



Jhade Vieira dos Anjos Magalhães

**A MEDICALIZAÇÃO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E
HIPERATIVIDADE(TDAH) INFANTIL: UM OLHAR PARA O RISCO DA
BIOIDENTIDADE**

Rio de Janeiro

2019

**A MEDICALIZAÇÃO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E
HIPERATIVIDADE (TDAH) INFANTIL: UM OLHAR PARA O RISCO DA
BIOIDENTIDADE**

**Projeto de monografia apresentado à
Escola Politécnica de Saúde Joaquim
Venâncio – Fundação Oswaldo Cruz
(EPSJV-Fiocruz) como requisito parcial
para aprovação no Curso Técnico em
Gerência em Saúde.**

Orientadora: Marise Ramôa

Rio de Janeiro

2019

A MEDICALIZAÇÃO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE
(TDAH) INFANTIL: UM OLHAR PARA O RISCO DA BIOIDENTIDADE

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Escola Politécnica de
Saúde Joaquim Venâncio como requisito
parcial para aprovação no curso técnico
de nível médio em saúde com habilitação
em gerência de saúde

Aprovado em 02 / 12 / 2019

BANCA EXAMINADORA

Nina Soalheiro – Epsjv/FIOCRUZ

Pilar Belmonte- Epsjv/FIOCRUZ

*Dedico este trabalho
aos meus pais, Leonardo e Simone;
pilares da minha formação como ser humano;
à minha avó, Maria Angela,
cuja presença é essencial na minha vida;
exemplo no qual me espelho.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio / Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz) pelo apoio institucional, aos docentes e aos funcionários que durante esses quatro anos contribuíram para a minha formação dentro e fora de sala de aula.

Agradeço a minha orientadora, Marise Ramôa pelo apoio, por acreditar e defender esta pesquisa tanto quanto eu, seu auxílio foi muito importante e me ajudou bastante nesse processo. Foi uma pessoa que aceitou esse desafio comigo; sem ela teria ficado perdida. Muito obrigada.

Agradeço a minha família pelo apoio, torcida nesse trabalho e pela compreensão nos momentos em que fiquei mais afastada, por conta dos estudos. Agradeço aos meus amigos e a todos que de alguma forma, me incentivaram durante esta etapa decisiva da minha formação.

**TÍTULO: A MEDICALIZAÇÃO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E
HIPERATIVIDADE (TDAH) INFANTIL: UM OLHAR PARA O RISCO DA
BIOIDENTIDADE**

RESUMO: O presente trabalho visa analisar a relação da medicalização com o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade infantil e a construção de uma bioidentidade por parte do saber biomédico. Para tal, desenvolvemos pesquisa bibliográfica.

O trabalho pode contribuir para o campo da saúde mental, pois visa problematizar os riscos e possíveis danos da medicalização biomédica em crianças a longo prazo.

Palavras-chave: transtorno de déficit de atenção e hiperatividade; medicalização; bioidentidade.

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| INTRODUÇÃO..... | 07 |
| CAPÍTULO 1: MEDICALIZAÇÃO DA VIDA..... | 13 |
| 1.1 TDAH E MEDICALIZAÇÃO..... | 21 |
| 1.2 EXISTEM ALTERNATIVAS À MEDICALIZAÇÃO DO TDAH?..... | 30 |
| CAPÍTULO 2 MEDICINA, MÍDIA E INDÚSTRIA FARMACÊUTICA: O CONTROLE DOS CORPOS..... | 32 |
| 2.1 MEDICALIZAÇÃO SEGUNDO FOUCAULT | 32 |
| 2.2 MEDICALIZAÇÃO SEGUNDO IVAN ILLICH | 36 |
| 2.3 MEDICALIZAÇÃO SEGUNDO PETER CONRAD | 39 |
| CAPÍTULO 3 PSQUIATRIA MEDICALIZADA..... | 43 |
| CONCLUSÃO..... | 55 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 60 |

INTRODUÇÃO

O transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, conhecido também como TDAH, é apresentado pelo saber médico como um conjunto de sintomas relacionado ao neurodesenvolvimento infantil como desatenção, impulsividade e hiperatividade.

Como descrito por Whitaker (2017, p.225) a prescrição de "(...)medicamentos psiquiátricos para crianças e adolescentes é um fenômeno recente, já que poucos jovens eram medicados antes de 1980".

O Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade não era conhecido antes do ano de 1980, pois só depois desse período é que passa a fazer parte do Manual de Diagnóstico e Estatística dos Distúrbios Mentais da Psiquiatria (DSM-III), como transtorno do déficit de atenção (TDA).

Para compreendermos a construção do diagnóstico de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, nos baseamos em Costello (2017), pois a mesma aponta que tal construção nos remete a posicionamentos no campo da Medicina e articulações do saber médico e da indústria farmacêutica desde 1902.

Em 1902 o pediatra inglês George Frederick Still realizou palestras sobre vinte casos de crianças que tinham inteligência normal, mas que apresentavam comportamentos explosivos e falta de reação aos castigos. Still concluiu que tais crianças sofriam de uma “disfunção cerebral mínima”, porém não havia causa orgânica que pudesse ocasionar esse tipo de comportamento.

Com o passar dos anos surgiram outros autores que também observaram a relação entre hiperatividade e comportamentos de oscilação de humor.

Em 1937 o pesquisador Charles Bradley deu a substância Benzedrina para crianças que sentiam dor de cabeça, porém o medicamento não curava a dor de cabeça, mas aparentemente ajudou as crianças a se concentrarem em tarefas escolares.

Em 1947 surgiram afirmações e possíveis explicações para essas crianças tidas como agitadas e hiperativas. O diretor de uma escola para jovens agitados em Racine, Wisconsin, chamado Alfred Strauss, chamou seus alunos de: “crianças normais com lesão cerebral”.

O primeiro Manual de Diagnóstico e Estatística da Psiquiatria publicado em 1952 afirmou que essas crianças sofriam de “síndrome cerebral orgânica”.

Já em 1956 a indústria farmacêutica Ciba-Geigy introduziu a Ritalina(metilfenidato) no mercado farmacêutico como um tratamento “seguro” para a

agitação, desatenção e hiperatividade de crianças. Teve apoio de médicos da Faculdade de medicina John Hopkins.

Em 1970 o uso da Ritalina como método de tratamento do Transtorno de Déficit de atenção e hiperatividade começou a aumentar, até que no final dessa década cerca de 150.000 crianças estavam tomando esse remédio nos Estados Unidos.

Em 1980 o Manual de Diagnóstico e Estatística da Psiquiatria (DSM) publicou sua terceira edição, onde continha pela primeira vez, a identificação do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) como uma doença. Os sintomas do TDAH têm como característica a hiperatividade, desatenção e impulsividade.

Em 1987 as fronteiras para o diagnóstico de TDAH foram afrouxadas no DSM III e a Ciba-Geigy ajudou a financiar a criação de um grupo chamado Children and Adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (CHADD). Em 1991 o CHADD conseguiu pressionar o congresso para que ele incluísse o TDAH como uma deficiência que seria incluída na Lei de Educação de Indivíduos com Deficiência. Nesse período o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade passou a ser relacionado com uma deficiência.

Depois do TDAH ter sido definido como uma deficiência, o número de crianças diagnosticadas como portadoras desse transtorno cresceu rapidamente. Em 1990 o número dessas crianças diagnosticadas com TDAH subiu para quase um milhão. Em 2012 aproximadamente 3,5 milhões de crianças norte-americanas utilizaram algum medicamento estimulante para o TDAH e de acordo com o Centro de Controle e Prevenção de Doenças, em 2007 uma em cada criança norte-americana de 4 a 17 anos utilizam alguma substância medicamentosa para “combater” o TDAH (VEJA, 2012). Conclui-se que com o surgimento do TDAH como uma deficiência, houve um aumento dos diagnósticos de crianças com TDAH e o tratamento por meio da utilização de estimulantes como a Ritalina.

Durante o ano de 1990 o CHADD fazia afirmações de que as crianças com TDAH sofriam de um desequilíbrio químico, caracterizado por um sistema dopaminérgico insuficientemente ativo e isso ajudou a manter ou aumentar a comercialização do medicamento. A finalidade da Ritalina e de outros estimulantes era a de elevar os níveis de dopamina, que é o responsável pela sensação dos sentimentos na fenda sináptica. O CHADD, com aquela afirmação, segundo Costello (2017), estava tentando dar a impressão de que tais estimulantes normalizam a química cerebral.

Ao longo desses anos, ainda não foi encontrada uma explicação para o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, o que havia era uma especulação de que crianças

extremamente hiperativas e desatentas sofriam de algum tipo de disfunção cerebral, entretanto a natureza dessa disfunção nunca foi descoberta. Entende-se, a partir de Costello (2017) que a biologia do TDAH permanece desconhecida, então a medicalização desse transtorno pode ser tida como equivocada, já que não sabemos o que poderá ocasionar a utilização desse estimulante a longo prazo.

A Ritalina e outros medicamentos para o TDAH produzem uma perturbação dos sistemas neurotransmissores. A ação da Ritalina é similar à da cocaína, pois ambas agem do mesmo modo no cérebro. A diferença é que a Ritalina é eliminada mais lentamente do cérebro do que a cocaína. Com o uso da ritalina, a dopamina passa a permanecer na fenda sináptica por um longo tempo e por causa disso o cérebro da criança reduz o seu ritmo normal de seu mecanismo dopaminérgico. O cérebro das crianças segundo Steven Hyman(apud Costello, 2017) passa a operar de um modo qualitativo e quantitativamente diferente do seu estado anterior.

De acordo com as pesquisas científicas, a Ritalina e outros remédios utilizados em casos de TDAH produzem mudança no comportamento das crianças. O relatório de Charles Bradley, em 1937, afirmou a importância do uso de medicamento para o TDAH, pois quinze das trinta crianças responderam positivamente ao tratamento com a Benzedrina, tornando-se *dóceis* em relação as suas reações emocionais e de comportamento, o que clinicamente foi reconhecido como uma melhora. Esse estudo pode ser considerado um ponto de partida para a associação entre uso de medicação e adaptação comportamental aos valores morais de uma determinada época. Em outro estudo conduzido pelo psicólogo Herbert Rie, da Universalidade do Estado de Ohio, em 1978, foram observadas 28 crianças tidas como hiperativas e durante 3 meses. Herbert receitou a elas metilfenidato. Eis que ele percebeu alguns sintomas do uso da Ritalina em crianças com TDAH:

“As crianças que estavam em tratamento com medicamento ativo, como se confirmou retrospectivamente, pareceram, nos momentos de avaliação, nitidamente mais impassíveis ou “chochas” em termos afetivos, sem a variedade e a frequência de expressão emocional que são típicas da idade. Reagiram menos, exibiam pouca ou nenhuma iniciativa ou espontaneidade, deram poucas indicações de interesse, praticamente não demonstraram curiosidade, surpresa nem prazer, parecendo desprovidas de humor”. (RIE,1976, p.250-260 apud COSTELLO, 2017, p.231)

Afirmando a ideia de Herbert Rie, sobre o assunto da medicalização infantil do TDAH, alguns psicólogos e psicólogas trouxeram contribuições acerca do tema. A

psicóloga Nancy Fiedler, da universidade Estadual de Browling Green, observou que a Ritalina “reduz a curiosidade da criança sobre o ambiente”. Uma equipe de psicólogos da universidade da Califórnia em Los Angeles (UCLA) em 1993 afirmou que crianças tratadas com estimulantes, se tornam, normalmente “passivas” e “submissas” e “socialmente retraídas”.

Em 1990 a psicóloga Deborah Jacobvitz, da universidade do Texas, relatou que as crianças medicadas com Ritalina consideram-se menos felizes e menos satisfeitas com elas mesmas. O psicólogo Alan Sroufe da Universidade de Minnesota, afirmou que a criança medicada com Ritalina passa a não acreditar na capacidade própria de aprender e controlar seu comportamento e sim na medicalização.

Percebe-se pela afirmação de diversos psicólogos que a Ritalina ou qualquer outra medicação para o TDAH, causa males que tem consequências sérias para as crianças. Quando os pesquisadores foram analisar se em relação ao estudo acadêmico dessas crianças existia alguma melhora em relação a nota e desempenho escolar com a utilização de medicamentos relacionado ao tratamento da TDAH, a resposta foi não.

De acordo com Alan Sroufe em 1973, a Ritalina melhora o desempenho em atividades com tarefas rotineiras e repetitivas, que exigiam atenção contínua, mas quando se trata de raciocínio lógico, a aprendizagem e resoluções de problemas a Ritalina não produzia benefício algum. Nesse mesmo ano Russell Barkley da Faculdade de Medicina de Winsconsin, concluiu que o efeito desses estimulantes parece melhorar o controle dos comportamentos infantis e não a preocupação do desempenho escolar.

A edição de 1994 do Manual de Psiquiatria da Sociedade Norte-Americana de Psiquiatria (APA) admite que os estimulantes não produzem melhoras nas conquistas educacionais, no relacionamento de convívio social ou na adaptação a longo prazo. No decorrer de, aproximadamente 30 anos de pesquisas, não conseguiram fornecer nenhuma boa comprovação de que os estimulantes ajudassem as crianças a se desenvolver.

A Ritalina e outros medicamentos para o TDAH causam muitos efeitos adversos físicos, emocionais e psiquiátricos. Os problemas físicos incluem tonteira, perda de apetite, insônia, dores de cabeça, dor abdominal, anomalias motoras, tiques faciais e vocais, perda de peso, inibição do crescimento. As dificuldades emocionais se caracterizam por depressão, oscilações de humor, irritabilidade, ansiedade, insensibilidade emocional. Já os psiquiátricos incluem sintomas obsessivo compulsivo, paranoia, surtos psicóticos e alucinações.

Psiquiatras canadenses relataram que em 1999, nove em cada noventa e seis crianças com TDAH tratadas por estimulantes, durante uma média de 12 meses, desenvolveram sintomas psicóticos. De 2000 a 2005 a FDA,¹ órgão americano que regulamenta o uso e distribuição de medicamentos, emitiu um relatório de risco dizendo que havia recebido quase mil casos de surtos psicóticos induzidos por estimulantes em crianças. Além disso, identificou-se que as psicoses induzidas pelo medicamento foram diagnosticadas como bipolaridade.

Com o passar dos anos foram sendo "descobertas" novas doenças manifestadas em crianças. No fim da década de 1990 surgiu o transtorno bipolar juvenil. Segundo a revista Times entre 1995 a 2003 ocorreu um aumento de quarenta vezes do número de crianças com esse diagnóstico. A prescrição de medicamentos relacionados ao TDAH aumentou significativamente na década de 1980 e em 1990 surgiu esse transtorno bipolar.

Warren Weinberg, um neurologista pediátrico da universidade de Washington em seu artigo, reexaminou os históricos clínicos de cinco crianças que sofriam de transtorno bipolar e percebeu que pelo menos 3 dessas 5 crianças haviam sido tratadas com Ritalina ou outros estimulantes que eram usados no tratamento do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, ou seja, conclui-se que as crianças tratadas com a Ritalina no decorrer dos anos acabaram desenvolvendo um outro tipo de transtorno.

Segundo Joseph Biederman e seus colegas do Hospital Geral de Massachusetts relataram que em 1996, quinze de 140 crianças, aproximadamente 11%, foram diagnosticadas com TDAH e que no decorrer de quatro anos desenvolveram sintomas bipolares que não estavam presentes no diagnóstico inicial.

Em suma, toda criança que tomou algum estimulante apresentou, com o passar dos anos, sintomas de alteração de afeto/ humor bipolar, e identificou-se o risco de que uma criança com diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade passe a ser também diagnosticada com transtorno bipolar, depois de ser tratada com estimulante.

Antes de explicar o que é medicalização é importante diferenciar a palavra “medicação” da palavra “medicalização”, já que comumente elas são confundidas. A palavra medicação como o próprio dicionário (BUARQUE, 2010) informa é o ato de medicar, ou seja, tratamento com uso de medicamentos. No campo da saúde, a Organização Mundial da Saúde aponta que a medicação é toda substância contida em um

¹Food and Drug Administration

produto farmacêutico disponibilizado em benefício de um indivíduo (OMS,1984 apud COSTELLO, 2017).

Já a palavra medicalização, segundo Ivan Illich (1975, apud GAUDENZI, P; ORTEGA, 2012) consiste nos problemas não médicos sendo definidos e tratados como médicos. A medicalização pode ser entendida como um processo, pautado no modelo biomédico, que reduz questões complexas da vida social, que tem múltiplos fatores associados e relacionados a uma dada cultura e a um dado tempo histórico, a uma causalidade orgânica do indivíduo.

O transtorno de déficit de atenção e hiperatividade pode ser compreendido como um processo de medicalização da vida? Algo que passou a ser identificado como uma “anormalidade” de comportamento a partir do século XVIII e que, no decorrer dos anos, foi sendo encaminhado para uma única possibilidade de tratamento: a medicação, resultante do investimento da indústria farmacêutica?

Nas últimas décadas observamos a relação do exercício da indústria farmacêutica em produzir medicações para o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade e a construção do diagnóstico, resultando na medicalização da infância.

