

UFRRJ
UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS – GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA –
PPGPSI

DISSERTAÇÃO

OS PROCESSOS DE MEDICALIZAÇÃO DA INFÂNCIA E O USO
DE PSICOTRÓPICOS POR CRIANÇAS: UMA REVISÃO DA
LITERATURA

CÁTIA BATISTA TAVARES

2019



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS – GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA –
PPGPSI

OS PROCESSOS DE MEDICALIZAÇÃO DA INFÂNCIA E O USO
DE PSICOTRÓPICOS POR CRIANÇAS: UMA REVISÃO DA
LITERATURA.

CÁTIA BATISTA TAVARES

Sob a orientação da professora
Dr^a Luna Rodrigues Freitas Silva

Dissertação submetida como requisito
parcial para obtenção do grau de
Mestre em Psicologia, no Programa
de Pós-graduação em Psicologia da
Universidade Federal Rural do Rio.

Seropédica, RJ
Dezembro de 2019

Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Biblioteca Central / Seção de Processamento Técnico

Ficha catalográfica elaborada
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

T231p Tavares, Cátia Batista, 1975-
Os processos de medicalização da infância e o uso de
psicotrópicos por crianças: uma revisão da literatura /
Cátia Batista Tavares. - Rio de Janeiro, 2019.
109 f.

Orientadora: Luna Rodrigues Freitas, Silva.
Dissertação (Mestrado). -- Universidade Federal Rural
do Rio de Janeiro, Psicologia - PPGPSI/IE, 2019.

1. medicalização infantil. 2. psicotrópicos. 3.
crianças. I. Silva, Luna Rodrigues Freitas, 1980-,
orient. II Universidade Federal Rural do Rio de
Janeiro. Psicologia - PPGPSI/IE III. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA - PPGPSI

CÁTIA BATISTA TAVARES

Trabalho apresentado como parte dos requisitos necessários ao Mestrado
em Psicologia.

APROVADA EM 19 / 12 / 19

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Luna Rodrigues Freitas
Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro - UFRJ

Prof. Dra. Lilian Miranda
Escola Nacional de Saúde Pública- Fiocruz

Prof. Dra. Rosane Braga de Melo
Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro - UFRJ

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, como parte de minha subjetividade, que me proporciona momentos de paz e de calma mesmo diante de adversidades.

Agradeço aos meus familiares, que como minha base, contribuem constantemente para minhas conquistas e aprendizado, se dedicando a mim através de seus ensinamentos e afetos. Obrigada aos meus pais Aldemir e Fátima, irmãs Zuleica e Flávia, sobrinhos Nathan e Sophia, e a minha amada filha Tayná. Amo vocês!

Agradeço aos meus queridos Mestres “ruralinos”, que desde a graduação despertaram em mim o desejo pelo ensino e pesquisa. Cada um deles tem participação na construção de meu profissionalismo, os tenho como parte de minha referência na vida acadêmica e profissional.

Agradeço, em especial, a minha orientadora Dr^a. Luna Rodrigues Freitas, que com muita competência e dedicação construiu novos olhares, ampliou discussões e me faz repensar paradigmas. Nossa troca foi fundamental para a construção desse trabalho que me encanta a cada leitura feita.

Agradeço aos membros da banca examinadora de qualificação e de defesa dessa pesquisa: Dr^a. Lilian Miranda, Dr^a. Rosane Mello, Dr^a. Deborah Uhr e Dr^a. Fernanda Canavêz, que enriqueceram minha pesquisa com suas contribuições.

As minhas amigas e amigos pelos momentos de parceria, alegria, amparo e paciência diante de algumas impossibilidades de encontros com meu investimento no mestrado.

Quero ressaltar que, o presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001. E assim, agradecê-los pelo incentivo à pesquisa brasileira.

Por fim, a todos aqueles que contribuíram, direta ou indiretamente, para a realização dessa dissertação de mestrado, o meu sincero, agradecimento.

The End? Nada!

É apenas o início de um novo ciclo.

Afetuosamente,

Cátia Tavares

RESUMO

TAVARES, Cátia Batista. **Os processos de medicalização da infância e o uso de psicotrópicos por crianças: uma revisão da literatura.** 2019. 109 p. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Instituto de Educação, Programa de Pós-Graduação em Psicologia – PPGPSI, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Seropédica, 2019.

A medicalização escamoteia questões políticas, econômicas, sociais, culturais e afetivas, redescrevendo-as como fenômenos individuais e biológicos. Trata-se de um processo de transformação de problemas anteriormente não considerados “médicos” em problemas médicos, que passam a ser tratados e definidos como transtornos ou doenças. A infância se tornou um alvo constante dos processos de medicalização, de modo que se observa o surgimento de novas categorias diagnósticas aplicadas a essa faixa etária e um aumento vertiginoso no consumo de psicotrópicos. O estudo tem por **objetivo geral** analisar os processos de medicalização infantil e mapear os debates sobre o uso de psicotrópicos entre crianças na literatura brasileira. Como **objetivos específicos**: 1) compreender o conceito de medicalização, discutindo suas diferentes perspectivas; 2) analisar a história, os discursos e as ações medicalizantes dirigidas a crianças, destacando o surgimento dos diagnósticos psiquiátricos e uso de psicotrópicos nessa faixa etária; 3) realizar uma revisão bibliográfica referente ao tema na literatura brasileira. Foi utilizada a abordagem qualitativa como estratégia **metodológica** para a realização de um estudo teórico que compreendeu revisão conceitual e pesquisa bibliográfica nas plataformas de dados Scielo e BVS. Foram selecionados 32 artigos para análise, que foram interpretados segundo o seu conteúdo. Os **resultados** foram agrupados em três categorias: a escola como mola propulsora dos processos de medicalização; as demandas apresentadas nos serviços de saúde; e as estratégias de resistência e iniciativas inovadoras de desmedicalização. A medicalização da infância foi associada à escola ou às dificuldades de aprendizagem, sendo apresentada através da tríade relacional escola/TDAH/psicotrópicos. O metilfenidato foi o medicamento mais citado nas pesquisas, revelando um uso banalizado entre crianças em idade pré-escolar e em processo de alfabetização. A escola se apresentou como uma mola propulsora que movimenta e impulsiona a busca por diagnósticos que possam explicar o fracasso educacional, associando os comportamentos indisciplinados e as dificuldades de aprendizagem a desvios e patologias. Essa demanda apresentou-se por meio de encaminhamentos recorrentes aos serviços de saúde, resultando em uma relação disfuncional entre a educação e a saúde, que reproduz o modelo biomédico com o predomínio de diagnósticos psiquiátricos e prescrição de psicotrópicos. Nesse processo a relação de pais, professores e especialistas apareceu como um campo de conflitos e disputas, sem espaço de escuta para a criança. Ainda assim, algumas possibilidades de resistência e iniciativas inovadoras de desmedicalização foram mapeadas na literatura e merecem atenção, evidenciando o campo de disputas e movimentações que caracteriza os processos de medicalização. **Conclui-se** que os setores de educação e saúde estão diretamente implicados com a produção e reprodução da medicalização infantil, refletindo possíveis desvios de função e possibilidades reduzidas de cuidado. A análise da literatura evidenciou que o cenário da educação vem sendo amplamente discutido, mas ainda investe-se pouco em pesquisas que abordem o tema nos serviços de saúde. A velocidade que o fenômeno ganhou em poucas décadas reforça a importância da temática da presente pesquisa, não só na lógica da resistência, mas na contribuição ética e conceitual, e indica a necessidade de novos estudos, especialmente dirigidos ao campo da saúde.

Palavras-chave: medicalização infantil; psicotrópicos; crianças.

ABSTRACT

TAVARES, Cátia Batista. **The medicalization processes of childhood and the use of psychotropics by children: a literature review.** 2019. 109 p. Master Thesis in Psychology. Institute of Education, Postgraduate Program in Psychology - PPGPSI, Federal Rural University of Rio de Janeiro, Seropédica, 2019.

Medicalization masks political, economic, social, cultural and affective issues, rewriting them as individual and biological phenomena. It is a problem transformation which was not previously considered “medical” into medical problems, they are now treated and defined as disorders or diseases. Childhood has become a constant target of medicalization processes, so is an emergence of new diagnostic categories applied to this age group and a dizzying increase in the consumption of psychotropic drugs. The study aims to analyze child medicalization processes and map the debates on the use of psychotropic drugs among children in the Brazilian literature. As specific objectives: 1) understand medicalization concept, discussing its different perspectives; 2) analyze the history, discourses and medicalizing actions directed at children, highlighting the emergence of psychiatric diagnoses and use of psychotropic drugs in this age group; 3) carry out a bibliographic review regarding the theme in Brazilian literature. The qualitative approach was used as methodological strategy for the accomplishment of a theoretical study that included conceptual review and bibliographic research in the Scielo and VHL data platforms. We selected 32 articles for analysis, which were interpreted according to their content. The results were grouped into three categories: the school as a driving force of medicalization processes; the demands presented in health services; and strategies resistance and innovative de-medicalization initiatives. Childhood medicalization was associated with school or learning disabilities and it was presented through the relational school / ADHD / psychotropic triad. Methylphenidate was the most cited drug in the research, revealing a trivial use among preschool age children and in literacy process. The school presented itself as a driving force that drives and drives the search for diagnoses that can explain educational failure, associating unruly behaviors and learning difficulties with deviations and pathologies. This demand was presented through recurring referrals to health services, resulting in a dysfunctional relationship between education and health, which reproduces the biomedical model with psychiatric diagnoses predominance and psychotropic drugs prescription. In this process the relationship of parents, teachers and specialists appeared as a field of conflicts and disputes, with no listening space for the child. Still, some resistance possibilities and innovative de-medicalization initiatives have been mapped in the literature and they deserve attention, highlighting the field of disputes and movements that characterize the medicalization processes. It is concluded that education and health sectors are directly involved with production and child medicalization reproduction, reflecting possible function deviations and reduced care possibilities. The literature analysis showed that the education scenario has been widely discussed, but little is invested in research that addresses the issue in health services. The speed that the phenomenon gained in a few decades reinforces the theme importance of the present research, not only in logic resistance, but in the ethical and conceptual contribution, and indicates the need of further studies, especially the ones to the health field.

Keywords: infantile medicalization; psychotropic drugs; children.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1: Resultado das combinações entre os descritores.

Quadro 2: Descrição da Revisão Bibliográfica realizada no ano de 2018.

Gráfico 1: Quantidade de publicações por ano .

Quadro 3. Metodologias utilizadas nos trinta e dois artigos encontrados.

Quadro 4: Reações adversas do metilfenidato encontradas no bulário eletrônico.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	9
1. CAPÍTULO I - Medicalização: aspectos históricos e definição conceitual	14
1.1 A formação da medicina moderna: „escarafunchando“ a medicalização.	15
1.2 O conceito da medicalização na contemporaneidade	20
1.3 Medicalização e Psiquiatria.....	26
2. CAPÍTULO II - A infância como alvo privilegiado dos processos de medicalização.....	34
2.1 Conceito de infância e o início da medicalização nos lares	35
2.2 A constituição da psiquiatria infantil e os transtornos da infância.....	39
2.3 Psicofarmacologia e a explosão de diagnósticos infantis	45
3. CAPÍTULO III - Mapeando a medicalização infantil e o uso de psicotrópicos entre crianças na literatura brasileira	58
3.1 Descrição sistemática e categorização da Revisão Bibliográfica.....	58
3.2 Dados Epidemiológicos sobre os estudos de utilização do metilfenidato e suas possíveis consequências colaterais.....	64
3.3 A escola como mola propulsora no processo da medicalização.....	71
3.4 Demandas apresentadas nos serviços de saúde	81
3.5 Desmedicalização: estratégias de resistência e iniciativas inovadoras	89
CONSIDERAÇÕES FINAIS	99
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	105

INTRODUÇÃO

As questões que fundamentam a escrita do presente projeto estão atreladas ao saber científico, mais especificamente ao saber/poder biomédico, que tem expandido suas intervenções para áreas que originalmente não competiam à medicina. Tal expansão vem se dando principalmente por meio de propostas de ações medicamentosas como respostas para os sofrimentos cotidianos, transformando fenômenos socioculturais e político-econômicos em questões individuais e biológicas. Essa questão tem inquietado e gerado questionamentos não só entre os profissionais da saúde mental, como também entre pesquisadores de diversas áreas, visto que a medicalização da vida tem sido considerada um fenômeno que interfere na construção de conceitos, afetos e hábitos, impactando a produção das subjetividades e as ações sociais.

A sociedade contemporânea vive um processo crescente de medicalização de todas as esferas da vida, por meio do qual, sujeitos buscam nomear dores, alegrias, prazeres, afetos, conflitos e demais experiências através de diagnósticos psiquiátricos. Nesse contexto, nos deparamos com uma demanda e com uma oferta que traz supostas respostas para todas as questões da vida. Observa-se, nesta situação a participação decisiva da ciência biomédica, que traduz a vida em siglas e códigos, com forte tendência patologizante.

