria de medicamentos vai se misturando e encontrando de modo eficaz os meios mais adequados para vender o seu produto.

Saliento que não se trata de abolir os medicamentos como algo desnecessário ao tratamento, mas sim de considerar e ampliar as formas de uso do mesmo. Refletirmos sobre as implicações que a medicação pode trazer e no que do trato político isso nos remete. Santos e outros (2012) explicam que um uso ético dos psicofármacos pode ser feito. Eles discorrem sobre o fato de que se não for utilizado somente para “calar” o sintoma, esses medicamentos podem ser aliados no tratamento.

5 COMENTÁRIOS FINAIS

Ao longo do trabalho, ficou evidente a necessidade de refletirmos sobre as formas de atendimento e de desfecho que nós, enquanto profissionais, damos as crianças e as suas famílias. Cada diagnóstico e cada viés de tratamento utilizado irá repercutir na vida dessas pessoas, estigmatizando-as ou atrelando-as a dificuldades que muitas vezes não são delas. Além disso, o que se coloca, para nós profissionais, é o posicionamento ético diante dos casos que atendemos: O que será feito, como será conduzido e que consequências isso produzirá, são algumas das questões as quais devemos estar atentos e sempre nos questionando.

Também notamos a necessidade de que mais estudos sejam feitos no sentido de entender quais os benefícios e os malefícios causados pelo uso dos medicamentos psicotrópicos nessa população de menor faixa etária, para que um uso responsável possa ser realizado, quando indicado nos tratamentos.

A escola como meio principal de encaminhamento e de verificação de comportamentos ditos destoantes, também deve ser repensada enquanto instituição de ensino. Pois sabemos que a metodologia utilizada, em muito parece estar inadequada às questões que se apresentam na atualidade.

E junto a isso, mesmo estando expostos a uma lógica mercadológica, biologicista e, na maioria das vezes, reducionista, não devemos ceder a esse modelo. Novas práticas podem e

devem ser pensadas e construídas ao longo dos atendimentos, de modo que seja possível uma prática de cuidado, onde o foco não é a doença, mas as formas de se relacionar, viver e conviver, como colocado por Santos e outros (2012).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 4. Ed. reimp. São Paulo: Artmed , 2007. Tradução de: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

BAUMAN, Z. **Modernidade líquida**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

BÉHAGUE, D. Psychiatry and politics in Pelotas, Brazil: the equivocal quality of conduct disorder and related diagnoses. **Med. Anhopol. Q.**, v.23, n.4, p 455-482, 2009.

BEZERRA JÚNIOR, B. Introdução. In: ZORZANELLI, R.; BEZERRA JÚNIOR, B.; COSTA, J. F.(Org.). **A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea**. Rio de Janeiro: Garamond, 2014. p.09-31.

BOLETIM BRASILEIRO DE AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE - BRATS. v.8, n.23, mar. 2014.

BRZOWSKI, F. S.; CAPONI, S. Transtorno de déficit de atenção com hiperatividade: classificação e classificados. **Physis**, v.19, n.4, p.1165-1187, 2009.

BRZOWSKI, F.S.; BRZOWSKI, J.A.; CAPONI, S. Interactive classifications: the case of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in children. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.14, n.35, p.891-904, 2010.

CALIMAN, L. V. Notas sobre a história oficial do Transtorno do Déficit de Atenção/hiperatividade Tdah. **Psicol. Ciênc.Prof.**, v.30, n.1, p.46-61, 2010.

COLLARES, C. A. L. E MOYSÉS, M. A. A. **Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

CROCHÍK, J. L. E CROCHICK, N. A desatenção atenta e a hiperatividade sem ação In: COLLARES, C. A. L. E MOYSÉS, M. A. A. **Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos.** São paulo: Casa do Psicólogo, 2011. p.179-191.

CRUZ, M. A. S. Desafios da clínica contemporânea: novas formas de "manicomialização" In: COLLARES, C. A. L. E MOYSÉS, M. A. A. **Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010. p.17-25.

FARAONE, S. et al. Discurso médico y estrategias de marketing de la industria farmacéutica en los procesos de medicación de la infancia en Argentina. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.14, n.34, p.485-497, 2010.

FÓRUM SOBRE MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO E DA SOCIEDADE. **Nota técnica:** o consumo de psicofármacos no Brasil: dados do sistema nacional de gerenciamento de produtos controlados ANVISA (2007-2014), jun. 2015. Disponível em: < http://medicalizacao.org.br/wp-content/uploads/2015/06/NotaTecnicaForumnet_v2.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2013.

FOUCAULT, M. **Os anormais:** curso no Collège de France (1974-1975). São Paulo: M. Fontes, 2002.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir:** nascimento da prisão. 36. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

FREITAS, J. da S. ; ROTA JUNIOR, C. O eletroencefalograma como instrumento de avaliação de queixas escolares: medicalizando a educação escolar. **Rev. Entreideias**, v.3, n.1, p.63-78, 2014.

GUARIDO, R. A biologização da vida e algumas implicações do discurso médico sobre educação In: COLLARES, C. A. L. E MOYSÉS, M. A. A. **Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010. p.27-39.

MOYSÉS, M. A. A. **A medicalização na educação infantil e no ensino fundamental e as políticas de formação docente.** Disponível em:<

http://31reuniao.anped.org.br/4sessao_especial/se%20-%2012%20-%20maria%20aparecida%20affonso%20moyses%20-%20participante.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2013.

PEREIRA, I. da S. A.; SILVA, J. C. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade à luz de uma abordagem crítica: um estudo de caso. **Psicol. Rev.**, v.17, n.1, p.117-134, 2011.

SANTOS, K. Y. P.; YASUI, S.; DIONÍSIO, G. H. O sujeito- comprimido. **Cad. Bras. Saúde Mental**, v.4, n.9, p.103-112, 2012.

SILVA, A. C. P., et al. A explosão do consumo de Ritalina. **Rev. Psicol. UNESP**, v.11, n.2, p.44-57, 2012.

SOUZA, B. de P. A medicalização do ensino comparece aos atendimentos psicológicos. In: COLLARES, C. A. L. E MOYSÉS, M. A. A. **Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos**. São paulo: Casa do Psicólogo, 2011. p.269-283.

SOUZA, I. G. S de. et al. Dificuldades no diagnóstico de TDAH em crianças. **J. Bras. Psiquiatr.**, v.56, n.supl 1, p.14-18, 2007.

VIEGAS, L. S. Fórum sobre medicalização da educação e da sociedade. Grupo de Trabalho Educação e Saúde. Recomendações de práticas não medicalizantes para profissionais e serviços de saúde e educação. São Paulo, 2012. **Rev. Entreideias**, v.3, n.1, p.171-175, 2014.