De acordo com uma reportagem da revista Veja(2012), foi feito um levantamento no ano de 2010 de aproximadamente 10 milhões de pessoas com idade até 18 anos que receberam o diagnóstico de TDAH nos Estados Unidos; um estudo sobre transtorno de déficit de atenção e hiperatividade também nos Estados Unidos mostrou que o número de crianças diagnosticadas com esse transtorno cresceu 66% em 10 anos e que o medicamento mais utilizado para a prática de tratamento desse transtorno foi de caráter psico-estimulante. Essa notícia, foi exibida a informação de que a maioria dos diagnósticos de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade foi realizada por clínicos gerais e profissionais de cuidados primários.

Nesse sentido, este projeto de pesquisa busca analisar a literatura atual, sobre a relação entre o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade e medicalização, para que possamos refletir sobre os perigos de um diagnóstico do TDAH em crianças e a possibilidade de construção de outras formas de cuidado em oposição à medicalização da vida.

CAPÍTULO 1

MEDICALIZAÇÃO DA VIDA

Este capítulo visa compreender a temática da medicalização no campo da saúde mental, no que tange à medicalização da vida de crianças e adolescentes que apresentam o diagnóstico de TDAH.

Depois dos EUA, o Brasil é o segundo maior consumidor mundial de metilfenidato (Ritalina), uma droga prescrita para crianças e adolescentes que apresentam algum distúrbio mental ou comportamental associado ao TDAH. Segundo matéria exibida pela emissora de TV Globo News, em 12 de novembro de 2010, foram vendidas cerca de 70 mil caixas do medicamento no ano de 2000 e em 2009 o consumo chegou a 1.700.000 caixas de Ritalina.²

Essa reportagem revela um crescimento preocupante de diagnósticos cognitivo-comportamentais e da prescrição de medicamentos como por exemplo a Ritalina, como uma droga que seria utilizada para reduzir ou eliminar comportamentos que seriam considerados desviantes; com isso, milhares de crianças são medicadas, a partir de uma lógica de pensamento que se sustenta por meio da normatização de comportamentos, como controlar padrões de atenção, impulsos e ansiedade.³ Dessa forma, o que é ser uma criança normal, saudável e com o máximo de aproveitamento de suas capacidades psíquicas?

A utilização da medicalização como um modelo a ser seguido é uma solução rápida dos problemas, porém não é benéfico para crianças, pois não leva em conta o efeito do uso de medicamentos. A consequência dessa concepção fiscalista suscita preocupações tanto físicas, quanto psíquicas, em relação aos efeitos a longo prazo, das relações que produz e dos rótulos que se instalam na vida dessas pessoas que utilizam da medicação como um modelo exclusivo de tratamento.

Em relação ao TDAH, o discurso médico é responsável pela separação de certos tipos de crianças, isso é feito por meio da padronização de comportamentos considerados normais, definindo de modo universal, o que é atenção, que habilidades devemos ter ou

² Matéria do Globo News no dia 12 de novembro de 2010, recuperado no em junho de 2011 <<https://www.youtube.com/watch?v=MTFOb2bLjLA&feature=related>> Acesso em: 10 de dezembro de 2018.

³ Dra. Maria Aparecida Moysés, professora do Departamento de Pediatria da UNICAMP, em entrevista no momento da referida matéria jornalística, afirma que tal medicamento teria o mesmo mecanismo de ação das anfetaminas e cocaína, com reações adversas em todos os sistemas do organismo e alta toxicidade.

não ou o que é considerado inteligência. Essa busca pelos padrões, de normatização, é uma das direções do discurso biomédico. Sobre essa busca, Rajchman diz:

De uma sociedade obcecada com o comportamento e seu controle, estamos nos tornando uma sociedade obcecada com a inteligência e habilidades, e a luta darwinista para as adquirir. Nessa situação, o tipo de desafio que, nos anos 60, Foucault imaginou que a psicanálise, a etnologia e a literatura poderiam oferecer às ciências humanas não faz muito sentido, não é mais aquela configuração que parece oferecer ferramentas ou conceitos para descrever nosso processo de subjetivação e experimentação. É agora, uma espécie de mistura de neurologia, filosofia e darwinismo⁴, ajudada com novos dispositivos para a obtenção de imagens do cérebro tende a assumir as grandes categorias do normal e do patológico. É aí que, cada vez mais, visamos a explicar nossas “deficiências”, e assim determinar nossa natureza (RAJCHMAN apud PORTOCARRERO, V.; BRANCO, G. C., 2000:82).

O saber médico-psiquiátrico domina a teoria e a prática acerca do TDAH no Brasil e tem como diretriz o Manual Diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais DSM-IV-TR (BARBARINI, 2014) e DSM-V (BARBARINI, 2014). Desde a criação do DSM, o mesmo foi durante anos revisado e reestruturado em sucessivas edições, sendo a mais recente a de 2013, o DSM-V. Esse manual define o TDAH como um transtorno que se apresenta na infância e cujos sintomas são desatenção, hiperatividade e impulsividade.

Mesmo depois de anos a sua causa ainda é desconhecida e acredita-se que pode ser uma complicação neurobiológica relacionada a uma falha em neurotransmissores responsáveis por funções de atenção. Essa hipótese é aceita pelo campo médico, pelo simples fato de haver, por via do uso de medicamento, o controle de alguns sintomas que caracterizam o TDAH. Porém, não levam em consideração as consequências prejudiciais do próprio uso. Compreendemos tal fato como um modo de controle dos corpos por via dos medicamentos para promoção de controle social/ normalização.

Na terceira edição do manual de diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais (DSM-III), criado em 1980, houve um distanciamento da abordagem psicodinâmica ainda presente no DSM- II⁵. Em detrimento à abordagem psicodinâmica da psiquiatria que levava em consideração questões comportamentais e valores morais e sociais na prática e na teoria da psiquiatria dos transtornos e psicoestimulantes, surge o fortalecimento do modelo biomédico, assumido como um saber capaz de definir patologias por meio de um

⁴ Segundo Weyler (2006), o eugenismo é “(...) uma espécie de prática avançada do darwinismo social, incentivou a administração científica e racional da hereditariedade, por meio de novas políticas sociais interventivas que incluíam, sobretudo, uma deliberada seleção social. O olhar médico dividia a população em doentes e sãos, em regeneráveis e não-regeneráveis, tratados de formas distintas”.

⁵ O DSM-II não foi abordado no presente trabalho devido ao fato do transtorno do déficit de atenção (TDA) surgir somente no DSM-III.

conhecimento biológico, pautado em critérios descritivos e de sintomas observáveis. É um saber comprometido com a indústria farmacêutica, onde sua regulação se dá por meio de medicamentos (BARBARINI, 2014).

É nesse período que acontece o afastamento entre o discurso e a prática psiquiátrica que atravessa a história do TDAH, que busca se distanciar de suas origens subjetivas e se aproximar do objetivo, do científico, da biomedicina. Fica evidenciada a medicalização da vida e a relação com o biopoder e a necessidade da desnaturalização das relações entre o saber psiquiátrico e o aparecimento das classificações psiquiátricas, presente no Manual Diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais.

Entendemos que a relação estabelecida entre a psiquiatria e a indústria farmacêutica, ocorrida entre as décadas de 60 e 70, promoveu uma associação da Ritalina à disfunção cerebral mínima (DCM) e tempos depois ao distúrbio de déficit de atenção (DDA). Essas associações e criação de diagnósticos serviram de base para o aparecimento do TDAH em 1987, com a inclusão de tal, no DSM-III-R.

Mesmo que as causas do TDAH fossem desconhecidas, foi alegado que a Ritalina estimulava o sistema nervoso central, aumentando assim, o desempenho das funções executivas e ajudando, então, crianças que apresentavam comportamentos desatentos, hiperativos e impulsivos a melhorar seu desempenho em atividades do cotidiano.

O aparecimento dos fundamentos da medicalização ocorreu nos anos 1970, apresentados nas obras de Michel Foucault na França (FOUCAULT, 2010, 2008 apud BARBARINI, 2014) e nos estudos, nos Estados Unidos, pelo campo da sociologia médica. De maneira bem generalizada, a sociologia estadunidense acreditava e definia a medicalização como a transformação de questões sociais em problemas médicos, tratados dessa forma com o uso da medicação.

Michel Foucault não definiu claramente medicalização, mas em sua obra podemos compreender medicalização como um processo, ocorrido durante o século XVIII, de integração das condutas, dos comportamentos, e do corpo humano “[...] a um sistema de funcionamento da medicina que é cada vez mais vasto e que vai muito mais além da questão das enfermidades”, processo esse “[...] que se caracteriza pela função política da medicina e pela extensão indefinida e sem limites da intervenção do saber médico”. (FOUCAULT, 2006 apud BARBARINI, 2014).

Em meados dos anos 70 Foucault também elaborou o conceito de biopoder como função política da medicina; esse conceito engloba disciplina dos corpos individuais, que foram transformados logo depois em objetos passíveis de observação, para os quais se

encontram saberes e instrumentos específicos e também na regulação da vida das populações, chamado de biopolítica. (FOUCAULT, 2006 apud CASTRO, 2009).

Essas noções exemplificadas por Foucault têm importância para os estudos acadêmicos e para os debates críticos referentes à intervenção médica sem limites.

Como dito, anteriormente, o distanciamento entre implicações do saber neurobiológico e as relações sociais e morais podem constituir situações de estigma social em relação a crianças e adolescentes que tenham o diagnóstico de TDAH.

O médico psiquiatra é a figura do saber que analisa os sintomas, elabora um diagnóstico, verifica a evolução do caso e estipula um tratamento, sendo a tendência neurobiológica a que marca predominantemente a psiquiatria brasileira, fazendo com que as crianças sejam definidas somente pelo que as determina, no campo médico, ou seja, olhando somente para o problema e esquecendo que por trás do transtorno existe um indivíduo que deve ser tratado de forma integral.

A problemática presente na tendência neurobiológica é a de que se a criança não se adapta às exigências de seu meio, isso se deve a alguma anomalia neurológica a ser identificada e, portanto, classificada e tratada pelo viés da medicação.

Uma preocupação no campo da saúde mental é a chamada medicalização da vida, entendida como um processo de apropriação da medicina, interferindo por sua vez na construção de conceitos, costumes e comportamentos sociais. (SOALHEIRO, N.; MOTA, F., 2014)

De acordo com Foucault a mitológica imagem da nau dos loucos “estes barcos que levavam sua carga insana de uma cidade para a outra” (FOUCAULT, 2005, p. 09 apud SOALHEIRO, N.; MOTA, F. 2014) retrata a sua condição de habitante incômodo, sendo tal a imagem representa historicamente a loucura como a herdeira da lepra, ou seja, desde o nau dos loucos até o surgimento do hospital psiquiátrico, com Pinel.

O interesse científico pela loucura começou no final do século XVIII quando a louco deixa de ser alguém que não demonstra razão para alguém que é incapaz de compreender a realidade que o cerca.

Do ponto de vista de Pinel, “as paixões poderiam habitar no coração do homem racional e equilibrado por uma vida harmoniosa” (PINEL, 2007, P. 26 apud AMARANTE E TORRE, 2010, p. 151).) Ele acreditava em uma reforma racional do homem por meio da ciência; foi assim que surgiu um método científico apresentado “nos hospícios dos alienados onde se pode ser convencido de que a vigilância, a ordem regular do serviço, o acordo harmonioso entre todos os objetos de salubridade e a bem-sucedida

aplicação dos remédios morais”. (PINEL, 2007, p. 26 apud AMARANTE E TORRE, 2010, p. 151) garantiria a cura da loucura. E surge, então, a nova especialidade da medicina: a psiquiatria. Esta surge quando a medicina incorpora a sociedade como novo objeto e se impõe como instância de controle social dos indivíduos. É no seio da medicina social que se constitui a psiquiatria. Do processo de medicalização da sociedade surge o projeto, característico da psiquiatria, de patologizar o comportamento do louco, sendo considerado, então, anormal e, portanto, medicalizável. O interesse científico pela loucura se iniciou no final do século XVIII.

Pessotti (1994, p. 26 apud SOALHEIRO, N.; MOTA, F., 2014) aponta que na concepção teórica de Pinel a loucura é entendida como um comprometimento do intelecto e da vontade que se manifesta no comportamento do paciente, comportamentos, esses, que servirão de critérios de classificação e diagnóstico por meio de uma ordenação de longa e constante observação (p. 146). O autor acrescenta que Pinel deixa claro, que a causa da loucura de modo geral é a “imoralidade”, entendida como algo exagerado, excessivo ou desviante que deve ser corrigido por meio da mudança de costumes e de hábitos.

Ao isolar para estudar e tratar a loucura, a medicina psiquiátrica inicia a definição de uma fronteira, criando conceitos normativos, produzidos por um saber que ao longo do tempo avança na sociedade e hoje é popularizado no senso comum. Um método que segue permanentemente atualizado em novos dispositivos de diagnósticos e tratamento (SOALHEIRO, N.; MOTA, F., 2014).

O diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), criado pela Associação Americana de Psiquiatria é um sistema de classificação de transtornos mentais, que tem sido bastante utilizado por profissionais da psiquiatria no campo da saúde mental.

Segundo Matos et. al. (2005 apud SOALHEIRO, N.; MOTA, F., 2014) a importância desse Manual é a padronização das nomenclaturas das patologias, indicando por sua vez o tratamento normativo restrito à psicofarmacologia. Embora o manual tenha respondido bem às demandas dos profissionais dessa área, existem alguns aspectos do mesmo que tem sofrido uma análise crítica no meio acadêmico. Apesar do DSM possuir grande referência no âmbito da psiquiatria, ele acaba sendo uma ferramenta usada por profissionais da saúde mental, sendo utilizada como uma lista para a configuração de diagnósticos, o que pode acabar ocasionando em uma substituição do exercício da abordagem do método da psicoterapia, do exercício clínico, da escuta do paciente.

Em 1952 foi lançada a primeira edição do DSM que teve como característica conseguir inicialmente corresponder às demandas de pesquisas estatísticas para promover um consenso terminológico entre os profissionais da saúde mental, porque antes disso era comum cada centro de ensino possuir sua própria nomenclatura e sistemas. O DSM-I em 1952 contava com 106 diagnósticos dispostos em 130 páginas que tinham 6 classificações iniciais: mania, melancolia monomania, paralisia, demência e alcoolismo (APA, 1952 apud MAYES & HORWITZ, 2005, p. 41).

Em 1968, foi criado o DSM-II que era constituído por 182 diagnósticos dispostos em 134 páginas; esse manual não apresentava nenhuma ruptura com as determinações do primeiro DSM e foi uma intensificação da configuração do manual anterior.

Tanto o DSM-I quanto o DSM-II tiveram como esforço a elaboração da classificação dos diagnósticos, pois indicavam conflitos interiores que deviam ser investigados e tratados, e esses conflitos interiores, por sua vez, nunca seriam solucionados sem ser compreendida a vida pessoal do paciente e suas condições e experiências (SOALHEIRO, N.; MOTA, F., 2014).

Já em 1980 foi publicada a terceira edição do DSM-III com 262 diagnósticos e 494 páginas (SOALHEIRO, N.; MOTA, F., 2014); essa edição marcou uma grande ruptura com o padrão de classificação utilizado nos antigos DSM; os objetivos agora se caracterizavam pelo interesse de uma formulação de um saber que fosse mais objetivo, universal, conseqüentemente mais próximo do saber científico.

Na tentativa de seguir o modelo da medicina, o diagnóstico deixou de ter um papel secundário para passar a ser central (SOALHEIRO, N.; MOTA, F., 2014); a psiquiatria biológica e sua psicofarmacologia tomaram mais espaço no cenário da saúde mental. Dessa forma, o DSM- III ganha poder em outros países, tornando-se uma espécie de *bíblia* para aqueles que se ocupavam da prática clínica no contexto da saúde mental, utilizado como um instrumento neutro de conteúdo generalizado.

Outra indicação de uma crescente influência da psiquiatria biológica no DSM-III é a divisão entre transtornos orgânicos e não orgânicos⁶. Os transtornos orgânicos eram aqueles cujas causas consistem em alguma disfunção observável no cérebro, e os transtornos não orgânicos eram atribuídos a uma etiologia psíquica, sem alteração neurológica correspondente.

⁶ A divisão dos transtornos orgânicos e não orgânicos é presente no DSM-I e DSM-II, só que no DSM-III o transtorno não orgânico era resultado de um mau funcionamento no cérebro.

Nessa terceira edição o manual ressaltava que o transtorno não orgânico, apesar da falta de indícios fisiológicos e anatômicos, era resultado de um mau funcionamento cerebral, com sua origem no sistema nervoso. Houve, nesse momento, o abandono do saber da psicanálise, presente no DSM-II, por uma concepção fisicalista, que contribuiu para uma redução da visão humana. (SOALHEIRO, N.; MOTA, F., 2014).

No ano de 1995 ocorreu a quarta edição do DSM, apresentado com 886 páginas contendo 297 diagnósticos. Apesar de não trazer mudanças significativas e comparação com o DSM-III, é a partir dessa edição que o DSM se consolida como referência na formação de profissionais de saúde mental, e no uso da prática clínica (APA, 1952 MAYES & HORWITZ, 2005, p. 41).

Em 2013 foi lançada a quinta versão do DSM, agora com 300 categorias dispostas em 947 páginas e foi marcada pela inclusão de novas patologias. Algumas delas são “desregulação do temperamento com disforia”, “síndrome de risco psicótico”, “desordem hipersexual”. Esses exemplos de classificação indicam comportamentos de crianças muito agitadas, comportamentos extravagantes, isso vem sendo apontado como uma evidente patologização de comportamento (FREITAS & AMARANTE, 2012).