Será que a era da “Indústria da loucura”, quando foram construídos grandes manicômios visando os lucros sustentados por recursos públicos, está sendo transformada de maneira sutil, mas muito devastadora, na era da Indústria farmacêutica? Sutil, por não tratar de sujeitos enclausurados em manicômios com grades e muros, mas sujeitos enclausurados em “manicômios mentais” (PELBART, 1990), no sentido de padronização de subjetividades em nome de uma razão compartilhada.

As inquietações referentes ao tema dessa pesquisa foram surgindo durante minha formação profissional, atravessada pela saúde mental, pela psicanálise e pelas pesquisas no campo da saúde pública. O desejo de discutir o fenômeno da medicalização se intensificou a partir da experiência vivenciada em escolas públicas, como pedagoga, e da prática profissional como psicóloga em um serviço multidisciplinar de atendimento a crianças. Nesses contextos de saúde e educação, me deparava com inúmeros casos diagnosticados como transtornos mentais, de desenvolvimento, de conduta, de aprendizagem, entre muitos outros. Junto com o excessivo número de

psicodiagnósticos, presenciava cotidianamente uma naturalização do uso de psicotrópicos entre as crianças, iniciado a partir dos três anos de idade e, em alguns casos, com mais de um medicamento.

Estas demandas chegavam à clínica através de diversos atores sociais, como escolas, familiares, médicos e outros profissionais da saúde. A criança agressiva, teimosa e avessa às regras transforma-se em um sujeito com o Transtorno Opositor Desafiador (TOD), a criança tranquila demais, tímida, desligada ou distraída pode ter o Transtorno de Déficit de Atenção (TDA), já o inquieto, agitado e impulsivo, diagnóstico “certeiro” de Transtorno de Hiperatividade (TDAH), além dos já famosos Transtornos Específicos de Aprendizagem (TEAp), como dislexia, discalculia e disgrafia. Essa inquietação vivenciada na prática profissional e também nas relações sociais e interpessoais me instigou a compreender o que estava por trás dessa demanda medicalizante, em que sofrimentos cotidianos e variações da norma social vigente precisam ser contidos pela psicofarmacologia ou classificados através de doenças, distúrbios ou transtornos.

Para compreender esse fenômeno, faz-se necessário especificar o conceito de medicalização. Zorzanelli, Ortega, Bezerra Jr. (2014) analisam a pertinência do conceito e fazem um panorama sobre as variações em torno dele entre os anos de 1950 a 2010. Os autores criticam a excessiva generalidade com que o termo tem sido utilizado, fazendo com que perca sua acurácia analítica. Ainda que o conceito transite por diversas esferas, os sentidos a ele atribuídos precisam ser especificados segundo a ocasião de sua utilização, para que não haja uma perda de precisão teórica que prejudique sua utilidade para a análise social. Em concordância com os autores, o presente trabalho irá se pautar no conceito de medicalização do sociólogo Peter Conrad, que há mais de três décadas vem discutindo as transformações de condições inerentes à existência humana em doenças ou transtornos tratáveis.

Conrad (1992; 2007) entende a medicalização enquanto processo de transformação de problemas anteriormente não considerados “médicos” em problemas médicos, que passam a ser tratados e definidos como transtornos ou doenças. Para o autor, a medicalização é um processo complexo, irregular, não linear, não unidirecional, que envolve vários atores e é protagonizado por diferentes grupos sociais. Esses atores sociais se engajam em uma interação complexa, onde o sujeito medicalizado tem, em muitos casos, um papel ativo. Nesse sentido, Zorzanelli, Ortega e Bezerra Jr. (2014, p.

1862) afirmam existir um “desejo entre indivíduos e grupos de que a medicina faça uso de seu poder”.

Diferente de Conrad, que acredita na irregularidade da medicalização, de modo que alguns comportamentos e grupos sociais são potencialmente mais medicalizáveis do que outros, como as crianças, para Illich, todas as idades, sexos, variações de capacidade intelectual ou a cor da pele são medicalizáveis. Para o autor, o “imperialismo médico” é o principal responsável pelo processo de medicalização, e a verticalidade do processo, realizado de cima para baixo, oprime e gera dependência nos indivíduos, tirando-lhes a autonomia. Para Illich (1975, p. 51) “o consumidor de cuidados da medicina torna-se impotente para curar-se ou curar seus semelhantes”.

Tal interpretação difere da de Foucault (1979), que descreveu a medicalização como um poder multidirecional, produzindo saberes e realidades, e não apenas reprimindo. Para o autor, a saúde se converteu em um objeto de intervenção médica, e tudo que envolve uma “boa saúde”, como a salubridade da água, as condições de moradia ou o regime urbanístico, passou pelo poder autoritário do médico, com funções normalizadoras que vão além da existência das doenças e da demanda do doente. Para Gaudenzi e Ortega (2012) ainda que Foucault não tenha utilizado o termo medicalização sistematicamente, ele faz referência ao processo quando aponta para a constituição de uma sociedade onde o indivíduo e a população são entendidos e manejados por meio da medicina.

Ao considerar a atual conjuntura, em que o fenômeno da medicalização tem se ampliado e intensificado, tomando proporções preocupantes, é preciso reiterar a pertinência e a necessidade de se analisar questões inerentes à vida social, como condutas diferentes do padrão normativo imposto socialmente, ou questões políticas e econômicas que têm se transformado, indiscriminadamente, em doenças ou transtornos. Com isso, sujeitos se tornam consumidores da saúde, iniciando-se cada vez mais cedo no uso excessivo de psicotrópicos, além de necessitarem de acompanhamento, por vezes longo, com diversos especialistas.

Nesse sentido, o cuidado à criança, alvo constante da medicalização, pode ser reduzido às propostas terapêuticas medicamentosas, que tendem a desconsiderar o sintoma como forma de expressão singular do sujeito, além de desconsiderar as repercussões do uso de psicotrópicos na constituição subjetiva infantil. Perante essas propostas terapêuticas, as experiências de vida acabam sendo ressignificadas por meio

de um transtorno psiquiátrico, e com isso as crianças podem ter seus destinos precocemente rotulados, marcados e traçados pelo diagnóstico. É preciso ratificar que a ideia desse trabalho não é construir um discurso contra a medicina e sua cientificidade, nem tampouco contra o avanço tecnológico e farmacológico que trazem benefícios a diversos problemas de saúde e de doença. A discussão do presente trabalho diz respeito a um fenômeno que escamoteia questões políticas, econômicas, sociais, culturais e afetivas, transformando-as em doenças, transtornos ou distúrbios, ou seja, redescreve acontecimentos complexos e macro como acontecimentos individuais e biológicos.

Deste modo, buscaremos analisar o fenômeno da medicalização, sem demonizar o uso dos psicotrópicos, pois existem vários exemplos de ações de cuidado e de transformação no cenário de tratamentos terapêuticos propiciados pelos medicamentos. A utilização dos psicotrópicos foi essencial para as propostas de desinstitucionalização, ao promover a diminuição da intensidade de sintomas psicóticos ou a sua remissão em pacientes adultos institucionalizados, contribuindo para a construção de novas terapêuticas. Do mesmo modo, o uso de psicotrópicos se mostrou importante no campo da atenção a crianças autistas e psicóticas graves, que passaram longos períodos institucionalizadas ou restritas ao confinamento doméstico, sem possibilidade de interação social, inclusão nas escolas ou circulação pela cidade.

O que está em questão é o rumo que tem se tomado com o uso desenfreado dessas substâncias na sociedade. Diante do mal-estar subjetivo na contemporaneidade, a medicalização tem tomado proporções desastrosas, tanto no âmbito intersubjetivo, como social e ambiental. Logo, o aumento mundial no uso de psicotrópicos deflagra a necessidade de uma análise cautelosa, em que uma reflexão ética é inevitável e imprescindível. Para justificar a importância desse tipo de análise e pesquisa consideramos o aspecto ético a principal questão norteadora dessa dissertação, pois ao falar do lugar de profissional que tem o psicodiagnóstico como a principal ferramenta técnica e do lugar idealizado no imaginário social, facilmente somos atravessados por esse fenômeno e capturados para enxergar a vida através da lente dos diagnósticos.

O crescente número de especialistas que adotam o modelo biomédico e pautam suas prescrições de cuidados em saúde mental em códigos e siglas, para se reportar a sintomas e enquadrar o sujeito em uma ou mais categorias diagnósticas, tem contribuído para o fortalecimento da medicalização, sem ao menos considerar a complexidade que o envolve. A análise desse fenômeno em conjunto com a investigação do modo como os

psicotrópicos vem sendo consumidos por crianças também constrói novas formas de resistências, como lembra Foucault.

O presente estudo tem por objetivo geral analisar os processos de medicalização infantil e mapear os debates sobre o uso de psicotrópicos entre crianças na literatura brasileira. Como objetivos específicos, pretendemos: 1) compreender o conceito de medicalização, discutindo suas diferentes perspectivas; 2) analisar a história, os discursos e as ações medicalizantes dirigidas a crianças, destacando o surgimento dos diagnósticos psiquiátricos e o uso de psicotrópicos nessa faixa etária; 3) realizar uma revisão bibliográfica das publicações referentes ao tema na literatura brasileira.

A presente pesquisa utilizará a abordagem qualitativa como estratégia metodológica. Trata-se de uma “pesquisa social em saúde”, que segundo Minayo, é um tipo de pesquisa que investiga o ser humano em sociedade, suas relações, instituições, história e produção simbólica, com enfoque no “fenômeno saúde/doença, representados por vários atores que atuam no campo, desde instituições políticas e de serviços a profissionais e usuários” (MINAYO, 2006, p. 47). O estudo teórico compreenderá uma revisão conceitual sobre a noção de medicalização e suas estratégias e práticas dirigidas à infância. O segundo momento, será constituído de uma pesquisa bibliográfica sobre as produções brasileiras referentes ao consumo de psicotrópicos entre crianças, realizada nas bases de dados “*Scientific Electronic Library Online*” (Scielo) e “Biblioteca Virtual em Saúde” (BVS).

No primeiro capítulo, será realizada uma revisão conceitual para compreender os aspectos históricos da medicalização, partindo da análise foucaultiana sobre a formação da medicina moderna no século XVIII, até o conceito estudado por sociólogos e pesquisadores contemporâneos, finalizando com a discussão sobre os processos de medicalização e sua relação com a Psiquiatria. O segundo capítulo, irá introduzir e situar o conceito de infância, sua construção sociocultural e o processo inicial da medicalização nos lares. Discutiremos a infância como alvo privilegiado dos processos de medicalização, a constituição da psiquiatria infantil, o surgimento dos transtornos da infância, e a explosão recente desses diagnósticos. Já no terceiro capítulo, será destrinchada a revisão bibliográfica que mapeia o uso de psicotrópicos entre crianças na literatura brasileira, trazendo dados epidemiológicos, categorização dos achados, análise da literatura especializada, bem como a discussão dos resultados encontrados correlacionando com os capítulos anteriores.

1. CAPÍTULO I - Medicalização: aspectos históricos e definição conceitual.

Existem muitas controvérsias inerentes ao fenômeno da medicalização, o que reforça a importância de se debater-lo como ferramenta teórica utilizada nos diversos campos da saúde coletiva, da antropologia médica e da sociologia da saúde. As concepções teóricas que abordam o fenômeno medicalização trazem diferenças entre si, diferenças não excludente, mas que precisam ser esclarecidas para uma melhor apropriação. Vários autores questionam o uso genérico do conceito medicalização, e acreditam que essa temática tem vertentes fortes e ao mesmo tempo frágeis, e que devem ser discutidos e analisados em busca de uma precisão teórica para evitar equívocos e potencializar o conceito. Por vezes, a discussão sobre a medicalização se restringe à descrição ou crítica ao poder médico, ou tem uma utilização excessivamente abrangente. Assim, devido a sua pluralidade, faz-se necessário romper com uma dimensão monolítica e homogênea do conceito, pois tal imprecisão teórica, apontada por alguns autores, ofusca as vantagens de seu uso (ZORZANELLI, ORTEGA & BEZERRA Jr. 2014; CARVALHO et al., 2015; ZORZANELLI & CRUZ, 2018).

Ao iniciar uma análise sobre a medicalização, é importante conhecer o contexto histórico em que ela está inserida. Nessa temática, um autor que teve grandes contribuições, com seu jeito único de fazer pesquisa, foi Michael Foucault, psicólogo e filósofo da contemporaneidade com muita relevância acadêmica, responsável por novas discussões na análise do poder e da história e que participou como conferencista em diversos países do mundo, inclusive no Brasil. Para Foucault, fazer pesquisa não era meramente a transmissão de conteúdos, e sim, escarafunchar; ventilar certos números de coisas; ter ideias; intercâmbios; contatos; perguntas e trocas coletivas. O autor ressalta a beleza dessa forma de pesquisar, onde os saberes são desencavados através de análises arqueológicas e não mera narrativa história (FOUCAULT, 1999/2002).