Há um rompimento teórico em relação à psicanálise e a reestruturação apontada no DSM-III está aliada ao crescimento de uma psiquiatria biologicista, que consequentemente propicia o desenvolvimento de uma indústria da psicofarmacologia. A partir do DSM IV surge a relação do tratamento do TDAH com a utilização de recursos medicamentoso, ocorrendo então o afastamento psicodinâmico. Com o DSM-V é reforçado ainda mais a criação e delimitação de um mercado consumidor para as indústrias farmacêuticas (SOALHEIRO, N.; MOTA, F., 2014), que a cada implementação de um transtorno diferente o mercado se beneficia da criação de um psicofármaco deferente.

A psiquiatria atual coloca o sujeito em um patamar de submissão ao orgânico e a bioquímica cerebral, crendo que o medicamento é o único meio de tratamento para esse indivíduo.

Hoje em dia ainda existe um saber médico-centrado em termos do diagnóstico referente ao sofrimento daquele indivíduo. É o médico quem define a complexidade do sofrimento. A medicação é a principal promessa de que o mal-estar relatado pelos pacientes seria codificado em uma doença e tratado (ZANELLA & LUZ, 2016). Seria então um dispositivo de nomeação dessas inquietações e, para cada uma delas, um fármaco específico para “combater” o transtorno.

A “farmacologização” segundo Camargo Junior (2013 apud ZANELLA & LUZ, 2016), é a transformação das adversidades humanas em oportunidades para intervenções medicamentosas. Essa ideia vem para fortalecer a ideia de que para cada mal existe um remédio específico com o intuito de curar milagrosamente o sofrimento desse indivíduo.

A medicalização está tão banalizada que até mesmo os sofrimentos tidos como passageiros do indivíduo são medicados de forma irrestrita e irresponsável (ZANELLA & LUZ, 2016). Existem, hoje, a partir do DSM-V, mais de 500 tipos descritos de transtornos mentais, o que se conclui que seria muito difícil que qualquer pessoa não se enquadrasse, em algum momento da vida, em algum diagnóstico (id., 2009). Esse avanço de categorias diagnósticas proporciona e interessa muito mais à indústria do que à saúde dos pacientes e qualquer sintoma considerado fora do comum pode ser patológico e o sofrimento humano vem sendo negado e tratado como mera abstração.

A medicina passou a lidar com os desvios comportamentais apresentados na infância, medicando e, assim, normatizando através dos fármacos. Na prática, o que tem se observado é uma verdadeira *epidemia* de diagnósticos e medicalização da infância deixando mais uma vez o psicológico, o histórico daquela criança e o social de lado, transmitindo a explicação do desajuste à neurobiologia, tornando a medicina a grande protagonista da história.

A criança ao longo da história foi entendida como um adulto em potencial. Portanto, a medicina toma como principal objetivo tratar as crianças para que no futuro se tornem adultos que tenham plenas condições de exercer suas habilidades intelectuais e morais facilmente. Com a prática médica, da atualidade, a criança se enquadrada em um diagnóstico, atribuindo falhas do funcionamento cerebral e seus mecanismos e justificando a prescrição do psicofármaco (ZANELLA & LUZ, 2016).

O que é perceptível é um grande avanço de novos diagnósticos, diretamente proporcionais ao número de novos fármacos lançados no mercado, levando assim, ao aumento desenfreado de doenças mentais (BARKER, 2009 apud ZANELLA & LUZ, 2016). A medicalização da infância tem tomado proporções assustadoras, acarretando falsas epidemias como o transtorno bipolar, Transtorno de déficit de atenção (TDAH) e o autismo. Trata-se de uma clínica reducionista que não se preocupa em buscar alternativas capazes de trazer o bem-estar mental e físico do indivíduo, que vá além da criação de novos fármacos (id, 2009).

1.1 - TDAH E MEDICALIZAÇÃO

Segundo os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtorno Mentais (DSM-IV-TR⁷), o TDAH é definido como um transtorno neurobiológico e apresentado a partir da diminuição da capacidade de atenção, impulsividade e hiperatividade. O DSM-IV-TR tem como critérios para o diagnóstico a frequência e a severidade dos sintomas de hiperatividade, impulsividade e desatenção.

Segundo o DSM-IV-TR a criança para ser diagnosticada com TDAH deve apresentar pelo menos seis itens de desatenção *tipo desatento* ou seis itens de hiperatividade e impulsividade *tipo hiperativo*, ou seis itens dos dois *tipos combinados*. O manual apresenta uma classificação do TDAH em quatro subcategorias de acordo com os sintomas e as dificuldades apresentadas pelo indivíduo. A primeira delas é o TDAH *predominante desatento*, caracterizado por seis ou mais sintomas relacionados à falta de atenção.

A segunda subcategoria refere-se ao TDAH *predominantemente hiperativo/impulsivo*, descrito a partir da presença de seis ou mais sintomas de hiperatividade e impulsividade; a terceira subcategoria é o TDAH *tipo combinado*, descrito pela presença de seis ou mais sintomas de desatenção associadas a seis ou mais sintomas de hiperatividade e impulsividade.

A quarta subcategoria refere-se ao TDAH em *remissão parcial*, ou seja, é referente a indivíduos (normalmente adultos ou adolescentes) que não têm o mínimo de sintomas mostrado no manual, mas que mesmo assim apresentam comportamento disfuncional significativo (APA, 2002 apud LACET, 2014). De acordo com esse manual, a criança deve preencher critérios em pelo menos seis itens de desatenção ou seis itens no campo da hiperatividade e impulsividade.

O discurso médico atual representado pela psiquiatria estabelece o diagnóstico do TDAH baseado na noção de déficit, incapacidade e disfunções atencionais, motora e no

⁷ É uma revisão do DSM-IV, conhecida como DSM-IV-TR, que foi publicada em 2000. As categorias diagnósticas e a vasta maioria dos critérios específicos para diagnósticos permaneceram inalteradas, porém cada seção apresenta informações extras em cada diagnóstico que foi atualizado. De acordo com o DSM-IV-TR caracterizam-se por prejuízos severos nas habilidades de interação social recíproca, habilidades de comunicação, ou presença de comportamento, interesses e atividades estereotipados. Os prejuízos qualitativos que definem essas condições representam um desvio acentuado em relação ao nível de desenvolvimento ou idade mental do indivíduo.

controle da impulsividade, articulando-os algumas vezes a problemas comportamentais no âmbito familiar (LACET, 2014).

A discussão da comprovação do TDAH como transtorno mental e sua associação a um tratamento medicamentosos gira em torno de pesquisas no campo das neurociências. Rohde e Ketzer (KETZER & ROHDE, 1997 apud LACET, 2014) investigaram estudos do sistema de neurotransmissores, sugerindo alterações dos neurotransmissores dopamina e noradrenalina, desembocando em estudos psicofarmacológicos. Porém, tal estudo não foi conclusivo para a causa do TDAH. As explicações etiológicas para o TDAH fundamentam-se na premissa de que vários fatores estão implicados em sua etiopatogênese, sejam eles: fatores genéticos, familiares, adversidades biológicas e psicossociais. Na verdade, uma leitura crítica do trabalho dos autores permitiu concluir que se trata de uma tentativa de explicar a etiologia do TDAH a partir de uma somatória das causas entre os fatores psicológicos e orgânicos.

Dentro dessa área do saber, outras pesquisas são realizadas em torno dos sistemas de neurotransmissores. Acredita-se que estariam envolvidos no TDAH os neurotransmissores dopamina e a noradrenalina (LACET, 2014). Estas pesquisas, por sua vez, geram estudos psicofarmacológicos que se respaldam na utilização de psicofármacos para avaliar os efeitos decorrentes desses medicamentos no funcionamento cerebral.

Werner (1997 apud LACET, 2014) já alertava para o fato de que estudos dessa natureza não poderiam ser considerados consistentes, embora a terapia medicamentosa estivesse sendo amplamente utilizada. Portanto, a terapia medicamentosa para o TDAH foi difundida pela mídia como uma verdade cientificamente comprovada, já fazendo parte do senso comum, do discurso cotidiano contemporâneo, ou seja, a ideia de que várias formas de sofrimento, de mal-estar, de distúrbios psíquicos são causadas, tratadas e curadas biologicamente.

Segundo dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo em 16 de maio de 2012 o Brasil é o segundo maior consumidor mundial de metilfenidato, entre 2000 e 2008, houve aumento de 1,65% na venda de Metilfenidato, o princípio da Ritalina, no país e correlação direta entre o uso contínuo do medicamento em crianças e adolescentes à dependência química, segundo reportagem da Revista Veja. (VEJA, 2012), O aumento do uso do medicamento ritalina entre crianças e adolescentes nos últimos anos rendeu ao Brasil o título de segundo maior consumidor mundial da droga, segundo pesquisas da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. O remédio é comumente receitado por médicos e profissionais de saúde para jovens que não se

comportam de maneira socialmente adequada, com desempenho escolar abaixo da média e desenvolvimento fora dos padrões da idade. São diagnosticados em geral com transtorno de hiperatividade.

O TDAH com o passar dos anos teve um ganho expressivo ocupando um lugar de destaque, quando se trata de quadros psicopatológicos na atualidade, pesquisas apontam, no campo médico, que o diagnóstico de TDAH apresentou um expressivo crescimento desde a última década. Dados epistemológicos indicam uma prevalência mundial de 4 a 10% de crianças com TDAH, a partir de 102 estudos de prevalência em todo o mundo, estima-se uma prevalência de 5.29% de menores de 18 anos; outro estudo coordenado pelo Instituto Glia, com 5961 jovens de 18 Estados do país, apontou prevalência de 4.4% de crianças e adolescentes brasileiros de 4 a 18 anos diagnosticados com TDAH (LACET, 2014, p.10).

O TDAH tem sua etiologia atualmente associada à neurobiologia, segundo o DSM. O discurso médico contemporâneo, representado pela psiquiatria biológica e pelas neurociências, estabelece o diagnóstico de TDAH baseado na noção de déficit, incapacidade e disfunções atencional, motora e do controle da impulsividade, articulando-os algumas vezes a problemas comportamentais no âmbito familiar. As disfunções são colocadas em primeiro plano e as funções psíquicas e orgânicas entendidas de maneira desarticulada entre si e em relação ao processo de constituição da subjetividade. (LACET, 2014, p.14)

Rohde e Ketzner (1997 apud LACET, 2014), a partir de estudos neuropsicológicos, sugerem alterações corticais pré-frontais e de estruturas subcorticais a elas associadas. Outros estudos investigam o sistema de neurotransmissores, sugerindo alterações dos neurotransmissores dopamina e noradrenalina, desembocando em estudos psicofarmacológicos. O uso de medicação é feito atualmente em larga escala. Nesse caso, o argumento utilizado seria de que a terapêutica medicamentosa é benéfica, uma vez que os pacientes medicados se sentem mais calmos e com maior autocontrole, sentindo-se aliviados por saberem-se portadores de um transtorno para o qual existe um tratamento. Entretanto, apesar dos estudos não serem conclusivos acerca da etiologia orgânica do TDAH, a terapia medicamentosa foi difundida por meio de pesquisas no campo da neurociência, como uma verdade, cientificamente comprovada, fazendo parte assim do senso comum.

A primeira definição da etiologia do TDAH foi dada por Bourneville em 1897 (apud LACET, 2014) que atribuía a instabilidade como principal sintoma caracterizado

pelo TDAH; o cientista também descreveu como característica da etiologia do TDAH uma mobilidade psíquica e intelectual extremas, incluindo suscetibilidade, irritabilidade com tendência à destruição e necessidade de vigilância constante devido ao comportamento hiperativo da criança.

Em 1923, após a segunda guerra mundial, surgiu uma epidemia de encefalite⁸ que assolou a Europa e se disseminou pelo resto do mundo. O neurologista alemão Von Economo utilizou o termo hipercinético para descrever as sequelas dessa encefalite, que se evidenciavam por movimentos incessantes e desordenadas, incapacidade de ficar parado em um determinado lugar e problemas de concentração, memória, aprendizado e consequente dificuldade de adaptação social (BERGÈS, 2008 apud LACET, 2014, p.27). Tal fato contribuiu posteriormente para que os cientistas pensassem os sintomas do TDAH.

Wallon, em 1925, publicou *L'Enfant turbulent*, fazendo conexões entre o desenvolvimento psicomotor infantil e os achados no campo da neurofisiologia, no qual buscava diferenciar a neuropsiquiatria infantil da psiquiatria geral. Descreve detalhadamente o desenvolvimento motor em quatro fases, semelhantes com a maturação⁹: estado impulsivo, emotivo, sensório-motor e projetivo (LACET, 2014).

O percurso histórico do quadro clínico até a classificação atual de TDAH remonta, nos anos 40, o diagnóstico de Lesão Cerebral Mínima que na década de 60 foi rebatizado como Disfunção Cerebral Mínima, ambas dessas nomenclaturas enquadram o conjunto de sintomas que hoje compõem o quadro de TDAH. Segundo Legnani e Almeida (2008 apud LACET, 2014), na década de 60, nos Estados Unidos, houve o desenvolvimento de um projeto para a realização de estudos sobre desvios de comportamentos e problemas de aprendizagem. O diagnóstico de disfunção Cerebral Mínima ganhou nessa época uma grande aceitação social, pois diferenciavam as crianças assim diagnosticadas daquelas com retardo mental.

O TDAH em 1968 foi incluído no DSM II, não mais como sintoma, mas como uma síndrome, tornando-se um transtorno que deve ser tratado através de medicamentos. Na década de 80 o DSM III propôs a separação do TDAH dos distúrbios de aprendizagem. A última mudança da etimologia ocorreu na França em 2005 por meio da publicação de

⁸Encefalite letárgica, doença contagiosa grave que se manifesta por sonolência progressiva e que é causada por um vírus fixado nos centros nervosos.

⁹Conjunto de processos neuropsicológicos que a criança atravessa para adquirir a aprendizagem (linguagem, compreensão etc.).

uma avaliação do INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale) que se refere a problemas de conduta da criança e não mais à motricidade. Esta desaparece em nome da boa ou má conduta ou comportamento, com uma conotação evidentemente moral, ou seja, as referências passam a ser desobediência, crises de cólera recorrente, agressividade e distúrbios de conduta.

O uso social da noção de transtorno, assim como é proposta pelo DSM-IV e pelo INSERM, considera o indivíduo como uma disfunção específica expressa por um conjunto de comportamentos pretensamente observáveis, que devem ser reduzidos, segundo uma leitura apoiada no modelo das neurociências, por meio de medicamentos e terapia cognitivo-comportamental. Em resposta a essa avaliação do INSERM foi redigido um manifesto, denominado *Pás de Zéro de conduite pour les enfants de 3 ans*¹⁰, que conta com duzentas mil assinaturas, que incluem nomes como os de Bernard Golse, Roger Misès, Elizabeth Roudinesco, Marika Bergès-Bounes, entre outros profissionais da saúde, professores universitários.

O texto alerta para os riscos de se atribuir um perfil ao indivíduo como indocilidade, hetero-agressividade, impulsividade, entre outros, nesse caso, qualquer atitude da criança pode ser interpretada como sinal de uma personalidade patológica, que deve ser neutralizada por medicamentos que se associem a reeducação da criança. Isso evidencia uma abordagem determinista, baseada em um raciocínio de causalidade direta, notadamente entre o TDAH e os problemas de conduta na infância; os fatores de risco são colocados em primeiro lugar e a prevenção é tomada como uma suposição (PAS DE ZÉRO DE CONDUITE POUR LES ENFANTS DE TROIS ANS, 2006 apud LACET, 2014, p. 30)

No final do texto há um alerta quanto ao risco de derivar práticas de saúde mental, para fins normativos e de controle social. Os assinantes do manifesto também se opõem à medicalização e psiquiatrização de qualquer manifestação de mal-estar social e pregam que se preserve a pluralidade de abordagens no domínio médico, psicológico, social e educativo de cuidado à criança, levando em conta a singularidade de cada uma em seu meio, terminando num apelo por um debate democrático sobre prevenção, proteção e cuidados oferecidos a criança.

Uma junta de profissionais do ramo da psicologia, psiquiatria, psicomotricidade, neurologia, pediatria e psicopedagogia redigiu um documento dirigido ao Ministério da

¹⁰ Contra o zero de comportamento às crianças de 3 anos.

Saúde da Argentina, em 2005, alertando-os acerca do número crescente de diagnósticos e tratamentos reducionista referente à psicopatologia na infância.

Esse documento aponta para o fato de que o diagnóstico de TDAH é dado muitas vezes sem se considerar o contexto familiar, escolar e sociocultural da criança. Os meios de comunicação (mídias), por sua vez, tratam do TDAH como se fosse uma epidemia, divulgando critérios diagnósticos e banalizando tanto o diagnóstico quanto o recurso medicamentoso.

Frente a esse quadro e a possibilidade do uso de medicação ser incluído no Programa Médico Obrigatório (PMO), o grupo de especialistas, composto por nomes como, Silvia Bleichmar, Ricardo Rodulfo, Juan Carlos Volnivich, Mario Brotsky, entre outros nomes, defende que a avaliação da criança seja realizada por especialistas e tratada de acordo com as dificuldades específicas que apresenta; que se leve em consideração o contexto sociofamiliar da criança, que o uso da medicação seja consenso entre diferentes profissionais e que seja utilizada como último recurso e não o primeiro.

Diener (2011 apud LACET, 2014, p.31), ao discutir as políticas públicas de saúde mental na França e o papel do Estado e dos psicoterapeutas, a partir do dispositivo clínico dos Centres Médical-Psychopédagogiques (CMPPs), considera que, dentro do contexto político-econômico atual, é cada vez mais apoiada uma clínica limitada na noção de handicap¹¹, da deficiência ou desabilidade.

Trata-se de uma convergência de interesses, por um lado o Estado visando a economia de recurso, propõe então a criação de centros de consultas especializados e por outro lado a indústria farmacêutica, promovendo uma abordagem instrumental e comportamentalista do sintoma. Nos textos de regimento dos dispositivos médico-sociais há um deslizamento do termo sintoma para transtorno e para handicape, reinstalando uma divisão entre normal e patológico que desorganiza práticas de acolhimento das crianças e seus pais. (LACET, 2014, p.32). O caráter dinâmico do sintoma fica assim aprisionado pela instituição; à medida que o sintoma é absolvido.

¹¹O termo *handicap* é empregado em muitos países, em particular nos países europeus, para designar de forma geral a pessoa portadora de deficiência. Entretanto este conceito tem um significado bem mais profundo enquanto reflexo de uma vontade social de rompimento com a visão estigmatizante das pessoas com necessidades especiais. Sua evolução representa uma modificação paradigmática relativa à forma de se pensar a situação da pessoa com necessidades especiais.

Esse processo de renomeação dos quadros psicopatológicos pelos manuais de psiquiatria acaba por suprimir a subjetividade das manifestações sintomáticas, transformando os conflitos psíquicos em processos neuroquímicos, tendo como consequência clínica imediata, como apontado por Birman (1999 apud LACET, 2014, p.32). Uma medicalização indiscriminada da angústia. Nega-se, assim, a inscrição dos conflitos na história da constituição da subjetividade e na relação com o outro; a supressão sintomática impede ao sujeito o acesso aos aspectos em relação aos quais ficou alienado.

A objetificação dos quadros psicopatológicos como proposta pelo DSM e pela CID-10 reduz a criança ao saber médico, excluindo sua singularidade e ocultando tanto o aspecto diacrônico de sua constituição subjetiva, como a articulação do sujeito aos traços identificatórios de sua filiação (LACET, 2014).

O diagnóstico psiquiátrico comprara as manifestações de comportamentos da criança em relação aquelas catalogadas pelo DSM com o intuito de encontrar a qual classe de transtorno ela pode ser enquadrada e, reduzindo-a a uma categoria, aponta-se o que nela resiste ao ideal parental e social, indicando-se a partir daí terapêuticas que a adaptem e reconduzam à normalidade, minimizando o mal-estar que produz no projeto social.

Na medida em que a medicina limita sua prática nas provas da ciência universal dos protocolos padronizados, mas ela se afasta das marcas da singularidade da palavra do paciente, esquecendo que os cuidados oferecidos ao corpo do paciente são permeados por representações culturais, pelos mitos e pelos fantasmas que convocam o sofrimento e angústia. Guarido e Voltolini (2009 apud LACET, 2014, p.43), referindo-se ao discurso “biologizante” acerca da condição humana, apontam para o silenciamento do sujeito/corpo e sua substituição pelo organismo.

Nesse cenário o saber médico circula com estatuto de verdade no âmbito leigo; a medicalização tornou-se hegemônica nos discursos, na vida, nas práticas educacionais de saúde mental.

“A medicalização foi então tomada como expressão da difusão do saber médico no tecido social, como difusão de um conjunto de conhecimentos científicos no discurso comum, como uma operação de práticas médicas num contexto não terapêutico, mas político-social” (GUARIDO; VOLTOLINI, 2009, p. 241 apud LACET, 2014).

Dessa forma os estados psíquicos de pensamento e julgamento são usualmente entendidos como decorrentes de processos bioquímicos, sendo naturalizada uma interferência química sobre eles. A população adere em grande escala à medicalização psicotrópica, de efeito mais imediato que as psicoterapias e que aponta para o sofrimento

psíquico como uma doença do organismo, sendo, portanto, dispensável articular suas razões à biografia de cada um.

Desde a última metade do século XX existe uma crescente dependência das práticas em saúde dos produtos farmacêuticos. No campo da psicofarmacologia busca-se sintetizar drogas mais específicas e com menos efeitos colaterais; o marketing dos psicotrópicos traz a promessa de efeitos precisos associados a sintomas específicos dos transtornos descritos nos manuais de psiquiatria.

Moraes (2012, apud LACET, 2014) discute a medicalização do corpo infantil a partir dos dispositivos do biopoder se vale para constituir o TDAH como doença mental.

"O biopoder, dentro da narrativa do poder em Foucault, pode ser apresentado a partir da comparação com o poder soberano. Dessa maneira, a velha potência da morte em que se simbolizava o poder soberano será agora recoberta pela administração dos corpos [poder disciplinar] e pela gestão calculista da vida [biopoder] [...] Enquanto o poder disciplinar, como referimos, teve papel fundamental – levando-se em conta o foco sobre o corpo do louco, do delinquente, da criança aprendiz – para essa tarefa de isolamento e individualização; o biopoder dirigirá seus cuidados aos fenômenos ligados à população, à espécie humana vista como conjunto. O intuito desse cuidado é caracterizado pela pretensão de regulação não mais do gesto que o corpo do indivíduo deve produzir, mas sobre questões como a do nascimento, da mortalidade, a duração (a média do tempo) de vida das populações, enfim: aos fenômenos coletivos mais relevantes para assegurar a existência, a manutenção, à saúde desse corpo social" (CARDOSO, 2008, P. 59-60 apud LACET, 2014).

O TDAH ganha o status de doença a partir da noção de erro ou risco, que se refere à resignificação no campo médico de um comportamento diferente como sendo desviante da média e potencialmente prejudicial à adaptação social futura da criança. Na medida em que é dado um novo sentido no campo médico, começa a busca-se uma causa para esse risco, de modo geral, algo que atrapalha o desempenho; há nessa lógica discursiva um tratamento "natural" para normalizar esses comportamentos e igualar o sujeito aos demais: a medicação, dispositivo que normaliza o corpo do indivíduo.

A medicalização aparece como um discurso que traduz esses comportamentos à luz da biologia. Quando se consideram as teorias que sustentam o TDAH como doença encontramos:

"especulações genéticas, neurofisiológicas e neurobiológicas que não podem ser comprovadas empiricamente nos testes realizados, seja pelas tecnologias de mapeamento cerebral, seja pelo encontro de marcadores genéticos que expliquem a patologia. O que efetivamente prevalece nas pesquisas é a formulação de correlações estatísticas a partir dos critérios propostos pelo DSM e a comparação com as respostas de pais e professores acerca do comportamento das crianças. (MORAES, 2012, apud LACET, 2014)".

Segundo Diana Jerusalinsky (2011 apud LACET, 2014, p.49), apesar de o TDAH estar associado com alterações cerebrais, tanto a Conferência de Desenvolvimento de

Consenso dos Institutos Nacionais de Saúde (NIH, National Institute of Health, EUA, 1998) quanto a Academia Americana de Pediatria (American Academy of Pediatrics, 2000) afirmam não haver bases biológicas conhecidas para o TDAH.

O metilfenidato é o psicofármaco mais utilizado para o TDAH, tendo havido um aumento significativo de sua prescrição e produção nos anos 90, acompanhando o aumento dos diagnósticos de TDAH (LACET, 2014, p.49).

O fármaco foi sintetizado pela primeira vez em 1944 pelo químico Leandro Panizzon (apud LACET, 2014, p.49), que experimentou os efeitos estimulantes do metilfenidato em si mesmo. O metilfenidato foi comercializado pela primeira vez em 1954 e patenteado em 1955 com o nome de Ritalina pela Ciba-Geyge Pharmaceutical Company (precursora da Novartis). Em 1957, a Ritalina passou a ser indicada pelo Physicians Desk Reference para os casos de fadiga crônica, letargia, estados depressivos, confusão senil, psicoses associadas às depressões e narcolepsia. Foi nos anos 60 que o metilfenidato se popularizou para o tratamento de crianças com disfunção cerebral mínima, nomenclatura que antecede a de TDAH.

O metilfenidato é um estimulante do sistema nervoso central e um simpatomimético, tendo uma estrutura química muito próxima à de uma anfetamina. Ele aumenta a concentração de monoaminas (dopamina e noradrenalina) na fenda sináptica.

Os efeitos colaterais mais comumente relatados do metilfenidato são o nervosismo e a insônia (frequência de 10 a 20%), os quais ocorrem em geral no início do tratamento, são chamados de dose dependentes; para serem reduzidos deve-se diminuir a dose e não se deve administrá-lo à noite. Diminuição do apetite, dores abdominais, náuseas e vômitos também são frequentemente relatados. Como efeitos colaterais mais graves e raros temos convulsões e tiques. Também são relatadas alucinações visuais que desaparecem com a interrupção do tratamento (LACET, 2014, p.49).

A preocupação corrente quanto aos efeitos colaterais do metilfenidato no campo da saúde refere-se especialmente ao atraso no crescimento e a seus efeitos cardiovasculares. Inúmeros estudos estimam uma perda aproximada de um centímetro na altura das crianças tratadas de maneira contínua com uma dose diária de 20 mg de metilfenidato por um período de três anos ou mais. Estudos apontam também uma retomada no crescimento no período de interrupção da medicação, que em geral corresponde às férias escolares.

Também é preocupante o efeito do metilfenidato sobre as funções cardiovasculares. Estudos comparativos com uso de placebo apontam para um pequeno,

mas estatisticamente relevante aumento da pressão arterial e do ritmo cardíaco em crianças e adultos, medicados por pouco tempo com estimulantes do sistema nervoso central (anfetaminas e metilfenidato). A American Heart Association recomenda que seja feito seguimento clínico de crianças tratadas com esse tipo de medicamento. (LACET, 2014, p.50).

1.2- Existem alternativas à medicalização do TDAH?

Os desafios são muitos para a superação do paradigma biomédico, para isto, há que se pensar em estratégias para que a sociedade não mais se sinta refém da medicação e encontre, na mesma, a única possibilidade possível de tratamento.

Muitas são as possibilidades de serviços substitutivos ao modelo médico-centrado. Um dos objetivos desses serviços pode ser a desmedicalização, propondo novas possibilidades terapêuticas aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Uma delas seria promover ações juntamente com os CAPS, como, visitas domiciliares; grupos terapêuticos e operativos, com ações para o desenvolvimento do exercício da cidadania e capacitando os usuários para lidar com o sofrimento psíquico.

O CAPS surgiu no Brasil na década de 80, baseado em um modelo italiano da Psiquiatria Democrática e da Psicoterapia Institucional francesa, com a proposta de pensar o cuidado no território, o acolhimento digno, com olhar voltado para o sujeito, bem como para espaços de inclusão social e de solidariedade, em detrimento das práticas médicas tradicionais.

Hoje o CAPS representa a relação entre a articulação da saúde do sujeito e o território no qual está inserido, um serviço com o intuito de substituir o modelo assistencial amplamente conhecido. O CAPS também veio para desmistificar a ideia de loucura presente no imaginário da sociedade, ele se concentra na atenção integral do sujeito em sofrimento psíquico do sofrimento, produzindo assim, maneiras diferentes de atendimento ao indivíduo (ZANELLA & LUZ, 2016).

Souza (2006 apud ZANELLA & LUZ, 2016) propõe a ideia de clínica ampliada, onde deve-se trabalhar na perspectiva de desconstrução do modelo biomédico, trazendo à luz da realidade novas formas de trabalhar a saúde, pensar a doença, o contexto e o próprio sujeito. Desse modo, trabalhar em equipe interdisciplinar, ampliando os espaços para além do consultório e da sala de procedimentos, atender os usuários em casa, junto com a família, na rua, na escola. Ou seja, para a autora é de plena importância trabalhar

na construção de sujeitos com consciência cidadã, já que a saúde é um direito de todos, para assim conquistar possibilidades de tratamento que trate o indivíduo como um todo, não somente a doença e por meio da perspectiva de clínica ampliada assegurar formas mais acolhedoras do cuidado.

A ideia principal da perspectiva de clínica ampliada seria tirar do médico a prioridade do atendimento e distribuir a responsabilidade para outros profissionais, colocando o usuário em contato com diversas possibilidades de cuidado, que não apenas o medicamentoso, dessa forma ampliando a clínica, apresentando outras respostas para o sofrimento do usuário (ZANELLA & LUZ, 2016). Normalmente, a demanda espontânea acaba sendo levada para o atendimento médico, que na visão da sociedade ainda tem a prioridade no diagnóstico.

O acolhimento evidenciado pela clínica ampliada tem como objetivo avaliar os riscos e vulnerabilidade e promover a escuta, orientação, cuidado e resolução de problemas, podendo ser feitos por toda equipe. Com isso, faz com que a abordagem do problema se dê de forma complexa, oferecendo para o usuário outras possibilidades terapêuticas que favorecem a desmedicalização.

Em decorrência dos fatos mencionados percebe-se que a saúde mental tem papel importante na atenção básica de indivíduos diagnósticas com TDAH, pois além de contribuir para a desconstrução da ideia de medicalização, a atenção básica consegue atuar em diversos âmbitos onde o usuário está inserido, facilitando assim o acesso a outras possibilidades de tratamento.

CAPÍTULO 2

Medicina, Mídia e Indústria farmacêutica: o controle dos corpos.

2.1 - Medicalização segundo Foucault

O conceito de medicalização foi utilizado por Michael Foucault em 1963 em sua obra chamada *O nascimento da Clínica*. Para ele, o termo significa disseminar um determinado discurso no âmbito social, transformando uma realidade social por meio de saberes e práticas.

A medicina como saber científico surgiu por volta do século XVIII, segundo Foucault. Para o autor a medicalização consiste em uma nova forma de olhar sobre o funcionamento dos corpos, é por meio deste olhar científico que surge a ideia de saúde e doença, objetos da medicina.

A medicalização dos corpos é entendida por Foucault como um conhecimento científico que passa a fazer deduções racionais às leis universais de ocorrência dos fenômenos humanos, mediante a uma observação que é neutra, que exclui qualquer juízo de valor ou de subjetividade humana. (SANCHES, LEAL; 2010, p. 06).

O poder da medicina opera como uma força que produz realidades, ou seja, cria determinados discursos e práticas que geram novas maneiras dos indivíduos experimentarem seus corpos e mentes. Segundo Foucault (1974 apud SANCHES, LEAL; 2010), o discurso médico contribui para que os indivíduos adotem determinadas formas de viver, pensar e se comportar. Um exemplo da influência do discurso médico de transformar o modo de viver das pessoas é a diversidade de dietas que entraram em nossas vidas, por recomendações médicas, com o intuito de evitar uma morte precoce etc. Trata-se de um poder que por meio do discurso médico, produz realidades e subjetividades, na medida em que permanece no senso comum da sociedade, guiando os indivíduos e a sociedade. Foucault chamou esse determinado mecanismo de poder de produzir e transformar a vida, de biopoder.

O poder da medicina se dá por meio da construção do saber médico contemporâneo, que propõe soluções para a clínica médica, mediante os problemas que tem como principal causa aspectos sociais e econômicos da vida das pessoas. Dessa forma o médico se torna o grande conselheiro, perito na concepção de observar, corrigir e melhorar o corpo social de um indivíduo em um constante estado de saúde. Simultaneamente, portanto, se constitui a primeira tarefa do médico como política.

Foucault aponta que a luta do médico contra a doença deve começar por uma guerra contra os maus governos, as habitações insalubres, a sorte dos pobres, os excessos dos ricos. Para ele, não é uma medicina dos homens, mas sim, das coisas, do ar, da água, e das condições de vida (FOUCAULT, M, 1979, apud SANCHES, LEAL; 2010, p. 07).

No século XVIII, ocorreu a formação da medicina moderna, tendo como instrumento principal o corpo social, considerando assim uma prática social, desse modo o corpo passa a ser uma realidade da biopolítica, em outras palavras um instrumento no qual se realiza o controle social. Portanto é com a chegada da medicina social que age no corpo como uma estratégia biopolítica. (SANCHES, LEAL; 2010, p. 07).

Foucault (1977 apud SANCHES, LEAL; 2010) mostra que a medicina no início do século XIX se apresenta como uma medicina científica, porém mais tarde essa mudança se dá a partir de novas formas de conhecimento e práticas institucionais, onde o sujeito é transformado em paciente, desassociando-o de seu sofrimento, ou seja, essa mudança separou a doença do doente e organizou o olhar médico em torno da anatomoclínica.¹²

A partir dessa lógica, era essencial manter o sujeito distante para que o médico identificasse a doença, sendo o olhar médico dirigido ao corpo como somente o lugar da doença, ou seja, o sujeito e os aspectos que giram em torno do mesmo foram esquecidos ou deixado de lado, dando lugar para um corpo onde habita uma doença que precisa ser tratada. Dessa forma o paciente foi silenciado, não dando lugar para o que o sujeito tinha a dizer sobre seu sofrimento.

A medicina clínica moderna permitiu que a doença se apresentasse somente a partir do olhar do médico somente, sem que fosse perturbada pelo discurso de quem detém do sofrimento.

A doença passou a ser vista como um estado corporal, permitindo a leitura por meio da ciência. Com essa desarticulação entre o sujeito e o seu sofrimento, os sintomas assumiram destaque, sendo considerados como os que determinam a doença, representado um sinal de patologia.