Seus conceitos defendidos em suas obras „A história da loucura“, „Em Defesa da Sociedade“, „Vigiar e Punir“, „O Nascimento do Hospital“, „Doença Mental e Psicologia“ têm contribuído para a compreensão da construção do saber/poder médico, na qual a medicina se torna uma estratégia de saber e poder que envolve diversos interesses no campo social. Para Foucault (1979), poder e conhecimento estão vinculados e são usados como uma forma de controle social por meio de instituições sociais.

1.1. A formação da medicina moderna: „escarafunchando” a medicalização.

Para „escarafunchar” - em uma apropriação do termo de Foucault - o fenômeno medicalização, é fundamental conhecer a formação da sociedade moderna, ocorrida na Europa, no final do século XVIII, com a participação ativa da medicina. A discussão sobre o estabelecimento dos processos de medicalização na sociedade foi tratada por Foucault em sua obra „O nascimento da medicina social”, em 1979, onde o autor faz uma análise do nascimento da medicina moderna, no final do século XVIII, como uma medicina social. Foucault desconstrói a ideia de que a medicina era individual, pois seu único aspecto individualista seria a valorização das relações médico-doente, diferente da medicina medieval que era do tipo individualista e com dimensões coletivas discretas e reduzidas. Foucault discordava da ideia de que a medicina antiga - grega e egípcia - fossem medicinas sociais ou coletivas (FOUCAULT, 1979).

Foucault não discutiu o tema “medicalização” em si, como conceito, mas como uma consequência inevitável dos processos de transformação social que cria a medicina moderna e ao mesmo tempo se submete a ela. Ainda que Foucault não tenha utilizado o termo medicalização sistematicamente, ele faz referência ao processo quando aponta para a constituição de uma sociedade onde o indivíduo e a população são entendidos e manejados por meio da medicina (GAUDENZI & ORTEGA, 2012). Essa medicalização, implícita nas obras de Foucault, além de estar ligada ao processo de medidas coletivas do Estado e às práticas de salubridade na contenção e controle das doenças, também se refere “a impossibilidade de descrever experiências com o corpo humano que não passem, em algum sentido, pelo saber médico” (ZORZANELLI, ORTEGA & BEZERRA Jr., 2014, p. 1861).

Foucault analisa a medicalização como sistema biopolítico surgido no contexto europeu no fim do século XVIII e início do século XIX, no processo de constituição do Estado-nação. Foi também nessa virada de século, com o desenvolvimento do capitalismo, que o corpo foi socializado, e a sociedade capitalista foi controlada através do corpo do indivíduo, biológico e somático. O corpo passa a ser entendido como uma realidade „biopolítica” - termo que será esmiuçado no corpo do trabalho- e a medicina a se configurar como estratégia biopolítica. Aqui o poder deixa de ser majestático, onde o rei decidia quem iria deixar viver, e substitui-se o rei pelo Estado, onde é a lei ou dominação de classe que irá imperar. A partir dos séculos XVII e XVIII muda-se essa

mecânica de poder que se direciona para a gestão e maximização da vida. O Estado regula a população com suas práticas disciplinares através do „biopoder“ - poder sobre a vida - e a medicina se torna o principal aparato do Estado. Foucault chama a atenção para três etapas na formação da medicina social. A medicina de Estado, ocorrida na Alemanha, a medicina urbana, na França, e a medicina da força de trabalho, ocorrida na Inglaterra (FOUCAULT, 1979; 1988).

A medicina de Estado, iniciada e desenvolvida na Alemanha no começo do século XVIII, sob o nome de ciência do Estado, foi um conhecimento que teve por objeto o Estado, um aparelho político com procedimentos pelos quais o Estado extraiu e acumulou conhecimentos para melhor assegurar seu funcionamento. A medicina de Estado, baseada no sanitarismo, não centrava suas ações na contabilidade da mortalidade ou natalidade, pois era um sistema mais completo e centrado na melhoria do nível de saúde da população, conhecida como noção de *Medizinichepolizei*, ou seja, polícia médica. A atuação médica foi exercida em diferentes cidades ou regiões, com observações da morbidade pela contabilidade pedida aos hospitais. Para Foucault (1979), quando a medicina fica a serviço do Estado inicia-se uma normalização da prática e do saber médico e este se torna o primeiro indivíduo normalizado na Alemanha, ou seja, a medicina e o médico são, portanto, o primeiro objeto da normalização. Antes de aplicar a noção de normal ao doente, começa por aplicá-la ao médico.

Foucault (1979) ressalta que um fenômeno parecido, mas com diferentes atores normatizados, ocorreu na França. Primeiro, junto aos instrumentos da indústria militar, com as produções de fuzis, canhões e investimentos em soldados e, em seguida, a França normaliza seus professores, com construções de escolas normais e formações unificadas, enquanto a Alemanha normalizava seus médicos. A medicina e os médicos alemães tinham suas atividades controladas por uma organização administrativa, um departamento especializado no nível de Ministério, que ficava encarregado pelas informações a respeito dos trabalhos prestados e de como era realizado o esquadramento médico da população. Aquilo que Foucault chamou de subordinação da prática médica a um poder administrativo superior, a partir do qual o Governo nomeia médicos em diferentes regiões para exercer sua autoridade através do seu saber ou seu domínio de poder, o saber/poder médico.

Assim, no início do século XIX, isso se torna um projeto adotado pela Prússia, onde uma espécie de pirâmide de médicos, desde médicos distritais a médicos oficiais, se tornam responsáveis por regiões com até cinquenta mil habitantes. A medicina se torna um administrador da saúde. Foucault (1979) deixa claro que essa medicina estatal não estava trabalhando em função do corpo produtor de força de trabalho, mas do corpo dos indivíduos enquanto constituem globalmente o Estado: a força do Estado em seus conflitos econômicos e políticos, uma força estatal que deve ser aperfeiçoada e desenvolvida pela medicina, ou seja, a medicina social. O saber médico estatal se torna organizado, a profissão é normalizada e os médicos se tornam subordinados a uma administração central. Logo, a integração de vários médicos em uma organização médica estatal compõe o fenômeno chamado por Foucault de Medicina de Estado.

A segunda etapa na formação da medicina social, analisada por Foucault, foi a medicina urbana, baseada na urbanização, que ocorreu na França no final do século XVIII que, diferente da ocorrida na Alemanha, não tinha por suporte a estrutura estatal. A cidade crescia desordenadamente e, junto com esse crescimento, o pânico urbano, angústias e medos referentes a esse amontoamento da população urbana. Esse processo de urbanização sem estrutura sanitária gerou a propagação de doenças. Surge, então, a necessidade de um poder político- biopoder- capaz de esquadrihar esta população quanto ao risco de doenças. E a intervenção inicial de urgência foi o modelo médico e político da quarentena, comum na França e em países da Europa, desde o fim da Idade Média. Com uma revista exaustiva que fiscalizava vivos e mortos, a medicina urbana também era uma medicina de exclusão, que medicalizava as pessoas as mandando para longe do convívio geral, “purificando” os que ficavam. Como um método para lidar com o problema o “não saudável” era excluído em nome da suposição de uma purificação. Assim, a medicina vigiava e hospitalizava em nome de uma higienização pública. A preocupação com o espaço urbano gerou mudanças territoriais, e em síntese, a medicina social urbana traz a noção de salubridade através do controle político-científico deste meio (FOUCAULT, 1979).

A terceira etapa na formação da medicina social, analisada por Foucault (1979), foi a medicina da força de trabalho, a medicina dos pobres, do operário, ocorrida na Inglaterra. Foucault ressaltou várias vezes em seu texto que a força de trabalho não foi o primeiro alvo da medicina, e sim, o último. Nessa época, século XVIII, os pobres e operários não eram vistos como perigos à saúde, seu número como habitantes da cidade

era reduzido em comparação com o século seguinte. Eles faziam parte da instrumentalização da vida urbana, como força de trabalho de utilidade pública. Contudo, na metade do século XIX essa situação muda, e os pobres se tornam mais numerosos e perigosos, como reiteram Zorzanelli e Cruz (2018, p. 723) “a população pobre deixou de ser partícipe da urbanização para ser considerado um perigo”.

Foucault (1979) esclarece que isso se deu por razão política, devido às agitações sociais durante a Revolução Francesa e movimentos na Inglaterra com revoltas populares que reivindicavam o pão e a possibilidade de viver. A população proletariada ou plebeia foi contagiada pela cólera em 1832, surgindo novamente medos políticos e sanitários. A partir de agora a medida tomada foi a segregação entre pobres e ricos do espaço urbano, com redistribuição, pelo poder público, do direito da propriedade e da habitação privada. Surge, então, a *Poor Laws* - Lei dos pobres, e o conjunto dessa legislação foi organizado através “de um serviço autoritário, não de cuidados médicos, mas de controle médico da população” (p. 96). Para Foucault é essencialmente na Lei dos pobres que a medicina inglesa começa a tornar-se social, pois com essa Lei aparece,

de maneira ambígua algo importante na história da medicina social: a ideia de uma assistência controlada, de uma intervenção médica que é tanto uma maneira de ajudar os mais pobres a satisfazer suas necessidades de saúde, sua pobreza não permitindo que o façam por si mesmos, quanto um controle pelo qual as classes ricas ou seus representantes no governo asseguram a saúde das classes pobres e, por conseguinte, a proteção das classes ricas. Um cordão sanitário autoritário é estendido no interior das cidades entre ricos e pobres: os pobres encontrando a possibilidade de se tratarem gratuitamente ou sem grande despesa e os ricos garantindo não serem vítimas de fenômenos epidêmicos originários da classe pobre (FOUCAULT, 1979, p. 95).

O mesmo autor apresenta essa realização como problemática, pois a burguesia consegue assegurar sua política e interesses através da legislação médica, uma lei baseada em “assistência-proteção, assistência-controle”, por se tratar de um serviço autoritário, não de cuidados e sim de controle médico populacional. Estes ficam ainda mais intensos e complexos na Inglaterra em 1875 ao ter início o *health service* - serviço de saúde- cuja função era o controle e obrigatoriedade das vacinações; controles de epidemias e doenças perigosas através das declarações das pessoas; localização dos lugares insalubres, intervenção e destruição dos focos. Para Foucault (1979), o *health service* era um complemento da lei dos pobres, ainda que se expandisse coletivamente, o principal foco era a classe pobre. Tais ações suscitaram uma série de reações violentas da população, de resistência popular e de pequenas insurreições anti-médicas, ao exercício do biopoder.

Logo, para Foucault (1979), os três primeiros objetos de medicalização foram o Estado, seguido pela cidade e finalmente os pobres e trabalhadores. O autor enfatiza o biopoder como algo inerente ao processo da medicalização envolto em todas essas etapas de governo junto à população. Mas o que seria o biopoder? Foucault não quis fundar uma teoria sobre o poder, e sim fazer uma análise do poder, ou análises dos poderes. Ele compara a análise do poder ao funcionamento de uma guerra, com combates e enfrentamentos (FOUCAULT, 1999/2002).

O efeito desse poder perpassou épocas e foi apropriado pela ciência como algo soberano sobre a vida, que regula e disciplina os corpos. A principal característica desse poder, diferente do período monárquico, é investir na vida, deixar e fazer viver, e não mais causar a morte. Começou a época de gerir a vida e de desqualificar a morte. Essa nova forma de poder é normatizadora, opera através de normas, e a lei é um dos seus principais aparatos, “uma sociedade normalizadora é o efeito histórico de uma tecnologia de poder centrada na vida” (FOUCAULT, 1988, p. 133).

O poder, para Foucault, é constituído por diferentes dispositivos que se exercem em diferentes níveis da sociedade, em campos e extensões variáveis. O „Poder“ não existe em si mesmo, e sim nas relações de poder, com maneiras díspares, heterogêneas e em constante transformação. O biopoder, poder sobre a vida, se organiza em duas vertentes: a disciplinar, aplicada sobre o indivíduo, e a biopolítica, aplicada sobre o coletivo. Esses dois polos estão interligados por todo um feixe intermediário de relações. O biopoder é exercido através da regulação dos indivíduos, de formas disciplinares aplicadas ao corpo, através da vigilância e das instituições punitivas - a família, a escola, o exército, a polícia, a medicina individual ou administração das coletividades. A biopolítica tem como alvo o conjunto dos indivíduos através de práticas de regulação dos eventos populacionais, como os nascimentos, adoecimentos, índices de mortalidade, etc. Nas estratégias biopolíticas, a população pode ser tanto o alvo como instrumento em uma relação de poder. (FOUCAULT, 1988).

Zorzanelli e Cruz (2018) lembram que o momento em que a medicina adentrou o espaço social tornando o estado, a cidade e a pobreza objetos de interesse e intervenção médica precedeu a explosão do fenômeno da medicalização. Para os autores, a medicina social “preparou o terreno para que o exercício biopolítico da medicalização sem fronteiras fosse possível e efetivo no século XX e perdurasse até o século XXI” (p. 724). No entanto, na atualidade, a intervenção médica mesmo que por vezes ainda

autoritária, não se restringe ao nível da política, pois tem englobado todos os aspectos da vida humana, com modulações específicas, ainda não previstas no saber médico dos séculos XVIII e XIX. Os autores reiteram que, por mais que estes conhecimentos se complementem, eles são distintos na cronologia histórica.