No passado, o hospital era um ambiente onde se amontoavam pessoas para morrer, entretanto é no século XIX que o hospital surge como um espaço que estabelece o sujeito em sua condição de doente, ou seja, uma vez internado, não havia questionamentos acerca de sua condição de doente, independente do diagnóstico estar presente ou não.

¹² Que tem por objeto verificar a existência de um estado mórbido pelo exame anatômico.

Posteriormente, a esse fato, o hospital passa a ser uma instituição preocupada com a cura dos doentes através da prática de tratamento médico. Para os médicos, o foco era o corpo do indivíduo doente sendo interesse do Estado manter seu corpo sadio. Torna-se objetivo principal e necessário adequar, curar o indivíduo e devolvê-lo para a sociedade.

Dessa maneira, a família não cuidava de seu familiar, pois o mesmo deveria ser isolado para que o olhar científico do médico pudesse identificar a doença. A família cada vez mais via-se obrigada a buscar ajuda médica para seus familiares enfermos. A partir de então, lidar com a doença passou a ser um exercício exclusivamente do médico; essa prática reforçou a autoridade médica sobre os corpos doentes e colocou a família do enfermo sob o domínio médico. Em vista disso, o poder da medicina vai atuar no corpo, disciplinando-o e o tornando-o dócil, constituindo-se, assim, a ideia de biopoder, para Foucault.

O poder disciplinar como Foucault descreve em seu livro *Vigiar e punir* é caracterizado pela onipresença da disciplina como hábito, exercício e implica em um controle total do tempo, do corpo e da vida das pessoas. A disciplina cria saberes e verdades que apontam se o indivíduo se conduz ou não conforme as regras instituídas (FOUCAULT, M. 2009, p. 133 apud SANCHES, LEAL; 2010, p. 09).

A disciplina é um tipo de poder que se constitui como uma tecnologia que a cargo das instituições como, por exemplo, penitenciária, escola, fábrica, família, hospital, recomenda constante vigilância sobre os indivíduos, por alguém que exerce sobre esses indivíduos poder, normalmente ligados a aparelhos de produção, formação e correção. Como alertado por Foucault (2009 apud SANCHES, LEAL; 2010), o indivíduo que detém do sofrimento passa a ser considerado pela sociedade de acordo com suas capacidades e não somente pelos seus atos. Esse poder é ao mesmo tempo individualista e totalizante em relação à produção dos corpos dóceis.

A disciplina define como ter controle sobre os corpos do outro, fabricando corpos submissos e exercitados. Com isso, o corpo tem então sua capacitação aumentada. Foucault alerta que esse modo de olhar os corpos não surgiu de uma hora para a outra, esse processo é resultado de vários métodos de origens e localidades distintas que se repetiram e se apoiaram, transformando-se em uma estruturação, lentamente. Dessa forma, a maior função do poder disciplinar segundo Foucault (2009) é o adestramento. Ou seja, adestrar o sujeito para extrair dele o máximo de produção, apropriando de seu corpo cada vez mais e melhor (FOUCAULT, M. 2009, apud SANCHES, LEAL; 2010, p. 10).

As fábricas, os conventos e as escolas se tornaram potência onde o tempo foi detalhadamente medido de forma útil com o intuito de aproveitar ao máximo o corpo e do que a ele é submetido, esse aproveitamento do tempo é uma das características da disciplina. A disciplina segundo Foucault (2009 apud SANCHES, LEAL; 2010, p. 10) mede as qualidades, aprecia e vigia o comportamento de cada indivíduo.

Uma das grandes características da sociedade disciplinar era a organização das formas de confinamento como, por exemplo, a família, escola, hospital. Depois da segunda guerra mundial, o modelo que a sociedade disciplinar se baseava ficou no passado, dando início segundo Deleuze (1992 apud SANCHES, LEAL; 2010), a um novo modelo que constituía novas formas de socializar e de subjetividade, chamado de sociedade de controle.

Na sociedade disciplinar o observador está presente em tempo real no intuito de vigiar os indivíduos. Já na sociedade de controle está vigilância contínua se tornam virtuais. Contudo o efeito causado nos indivíduos parece ser o mesmo porque os indivíduos são ao mesmo tempo visíveis e incapazes de ver. Tanto nas sociedades disciplinares quando nas sociedades de controle os indivíduos sentem-se controlados, tornando- se assim dóceis e úteis.

Essa mudança da modernidade para a contemporaneidade presenciou uma mudança no modo de ver a sociedade. Ou seja, de uma sociedade disciplinar pautada nas instituições como escola e as empresas, para um modelo de sociedade onde o controle de pessoas é realizado mediante uma internalização das normas disciplinares, não sendo mais necessária a utilização das instituições.

O modelo de controle social passa de uma forma de aprisionamento completo para uma espécie de controle “aberto” e contínuo, entretanto sua lógica continua a mesma, de disciplinar e controlar comportamentos. É importante perceber que na sociedade de controle as técnicas disciplinares destinam-se a garantir que os indivíduos por meio de seus corpos, sejam submetidos a um conjunto de dispositivos de poder e de saber, fundamentados na vigilância contínua e na normatização dos comportamentos. Ou seja, a sociedade de controle redimensionou e amplificou os pilares constituintes da concepção de sociedade disciplinar.

Foucault (1979 apud SANCHES, LEAL; 2010) estabelece a medicalização como uma estratégia de poder e controle para regulamentar a vida humana e a sociedade, em benefício de uma ordem social na produção de corpos saudáveis. Ele aponta também

sobre a perspectiva da medicina não como um campo do saber simplesmente, mas sim, como uma medicina do discurso que compõe estratégias políticas de gerir a vida.

Portanto, a vida é colocada como uma ideia de valor, ou seja, um bem que deve ser controlado para ser utilizado em sua potência máxima. Dessa forma, a medicina se fortalece, então, como um saber que será cada vez mais solicitado a oferecer explicações que “solucionam” os sofrimentos humanos. Para Foucault a ideia de medicalização está ligada a uma medicina que, contribuindo para o poder de seu discurso científico, toma a sociedade como um objeto de higienização, ampliando até a regulação de seus comportamentos humanos.

2.2 - Medicalização segundo Ivan Illich

O australiano Ivan Illich ao analisar a atuação da área da saúde na vida das pessoas, identificou a presença do processo de medicalização em dois momentos críticos segundo Illich (1975 apud SANCHES, LEAL; 2010).

O primeiro momento crítico para Illich se encontra no contexto social do *industrialismo*, quando se vê a medicina, que industrializada, se transformou em uma empresa médica e, com isso, se tornou uma ameaça à saúde das pessoas. Esta medicina industrializada que Illich (1975 p. 6 apud SANCHES, LEAL; 2010, p. 14) descreve invadiu a vida das pessoas por meio do monopólio¹³ de tratamento que se instaurou na sociedade.

Para Illich (1975 apud SANCHES, LEAL; 2010) o homem que sofreu o processo de industrialização entrega para as instituições sociais a responsabilidade de cuidar da sua dor. Para o autor, o significado pessoal da experiência da dor se converte em um problema técnico de origem médica. A dor e a sua eliminação tiveram lugar central na civilização no sentido de que o sofrimento deve ser reduzido por intermédio de tentativas de sedação de dores e sintomas além do controle de seus riscos e para isso medicina teria papel de destaque.

A segunda crítica de Ivan Illich (1975 apud SANCHES, LEAL; 2010) se encontra no contexto de surgimento da indústria do cuidado com o corpo. Saúde para o escritor é a capacidade que as pessoas têm para lidar com as realidades humanas, como por exemplo, morte, dor e doença. Illich discute em suas obras sobre a possibilidade de uma

tecnologia disponível que poderia ser uma ajuda nesse processo, entretanto a medicina moderna, para o autor, ultrapassou os limites, tornando como principal objetivo erradicar a morte, a dor e a doença. Com essa prática, vem transformando as pessoas em consumidoras ou objetos, destruindo a sua capacidade pessoal de buscar a autonomia de sua própria saúde.

“A medicina passa a ser uma oficina de reparos e manutenção, destinada a conservar em funcionamento o homem usado como produto não humano. Ele próprio deve solicitar o consumo da medicina para poder continuar se fazendo explorado [...] A dor, a doença e a morte transformam-se em estímulos à produção de mercadorias e de novos tipos de tabus que paralisam a experiência vivida [...] Cada um está convicto de conhecer alguém que parece ter sobrevivido a uma doença ou a um acidente graças à intervenção da medicina. A indústria de cuidados médicos é um dos grandes setores econômicos, de mais rápida expansão [...] O dispendioso ritual da medicina alimenta o mito de sua eficácia [...] Trata-se de demonstrar que somente a ação política e jurídica pode deter essa calamidade pública contagiosa que é a invasão da medicina, quer se manifeste sob a forma de dependência pessoal quer apareça como medicalização da sociedade (ILLICH, I. 1975, apud SANCHES, LEAL; 2010, p. 15) ”.

Iatrogenia, segundo Illich (1975 apud SANCHES, LEAL; 2010, p. 16) destaca em suas obras, se refere a um estado de doença, complicações e problemas adversos causados por resultantes do tratamento médico. Para Ivan são consequências das ações dos profissionais de saúde.

Illich faz um alerta em suas obras sobre os medicamentos, pois tais sempre foram também venenosos desde seu surgimento, mas que, além disso, os efeitos secundários e não desejados da medicação aumentaram de acordo com o aumento da extensão de seu uso (SANCHES, LEAL; 2010).

Illich observa que a invasão da indústria farmacêutica na sociedade é cada vez maior. O autor revela que o número de receitas prescritas cresce a cada ano. O consumo exacerbado de medicamentos, segundo Illich (1975 apud SANCHES, LEAL; 2010) gera hábitos e dependências por parte das pessoas, consequentemente a medicalização se torna algo perigoso para a sociedade.

Para Illich a extensão do controle profissional, por meio de cuidados dispensando o indivíduo em perfeita saúde é uma nova manifestação da medicalização da vida. A valorização da anestesia e sedação de sintomas faz com que o médico e o usuário que utilizam do sistema de saúde para tratamento de seu sofrimento, aprendem a abafar interrogações importantes como a dor e as enfermidades objetivando-as. Dessa forma, o indivíduo é ensinado a se ver como um consumidor de tecnologias em saúde.

Na atualidade, a saúde transformou-se em uma necessidade obsessiva que tem que se materializar na experiência do corpo. Segundo Nogueira (2003 apud SANCHES, LEAL; 2010) a saúde é alimentada pela mídia, pelas indústrias em geral, com interesses de venda para o autocuidado.

A partir da mídia, a saúde seria obtida tanto por via da medicina, como por meio da cultura do corpo, isto é, da idolatria e da procura por um corpo saudável.

Para Illich (1975) uma das maiores epidemias do nosso tempo é causada pela medicina, que impõe a medicalização para a sociedade e esta, por sua vez, perde autonomia de escolha diante do saber técnico do médico. Para o autor, o poder técnico da medicina é puramente repressor e o que seria necessário para as pessoas é uma tomada de consciência. Para Illich (1975) existe uma ideologia de saúde que é imposta pelo saber médico e que cega as pessoas. (ILLICH, I. 1975, apud SANCHES, LEAL; 2010, p. 19).

Illich em suas obras apresenta a Medicina como um objeto de controle social. Ele considera que o impacto das tecnologias de saúde na vida das pessoas é um perigo porque seriam os efeitos patológicos da ação da própria medicina, prejudicando a saúde das pessoas.

Para Foucault a medicalização é um poder, não sendo somente negativo. Esse poder não reprime apenas, ele produz realidades e saberes. Já para Illich o processo de medicalização é um poder opressor que resulta em dependências dos indivíduos. Illich defende a ideia de que a medicalização faz com que a medicina exerça controle social sobre os seres humanos, que ficam passivos nesse processo (SANCHES, LEAL; 2010).

O filósofo Ian Hacking (2000) observa a medicalização sob a perspectiva dos diagnósticos. Para ele, a partir de um diagnóstico dado, as pessoas passam a incorporá-lo em sua vida e agir de acordo com ele; para o autor o ser humano é afetado em função do que é dito sobre ele (HACKING, I. 2000, p. 256 apud SANCHES, LEAL; 2010, p. 20).

O sujeito pode se identificar com o diagnóstico, sendo este um nome para o mal-estar, um lugar de pertencimento, um lugar social para pertencer, com tantas outras pessoas também com o mesmo diagnóstico para partilhar seus sofrimentos. Hacking (2002) diz que os sujeitos podem aceitar ou não com passividade as classificações que lhes são dadas e são capazes de mudar comportamentos a partir dos rótulos que lhes são colocados (HACKING, I. 2002, p. 115 apud SANCHES, LEAL; 2010, p. 20).

A modificação do comportamento do indivíduo, em consequência de uma classificação, pode gerar uma *realimentação* positiva, ou seja, o fato de o indivíduo saber que pertence a determinada classe como, por exemplo, o grupo dos autistas, pode

fortalecer as individualidades que os caracterizam ou pode gerar uma realimentação negativa, indivíduos podem resistir ao conhecimento ligado a classificação, para o autor é certo que se trata de uma dinâmica, na qual os novos significados mudam o passado que passa a ser reinterpretado e reorganizado, ou seja, uma forma de inventar pessoas (HACKING I. 2000, p. 15 apud SANCHES, LEAL; 2010, p. 21).

Segundo Hacking a classificação gera tipos de indivíduos, esses indivíduos formam grupos a partir das classificações recebidas. As instituições confirmam a existência das classificações e legitimam o grupo. O conhecimento e as especialidades decidem quem é ou não doente. Hacking considera também que o mundo é repleto de classificações e que essas classificações têm efeitos específicos quando se refere a comportamentos desses indivíduos (HACKING I. 2000, apud SANCHES, LEAL; 2010).

Quando um diagnóstico é dado pelas pessoas nomeadas por ele, acarreta na modificação de seu comportamento, assim como o da família e os amigos; o comportamento das pessoas passa a ser justificado pela doença. A expectativa desses indivíduos é que se tenha um tratamento que leve a cura.

Ainda segundo o autor, o diagnóstico constrói e reconstrói a realidade, ou seja, está o tempo todo produzindo novas realidades e com elas se produz novas formas de pensar e de ver o mundo e a sociedade que se está inserido. Quando o indivíduo começa a se adaptar as categorias nas quais está classificado, ele começa um rumo importante na busca de respostas e soluções no âmbito médico, biológico e farmacêutico para seus supostos desvios, pois o indivíduo percebe que é inadequado ao convívio social, à sua aceitação social. O indivíduo começa a acreditar que deve fazer de tudo para entrar no mundo dos normais. A naturalização do conceito de normalidade é vista como se fosse algo que pertence ao mundo da estatística, ou seja, a possibilidade de alcançar uma meta, objetivo, isso gera inseguranças nas pessoas (HACKING I. 2006, p. 309 apud SANCHES, LEAL; 2010, p. 21).

2.3 - Medicalização segundo Peter Conrad

Outro autor que analisa a medicalização é o sociólogo Peter Conrad (2007), professor de Ciências Sociais da Brandeis University em Massachusetts nos Estados Unidos. Para ele, a medicalização é “um processo pelo qual os problemas não médicos se tornam definidos e tratados como problemas médicos, usualmente em termos de doença e desordens” (CONRAD, P., 2007, p. 4 apud SANCHES, LEAL; 2010, p. 24). Ou seja, é

definir um problema em condições médicas, usando linguagem médica para descrevê-lo e assim utilizar de uma intervenção médica para tratar o indivíduo.

Essa manipulação retira da população a possibilidade de debater o problema em um contexto nos quais somente especialistas podem discuti-lo. Um exemplo disso segundo Conrad é no caso das crianças que apresentam um comportamento inadequado em sala de aula e passam a ser consideradas um problema médico, com origens orgânicas ou biológicas/ bioquímicas.

Conrad (2007) menciona que as questões humanas são ao longo dos tempos cada vez mais medicalizadas, como obesidade, reprodução, disfunção erétil etc. O autor alega que ter uma base biológica não significa que algo é um problema médico e cita como exemplo as diferentes estaturas que uma pessoa pode ter. (CONRAD, P., 2007, p. 03 apud SANCHES, LEAL; 2010, p. 25).

Para o sociólogo o imperialismo médico não é suficiente para explicar o processo de medicalização; trata-se de uma interação social muito complexa, um exemplo disso mencionado por Conrad seria a ajuda que a população recebe para obter benefícios e coberturas em tratamento e cirurgias, bem como auxílio financeiro de doenças e aposentadorias, porém para isso é necessário ter um diagnóstico de uma doença. Essas seriam segundo ele manobras medicalizantes que mostram o processo de medicalização como algo que atua tanto da sociedade para o indivíduo quanto do indivíduo para a sociedade (CONRAD, P., 2010 apud SANCHES, LEAL; 2010, p. 25).

O autor ressalta ainda que atualmente, mais do que a medicina, inclui-se a indústria farmacêutica, como importante representante do processo de medicalização; não é mais o imperialismo médico que dita os caminhos da medicalização, mas sim o mercado econômico, com a inclusão das indústrias farmacêuticas na sociedade (SANCHES, LEAL; 2010).

Conrad afirma que a medicina e algumas formas de medicalização têm contribuído de maneira significativa para a melhoria da vida humana e de seu bem-estar; considera também que uma parte das crianças diagnosticadas com TDAH, por exemplo, tenham um problema neurológico e se beneficie dos tratamentos existentes, porém a questão é que outra parte dessas crianças diagnosticadas não tem problemas neurológicos e está em uma categoria diagnóstica sem pertencer a ela. (CONRAD, P. 2007, p. 46 apud SANCHES, LEAL; 2010, p. 26).

Esse fato tem consequências sérias para a sociedade, por isso é importante debater sobre a prática da atualidade em transformar diversas condições humanas em patologias

e que essa prática tem consequências que em alguns casos podem ser positivas, mas que em outros casos não são. As diferenças humanas vêm cada vez mais sendo traduzidas como formas de patologias e sujeitas a intervenções. Como resultado disso, essa prática diminui a tolerância e a observação das pessoas em relação à diversidade humana.

Para Conrad (2007) houve grandes mudanças no conhecimento médico que mudaram o rumo da medicalização, um exemplo dessa mudança é a indústria farmacêutica que estimula a utilização de medicamentos para diversas questões da vida humana. Seu mercado aumenta cada vez mais com as diversas estratégias que adota. Uma dessas estratégias na atualidade se dá por via das indústrias farmacêuticas, que já anunciam seus produtos diretamente ao público consumidor e não mais como antes, quando anunciavam seus produtos apenas para profissionais de saúde e eles indicavam para seus pacientes. Para Conrad, o paciente passou a ter um papel de consumidor diante dos serviços dos sistemas de saúde, que tentam captar para essa clientela uma lógica de que quanto mais consomem, melhor para suas empresas (CONRAD, P., 2007, p. 134-135 apud SANCHES, LEAL; 2010, p. 27).

A crescente utilização de medicamentos para tratar problemas da vida antes tidos como secundários é cada vez mais aceito e desempenham papel importante na medicalização. No momento atual da sociedade, os medicamentos estão cada vez mais ganhando espaço e já é considerado natural para a população que estes sejam utilizados para tratar questões da vida inclusive do TDAH na infância.

Existe, na atualidade, uma forte busca por desempenho e tal busca é vista, por Conrad, como uma forma atual de medicalização. Muitas crianças hoje tomam Ritalina para ter um padrão de comportamento e concentração aceitos socialmente e essas crianças também são tratadas com hormônios do crescimento para que tenham uma estatura que esteja dentro dos padrões que a sociedade aceita.

Para Conrad, os sistemas de saúde também ajudaram no rumo da medicalização, pois no caso da saúde mental, no sentido da saúde suplementar, os planos de saúde são mais liberais no pagamento de psicofármacos e restritivos na liberação de psicoterapias. Os médicos e pacientes sabem que somente terão cobertura para medicamentos e não para psicoterapias, o que acaba levando os pacientes a utilizarem psicofármacos em seu tratamento (CONRAD P. 2007 apud SANCHES, LEAL; 2010).

Conrad conclui que a questão da medicalização da atualidade está voltada para os interesses, tanto econômicos quanto de mercado, e não para os interesses profissionais. Ele exemplifica que, quando uma nova droga entra no mercado, é necessário o surgimento

de uma nova doença ou desvio para legitimá-la (CONRAD P. 2007, p.143 apud SANCHES, LEAL; 2010, p. 28).

Ainda segundo Conrad (2007), existem o lado bom e o lado ruim da medicalização. Para ele, o lado bom seria o fato de que a medicalização mostra-se humanitária em alguns casos ao tratar uma pessoa como doente e não como alguém que está possuído por demônios ou que não tem força de vontade para tratar-se; com a medicalização a pessoa tende a ser nomeada pela doença e não ser considerada culpada, pois a sociedade entende que ninguém é doente porque quer. A medicalização garante que os médicos possam ajudar o paciente (CONRAD P. 2007 apud SANCHES, LEAL; 2010, p. 29). Já o lado ruim da medicalização é o fato desse processo retirar a responsabilidade das pessoas, das instituições e das políticas públicas, justificando os comportamentos por uma doença existente no corpo da pessoa que os manifesta; dá um tom de neutralidade ao sofrimento da pessoa, já que as categorias médicas são neutras; existe também uma dominação por parte dos especialistas para questões do sofrimento dos indivíduos e um controle médico do comportamento da sociedade, com uso de medicamentos para conter comportamentos. Quando se medicaliza um comportamento, se retira todo o significado que ele tem em determinado contexto e momento (CONRAD P. 2007 apud SANCHES, LEAL; 2010, p. 29).

Para Conrad, a consequência mais forte do processo de medicalização está em traduzir as dificuldades humanas em questões individuais, deixando em segundo plano a abordagem social dos fenômenos que ocorrem no dia a dia das pessoas, fazendo parte de todo seu contexto existencial. Essa manobra acaba por impossibilitar que outras formas de intervenção sejam vistas como possíveis. O autor compreende que a medicalização deforma a realidade, permitindo um controle social em nome da saúde (CONRAD P. 1992 apud SANCHES, LEAL; 2010, p. 30).

CAPÍTULO 3

Psiquiatria medicalizada

De acordo com as transformações que a psiquiatria havia sofrendo desde o período de pós-guerra, Birman (1999) estabelece que a psiquiatria contemporânea novos modelos de funcionamento heterogêneos, conseqüentemente possibilitando a produção de identidades globalizadas. Na obra de Octavio Domont de Serpa Jr, “Mal-Estar na Natureza” (1998) ele argumenta que desde a década de 80 começou a surgir uma imposição hegemônica de uma versão nomeada pelo autor como *remedicalização* da psiquiatria, segundo Serpa a *remedicalização* é considerada um efeito rebote¹⁴ diante das fortes perspectivas de desmedicalização representadas pelo aumento do movimento psicanalítico que dominaram o campo psiquiátrico na década de 50, sessenta e setenta em diversos países. (MARTINS, BARBOSA 2005, P. 41)

Existem diversas forças que contribuíram para o processo de *remedicalização* da psiquiatria. O DSM-III aparece como peça fundamental que possibilitou o crescimento e a expansão da psiquiatria biológica na perspectiva da psiquiatria mundial, por meio da padronização dos diagnósticos. Simultaneamente a este fato, a indústria farmacêutica, interessada nas pesquisas sobre a eficácia de novos medicamentos psiquiátricos a serem colocados no mercado, vai financiar estudos clínicos para medicalizar. Dentro dessa perspectiva, o medicamento se torna um importante dispositivo de reinvenção da medicina mental e de redefinição das patologias clínicas.

No livro Mal-estar na natureza de Octavio Domont de Serpa Jr (1998), o autor argumenta que desde a década de 80 houve o domínio de uma versão medicalizada da psiquiatria, nomeada de psiquiatria biológica (SERPA Jr, O D., 1998 apud MARTINS, BARBOSA, 2005, P. 42).

Essa mesma década, marcada por momentos de grande reestruturação do campo assistencial da psiquiatria. O primeiro deles foi marcado por grandes movimentos de reformas nos asilos, com o movimento de psicoterapia Institucional, afirmando uma política oficial na França na década de 60 que conduziram o processo com o objetivo de resgatar uma função curativa do manicômio, por via da reforma na instituição psiquiátrica. Outro marco foi realizado pela Psiquiatria Comunitária ou Preventiva dos

¹⁴ Rebote significa retorno de algo rebatido, no caso da área farmacêutica, este termo é utilizado quando há retorno dos sintomas mesmo após o fim do tratamento. Um exemplo prático é o caso de pessoas que possuem dor de cabeça com frequência e misturam remédios diversos, o que acaba gerando mais dor de cabeça ainda.

Estados Unidos e a Psiquiatria de Setor criado na França, que estenderam que a psiquiatria deveria se abrir para o espaço público, tendo como objetivo a prevenção e a promoção da saúde mental. É importante destacar que os movimentos da psiquiatria democrática na Itália surgiram a partir dos anos sessenta, com o objetivo de promover uma ruptura com as relações de poder entre os pacientes e as instituições, tanto com o modelo tradicional Pineliano quanto com o modelo reformado dos dois primeiros períodos. (MARTINS, BARBOSA, 2005, P. 42).

Embora o processo de medicalização da psiquiatria decorra em parte dos acontecimentos ocorridos nas décadas anteriores a 1960, cabe ressaltar que o termo psiquiatria biológica se refere a pesquisas desenvolvidas a partir da década de 70, cuja principal característica se constitui na tentativa de descobrir o correlato das desordens psiquiátricas, com o objetivo de estabelecer a etiologia, terapia e o diagnóstico de transtornos (MARTINS, BARBOSA, 2005, P. 43).

Deste modo, a psiquiatria biológica se insere em um contexto que diz respeito ao campo da biologia. Esta deixa de ser uma ciência de contemplação da natureza e passa a ser uma ciência aplicada, baseada na biologia. A biologia influenciou a maneira de se ver o mundo, o vocabulário de diversas disciplinas científicas e o modo de configurar as questões da sociedade. Para melhor situar e compreender a atuação da psiquiatria biológica sobre os corpos é necessário fazer um pequeno recuo no tempo, começando pela emergência de dois campos disciplinares que surgem no início na década de 1930, são eles: a genética, que baseia suas explicações na existência de genes capazes de não somente determinar as estruturas e funções da célula, mas que tem a capacidade de gerar a vida e a bioquímica, que fundamenta suas hipóteses nas substâncias do núcleo celular que dão suporte a vida, identificadas pelas proteínas e ácidos nucleicos. Com o encontro da prática e o estudo epistemológico dessas duas ciências, se constitui a biologia molecular. (MARTINS, BARBOSA, 2005, P. 44).

Segundo Gros, (SERPA, JR, 1998) as experiências sobre a estrutura molecular do câncer, realizada pela biologia molecular entre os anos de 1975 e 1985, possibilitaram o surgimento de uma “nova genética”, caracterizada pelas pesquisas de moléculas essenciais à saúde do homem e dos animais, por meio de métodos diagnósticos de terapia genética e por plantas e animais transgênicos. Esses métodos diagnósticos são divididos em dois grandes grupos: o de “diagnóstico pré-natal” e a “detecção de agentes patogênicos”. Desta maneira, os estudos da nova genética envolvem não só os

conhecimentos da biologia molecular, e da genética, mas também, da neurobiologia (SERPA, JR., 1998 apud MARTINS, BARBOSA, 2005, P. 46).

Junto com a genética e a biologia molecular, o campo da neurociência constitui as principais áreas de investigação, sobre as quais a psiquiatria biológica se fundamenta e referem-se ao conjunto relacionado ao termo “biológico”, que qualifica a psiquiatria como *remedicalizada* (MARTINS, BARBOSA, 2005).

Dentro da perspectiva caracterizada por uma dedução fisicalista da subjetividade, há no seu horizonte uma ambição de eliminar a dimensão social dos fenômenos psicopatológicos, o que acarreta consequências importantes para a clínica. Com a redução dos problemas sociais às dimensões biológicas, todas as formas de sofrimento psíquico passam a se sustentar em definições genéticas. Dessa forma, a descrição biológica dos sofrimentos psíquicos e um empreendimento por parte das indústrias, leva a tentativa de se estabelecer a fórmula química perfeita (MARTINS, BARBOSA, 2005, p. 47).

O período de 1980-1985 foi marcado por significativos progressos tecnológicos, como no domínio dos microcomputadores e na automação de manipulações microquímicas. Nesse mesmo período surge a ideia de registrar as bases do genoma¹⁵ humano inteiro por meio do projeto denominado “O projeto Genoma Humano”, esse empreendimento começou nos EUA em 1984, mas somente com a integração da Agência de Pesquisa em Saúde e Meio-Ambiente e do departamento de energia em 1987, que se deu início a pesquisa (MARTINS, BARBOSA, 2005, p. 47).

Com união entre a tecnologia e o mercado, foram desenvolvidos a informática, tecnociência, tecnobiologia, biociências e também a junção de quatro setores como a biotecnologia, a vida artificial, a eletronomia molecular e as nanotecnologias. Essas tecnologias e suas descobertas permitiram aplicações na saúde do ser humano.

Depois da descoberta da clorpromazina foi quando surgiu em 1957 os medicamentos psicotrópicos e substâncias químicas capazes de modificar os estados psíquicos foram o que marcaram o desenvolvimento da psicofarmacologia, ocasionando uma reinvenção da clínica e da terapia. Porém, foi com a formulação do modelo de neurotransmissão, ou seja, transmissão do impulso nervoso ao longo dos circuitos neuronais através dos mediadores químicos acetilcolina e noradrenalina, dos transmissores e receptores, que a psiquiatria passou a compartilhar junto com a medicina promovendo então a uma categoria científica. Para Bogochvol (2004) a euforia associada

¹⁵ Conjunto completo de cromossomos derivado de um dos genitores. Conjunto de genes transportado pelos cromossomos da espécie.

às neurociências e à biologia é a relação de uma constante de biologização do homem. (MARTINS, BARBOSA, 2005, P. 48).

Para a psiquiatria biológica existem várias formas de sofrimento e mal-estar e de distúrbios psíquicos, que são concebidas como um produto que é tratável farmacologicamente, ou seja, seria a expressão de um transtorno de neurotransmissão cerebral. Com isso, não existe a menor possibilidade de espaço para a dimensão da existência dos indivíduos, cria-se uma lógica de que tudo deve ser assegurado e a tolerância as diferenças e a solidariedade devem ser adquiridas por alto preço, segundo Serpa (1998 apud MARTINS, A. L. B, 2005, P. 50) exprime-se uma sociedade de controle.

Nesse sentido o autor Serpa Jr. (1998) relata que a biologização das classificações psiquiátricas vinculada ao desenvolvimento das biotecnologias tem levado a uma compreensão fisicalista do ser humano. A partir dos pressupostos biológicos, as tecnologias fisicalistas têm expandido seus meios de atuação, englobando um número cada vez maior de perturbações mentais, assim como comportamentos considerados desviantes ou socialmente problemáticos, mesmo que não sejam reconhecidos como pertencentes a uma categoria de perturbação mental identificada. Para compreender melhor o processo que levou a *remedicalização da psiquiatria*, será necessário analisar mudanças que ocorreram no campo das classificações psiquiátricas, bem como a publicação do DSM-III em 1980, que possibilitou a evolução da psiquiatria biológica no mundo (SERPA, JR., 1998 apud MARTINS, BARBOSA, 2005).

Foi no contexto de pós-guerra mundial que a psicanálise se constituiu nos Estados Unidos como um movimento e como uma instituição dominante. Porém, foi apenas nos anos cinquenta e sessenta que a psicanálise se transformou em um movimento de forte penetração no meio médico psiquiátrico; foi nesse período que se tornou impossível para um psiquiatra fazer carreira sem ter feito formação em psicanálise. Assim como a psiquiatria dinâmica entrou nos Estados Unidos, a psiquiatria também esteve articulada à psicanálise na Europa e principalmente na França.

Na mesma época em que a psicanálise se fez discurso teórico de referência para a medicina, a psiquiatria e a saúde pública, outro movimento se tornou importante em 1968: foi o movimento da antipsiquiatria. A antipsiquiatria inglesa surgiu como um processo de reforma psiquiátrica também denominada movimento de contracultura; serviu para questionar os limites entre razão e a loucura e também para evidenciar a importância das

diferenças sociais e da alienação na produção da doença mental (MARTINS, BARBOSA, 2005, P. 52).

Na Itália, um grupo de profissionais de saúde influenciado pela ideia de contracultura criou o movimento denominado de “psiquiatria democrática”, que possibilitou uma mudança radical no tratamento da loucura. Esse caráter radical tomou como principal característica o processo de desinstitucionalização dos modelos pelos quais as pessoas são tratadas para transformar seu sofrimento. Segundo Nicácio (1990) os processos das relações de poder produzem o objeto nomeado de doença (NICÁCIO, 1990 apud MARTINS, BARBOSA, 2005, p. 52).

Diante dessas transformações que o campo psiquiátrico sofreu, em 1952 foi desenvolvido pela Associação Psiquiátrica Norte-Americana (APA) o DSM – Manual de Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais com o intuito de classificar as perturbações mentais presentes naquele período, pois antes de 1952 essas classificações eram feitas através da CID-06¹⁶ produzida pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Entretanto, os psiquiatras americanos consideravam esse sistema classificatório como sendo de uso limitado e inadequado para a prática clínica e o desenvolvimento de pesquisas realizadas nos Estados Unidos. Assim, o DSM foi utilizado como uma alternativa à Classificação Internacional das Doenças (CID) (MARTINS, BARBOSA, 2005).

A primeira versão do DSM se baseava em uma compreensão chamada de “*psicossocial*” da doença mental, compreendida com uma reação a problemas da vida e situações de dificuldades no seu individual. Nessa concepção a utilização do termo “reação esquizofrênica” refere-se à influência dos distúrbios mentais que representam reações da personalidade relacionados aos fatores psicológicos, sociais e biológicos. Além dessa conceitualização, cabe ressaltar também que nomenclaturas denominadas de “mecanismos de defesa”, “neurose” e “conflito neurótico” também fizeram parte da composição do DSM-I (MARTINS, BARBOSA, 2005, P. 53).

Em 1968 foi publicado o DSM-III com uma alternativa ao CID-08 promovida pela OMS¹⁷ do sistema internacional. Essa nova edição do DSM se deve aos argumentos dos profissionais americanos de que certos transtornos existentes nos EUA não eram encontrados em outras sociedades assim como certas desordens existentes em outras sociedades não eram encontradas nos EUA. No DSM-II foi mantida a concepção afirmada

¹⁶ Classificação Internacional das Doenças

¹⁷ Organização Mundial de Saúde

no DSM-I de que os transtornos mentais deveriam ser tratados por meio de uma perspectiva nomeada de psicodinâmica.