1.2 O conceito da medicalização na contemporaneidade.

A problemática da medicalização na contemporaneidade traz em sua expansão marcas dos processos vivenciados nos séculos anteriores, analisados por Foucault. Porém, a medicalização tal como vem se configurando na sociedade contemporânea ganhou novos contornos e novos atores. A medicina, o papel social dos médicos e, conseqüentemente, o processo de medicalização começam a ser analisados por autores da sociologia, na década de 1970. Entre eles, quatro se destacaram como pioneiros no estudo e na crítica dos processos de medicalização: Szasz, Zola, Illich e Conrad.

O psiquiatra e acadêmico Thomas Szasz, autor dos livros, “O Mito da Doença Mental” e “A Fabricação da Loucura”, escritos nos anos 1970, foi um crítico dos fundamentos morais e científicos da psiquiatria e dos objetivos de controle social da medicina. Para ele, o problema central da psiquiatria está na natureza da doença mental. Szasz considerava o cientificismo uma espécie de secularização da religião, já que esta diminui o seu poder sendo substituída de forma gradativa pela ciência. A função de regulação social, antes considerada como atributo da religião e da lei, passa a ser atributo da medicina que, com sua suposta neutralidade científica, torna-se uma verdade objetiva a avaliar moralmente as condutas e ditar novas formas de se viver. Nessa perspectiva, a religião e a ciência atuam como instituições de controle.

Para Zsasz (1991), a medicalização é a conversão direta de problemas sociais e morais em doenças, em que a expansão dos transtornos psiquiátricos abarca os problemas da vida cotidiana. Segundo ele, essa conduta é uma territorialização, uma expansão e institucionalização da *expertise* psiquiátrica. Zsasz discute o processo de medicalização da sociedade que transforma fenômenos como a loucura, o „homossexualismo“, alcoolismo, pedofilia e outros comportamentos desviantes em fenômenos patológicos medicalizados, que são retirados da ordem política, moral ou existencial. O autor foi uma importante influência no movimento de Reforma Psiquiátrica Italiana.

Outra referência que analisou o fenômeno da medicalização foi o sociólogo Irving Zola, ativista no campo dos direitos das pessoas com deficiência e da sociologia médica. O autor escreveu pela primeira vez sobre a medicalização da sociedade em 1972, com a obra intitulada “*Medicine as an institution of social control*”, em que analisa o processo histórico de transformação da medicina em uma instituição de controle social, assim como o monopólio médico e seus efeitos iatrogênicos - efeitos danosos causados por determinado tipo de tratamento da medicina. Zola (2001) reitera a regulação social realizada pela medicina com sua ciência supostamente neutra e objetiva que também adentra o lugar de avaliador moral, antes atributo da religião e da lei.

O filósofo e teólogo Ivan Illich, embora tenha sido padre, foi crítico implacável de instituições como a igreja, a escola e a medicina moderna. Em 1975, o autor lançou a sua famosa obra “*Nêmesis Médica: A expropriação da saúde*”, com uma série de críticas às instituições da cultura moderna, do lugar da medicina institucionalizada e da sociedade industrial. Illich entende a medicina como um dos grandes poderes modeladores do sujeito moderno que retira sua capacidade de pensar sobre si, e como uma empresa médica que ameaça a saúde. Para o autor, a colonização médica da vida aliena os meios de tratamento, monopolizando e impedindo que o conhecimento científico seja compartilhado. Essa empresa médica transforma sujeitos em consumidores, exercendo “o poder de encher suas vítimas com terapias que elas foram ensinadas a desejar” (ILLICH, 1975, p. 06).

O autor supracitado, difundiu o termo *iatrogênese*, uma palavra grega formada pelos termos *iatros* (médico) e *genesis* (origem) que qualifica a nova epidemia de doenças provocadas pela medicina. A doença iatrogênica engloba todas as condições clínicas das quais os medicamentos, os médicos e os hospitais são os agentes patogênicos, onde o sistema médico, que foi criado para proteger a saúde, paradoxalmente, produz doenças. Illich (1975) divide o conceito de iatrogênese em três categorias: a clínica, a social e a cultural/estrutural. A iatrogênese clínica seria os danos provocados por tratamentos médicos e suas tecnologias com seus efeitos secundários.

A iatrogênese social seria a dependência e a passividade da população junto às prescrições da medicina, disseminando o papel de doente na sociedade, que envolvem três sintomas: a medicalização do orçamento, que mesmo com os altos índices de despesas médicas, o nível de saúde não melhora; a invasão farmacêutica, cujos interesses envolvidos geram um superconsumo perigoso como uma dinâmica específica

da „empresa médica“; e o terceiro sintoma seria o controle social pelo diagnóstico - „etiquetagem iatrogênica“- a medicalização das categorias sociais, onde cidadãos se transformam em categorias de clientes.

E por último a iatrogênese cultural/estrutural, onde a ação da medicalização destrói o potencial cultural das pessoas e das comunidades para lidarem de forma autônoma com a doença, a dor e a morte, causando uma regressão estrutural do nível de saúde. Para Illich, os três níveis de iatrogênese comprometem a autonomia dos indivíduos e os tornam passivos e dependentes diante da autoridade clínica, com regras ditadas sobre a maneira correta de se viver (ILLICH, 1975).

Outra referência contemporânea na análise do processo de medicalização, que terá seu conceito utilizado como base da presente dissertação, é o sociólogo norte-americano Peter Conrad. O autor, há três décadas, vem discutindo as transformações de condições inerentes à existência humana em doenças ou transtornos tratáveis, com obras como “Identificando crianças hiperativas: a medicalização do comportamento desviante (1975, 2004)”; “Desvio e medicalização: da maldade à doença (1980, 1992)”; “Medicalização da sociedade: Sobre a transformação das condições humanas em distúrbios tratáveis (2007)”. Conrad participou do Manual de Sociologia Médica (2000) e das oito edições da “Sociologia da Saúde e Doença: Perspectivas Críticas” (1981–2009). O sociólogo esteve em algumas conferências no Brasil, sendo considerado referência por vários autores e pesquisas internacionais e brasileiras.

A medicalização é entendida por Conrad (1992; 2007) enquanto um processo de transformação de problemas anteriormente não considerados “médicos” em problemas médicos, que passam a ser tratados e definidos como transtornos ou doenças. A medicalização cria e incorpora problemas não médicos ao aparato da medicina e os transforma em patologias. Problemas de origem sociocultural, político-econômicos ou de ordem subjetiva que envolve a existência humana são descritos através da utilização de termos e linguagem médica, obtendo como respostas para tratá-los uma intervenção médica.

Conrad (1992; 2007) pontua a importância de se analisar a medicalização de maneira descritiva e não valorativa, pois é um processo que pode adquirir conotação positiva ou negativa. Para o autor, a medicalização é um processo complexo, irregular, não linear, não unidirecional e protagonizado por diferentes grupos sociais. A difusão da medicalização também é realizada por atores não médicos, onde agentes fora do campo

da medicina e da saúde contribuiriam ativamente para a medicalização. Assim, esse processo não deve ser reduzido ou confundido com o imperialismo médico, visto que, existe uma interação social complexa, envolvendo vários atores, onde o sujeito medicalizado está ativo.

Existem forças sociais e econômicas que impulsionam a medicalização na contemporaneidade, que Conrad (2007) chama de „*engines of medicalization*’ - motores da medicalização. Essas forças que sobredeterminam a prática médica são constituídas através: da dinâmica econômica ligada ao complexo médico-industrial; da nosologia - ramo da medicina que estuda e classifica as doenças - compartilhadas em conjunto com o uso de algum medicamento; e da lógica de consumo como manutenção ou recuperação da saúde. Segundo o autor, as indústrias farmacêuticas e a biotecnologia, companhias de seguros, planos de saúde e o paciente como consumidor tornaram-se as principais forças que promovem a medicalização. Conrad reitera que nada disso opera sem a medicina.

A passagem do século XX para o XXI trouxe novas configurações para o fenômeno medicalização. A segunda metade do século XX foi marcada pela ascensão da biomedicina, da neurociência e da genética molecular, configurando um momento de profunda intensificação da intervenção técnica sobre a vida. Época chamada pelo sociólogo Nikolas Rose (2013) de século técnico, marcado pela produção da “política da vida em si mesma”, com transformações sociais que implicam diretamente em novas construções de subjetividades, modos de subjetivação com atuação sobre si mesmo, em nome da vida ou da saúde.

Para Rose (2013), nesse cenário de transformação e desenvolvimento biotecnológico, a gestão da vida é realizada através do aparecimento de novas tecnologias. Em seu livro “A política da própria vida: biomedicina, poder e subjetividade no século XXI” (2013), o autor faz uma descrição dos avanços nos campos da genética, das tecnologias reprodutivas, da terapia celular, da psicofarmacologia e de outras técnicas e saberes que constituem o mercado de consumo em saúde. A transformação da biomedicina e biopolítica no século XXI é abordada pelo autor, através de cinco linhas de pensamento: molecularização, otimização, subjetificação, *expertise* e bioeconomia. O corpo molar é idealizado e aperfeiçoado pelos padrões normativos, com dietas, exercícios, cirurgias plásticas, autoadministração,

autodiagnostico, autotratamento e, conseqüentemente, a culpabilização diante de resultados negativos.

A biomedicina, como conhecimento que visualiza a vida no nível molecular, assumiu forma desde os anos 1960, ligada a técnicas de experimentação altamente sofisticadas. O laboratório tornou-se um tipo de fábrica para a criação de novas formas de vida molecular. A biomedicina contemporânea não busca simplesmente a cura das doenças manifestadas, mas visa o controle dos processos vitais do corpo e da mente com suas tecnologias de otimização. A predisposição e o risco se tornam os modos de se pensar a saúde na contemporaneidade, sendo herdeiros das antigas crenças em torno das noções de degenerescência e predisposição genética, que marcaram os séculos XVIII e XIX (ROSE, 2013).

Rose (2013) resume a política da vida atual como marca da tecnologização e capitalização da medicina, com uma dependência de equipamentos tecnológicos sofisticados e caros, que se tornam um campo para cálculos de lucro corporativo. A pesquisa biológica e aplicada tornou-se área importante para a atividade corporativa e para geração de valor para acionistas. Nesse contexto, a vitalidade humana passa pelo nível molecular, pela inovação técnica, pela exploração econômica e pela bioeconomia, altamente competitiva. A vitalidade é maximizada e incrementada através do uso da medicina, das biociências, dos fármacos e das práticas alternativas medicinais.

O século XXI é marcado por uma nova biopolítica, que Rose (2013) chama de neuropolítica, onde as tecnologias da subjetividade também se tornaram neuronais, sujeitos “si-mesmos neuroquímicos”. Com um novo sentido de si-mesmos, desenvolvendo novas capacidades de intervir na mente através da manipulação do cérebro. A prática do biopoder contemporâneo é encontrada nas novas formas de autoridade: o governo biomédico dos si-mesmos somáticos, atualmente não mais movidos por políticos, profissionais ou especialidades, construídas ao longo do século XX. A biopolítica atual depende de um trabalho meticuloso no laboratório na criação de novos fenômenos - a medicina, as geneologias de famílias genômicas, poderes comerciais das indústrias farmacêuticas, estratégias regulatórias da ética da pesquisa, comitês de licenciamentos de medicamentos e comissões bioéticas com as buscas de lucros e de valores acionistas que tais verdades prometem.

Novas maneiras de se exigir a saúde surgem nessa virada do século XX para o XXI. Os sujeitos começam a reivindicar direitos relacionados à saúde, em um processo

chamado por Rose (2013) de “cidadania biológica”, tornando-se atores centrais na economia, na política e na ética da saúde. Muitos deles saem do lugar de “pacientes” - no sentido passivo da *expertise* médica - e se tornam consumidores que escolhem. Surge uma nova cultura da cidadania ativa, com busca por informações, questionamentos, exigências terapêuticas bem sucedidas e por recursos jurídicos em casos de desapontamentos ou falhas em seu tratamento.

Assim, a saúde torna-se indispensável para maximizar as forças e as potencialidades do corpo vivo, tornando-se um elemento decisivo nos regimes éticos contemporâneos. Iniciou-se a era da política vital, da ética somática e da responsabilidade biológica, onde a relação do sujeito com a saúde e a doença foi, progressivamente, modificada. Os sujeitos que esperavam e aspiravam metas em nome da saúde se tornaram seres somáticos que embasam suas experiências na linguagem da biomedicina (ROSE, 2013).