No DSM-II são abandonadas as concepções biopsicossociais das doenças mentais, dando mais destaque aos aspectos da personalidade individual e na compreensão do sofrimento psíquico. As diferentes formas de perturbação mentais passam a ser compreendidas como níveis de desorganização psicológica do indivíduo. Nesta perspectiva, a influência da psicanálise em sua nomenclatura se torna maior (MARTINS, BARBOSA, 2005).

É visível que a substituição do primeiro DSM pela segunda versão do DSM não significou uma importante ruptura em termos das concepções dominantes no campo, pelo contrário, a continuidade entre as duas versões no que diz respeito a compreensão e ao tratamento da doença mental, demonstra um domínio da psicanálise como discurso teórico de referência. Entretanto, no mesmo período em que se assistia o crescimento da psiquiatria, ocorria um movimento pequeno com o desenvolvimento da psicofarmacologia, que acarreta a mudança da psiquiatria e conseqüentemente enfraquecer o discurso e a ideologia da psicanalítica.

A descoberta da substância clordiazepóxido, nos anos sessenta, fez com que se iniciasse a era dos benzodiazepínicos ¹⁸que substituíram os barbitúricos no tratamento farmacológico da ansiedade. O primeiro benzodiazepínico foi o famoso Librium, que se tornou uma das drogas mais vendidas nos Estados Unidos, em 1963 o Diazepan foi introduzido no mercado comercializado como Valium, mas ultrapassando-o em 1969. Nos anos oitenta foram lançados os neurolépticos chamados atípicos, ou seja, uma nova classe de antidepressivos mais eficazes no tratamento de alguns distúrbios ligados a angústia, por exemplo. A extensão e o uso desses medicamentos provocaram um corte na nova visão do homem e também na compreensão do seu sofrimento e das formas de tratamento (MARTINS, BARBOSA, 2005).

Diante dessas transformações desenvolvidas pelos novos medicamentos e as mudanças no sistema em relação aos tratamentos de desordens mentais, as seguradoras e os planos de saúde começaram a pressionar os profissionais envolvidos em trabalhos em saúde mental sobre o tempo dos tratamentos, baseados nas diferentes modalidades de psicoterapias, ser muito longo. Como resultado, gerentes executivos das empresas produtoras de psicofármacos passaram a questionar a capacidade dos psiquiatras de

¹⁸ São fármacos que produzem redução da ansiedade, ele se constitui na classe de medicamentos mais importante para o controle da ansiedade.

estabelecerem diagnósticos corretos e organizarem tratamentos adequados para o indivíduo em tempo menor possível.

Na mesma época, os investimentos em pesquisa começaram a se dirigir para uma maior objetivação da psiquiatria. Diante dessas demandas, o campo da psiquiatria começou a sofrer uma mudança com o intuito de obter maiores recursos para pesquisas sobre a base genética e a bioquímica dos transtornos mentais (MARTINS, BARBOSA, 2005, P. 55).

Entre 1974 e 1979, surge a preparação de uma nova versão do DSM, na mesma ocasião que era lançada o CID-09. As explicações para a realização de uma revisão no DSM se dão em relação a uma insatisfação das entidades médicas nacionais de diferentes especialidades, entre elas está a Associação Psiquiátrica Norte-Americana (APA), em relação à imprecisão na atividade classificadora de uma diversidade de tendências terapêuticas. Essa problematização da diversidade causa uma mudança no campo psiquiátrico.

“é possível ver aí uma indicação de que o domínio psicanalítico no campo já estava razoavelmente enfraquecido, isto é, de que a visão psicanalítica competia com outras formas de compreender o adoecimento mental. E o que é mais importante, que a compreensão oferecida pela psicanálise já não era suficiente para promover um consenso entre os psiquiatras. O fato é que a insatisfação que dá origem ao DSM-III indicava o esgotamento do modelo psicanalítico enquanto base para o conhecimento e para a prática psiquiátrica” (RUSSO & HENNING, 1999: 47 apud MARTINS, BARBOSA, 2005, P. 55).

Em 1980 foi publicado o DSM-III e sua publicação representou uma ruptura radical das classificações até então utilizadas. Segundo Russo & Venâncio (2003), essa ruptura teve uma primeira intenção de romper com a multifuncionalidade das classificações anteriores, propondo não apenas uma nomenclatura única, mas uma lógica classificatória. Em segundo lugar, representou uma ruptura com a classificação da psicanálise.

O DSM-III foi caracterizado como um manual descritivo e baseado em princípios de testabilidade e verificação, em que cada transtorno passa a ser identificado por critérios acessíveis a observação. Seu caráter descritivo se justifica por uma crítica ao modo como eram feitas as classificações anteriores, diante da ruptura radical do modelo psicanalítico e acarretou um movimento de distanciamento da compreensão psicológica das perturbações mentais, eliminando os modelos explicativos competitivos, contido nas classificações anteriores a euforia é resultado de uma constante biologização do homem.

Mohl (1987 apud MARTINS, BARBOSA, 2005, P. 56) propõe para o DSM-III uma redescritção reducionista de um vocabulário psicológico e psicanalítico, resultando a ideia de que a psicoterapia deve ser considerada como mais uma forma de tratamento biológico. Essa exposição implicou na adoção de uma visão fisicalista da perturbação mental. Em decorrência disso, o diálogo com o paciente sobre seu sofrimento e a preocupação com o seu contexto psicossocial perdem importância. Desse modo, a intervenção volta-se para uma única dimensão da adoção de uma teoria biológica e fisiológica das perturbações mentais (MARTINS, BARBOSA, 2005, P. 56-57).

O DSM-III continuou sendo atualizado e a sua edição do ano de 1980 foi substituída para o DSM-III-R que surgiu em 1986. De modo geral, ainda se mantém nele a mesma racionalidade presente do seu antecessor, nessa nova edição, continuou sendo reafirmado o fornecimento de critérios diagnósticos para a definição dos limites das categorias. Segundo Venâncio (1998 apud MARTINS, BARBOSA, 2005, P. 58), o DSM-III-R estabeleceu uma hierarquização das classes diagnósticas, ou seja, a classificação se fundamentou na ideia de que um “distúrbio mais abrangente” ocupa um lugar elevado na escala classificatória, em comparação com “distúrbios menos abrangentes”.

Dentro dessa perspectiva, surgiu uma maior valorização dos aspectos físicos, nomeados por Venâncio (1998 apud MARTINS, BARBOSA, 2005) de “orgânicos”, na organização dos diagnósticos psiquiátricos, do que em relação aos aspectos morais denominados de “psíquicos”. Ou seja, a base para a análise dos fenômenos psicopatológicos foi convertida de acordo com as oposições orgânicas e não orgânicas. Assim, os diagnósticos passaram a ser organizados de modo decrescente, melhor dizendo, do mais orgânico para o menos orgânico.

Em 1994, a Associação Psiquiátrica Norte-Americana (APA) publicou o DSM-IV, que mantém os mesmos parâmetros classificatórios do DSM-III, ou seja, não foi modificada a perspectiva descritiva, pautada por critérios diagnósticos e hierárquico, fundamentada na oposição orgânica e não orgânico iniciada anteriormente no DSM-III. Nesta nova edição foi destacado o abandono da expressão transtorno mental orgânico, que foi tirada no intuito de evitar, segundo o mesmo, a falsa afirmação de que outros transtornos mentais não teriam uma base biológica. (MARTINS, BARBOSA, 2005).

Deste modo, pode-se afirmar que a passagem do DSM-II para o DSM-III correspondeu a uma alteração fundamental no equilíbrio de forças no campo psiquiátrico, e que as disputas para a elaboração do DSM-III refletem na defesa da psiquiatria

biológica. Dessa forma, o chamado modelo biológico veio com o intuito de substituir a psicanálise que era força dominante no campo da psiquiatria.

O surgimento e a difusão do sistema classificatório proposto pelo DSM-III correspondem ao surgimento da chamada psiquiatria biológica como um campo dominante na psiquiatria mundial. A padronização dos procedimentos diagnósticos possibilitou que o DSM-III fosse disseminado pelo mundo. O manual resultou em um aumento do número de categorias diagnósticas e principalmente na produção de novos medicamentos psiquiátricos. Dessa forma, o DSM-III se transformou em uma espécie de guia da psiquiatria.

Segundo o autor Ivan Illich (1975 apud MARTINS, BARBOSA, 2005) existe em todas as sociedades pessoas que apresentam comportamentos diferentes das outras, escapando das regras e dos comportamentos definidos no trabalho, na família, entre outros, como normal e o que foge do normal acaba sendo excluído, pois os traços que apresentam não são assimilados como uma conduta conhecida, conseqüentemente se atribui um nome e um papel para o comportamento desconhecido desses indivíduos, para que esteja inserido em uma categoria formalmente reconhecida. Entretanto, com o desenvolvimento do campo terapêutico por meio da medicalização do diagnóstico, o número de categorização social aumentou a tal ponto, que as pessoas que não entram em uma categoria terapêutica se tornou uma exceção. Nessa concepção, a saúde se tornou ausência de sintomas clínicos.

Já na segunda metade do século XX Foucault já alertava para a crescente preocupação com a saúde da população. Em seu livro chamado “O Nascimento da Medicina Social” (1979), Foucault aponta para os efeitos da medicalização da vida para a sociedade, relatando que os indivíduos tendem a perder o direito sobre o seu próprio corpo, o direito de viver de se curar como quiserem. Desse modo, a medicina como um sistema de controle invadiu o campo da saúde, aumentando a ideia de doença. Com a intenção de conduzir a população, a medicina se tornou uma instância de normatizar comportamentos e padronizá-los como um componente do biopoder. (FOUCAULT, 1979, p. 96 apud MARTINS, BARBOSA, 2005, p. 88)

Ampliando a análise do processo de medicalização da sociedade, é perceptível diversas transformações radicais que vem ocorrendo na sociedade pós-moderna que acarreta a participação de várias instituições como indústrias farmacêuticas, profissionais, companhias de seguros entre outros. De acordo com diversos autores como Illich, atualmente a sociedade está vivendo um momento denominado de “nova

biomedicalização” que preserva o processo de medicalização ocorrida ao longo do século XX. Entretanto, o modo de funcionamento da nova forma de medicalização na sociedade contemporânea se caracteriza por intervenções que buscam não mais ajustar ou normatizar o que existe, mas de transformar a própria vida (MARTINS, BARBOSA, 2005).

Amarante (et al, 2018) fez um estudo comparativo sobre os diferentes usos da classificação diagnóstica, do DSM-5 demonstrando a diferença na perspectiva da classificação francesa - “French Classification of Children and Adolescent Mental Disorders” denominada de CFTMEA resulta a sua concepção na diminuição do número de diagnósticos e de psicofármacos. No ponto de vista da CFMEA os diagnósticos devem ser de compreensão psicodinâmica e, portanto, recomenda tipos de tratamentos tais como psicoterapia, orientação familiar etc.

A classificação francesa em vez de incentivar os médicos a categorizar as crianças em outro diagnóstico, ela desenvolve um olhar que encoraja os clínicos a enxergarem as crianças por completo, considerando os aspectos que transitam por esse indivíduo, compreendendo como seus sintomas são influenciados pela sua história psicológica e pelo ambiente social. Para a CFTMEA o diagnóstico é visto como uma atividade em processo, isso significa que a medida que o tratamento acontece, os médicos ganham um melhor entendimento sobre a doença do indivíduo e frequentemente mudam o diagnóstico para atender melhor o seu crescente entendimento (AMARANTE. et.al., 2018)

Enquanto a abordagem classificatória dos DSM’s, por meio da interpretação biologicista, acarreta o encorajamento da eliminação dos sintomas através do uso de psicofármacos, a abordagem de desenvolvimento proposta pelo sistema francês procura identificar e abordar fatores sociais e psicológicos que podem ser responsáveis pelos problemas comportamentais recorrendo muitas vezes ao tratamento mediante as psicoterapias. Apesar da abordagem do desenvolvimento não rejeitar automaticamente a utilização de medicamentos, ela incentiva o uso em último recurso e não como uma estratégia primária.

O psiquiatra americano que participou da força tarefa da revisão do DSM-IV em 1994 chamado Allen Frances (2013), relata que o DSM-III foi divulgado como livre de qualquer definição teórica, no que diz respeito a etiologia, mas na verdade, os conjuntos de critérios são baseados em sintomas externos de acordo com o modelo biológico que medicaliza o transtorno mental. No ponto de vista de Frances, as mudanças realizadas no DSM-V contribuíram para uma epidemia de Autismo, TDAH, e Distúrbio Bipolar em

adultos e a recusa da construção psicológica e social levou a psiquiatria a uma, como dito por Frances, “camisa de força reducionista” (FRANCES, 2013 apud AMARANTE. et.al., 2018, p. 120).

Desta forma, compreender o desenvolvimento do indivíduo se tornou simplesmente preencher uma lista de controle de acordo com a intensidade do comportamento da criança. Ainda que se aconselhe a aplicação de outros testes padronizados e de uma avaliação neuropsicológica, tais ações são vistas como complementares e auxiliares no tratamento e não são determinantes para o diagnóstico.

De acordo com Kamers (2013, p.155 apud AMARANTE. et.al., 2018 p. 122) a prática da psiquiatria atual “prescinde completamente da escuta da narrativa dos pais sobre os filhos, localizando o olhar médico, exclusivamente, nas sintomatologias apresentadas pela criança “. Esta sintomatologia advém de um problema no corpo, uma falha no funcionamento cerebral, de uma disfunção cerebral mínima e, portanto, não há necessidade de investigar em outros âmbitos, nem de soluções que não sejam as farmacológicas. Inclusive, a falta de paciência e a culpa vivenciada pelos pais seriam também dificuldades provenientes de problemas de uma ordem cerebral que poderiam ser resolvidas prioritariamente com o auxílio de farmacologias.

A escuta, o suporte afetivo e o acompanhamento deixam de ser necessários quando se trata de cuidar unicamente de um sintoma em vez de um olhar que buscasse compreender um sistema de relações no qual as pessoas estão imersas. Outro ponto de reflexão diz respeito ao uso dos manuais classificatórios onde é visível a consequente perda de um olhar para a subjetividade, que é historicamente construída por via das mediações, e substituída por u rótulo, por uma homogeneização do psíquico e dos comportamentos dos indivíduos (AMARANTE. et.al., 2018 p. 122).

Com a utilização dos manuais classificatórios e de sua interpretação estritamente biológica dos transtornos mentais, as respostas às questões enfrentadas pelas famílias das crianças e pelos professores passam a serem unilaterais¹⁹, monodeterminadas pela padronização de acordo com uma classificação. Ou seja, não se busca compreender a situação de maneira qualitativa, considerando o contexto social, cultural e pedagógico do indivíduo. Acredita-se que a partir da Psicologia Histórico-Cultural seja possível propor e realizar mudanças concretas na vida cotidiana, num sentido não exclusivamente adaptativo, mas que considere a atue na realidade social como instituinte da subjetividade,

¹⁹ Colocado de um só lado; localizado somente de um lado. Que só tem em conta as razões ou os interesses de uma das partes. Baseado ou demonstrado tendo em conta só um lado, aspecto; parcial.

ou seja, uma atuação que considere a realidade histórica e concreta da vida que aliena os sujeitos de suas possibilidades de humanização.

As funções psicológicas superiores apresentadas por Vygotsky (2001 apud AMARANTE. et.al., 2018 p. 124) se constituem em um sistema no qual as funções são dependentes mutuamente tanto entre elas mesmas, quanto em outros conceitos, tais como motivo, sentido, atividade-guia, situação social de desenvolvimento e zona de desenvolvimento próximo, conceitos estes que vem da Psicologia Histórico-Cultural. Pensar na afirmação de que existe um déficit de atenção, é evidenciar a impossibilidade de que haja dificuldade em somente uma função psicológica.

Dizer que a criança tem déficit de atenção é uma afirmação incompleta, pois na realidade o que é visível é que a criança encontrou dificuldades em seu desenvolvimento psíquico como um todo, causado pela falta de intervenções intencionalmente organizadas de sentido que pudessem possibilitar pelas neoformações psíquicas que constituem o seu processo de desenvolvimento. Segundo Veresov (2010) “As neoformações não são apenas novas funções que aparecem como resultados do desenvolvimento. Elas são, antes, um novo tipo de construção e organização do sistema psicológico como um novo nexos das funções elementares e superiores”. (Veresov, 2010 apud AMARANTE. et.al., 2018 p. 125).

A interpretação rigorosamente biológica expressa na definição do TDAH e em seu processo de diagnóstico, apresentada neste trabalho reduz a compreensão do fenômeno e dificulta a transformação da realidade no sentido de aproximar para uma singularidade das produções culturais elaboradas pelo ser humano. As afirmativas da Psicologia Histórico-Cultural apontam para a necessidade de mediações que possibilitem a aprendizagem e o desenvolvimento do psiquismo humano para além de determinismos biológicos, dando assim, assistência para uma ação e prática transformadora que consideram o ser humano em sua historicidade e complexidade vitais (AMARANTE. et.al., 2018 p. 125).