Essa ética organizada em torno de ideais da saúde e da vida produz ansiedade, medos, e até mesmo pavor perante o próprio futuro biológico. A esperança na cura ou no tratamento estimula os circuitos de investimento: doentes reais ou potenciais que esperam cura; cientistas e pesquisadores que esperam um avanço que alavanque suas carreiras; médicos e profissionais da saúde que esperam uma terapia que facilite seu trabalho junto aos pacientes; companhias biotecnológicas que esperam um produto lucrativo; governos que esperam desenvolvimentos industriais e comerciais que gerem empregos e estimulem a economia e competitividade internacional (ROSE, 2013). O autor chama essa economia da esperança de “etopolítica”- tentativas de modelar a conduta humana mediante influência de seus sentimentos, crenças e valores, agindo sobre a ética.

A análise de Rose, ainda que utilize novos termos voltados para a era biotecnológica, com muitos prefixos “bio”, não se desvincula do conceito de medicalização de Peter Conrad quando considera o complexo médico-industrial. Rose aponta o surgimento de novas áreas de saber biomédico e a sua intensa relação com os interesses econômicos capitalistas, apresentados como os motores que movimentam o processo e as principais forças que promovem a medicalização. Como destacava Conrad, nada disso opera sem a medicina, reforçando sua participação no processo de medicalização.

1.3 Medicalização e Psiquiatria

Mesmo que atualmente o processo de medicalização ultrapasse os domínios da psiquiatria, não há como desvinculá-lo do campo psiquiátrico, uma especialidade da medicina que sempre foi alvo de críticas e certa descrença no meio científico. A „doença“ mental, objeto de estudo da psiquiatria, não era, e ainda não é algo palpável, mesmo com todos os esforços da biomedicina positivista tentando comprovar o contrário. A loucura e o sofrimento psíquico sempre foram rodeados de mistério e limitações no campo da ciência, algo abstrato que se torna observável através de seus sinais e sintomas. Até o atual modelo classificatório e da apropriação da verdade médica sobre a loucura, um longo processo histórico envolvendo a psiquiatria ocorreu, e de maneira sintetizada será descrito a seguir.

No século XVII, com o avanço do capitalismo e devido a processos de mudanças sociais que o acompanharam, surge no contexto europeu um fenômeno conhecido como „A Grande Internação“. Pessoas que não se encaixavam no modelo capitalista produtivo - como mendigos, desempregados, sem tetos, leprosos e outros doentes - precisavam sair de circulação tendo como destino instituições asilares. Pela manutenção da ordem das cidades, em 1656, surgiu o Hospital Geral de Paris, como uma instituição filantrópica de assistência aos pobres e inválidos, entre eles o louco. Nesse contexto, a exclusão se tornou algo socialmente naturalizado através de novos padrões de controle social (BERCHERIE, 1989).

Como essas instituições não tinham a função de tratar patologias, os loucos foram sendo reconhecidos como perigosos e violentos, de modo que a criação de celas, correntes e os maus tratos fizeram parte de seu cotidiano. Aos poucos, o hospital como lugar de assistência não teve êxito, perdendo sua finalidade. Os pobres ganharam novas políticas sociais e saíram desse sistema asilar, mas não os loucos, que continuaram confinados e sofrendo maus tratados no Hospital Geral. Essa situação mobilizou alguns reformadores que defendiam mudanças humanitárias, delimitando novas maneiras de lidar com os loucos, entre eles, Philippe Pinel (CASTEL, 1978; BERCHERIE 1989; FOUCAUL, 2005; AMARANTE, 2007).

A partir do final século XVIII, há uma reestruturação do Hospital Geral prévia à chegada de Philippe Pinel, considerado o pai da psiquiatria moderna. O médico, a frente de sua época, separou os loucos dos demais marginalizados para iniciar um tratamento

terapêutico. Através das ações de Pinel, o louco foi desacorrentado, algo muito positivo e inovador naquele contexto histórico, mas permaneceu institucionalizado. Pinel começa a estudar intensamente a loucura através da rigorosa observação e agrupamento dos sintomas realizadas no modelo asilar/manicomial. Através dessa metodologia de observação constrói uma tradição, “a da Clínica, como orientação consciente e sistemática”, com princípios de uma orientação “verdadeiramente científica” (BERCHERIE 1989, p. 31).

A loucura se torna uma verdade médica com o *status* de doença mental, configurando-se como um objeto de estudo e de intervenção médica. Pinel se tornou diretor do Hospital Bicêtre e do hospital La Salpêtrière, constituindo a medicalização do Hospital Geral de Paris. O tratado médico dessa época foi baseado na filosofia, onde a loucura era reconhecida e nomeada como alienação mental e o louco como alienado. Apesar disso, a alienação era considerada uma doença, assim como as doenças orgânicas, embora a presença de lesões orgânicas não fosse importante, visto que as causas da loucura variavam entre três possibilidades: a física; a hereditária; e a moral (CASTEL, 1978; BERCHERIE 1989; FOUCAUL, 2005; AMARANTE, 2007).

Pinel acreditava que o conhecimento acerca do homem deveria ser construído através da observação sistematizada, com base na experiência empírica. E através disso dividia, categorizava e classificava as doenças mentais, consolidando o conceito de alienação mental e a profissão do alienista. O tratamento era realizado pelo viés moral, com uma rotina rígida, imposição de novos hábitos e isolamento social. Para Pinel, a terapêutica através do confinamento permitiria um ambiente calmo, regado e disciplinar, distante dos tumultos e paixões cotidianas, que desencadeavam as crises e causavam certos tipos de loucura (PINEL, 1801/2004; CASTEL, 1978; BERCHERIE 1989; FOUCAUL, 2005; AMARANTE, 2007).

Essa tese científica esperava que assim fosse restituída a liberdade que a alienação mental lhes tirou. Uma ideia paradoxal, pois o louco, para se tornar livre, era preso. Segundo Amarante (2007) para que o louco retomasse a sua condição de sujeito da razão e de direito era necessário passar por um processo pedagógico disciplinar. Os alienados eram inseridos numa rotina “saudável”, capaz de restituir a razão, reeducando sua mente. Ideias compartilhadas pelo Iluminismo, que tinha como ponto central do humano a razão e só assim se teria acesso à cidadania e à vida de direitos. Em seguida, com os ideais da Revolução Francesa, o alienismo de Pinel foi compartilhado por todo o

mundo ocidental e, apesar de algumas mudanças, a ideia da razão ainda perdura na contemporaneidade.

Os trabalhos iniciados pela psiquiatria francesa no final do século XVIII, com observação para fins diagnósticos e terapêuticos, alavancou a psiquiatria moderna. Desde que a psiquiatria foi constituída como especialidade médica, no início do século XIX, foi composta por diferentes tradições. A psicopatologia que antecedeu a construção de categorias diagnósticas era plural e com base filosófica. Ao longo do século XX, a fragilidade empírica e a falta de fundamentação científica para as teorias sobre a patologia mental tornaram-se objeto de debates. A superlotação e ineficiência terapêutica dos asilos produziram questionamentos acerca da legitimidade da psiquiatria.

A primeira e oficial classificação psicopatológica, influenciada pelos estudos de Pinel, ocorreu na psiquiatria americana, em 1840, discriminadas em duas categorias: idiotismo e insanidade. Em 1880, foi ampliada para sete categorias: mania, melancolia, monomania, paresia, demência, dipsomania e epilepsia. No século seguinte, em 1917, a Associação Médico-Psicológica Americana - atual Associação Psiquiátrica Americana, pontuou a necessidade de padronizar as estatísticas hospitalares de pacientes com doenças mentais. Nos anos de 1934, esses sistemas de diagnósticos foram incorporados à primeira edição da Nomenclatura Padronizada de Doenças da Associação Médica Americana (AGUIAR, 2004).

Como esse modelo só contemplava doenças crônicas presentes na população civil, se tornou limitado diante dos distúrbios agudos, psicossomáticos e transtornos de personalidade apresentados entre os combatentes durante a Segunda Guerra Mundial. Com isso, na década de 1940, os Médicos das Forças Armadas viram a necessidade de desenvolverem seus próprios sistemas de diagnósticos juntos a Administração de Veteranos e a Marinha. As classificações militares tiveram como base as ideias de William Menninger, psiquiatra chefe do Exército durante a Segunda Guerra Mundial. Ele foi o fundador da *Menninger Foundation*, uma das principais instituições de psicanálise nos Estados Unidos (AGUIAR, 2004).

Em 1948 o trabalho realizado pelos militares é reconhecido com uma sessão sobre os transtornos mentais na sexta edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-6), publicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Como nessa classificação não constavam as síndromes cerebrais crônicas e outros tipos de

transtornos de personalidade, surgiram reações motivadas pelos interesses dos clínicos americanos. Em contrapartida, a Associação Médico-Psicológica Americana construiu seu próprio manual em 1952. Até então, dois modelos norteavam a psicopatologia: o clínico-descritivo, baseado na nosografia de Pinel e Esquirol, e o etiológico-anatômico de Morel, Kahlbaum e Griesinger (AGUIAR, 2004; BEZERRA Jr., 2014).

Nos anos de 1950, o surgimento dos psicotrópicos no mercado também foi um marco importante na transformação do cenário da psiquiatria americana, época conhecida como a revolução psicofarmacológica. Até o período, a teoria dominante na psiquiatria era a psicanálise. Contudo, a disposição de medicamentos eficazes nos tratamentos terapêuticos de saúde e doença trouxe novas articulações entre as teorias e novas práticas ganharam forças. A falta de fundamentação biológica da loucura, que gerava uma crise de cientificidade da psiquiatria, é redimensionada com o surgimento de diversas tecnologias de pesquisa médica, especialmente com as pesquisas genéticas e neurocientíficas (AGUIAR, 2004; RUSSO & VENÂNCIO, 2006, BEZERRA Jr., 2014).

Como ressalta Birman (2014), a medicina psiquiátrica, com seu saber supostamente renovado pelas neurociências, buscou se apropriar da capacidade de responder ao mal-estar dos sujeitos. Para o autor, o signo mais eloquente desse processo foi a expansão do código de classificação de transtornos psiquiátricos. A ideia de um instrumento diagnóstico fundamentado em marcadores biológicos, ainda que não realizada, trouxe certa „concretização“ da doença mental e o principal aparato foi o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), ou Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.

Mas o que seria o DSM? Trata-se de um manual usado por vários profissionais da área da saúde mental, por companhias de seguro e pela indústria farmacêutica, construído como uma alternativa ao CID-6. Segundo Russo e Venâncio (2006), o DSM foi criado com o objetivo de normatizar, fortalecer e homogeneizar a classificação psiquiátrica, em que diferentes transtornos mentais, baseados em sinais e sintomas, são utilizados como critérios de diagnósticos. Para Aguiar (2004), em poucos anos o manual se tornou o guia que dava visibilidade ao funcionamento da psiquiatria, promovendo a globalização do modelo norte-americano.

Em 1952, o DSM I tinha inspiração psicossocial e comunitária, enquanto a inspiração do DSM II, construído nos anos de 1968, era principalmente psicanalítica. Freud baseou-se na psicodinâmica, sem estruturar sua nosologia em uma variedade de diagnósticos descritos através de sintomas, mas discriminando a psicopatologia em três estruturas psíquicas: neurose, psicose e perversão. Em síntese, essa macro visão sustentou e fundamentou os dois primeiros manuais de diagnóstico e estatística da psiquiatria americana. A força tarefa envolvida nesses manuais foi marcada pela psicodinâmica, tamanha influência da psicanálise nos cuidados pós Segunda Guerra Mundial (AGUIAR, 2004; BEZERRA Jr., 2014; ZORZANELLI, 2014).

Entre os anos de 1970 e 1980, uma radical transformação terminológica e de concepções teóricas ocorreu no interior da psiquiatria americana, culminando no que se convencionou chamar de virada biológica. Naquele momento, a psiquiatria contemporânea buscou aproximar-se das demais especialidades médicas, da ciência positivista biológica e neurológica, ancorando seu saber em torno de estudos “cerebrais” e de transtornos mentais biológicos. A psicanálise como fundamento para o conhecimento psiquiátrico, até então dominante, foi substituída pelo modelo biomédico, e a crise da psiquiatria quanto à dificuldade de se manter como ciência empírica foi atenuada, devido aos supostos marcadores biológicos (AGUIAR, 2004; RUSSO & VENÂNCIO, 2006; BEZERRA Jr., 2014; BIRMAN, 2014; AGUIAR & ORTEGA, 2017).

Os mesmos autores reforçam que o marco dessa mudança foi o DSM III, entre os anos de 1974 e 1980, que expandiu a influência da psiquiatria biológica, com crescente diagnóstico e patologização da vida, sustentados nos discursos das neurociências e do cognitivismo. O comitê da força tarefa defendeu que seria adotada uma perspectiva descritiva e *ateórica* na elaboração da nova versão do manual, com base na fenomenologia observável na clínica.

Para Aguiar (2004), buscando garantir a cientificidade e objetividade das práticas e se afastar dos aspectos “vagos e imprecisos” expressos nos conceitos psicossociais e psicodinâmicos, a psiquiatria biológica passa a se esforçar para utilizar os mesmos métodos de diagnóstico que a medicina em geral. Isso se daria através da investigação etiológica, das pesquisas epidemiológicas e do tratamento farmacológico, com o pressuposto central de que “o cérebro é o órgão da mente” (p. 07). A nova “virada biológica” fez a psiquiatria recuperar boa parte de sua legitimidade no campo

científico, fazendo-a progredir e prosperar. A psiquiatria biológica tornou-se hegemônica nos EUA de modo que nos anos de 1990 o presidente norte-americano proclama a “Década do Cérebro”.

Essa foi uma fase de amplo crescimento das pesquisas, com a parceria entre o governo norte-americano e o setor privado, que possibilitaria o desenvolvimento de novos medicamentos para diversas perturbações mentais. Os diagnósticos psiquiátricos se tornam populares entre a sociedade norte-americana, que acentua sua busca incessante pelos tratamentos médicos para lidarem com o aumento dos sofrimentos de diversas ordens, especialmente dos sofrimentos psíquicos.

Atualmente, o DSM encontra-se na sua quinta versão, com peculiaridades díspares dos primeiros manuais. O primeiro DSM, em 1952, tinha 106 categorias diagnósticas; posteriormente, no DSM II já eram 180 categorias; o DSM III, preparado em 1974 e publicado em 1980, já contava com 265 categorias; enquanto que no DSM IV, publicado em 1994, os números chegaram a 297 categorias diagnósticas. Em 2013, ano de publicação da última versão do manual, o DSM V, o aumento chegou a mais de 400 categorias diagnósticas. Esse salto entre um manual e outro não se deu de forma aleatória. O processo envolveu inúmeros interesses políticos e econômicos, de saberes e de poder (AGUIAR, 2004; AMARANTE, 2007; BIRMAM, 2014).

Zorzanelli (2014) analisa o DSM como um objeto cultural, em que sua ação não se restringe ao território médico. Cada edição do manual produziu novos impactos, inclusive, a superação de seu uso entre os profissionais da área de saúde mental, com grande difusão e poder de propagação. Para a autora, esse documento é um evento mais cultural do que científico, onde o médico e o paciente experimentam seus sintomas descritos nos *scripts* nosológicos. Nesse contexto, existe uma promoção globalizada da psique norte-americana, cujo manual seria uma “etnopsiquiatria aplicável ao contexto americano das sociedades liberais urbanas” (p. 57). Com um pressuposto de neutralidade declarando-se *ateórico* que tem por trás de sua construção vários conflitos de interesses.

Autores como Aguiar (2004), Russo e Venâncio (2006), Bezerra Jr. (2014), Zorzanelli (2014), Amarante e Freitas (2015), entre outros, ressaltam que o DSM é fruto dos conflitos que atravessaram a história interna da psiquiatria americana, e também, teve sua inscrição baseada no universo social em sua volta, em fatores externos ao campo técnico. O DSM é um sintoma de processos políticos, culturais e tecnológicos e

seu impacto foi estrondoso, tamanho seu sucesso dentro do campo psiquiátrico e fora dele. O manual ganhou uma adesão social e para Zorzanelli (2014), isso se deu devido à sua inserção no vocabulário leigo, expandido e divulgado nas mídias de massa, produzindo novas maneiras de nomear aflições e sofrimentos.

Birman (2014) pontua que a internacionalização do DSM também é uma característica que o fortalece, ao ponto de influenciar a Organização Mundial de Saúde. Essa internacionalização potencializou a expansão da Indústria Farmacêutica, que resguardada no cientificismo psiquiátrico, implementa seus produtos em escala global, já que para cada síndrome configurada existe um psicofármaco. Para os autores Russo e Venâncio (2006) e Aguiar e Ortega (2017), o pressuposto da cura dos transtornos mentais pelo vício das drogas evidencia e fortalece a medicina psiquiátrica, exercendo também uma função revolucionária nos processos neurológicos.

Para Zorzanelli (2014), a argumentação de que o DSM é um ator fundamental da medicalização da vida cotidiana é pertinente, entretanto, é preciso compreendê-lo dentro do contexto sociocultural no qual se insere, analisando a que tipo de demandas sociais ele responde. A autora busca discutir a tendência de se „demonizar“ tal manual, sem analisar o contexto de produção cultural que o envolve. Birman (2014) destaca que por trás do aumento nosológico existem interesses e a junção de três instâncias institucionais: os laboratórios de pesquisa avançada em psiquiatria; as instâncias governamentais de saúde norte-americanas e os laboratórios farmacêuticos, todos intimamente ligados aos registros do saber, do mercado e do poder.

Estudos revelam que 21% da força tarefa do DSM IV teriam laços com a indústria farmacêutica, aumentando para 69% na última versão do manual. Esses interesses são materializados em pesquisas financiadas pelas companhias farmacêuticas, participações em consultoria, congressos, engajamento médico, etc. A expansão dos diagnósticos se constituiu na comercialização das doenças e acabou por gerar uma “inflação diagnóstica”, processo que envolve uma série de vetores de ação, inclusive a adesão social (COSGROVE et al., 2009; FRANCES, 2013; ZORZANELLI, 2014).

Os autores afirmam que a história das teorias e das práticas na psiquiatria está essencialmente ligada aos contextos sociais, culturais, epistêmicos, políticos e tecnológicos em que elas se dão. As fórmulas conceituais da psiquiatria e o universo social que a modula podem ser entendidos através do estudo dos sistemas de

classificação diagnóstica e sua história. Logo, o manual permite muito mais que a classificação dos transtornos mentais: através dele é possível compreender valores culturais em jogo na cosmologia das sociedades liberais urbanas, onde os modos de se pensar saúde e doença estão fortemente ligados ao poder de convencimento biomédico. O fenômeno da medicalização na contemporaneidade tem transpassado vários setores da sociedade, mas alguns atores sociais se tornaram mais vulneráveis e suscetíveis a esse processo como será analisado nos capítulos posteriores.

2. CAPÍTULO II - A infância como alvo privilegiado dos processos de medicalização

Antes de começar a discorrer sobre os processos de medicalização na infância é preciso interrogar esse conceito, nem sempre existente na sociedade. Atualmente, no Brasil e demais países ocidentais a infância faz parte de uma das fases do desenvolvimento humano, correspondente ao período de crescimento que vai do nascimento à puberdade, englobando a idade de zero aos 12 anos. Foi a partir do século XX que a criança começou a existir como sujeito de Direito a ser protegida pelo Estado, com iniciativas propostas a partir do Tratado de Versalhes e a construção de leis que repensassem os direitos e deveres da população. No dia 20 de novembro de 1959, surgiu a Declaração Universal dos Direitos da Criança, adotada pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 1989. No Brasil essa Declaração se tornou uma política Constitucional que deu origem, em 1990, ao Estatuto da Criança e do Adolescente.

O cumprimento da Declaração Universal dos Direitos da Criança é fiscalizado pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e os dez princípios que o regem afirmam que a criança tem o Direito: I- à igualdade, sem distinção de raça, religião ou nacionalidade; II- a especial proteção para o seu desenvolvimento físico, mental e social; III- a um nome e a uma nacionalidade; IV- a alimentação, moradia e assistência médica adequada para a criança e a mãe; V- a educação e a cuidados especiais para a criança física ou mentalmente deficiente; VI- ao amor e à compreensão por parte dos pais e da sociedade; VII- a educação gratuita e ao lazer infantil; VIII- a ser socorrido em primeiro lugar, em caso de catástrofes; IX- a ser protegido contra o abandono e a exploração no trabalho; X- a crescer dentro de um espírito de solidariedade, compreensão, amizade e justiça entre os povos. Vale ressaltar que as diferenças socioeconômicas dos países em que essas crianças estão inseridas influenciam diretamente no exercício e legitimação desses princípios.

Mas, afinal, como era a infância antes desse Tratado que passa a constituir a criança como um sujeito a ser protegido, com sua singularidade e particularidade que a difere do adulto? Assim como toda definição conceitual, a de infância também atravessou vários momentos históricos, que serão descritos e analisados de maneira sintetizada para uma melhor compreensão do atual processo de medicalização que atinge crianças e adolescentes.

2.1 Conceito de infância e o início da medicalização nos lares

O historiador francês Philippe Ariès foi um dos pioneiros no estudo sobre a família e a infância, uma das maiores referências no assunto é a sua obra “História Social da Criança e da Família”. Nela, Ariès (1986) afirma que a ideia de infância não existia na sociedade medieval, que o conceito de infância é essencialmente socioeconômico e que sua concepção é um produto da modernidade. O autor faz um panorama da infância, através da iconografia¹, analisando diversos objetos, testamentos, esculturas funerárias e obras de arte produzidas na Europa desde a Idade Média até a Contemporânea.

Ariès (1986) constatou que até por volta do século XII não havia lugar para a infância nesse mundo e os modos de se conceber a criança passaram por transformações que acompanhavam as mudanças econômicas e sociais no decorrer dos tempos. A descoberta da infância, expressada por Ariès como “sentimento da infância”, ou seja, a consciência das peculiaridades infantis como algo que distinguia a criança do adulto, teve seu início no século XIII, mas desenvolveu-se de maneira significativa a partir do século XVI e durante o século XVII. Logo, foi nesse último século que a infância se tornou um conceito característico da família, consolidado como uma época importante na evolução dos temas da primeira infância e na organização da família em torno da criança.

Antes, na sociedade medieval, não existia um lugar particular reservado à criança, ela era desvalorizada e vista como um ser frágil que poderia desaparecer a qualquer momento, por isso não necessitava de uma maior atenção e, quando elas conseguiam sobreviver, não tinham um lugar social como hoje o possuem. Como ressaltou Ariès “no mundo das fórmulas românicas e até o fim do século XIII não existem crianças caracterizadas por uma expressão particular, e sim, homens de tamanho reduzido” (1986, p. 51). Nem mesmo suas vestimentas se diferenciavam das dos adultos, algo percebido nas pinturas e obras de artes. Só o seu tamanho reduzido, segundo o autor, lembrava a figura de um anão e revelava a diferença entre eles, o que não queria dizer que a criança tivesse a personalidade de um homem.

O historiador ressalta que, na Idade Média, a criança, quando ainda era um “bebê engraçadinho”, recebia como tratamento superficial uma “paparicação” por parte

¹ Iconografia - estudo de trabalhos imagéticos como estátuas, pinturas, gravuras, retratos, etc. Faz uma interpretação mais profunda dos objetos e obras de arte, analisando o contexto histórico e sociológico da imagem, e não apenas um exame preliminar, ligado à estética (CHIARELLI, 2005).

dos adultos. Ao perder essa característica e assim que conseguisse o mínimo de independência física e se iniciasse no campo da linguagem, a criança já era vista como um pequeno adulto. A partir de então, iniciava sua participação na vida dos adultos atuando junto as suas tarefas, trabalhos, festas e jogos e essas trocas lhes garantiam a educação e a aprendizagem. Nesse contexto, a duração da infância era reduzida e a socialização e o aprendizado da criança não eram controlados pela família, nem pela escola, mas pela convivência em comunidade estendida e também por consanguinidade (ARIÈS, 1986; CIRINO, 2001).

Devido ao alto índice de mortalidade infantil, perfil demográfico da época, existia pouco investimento junto à criança, já que poucas sobreviviam. Sendo assim, os pais não se apegavam às crianças. Nas populações agrárias, os filhos mortos eram sepultados no quintal de casa, como se faz com os animais de estimação, e “a criança era tão insignificante, tão mal entrada na vida, que não se temia que após a morte ela voltasse para importunar os vivos” (ARIÈS, 1986, p. 57). O autor reitera que tal fato não queria dizer que a criança sofresse com negligências dos adultos, mas que não existia a consciência das peculiaridades próprias à criança contemporânea.

Até a sexualidade era abordada de forma diferente, como destaca Costa (2010), uma vez que, no século XVI, as expressões da sexualidade dos adultos eram faladas naturalmente perto das crianças e esse ato não maculava a inocência infantil, pois acreditava-se que elas fossem alheias e indiferentes à sexualidade. Costa (2010) afirma que, nos séculos XVII e XVIII, a criança ainda era vista como um estorvo para os pais e considerada um encargo muito pesado perante os cuidados que o recém-nascido exigia nos lares. Nesse contexto, de certa classe social, eram contratadas amas de leite para amamentar e cuidar dos filhos. Tais atitudes foram mudadas e disciplinadas com a chegada da medicina higienista, apresentando novas formas de cuidados, produzindo normas educativas e terapêuticas para as famílias. Aqui, a medicalização já incidindo sobre a vida, sobre os hábitos e afetos.

Com a ascensão do capitalismo e dos ideais da burguesia, o espaço doméstico se torna privado, a família é estabelecida como um grupo coeso e com suas particularidades a parte do espaço público (DONZELOT, 1980). A criança se torna o centro desse grupo, e a infância se caracteriza como uma preparação para o futuro, sendo a criança vista como o homem do amanhã, algo característico dos valores

individuais, que espera que qualquer um possa construir seu lugar e destino (CIRINO, 2001).