CONCLUSÃO

O desenvolvimento do presente trabalho possibilitou a análise da relação entre a medicalização e o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade infantil. Ao longo dos anos, o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) foi tendo uma única forma de tratamento: a medicação. Foi analisado, também, que a medicalização não é o mesmo que uso de medicamentos; é olhar para várias situações da vida e apresentação das mesmas a partir de um discurso biomédico. Com isso, foi possível perceber que a infância, a princípio, passou a ser medicalizada e medicada. Portanto, é importante buscar possibilidades de desconstrução da medicalização biomédica, pois somente pensar uma única forma de tratamento sem levar em consideração as particularidades de cada indivíduo seria um risco e não um cuidado efetivo.

Dessa forma, o presente trabalho visou problematizar os riscos e possíveis danos da medicalização em crianças a longo prazo. Foi visto no decorrer do trabalho o surgimento do TDAH, a classificação dos sintomas desviantes do visto como normal.

A partir da revisão de literatura apresentada, foi identificado uma classificação médica que contribuiu para o processo de medicalização da vida e, em particular, da construção da categoria de TDAH: o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM.

Ao longo do trabalho foi retratado, em sua construção histórica, o conceito do TDAH, sendo verificado que problemas de desatenção foram tratados como problemas médicos. Em decorrência disso, a primeira descrição médica do TDAH como um problema psiquiátrico foi apresentada pelo médico George Frederick Still, em 1902, como apresentado anteriormente. Vimos que o discurso médico buscava então intervenções terapêuticas para os sintomas característicos do TDAH. Depois desse período, em 1952 foi evidenciado no trabalho o surgimento do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, da Associação de Psiquiatria Americana (APA)

O DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) é um dos principais conjuntos de classificação diagnóstica mais utilizada no mundo. Vimos que o DSM-IV foi um instrumento marcante para o diagnóstico do TDAH, por ser um sistema classificatório que trata os critérios operacionais clínicos de modo claro e bem definido. Entretanto, não é apresentada a discussão acerca de como são construídos os dados e os critérios para a construção dos diagnósticos.

O presente trabalho identificou a articulação entre o saber médico e as indústrias farmacêuticas, no que se refere à construção da medicalização da vida, produzindo a categoria diagnóstica de TDAH para crianças e adolescentes que apresentavam e apresentam comportamentos vistos como desviantes da norma.

A **medicalização** pode ser compreendida como um processo complexo, difundido no imaginário social, que transforma as vivências dos indivíduos em necessidades médicas. Sofrimento e experiências dolorosas, aos quais eram atribuídos outro significado no próprio ambiente familiar e comunitário, hoje, a partir do discurso biomédico, levam as pessoas a procurarem auxílio medicamentoso, limitando outras possibilidades terapêuticas de se estabelecerem como legítimas e eficazes. A visão biomédica entende o corpo como uma máquina que não varia de pessoa para pessoa, e deve ser modificada, a partir do medicamento, para que se reestabeleça a ideia de um equilíbrio.

Foi observado neste trabalho que a lógica da medicalização se sobrepõe aos demais procedimentos. Portanto, é de extrema importância pensar em estratégias para que a sociedade não se sinta refém da medicação e encontre, na mesma, a única possibilidade de tratamento, visto que o ato de cuidar abrange vários âmbitos na vida de um indivíduo, em especial sua vida em sociedade, na comunidade onde está inserido. O sujeito em sofrimento tem o direito de exigir novas formas de acolhimento (ZANELLA & LUZ, 2016).

Dessa forma, os problemas de saúde mental devem ser encarados pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), pois esta consegue atuar em diversos âmbitos onde os usuários então inseridos, proporcionando possibilidades de saúde que tramitam pelo contexto familiar e cultural, no lugar onde o indivíduo está inserido. A atenção básica tem lugar importante na articulação de uma nova lógica de cuidados com a saúde mental, já que por sua proximidade com a comunidade, seus profissionais se deparam frequentemente com problemas de saúde mental e podem ser um recurso estratégico para o enfrentamento dessas questões. Todavia, essas equipes nem sempre apresentam condições para darem conta das situações e necessitam de apoio.

Dessa forma os problemas de saúde mental devem ser solucionados e tratados por meio de uma articulação entre a ESF e os dispositivos de saúde mental, como o Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) por exemplo, com um olhar mais amplo, que tenha uma atenção integral ao indivíduo. Estes dispositivos têm papel fundamental na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que fortalece a ideia de desinstitucionalização e também possibilita a família do indivíduo que sofre, ser inserida no processo de reestabelecimento

desse usuário em sofrimento psíquico (ZANELLA & LUZ, 2016). Dessa forma, é importante que os CAPS e as equipes da Atenção Básica trabalhem de maneira integrada para que ambas compartilhem a responsabilidade pelos casos e garantam maior resolutividade no manejo das situações que envolvam sofrimento psíquico.

Essas redes têm o objetivo de corresponsabilizar toda a equipe e todos os níveis de assistência, pensar em estratégias de intervenção com todos os envolvidos da família do indivíduo, desta forma a aumentar a capacidade e possibilidades de resolução dos problemas. A ideia principal dessas redes é o trabalho em equipe, da escuta qualificada do indivíduo, permitindo conhecer melhor a realidade da família onde o usuário está inserido.

Existem serviços que têm como objetivo substituir o modelo biomédico, com o foco de desmedicalizar, propondo novas possibilidades terapêuticas aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS); uma delas seria desenvolver ações como visitas domiciliares; grupos terapêuticos e operativos, para o desenvolvimento do exercício da cidadania e dando o poder aos usuários para lidar com o sofrimento psíquico. Tais ações já são desenvolvidas por serviços da Estratégia de saúde da família, assim como os CAPS.

Apesar dos avanços em diversos lugares, ainda não é acessível para toda a população alternativas terapêuticas ao tratamento medicamentoso. O modelo asilar vem sendo substituído, porém lentamente, por serviços substitutivos, como: o CAPS, equipes de saúde mental em ESF, entre outros. Porém, existem retrocessos desde a inclusão das comunidades terapêuticas em 2011(portaria 3088, de 23 de dezembro de 2011) até a inclusão de hospitais psiquiátricos, ambulatórios de saúde mental e CAPS IV em 2017(portaria 3588, de 21 de dezembro de 2017).

Como dito neste trabalho o CAPS surgiu na década de 80, no Brasil, baseado na Psiquiatria Democrática italiana e na Psicoterapia institucional francesa, com o objetivo de pensar o cuidado no território, com o olhar voltado para o sujeito e os aspectos de transitam por este, bem como para espaços de inclusão e solidariedade, em contraposição às práticas médicas tradicionais. Hoje o CAPS representa um dispositivo importante para a substituição do modelo biomédico, ou seja, um serviço que tem como intuito substituir o modelo biomédico que é altamente conhecido. Ele veio com a ideia de desconstruir a concepção de loucura que está presente no imaginário social, o CAPS se concentra na atenção integral ao sujeito em sofrimento psíquico, produzindo maneiras diferentes de entendimento da loucura, que não é a segregação (ZANELLA & LUZ, 2016).

A ESF e o CAPS retratam uma possibilidade real de problematizar o lugar da pessoa em sofrimento psíquica no território e da utilização de psicofármacos como uma exclusiva forma de tratamento. A ESF tem o poder de levar para a sociedade novas formas de acolhimento desse indivíduo, possibilitando percorrer diversos espaços para tratamento, ampliando assim, a forma de tratamento. Desse modo, a ESF, em articulação com o CAPS e demais dispositivos da RAPS podem oferecer um cuidado integral às pessoas em sofrimento psíquico.

Essa ideia de acolhimento que o CAPS tem como vertente, vem com o intuito de retirar do médico a prioridade de atendimento, passar para outros profissionais, para, portanto, colocar o usuário em contato com diversas alternativas de cuidado, que não seja apenas a medicalização. Dessa forma, poderão ser apresentadas outras respostas para o sofrimento. Isso conseqüentemente faz com que a abordagem do problema apresentado pelo indivíduo seja ainda maior, contribuindo para outras possibilidades terapêuticas, que favorecem a desmedicalização.

Ou seja, a consulta não precisa ter como fim, a prescrição de medicamentos, já que o acolhimento do sofrimento abre o leque para novas possibilidades de diálogo entre o profissional e o usuário, possibilitando novas formas de compreender o sofrimento e atividades terapêuticas diversificadas.

Como visto nesse trabalho existe uma quantidade grande de diagnósticos e sintomas que o DSM traz, e a cada nova edição deste, parece muito difícil qualquer indivíduo não se encaixar em algum tipo de transtorno. Parece, ainda, muito distante o momento em que as pessoas estarão livres para sofrer de forma autêntica e legítima, sem a necessidade de serem enquadradas em um número descritivo. E para romper com esse processo é preciso informação e conscientização. Portanto, não se pode mais permitir o controle da sociedade através do fármaco, pois a indústria farmacêutica em conjunto com o poder médico utiliza do oportunismo frente ao sofrimento humano para se estabelecer no mercado.

Como apresentado nesse trabalho é preciso romper e retirar das mãos exclusivas do médico a responsabilidade de dimensionar e validar o tamanho do sofrimento psíquico vivenciado pelo sujeito. Cada indivíduo tem o direito e o dever de escolher o tratamento que se sinta confortável, por isso a necessidade de haver outras formas de tratamento. Portanto, como dito por Michelle e Heloisa (apud ZANELLA & LUZ, 2016) “faz-se urgente dissolver os manicômios velados disfarçados de tratamento, para não mais sermos reféns da primazia medicalizante”.

Romper com a lógica da medicalização significa não mais colocar como principal objetivo a produtividade, porque para se ter o cuidado é necessário a escuta qualificada, o olhar para o indivíduo como um todo e para isso se constituir é necessário que haja uma ação comprometida que exige uma rede de cuidados bem estabelecida, onde são responsabilizados todos os atores envolvidos, com o intuito de descentralizar o poder do cuidado, que hoje é prioritariamente do médico e por consequência a utilização do psicofármaco como forma única de tratamento.

A medicalização das questões humanas, que são complexas e multideterminadas, leva ao reducionismo na atuação praticada por médicos, psicólogos ou outros profissionais, pois é negada a dimensão particular e singular de um fenômeno que não é somente do corpo físico, mas do desenvolvimento humano e de suas qualidades, podendo se diferenciar em tantas vertentes quantas forem as possibilidades de encontros realizados por meio da singularidade e da universalidade do ser humano.

Este trabalho teve como objetivo abordar todo o processo de medicalização da vida em relação às crianças e adolescentes que apresentam o diagnóstico de TDAH.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, P., & TORRE, E. H. G. (2010) Medicalização e determinação social dos transtornos mentais: a questão da indústria de medicamentos na produção de saber e políticas. In: R. P. Nogueira (Org). Determinação social da saúde e reforma sanitária e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz.

AMARANTE, P., PITTA, A. e FERREIRA DE OLIVEIRA, W. (Org.). Patologização e Medicalização da vida: Epistemologia e Política. São Paulo: Zagodoni, 2018.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (ABDA). **TDAH**. <<http://www.tdah.org.br/br/sobre-tdah/tratamento.html>> Acesso em: 20 de março de 2018.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (ABDA). **Entenda o TDAH**. <<http://www.tdah.org.br/br/artigos/textos/item/964-entenda-o-tdah-nos-crit%C3%A9rios-do-dsm-v.html>> Acesso em: 13 de março de 2018.

BARBARINI, T. de A. **O controle da infância**: caminhos da medicalização. 2011. 192f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

_____. Sob a Tutela do Biopoder: crianças com TDAH. *Estud. sociol. Araraquara* v.19 n.36 p.221-238 jan.-jun. 2014.

BUARQUE, Aurélio. **Dicionário da Língua Portuguesa**. 5ª ed. Brasil: Editora Positivo. 2010.

CARDOSO, T. A arte de governar na filosofia de Michel Foucault: o biopoder, o inimigo e o racismo. Dissertação (Mestrado em Filosofia), Programa de PósGraduação em Filosofia — PPGFilo da Área de Ciências Humanas da Universidade do Vale do Rio dos Sinos — UNISINOS, São Leopoldo/RS, 2008.

CAVALCANTE, CINTHIA MENDONÇA. Cuidado de crianças com diagnóstico de TDA/H: articulações entre família, escola e profissional de saúde mental. Tese de Doutorado. Curso de Doutorado em Saúde Coletiva em Associação Ampla. IES UECE/UFC/UNIFOR. FORTALEZA, 2012.

COSTELLO, E. Jane. **A Epidemia disseminada entre crianças**. p. 225-254. In: WHITAKER, Robert. Anatomia de uma epidemia: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

DECOTELLI, Kely Magalhães; BOHRE, Luiz Carlos Teixeira & BICALHO, Pedro Paulo Gastalho de. A droga da obediência: medicalização, infância e biopoder: notas sobre clínica e política. *Psicol. Cienc. Prof.* [online]. vol.33, n.2, pp.446-459. 2013.

DICIONÁRIO ONLINE DE PORTUGUÊS. **Nosografia**. Porto: 7Graus, 2018. <<https://www.dicio.com.br/nosografia/>> Acesso em: 29 de novembro de 2018.

IORE, Mariana de Araújo. Medicalização do corpo na infância - Considerações acerca do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade; *Clio-Psyché – Programa de Estudos e Pesquisas em História da Psicologia; Mnemosine* Vol. 1, n. 1 (2005).

INSTITUTO PAULISTA DE DÉFICIT DE ATENÇÃO. **Déficit de Atenção**. <<http://www.dda-deficitdeatencao.com.br/artigos/tdah-alimentacao.html>> Acesso em: 20 de março de 2018.

KAMERS, Michele. A fabricação da Loucura na infância: psiquiatrização do discurso e medicalização da criança. **Estilos Clínicos**, São Paulo, v.18, n. 1, abr. 2013.

LACET, CRISTINE COSTA, A escuta da criança e seu corpo frente ao diagnóstico de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). Instituto de psicologia da universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

LIMA, Rossano Cabral. **Somos todos desatentos? O TDA/H e a Construção de Bioidentidades**. Rio de Janeiro: RelumeDumará, 2005. (Conexões; 24).

LIMA, R. C. A construção contemporânea de bioidentidades: um estudo sobre o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (tdah/). Dissertação de Mestrado – IMS/UERJ, 2004.

MARTINS, Anderson Luiz Barbosa. Biopsiquiatria e Bioidentidade Política da Subjetividade Contemporânea. Ministério da Saúde Fundação Oswaldo cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Sub-Área: Planejamento e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde. Rio de Janeiro, Março de 2005.

MARTINS, Fernanda. **O que é medicação? A verdade que nunca te contam: Conversando sobre psicofármacos. Minas Gerais: Dez, 2016.**
<[https://opsicologoonline.com.br/medicalizacao/.](https://opsicologoonline.com.br/medicalizacao/)> Acesso em: 10 mar 2018.

GLOBO NEWS. Matéria do Globo News no dia 12 de novembro de 2010, recuperado no em junho de 2011
<<https://www.youtube.com/watch?v=MTFOb2bLjLA&feature=related>> Acesso em: 10 de dezembro de 2018.

OPAS. OMS divulga nova Classificação Internacional de Doenças (CID 11), 2018. Disponível em:
https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5702:oms-divulga-nova-classificacao-internacional-de-doencas-cid-11&Itemid=875. Acesso em 10/10/2019.

PANI, Sabrina Gasparetti Braga; SOUZA, Marilene Proença Rebello de. Da medicalização à multideterminação da queixa escolar: o caso TDAH. In: *Patologização e medicalização da vida: epistemologia e política*[S.l: s.n.], 2018.

PORTOCARRERO, V. Retratos de Foucault. Rio de Janeiro: Nau, 2000.

RÁDIO E TV RECORD. **Brasil é o segundo maior consumidor mundial de remédio para déficit de atenção e hiperatividade** - Saúde - R7. 16 de maio de 2019.

REVISTA TIME. **Young and Bipolar**. US: Aug. 2002. 10. Vol 120 (nº 8).

REVISTA VEJA. **Número de crianças diagnosticadas com TDAH aumentou 66% em dez anos nos EUA.** Brasil: ed Veja. . Mar, 2012.<<https://veja.abril.com.br/saude/numero-de-criancas-diagnosticadas-com-tdah-aumentou-66-em-dez-anos-nos-eua/>>Acesso em: 25 de julho de 2018.

REZENDE, Eduardo de. **TDAH- A História completa do TDAH que você não conhecia.**Brasil: 2017. (PsicoEdu)<<https://www.psicoedu.com.br/2016/11/historia-origem-do-tdah.html>>Acesso em: 28 de junho de 2018.

SANCHES, Valéria Nogueira Leal. Estudo sobre o processo de medicalização de crianças no campo da saúde mental em um serviço de atenção básica no município do Rio de Janeiro: s.n., 2010. 208 f., il.

SANTOS, Regina Célia. **Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e medicalização na infância: uma análise crítica das significações de trabalhadores da educação e da atenção básica em saúde.** Botucatu: mar,2017.<<https://repositorio.unesp.br/handle/11449/150123>> Acesso em: 20 de março de 2018.

SOALHEIRO, N.; MOTA, F. **Medicalização da vida: doença, transtornos e saúde mental.** Rio de Janeiro. Rev. Polis e Psique, 2014;(2); 65-85.

VIEIRA, Ana Rosa Bulcão. Organização e saber psiquiátrico. Revista de Administração de Empresas, Rev. adm. empres. vol.21 no.4 São Paulo Oct / Dec. 1981.

ZANELLA, Michele & Luz, H.H. Medicalização e saúde mental: Estratégias alternativas. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental n.15. Porto, jun. 2016.