A partir da Revolução Francesa, no século XVIII, como um marco na história da humanidade, inaugurou-se um processo que levou à universalização dos direitos sociais e das liberdades individuais a partir da Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão. A ciência e a noção de cidadania também chegam para as crianças e estas se tornam objetos de teorização e de práticas educacionais, higienistas, eugenistas e científicas. Surgem então os especialistas da infância - pedagogos, pediatrias, puericultura, psicologia - legitimando o saber/poder constituído sobre a infância. A educação como exigência de escolarização nos meios burgueses se tornou uma preocupação constante das famílias, dos homens da lei e dos educadores. Estes adentraram os lares para moldarem a criança aos ideais burgueses em ascensão, com o adestramento educativo, a normatização e a instituição da moralidade. A escola e sua proposta educativa, a medicina e sua proposta de conduta chegaram a espaços como a gestação, a higiene, o cuidado com os bebês e o desenvolvimento das crianças, tudo para a organização da família burguesa (ARIÈS, 1986; CIRINO, 2001; COSTA 2010).

Com o fenômeno da medicalização, o apego à infância e à sua singularidade passa a ser manifestado através do interesse médico, psicológico, pedagógico e sua preocupação moral. Para Cirino (2001, p. 20) a infância foi uma “invenção do individualismo moderno” que necessita, supostamente, de um seguimento de conhecedores/ especialistas para lhes revelar sua verdade. As autoridades científicas constituíram a infância, em busca de produzir adultos convenientes para os ideais preestabelecidos da sociedade. A ideia de infância como uma etapa natural da vida, biologicamente situada, ou a ideia de uma essência própria da natureza infantil não existia até então. Cirino (2001, p. 20), lembra que “a criança sempre foi cria do homem em todas as sociedades e culturas, mas não com essa visão de cuidados”.

Tais processos sociais ocorridos na Europa chegam ao Brasil só a partir de meados do século XIX, devido ao longo tempo de uma estrutura rural e escravocrata que vigorava no país. Nesse momento a criança recebeu um tratamento diferenciado, passando a ser vista com suas peculiaridades físicas, comportamentais e morais. Na sociedade colonial brasileira, a criança não era vista como uma majestade na família, esse lugar era ocupado pelo pai. A criança era ignorada, devido a sua incapacidade para cuidar das propriedades, dos bens e compreender a tradição e a ética religiosa - os três

ideais compartilhados pela monarquia. Aqui, a criança ainda não tinha sua condição de etapa do desenvolvimento biológico-moral considerada, pois esse acontecimento se deu a partir da emergência da representação da criança como “matriz físico-emocional do adulto”, quando ocorreu uma inversão nos papéis, “a criança passa a determinar a função e o valor do filho” (CIRINO, 2001, p. 30).

Assim como na Europa, a medicina higienista adentra os lares brasileiros e, nesse contexto, busca denunciar o alto índice de mortalidade infantil, até então naturalizado entre as famílias. Mortalidade atribuída à incompetência, imprudência e ignorância dos seus cuidadores - parteiras, escravas, pais, e amas de leites. A família colonial foi apontada como irresponsável com a vida das crianças e sua organização necessitava sofrer mudanças. Começa um confronto entre o saber médico e os valores religiosos e sociais da época, no qual “o médico com sua mentalidade pré-científica e como representante desse suposto saber se tornou o sacerdote do corpo e da saúde, definindo o que era certo ou errado junto à família e à população” (CIRINO, 2001, p. 31). O fenômeno medicalização chega também aos lares dos brasileiros moldando e normatizando comportamentos.

Novos moldes da família brasileira surgem com uma distribuição de papéis sociofamiliares entre homens e mulheres. O pai torna-se o provedor e a mãe cuidadora com maior autonomia no interior dos lares, iniciando os filhos na educação infantil. É época em que os pais criam seus filhos não somente para servir a família, mas para servir a humanidade e a nação. Pais que exercem uma função como casal e deixam de serem proprietários para se tornarem tutores de seus filhos, estes por sua vez viriam a se tornar proprietários da nação, do país (COSTA, 1976 apud CIRINO, 2001). A melhor maneira dos filhos serem preparados para um futuro brilhante seria através da escolarização realizada como internato, que teve seu início com a chegada da Corte em 1808. Assim, difundiu o que Cirino chama de “o cultivo da infância”,

através do valor de novos hábitos, que gravava, nas crianças, convicções e interesses muitas vezes opostos aos seus pais. Essa foi uma tática utilizada amplamente pelo higienismo: apropriar-se das crianças, separando-as dos pais, e, em seguida, devolvê-las às famílias convertidas em “soldados da saúde”. Tudo isso em função do conjunto de interesses médicos-estatais e das transformações econômico-sociais que interpuseram entre a família e a criança (CIRINO, 2001, p. 32).

Para o autor, essas transformações foram utilizadas como o grande trunfo dos higienistas para se apropriarem medicamente da infância, que são moldadas com novos hábitos que iam desde mudanças alimentares a controles da masturbação. A organização

da família nos moldes burgueses foi uma ferramenta para que a medicalização adentrasse nos lares. O saber sobre os filhos são transferidos para os especialistas e essa relação de dependência cresce e se expande nas décadas posteriores, se fortalecendo na contemporaneidade. Ribeiro (2006) afirma que o movimento dos higienistas lançou as bases da medicina preventiva junto à infância, e ainda que não estivesse voltado diretamente para a patologia mental, proporcionou décadas depois o surgimento da psiquiatria infantil.

2.2 A constituição da psiquiatria infantil e os transtornos da infância

A psiquiatria infantil, não muito diferente do conceito de infância, também foi constituída recentemente. Para Cirino (2001), baseado em referências da área - Leo Kanner, Ajuriaguerra e Bercherie - no início do século XX não existia nada que se pudesse chamar de psiquiatria infantil. Esta, enquanto clínica específica da criança, com conceitos e métodos próprios, só se constituiu a partir da década de 1930. A psiquiatria infantil europeia iniciou-se através de estudos sobre retardamento mental, conhecido como idiotismo. Já nos EUA, os trabalhos foram centrados na delinquência infantil, chamada de transtorno de conduta. No Brasil, a formação da psiquiatria infantil, influenciada pela psicodinâmica francesa, teve início somente nas décadas de 50-60, e foi marcada tanto pelo estudo do retardo mental como da delinquência.

Bercherie (1992), através de trabalhos dos psiquiatras Ajuriaguerra, Marcelli e Kanner, afirma que mesmo que a origem da psiquiatria infantil tenha sido marcada pela heterogeneidade, ela se reduz a duas fontes: a educação de crianças “ineducadas” (cega, débil, ou surda-muda) e a psicopatologia do adulto. O autor ressalta que, entre 1880 até início do século XX, buscavam-se na criança síndromes mentais encontradas nos adultos, “a loucura do adulto na criança”, época em que surge o termo demência precocíssima. Nesse momento a criança era apenas um objeto de curiosidade e não se constitui como um campo autônomo de prática e investigação psiquiátrica.

No início do século XIX, o retardamento era o único transtorno mental infantil investigado e se tornou objeto de estudo devido a uma questão pertinente à psiquiatria do adulto, o idiotismo. Pinel e Esquirol iniciaram a discussão sobre o retardamento mental a partir da idiotia observada no adulto. Não se tratava de uma doença e sim de uma deficiência global e definitiva extremamente negativa que comprometia as faculdades intelectuais. O idiota, segundo a concepção de Pinel e Esquirol, não poderia adquirir conhecimento, nem mesmo pela educação. Os médicos acreditavam que sua

causa se devia a casamentos consanguíneos e desregramentos morais, como promiscuidade, alcoolismo, onanismo-masturbação e pederastia² (BERCHERIE, 1992).

Para Foucault (1973/2006), a difusão mais generalizada do poder da psiquiatria se constituiu a partir da infância, da psiquiatrização da infância. No entanto, não se tratava da criança louca, mas da criança imbecil e idiota, já como fenômeno distinto da loucura, que surgiu como o personagem principal da psiquiatria da infância e, principalmente, de uma expansão medicalizante do domínio da psiquiatria.

Nos textos psiquiátricos do início do século XIX, a definição conceitual da idiotia começa a ser debatida em sua aproximação ou afastamento do conceito de loucura. A idiotia será gradativamente definida a partir da noção de desenvolvimento, como um processo que afeta a vida orgânica e psicológica, interrompendo o processo de desenvolvimento. Nesse caso, a idiotia passa a ser entendida como uma dimensão temporal, cronológica, como norma, escala e estágio e não mais uma espécie de faculdade ou qualidade. O retardo mental, de modo análogo, será definido como um processo de desenvolvimento mais lento do que a média.

O adulto funciona então como um padrão normativo para analisar a criança idiota, e as demais crianças como padrão para analisar o retardo mental, ou seja, como definidoras da média de desenvolvimento. Assim, a idiotia e o retardo mental deixam de ser definidos como doenças, passando a ser considerados como variedades temporais e de estágios no interior do desenvolvimento da criança: “vemos surgir aí algo que é exatamente a anomalia: a criança idiota ou a criança retardada não é uma criança doente, é uma criança anormal” (FOUCAULT, 1973/2006, p.266). Para o autor, é precisamente a tomada em consideração dessa nova categoria que é a anomalia, a sua psiquiatrização, que permitirá a difusão do poder psiquiátrico.

Outro processo, paralelo às definições conceituais de idiotia e retardo mental, foi fundamental para a psiquiatrização da infância: a questão prática do cuidado e da educação das crianças idiotas e imbecis e a sua institucionalização. A preocupação governamental no período estava em liberar os pais de tais crianças para o trabalho, mais do que efetivamente educa-las para torná-las aptas a desempenharem funções no futuro. As crianças eram admitidas nos asilos, acolhidas em alas especiais, e submetidas à disciplina do tratamento moral. Como aponta Foucault (1973/2006) trata-se de um

² Prática sexual e erótica entre um homem e um menino. Na Grécia Antiga era uma relação socialmente reconhecida entre um adulto e um jovem do sexo masculino geralmente na adolescência.

paradoxo, uma vez que a definição conceitual de idiotia postulava o seu afastamento em relação à noção de loucura vigente no período.

Foucault reitera que a dupla função da psiquiatria, como saber sobre a loucura do adulto e saber sobre a anomalia da criança, se tornou um dos traços fundamentais do exercício do poder da psiquiatria no século XIX. Logo, foi através dos problemas suscitados pela criança idiota que a psiquiatria pode definir o que é anormal para controlá-lo e corrigi-lo, algo que seria infinitamente perigoso, considerado o seu alcance e a sua capacidade de expansão. E como uma das consequências desse processo,

a psiquiatria poderá se ligar a toda série de regimes disciplinares que existem em torno dela, em função do princípio de que somente ela é ao mesmo tempo a ciência e o poder do anormal. Tudo que é anormal em relação à disciplina escolar, militar, familiar, etc., todos esses desvios, todas essas anomalias, a psiquiatria vai poder reivindicar para si. Foi pelo caminho dessa demarcação da criança anormal que se fizeram a generalização, a difusão, a disseminação do poder psiquiátrico na nossa sociedade (FOUCAULT, 1973/2006, p. 281).

Passando aos desenvolvimentos do discurso e da prática psiquiátrica no século XX, pode-se afirmar que diferentes acontecimentos influenciaram a constituição da clínica psiquiátrica com crianças e sua inclusão no campo do conhecimento científico. Cirino (2010) cita o referenciado estudo de Leo Kanner que durou quarenta anos, 1900-1940, e deu origem ao primeiro tratado de psiquiatria infantil em língua inglesa. Kanner foi um psiquiatra austríaco, radicado nos Estados Unidos, que fundou o primeiro departamento de psiquiatria infantil, no Hospital Universitário Johns Hopkins (Maryland, EUA). Através desse estudo, Kanner dividiu o surgimento da infância no campo da psiquiatria em quatro momentos históricos.

No primeiro momento, 1900 a 1910, marcado pelas tendências culturais, surge a psiquiatria dinâmica influenciada pela psicanálise, a criação da Higiene Mental e a instalação dos tribunais de menores como prevenção da insanidade e do crime. Época em que é introduzida a psicometria, através do teste de desenvolvimento da inteligência, criado por Binet e Simon para avaliar a idade mental dos retardados com base em uma escala métrica que classificava e quantificava aptidões intelectuais e sociais. Esse fato marcou o auge do movimento médico-pedagógico, pois os idiotas passaram a ser entendidos como anormais constituídos com uma estrutura de sujeito com necessidades de assistências pedagógicas diferenciadas, ganhando instituições especializadas (BERCHERIE, 1992; CIRINO, 2001).

Com essa mudança na concepção de retardo mental, surgiram os “educadores de idiotas” que acreditavam num déficit parcial e buscavam nos métodos especiais a possível diminuição do prejuízo intelectual, diferente do que pensavam Pinel e Esquirol. Estas iniciativas remetem à noção de anomalia aplicada à infância, onde o idiotismo passa a ser tratado como um retardamento, como discutido anteriormente, dando origem a uma nova pedagogia, com ensino especial para essas crianças anormais, diferente de doentes (FOUCAULT, 1973/2006).

No segundo decênio, 1910 a 1920, analisado por Kanner, surgem as instituições públicas assistenciais voltadas para crianças delinquentes, abandonadas e retardadas. Bercherie (1992) afirma que a clínica começa a ser descrita não mais como estados, mas como doenças, iniciando um ciclo de quadros clínicos que se apoiavam sobre uma constelação de causas e de mecanismos patológicos típicos. A partir de então, inicia-se uma concepção médica e somática dos transtornos mentais, concebidos como doenças do cérebro, hereditárias ou precocemente adquiridas na existência.

Com conceitos originados de Morel, que volta sua atenção para a infância dos alienados (loucos adultos) e para a existência de uma patologia mental na criança, novos trabalhos buscaram na criança as síndromes encontradas nos adultos. Devido a diferentes referenciais nosológicos, surge uma gama de psicopatologias, entre elas: excitação e mania, depressão e melancolia, obsessões e fobias, alucinações e delírios, loucura moral/perversão, neuroses, histeria, epilepsia, coreia e tiques. Começa a se observar uma noção moderna de psicose infantil, autística e dissociativa na criança, distinta do retardamento mental, que foi ampliada no período seguinte.

Para Kanner, no terceiro momento, 1920 a 1930, aparecem as instalações de clínicas de orientação infantil, chegando ao número de cerca de quinhentas nos EUA no final dos anos 30. Tais clínicas eram compostas por equipes multidisciplinares - psiquiatras, psicólogos, pedagogos e assistentes sociais - que “estimulavam” pais, escolas e outras instituições a enviar-lhes crianças de condutas estranhas ou desorientadas, proporcionando estratégias de como lidar com crianças difíceis. Com uma “terapêutica da atitude”, os problemas infantis passam a ser interpretados com base nas relações estabelecidas entre a criança e o adulto, como a superproteção, o perfeccionismo, a hostilidade, entre outros. Inicia-se uma pedagogização da população para evitar futuros desvios. Tal modelo serviu como referência no Brasil, fundando em 1923, a Liga Brasileira de Higiene Mental, com ações de prevenção, eugenia e educação

(BERCHERIE, 1992; CIRINO, 2001). Assim, a medicina ultrapassou os campos para além do hospital psiquiátrico.

Finalmente, na década de 1930, surgiu a psiquiatria da infância com sua própria ordem de funcionamento, existência e racionalidade, perdurando até os dias atuais. Nasce a clínica pedo-psiquiátrica, na qual médicos pediatras e psicanalistas atuam na psiquiatria voltada para a criança. Fase em que a psiquiatria busca a cura da psicose infantil como uma contribuição para a psicose adulta; a psicanálise exerce grande influência sobre a psicopatologia infantil, entendendo-a como resultado de um conflito psíquico infantil. Surge com força a clínica psicossomática na psiquiatria infantil, onde os sintomas são convergidos e expressados mediante dificuldades encontradas pela criança em sua vida interior e em suas reações com o meio. Junto com a pedo-psiquiatria, além das doenças psicossomáticas, surgem os diversos distúrbios do comportamento ou de conduta; manifestações afetivas patológicas e a perturbação do desenvolvimento das funções elementares, como a motricidade, o sono, as funções esfinterianas e a fala (BERCHERIE, 1992).

O quarto e último momento analisado por Leo Kanner ocorreu nos anos de 1930 a 1940, no qual foram sistematizadas as técnicas psicoterapêuticas para a criança, com uso de brinquedos e jogos, tendência inaugurada por Anna Freud. A partir dessa clínica, não só os adultos deveriam mudar suas condutas, mas também as crianças. Desde então, a psicopatologia vem tomando novas formas através das atualizações de novos estudiosos. Em 1943, ocorre um marco na psicopatologia infantil, quando Kanner, através da já mencionada pesquisa, publica suas primeiras descobertas acerca do autismo, descrevendo-o como entidade nosológica diferenciada dos quadros de demências infantis. Logo em seguida, 1944, Hans Asperger expõe quadros clínicos semelhantes ao autismo (BERCHERIE, 1992; CIRINO, 2010).

Entre as décadas de 1950 e 1970 a psiquiatria americana busca uma mudança em sua atuação que viria, gradativamente, a influenciar o atual processo de medicalização infantil. Como discutido no capítulo anterior, a psiquiatria construiu seu manual, com um modelo classificatório e padronizado, que pudesse ser compartilhado por médicos de diferentes orientações teóricas. A partir da década de 1970 acontece uma revolução paradigmática no modelo da psiquiatria, que estabelece novas maneiras de se compreender a psicopatologia infantil, onde os sinais e sintomas agrupados tornam-se entidades psicopatológicas, nomeadas como transtornos infantis. Período marcado pelo

início da psiquiatria biológica, com uma tendência hegemônica na contemporaneidade (RUSSO & VENÂNCIO, 2006; ROCHA & CAVALCANTE, 2014, BEZERRA Jr., 2014; BIRMAN, 2014; AGUIAR & ORTEGA, 2017).

Atualmente, os sintomas têm sido vivenciados como sinais de desvio (anomalia) de uma norma estabelecida estatisticamente, desvinculando os sujeitos de sua dinâmica pessoal ou intersubjetiva. Para Rocha e Cavalcante (2014) a prática diagnóstica pautada nesse atual modelo classificatório desconsidera o sentido do sintoma, e, no caso da criança, alguns de seus sintomas trazem a sua própria normalidade, como forma de expressar um sofrimento. O ato de patologizar, classificar ou suprimir esses sintomas priva o sujeito de sua experiência, além de fazer com que se perca a oportunidade de compreender o que a criança diz de si através dos seus sintomas.

Para Cirino (2010), essa mudança constituiu a lógica de uma clínica da medicação, que exclui a psicanálise e concede espaço para teorias comportamentais e cognitivas. O autor reitera que, o saber psiquiátrico infantil como disciplina não é algo simples, pois precisa considerar os aspectos genéticos, neurológicos e somáticos, além dos fenômenos psíquicos, dos aspectos sociais e culturais que envolvem a criança. Quando essa complexidade é reduzida ou desconsiderada o saber psiquiátrico se torna pouco consistente e genérico e passa a ter “a criança que sofre de transtornos mentais ou dificuldades psicológicas” como o objeto da psiquiatria infantil (DUCHÉ, 1971 apud CIRINO, 2001, p. 67).

A psiquiatria biológica não tem a intenção de analisar ou considerar algum real sentido do sintoma, sua intervenção médica está pautada na lógica diagnóstica dos transtornos neurocerebrais e na lógica da psicofarmacologia. Desde a difusão do modelo de classificação diagnóstica, o encaixe entre o normal e o patológico faz parte da narrativa social e a infância se tornou um alvo constante do processo de medicalização, quase sempre, correlacionado ao uso de psicotrópicos. Entretanto, pautar as questões da vida em uma lógica medicalizante não é primazia da medicina. Como foi apresentado nesta recapitulação histórica, as especialidades psicológicas, pedagógicas, entre outros, também participaram, e ainda participam, dos processos de medicalização da infância, contribuindo para a sua ampliação, incidindo seus saberes sobre a vida, sobre os hábitos e sobre os afetos, e, por vezes, interferindo no modo de se interpretar e viver o cotidiano.

2.3 Psicofarmacologia e a explosão de diagnósticos infantis

A construção da noção de infância e o investimento da medicina e das especialidades no campo da atenção dirigida a essa parcela da população trouxeram significativas mudanças para a sociedade e para a efetivação dos direitos da criança como um sujeito. A diminuição expressiva do alto índice de mortalidade infantil; as políticas públicas de enfrentamento à violência doméstica sofrida por crianças; e o novo lugar social e de cuidados especializados para crianças com alguma dificuldade intelectual ou outras deficiências são alguns exemplos positivos dessas mudanças. A medicina social trouxe ganhos significativos de saúde pública e cidadania, porém, produziu também a medicalização dos corpos e a normatização das condutas infantojuvenis.

A linha entre o normal e o patológico sempre foi tênue. Todavia, na contemporaneidade há uma crescente tendência de se naturalizar os transtornos mentais. Seria uma naturalização normativa? Visto que, em tempos anteriores não era comum alguém aceitar pertencer a alguma categoria psicopatológica, encaixando-se em uma ou mais nosologia médica com naturalidade. Essas mudanças revelam que o discurso médico científico e de especialidades afins têm construído novas formas de subjetivação. Um dos principais efeitos da naturalização dos transtornos mentais seria a banalização no uso de psicotrópicos, tornando o seu consumo algo comum, vulgar, trivial e corriqueiro. Nesse contexto, o número de crianças em tratamento médico e psicológico tem crescido mundialmente, como consequência, iniciam-se no uso de psicotrópicos cada vez mais cedo.

Os números referentes ao crescimento de pessoas com questões de saúde mental têm sido divulgados constantemente. De acordo com o relatório da OMS “*Depression and other common mental disorders: global health estimates*³”, publicado em 2017, existem 322 milhões de pessoas, de todas as idades, vivendo com depressão no mundo. Dados epidemiológicos apontados no estudo do “*Center of Diseases Control and Prevention*” revelaram a estimativa de que 70 milhões de pessoas no mundo tenham o Transtorno do Espectro Autista, o que equivale a um caso de autismo a cada 160 crianças. Dados divulgados pela OMS afirmam que esse grupo específico representa

³ Relatório da OMS disponível <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf;jsessionid=C5125FA6CE05692060A7863EFAD41AEB?sequence=1> acessado em 07 de julho de 2019.

aproximadamente 30% (crianças) e 14,2% (adolescentes) da população mundial. Nos Estados Unidos, em 2008, o número de autistas, entre os três e vinte e dois anos, foi de 338 mil e desde o começo dos anos 2000, um milhão de crianças foram diagnosticadas com transtorno bipolar (APPAIX, 2011).

No Brasil, a depressão atinge 11,5 milhões de pessoas (5,8% da população), os distúrbios relacionados à ansiedade afetam mais de 18,6 milhões de brasileiros (9,3% da população) e o autismo pode abranger uma a cada 50 crianças. Só no Estado de São Paulo são mais de 300 mil ocorrências de autismo. Segundo a publicação do Relatório Mundial da Saúde, “rara é a família poupada de um encontro com perturbações mentais e uma em cada quatro pessoas no mundo será afetada em dada fase da vida” (OMS, 2002, p. 12).

Segundo o Relatório Mundial da Saúde: nova concepção, nova esperança⁴ (OMS, 2002), os transtornos infantis são a sexta maior causa de carga de doença entre adolescentes, e metade desses casos surge até os 14 anos, mas a maioria não é detectada ou tratada. A taxa de incidência entre os menores de idade chega a 15%. Os transtornos mentais infantojuvenis são divididos em duas categorias: transtornos do desenvolvimento psicológico e transtornos de comportamento e emocionais. Os primeiros englobam os atrasos ou deterioração do desenvolvimento de funções específicas como a fala e a linguagem (dislexias) ou por transtornos globais do desenvolvimento (autismo). A segunda categoria inclui transtornos hipercinéticos (CID-10), distúrbios de atenção/hiperatividade (DSM-IV), distúrbios de conduta e transtornos emocionais da infância.

Esse mesmo relatório afirma que 10 a 20% das crianças de países desenvolvidos e em desenvolvimento podem ter mais de um problema mental, chamados de comorbidades. Os transtornos percebidos na fase adulta, frequentemente, tiveram início durante a infância, como por exemplo, a depressão, atualmente bastante identificada entre as crianças. Segundo a OMS, alguns países desenvolvidos, como os EUA, passam por uma crise na saúde mental dos lactentes, crianças e adolescentes, com uma insuficiência na assistência prestada, que pode ser ainda maior nos países em desenvolvimento. Klein e Rossano (2017) ressaltam que entre 1970 e 1990, dobrou o

⁴ Relatório da OMS disponível no site https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf acessado em 24 de setembro de 2019.

número de crianças diagnosticadas como portadoras de alguma doença mental, segundo dados da *British Medical Association*.

Esses dados são discutidos na literatura acadêmica por diversos vieses: os que atribuem esse crescimento à ampliação do conhecimento científico e à conscientização da população; as questões psicossociais envolvidas no adoecimento, como a pobreza e o sofrimento; a diminuição do preconceito referente ao tema e a capacitação nas questões de saúde mental que facilitam a identificação dos problemas antes ignorados ou negligenciados. De outro lado, há autores que destacam que a ascensão da psicofarmacologia movimenta a economia capitalista e rende altos lucros para a indústria farmacêutica. Nesse caso, a epidemia seria de diagnósticos e não de transtornos mentais. E entre essas duas linhas de pensamentos tem um sujeito que vivencia suas dores, buscando nomeá-las e tratá-las, sem se dar conta de tamanha complexidade que envolve a medicalização da vida.

O tema da epidemia diagnóstica é discutido por Whitaker (2017), em sua obra traduzida em vários países do mundo, “Anatomia de uma epidemia – Pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental”. Com seu jornalismo investigativo, o livro revela dados alarmantes sobre a explosão de diagnósticos e sobre uma epidemia de natureza iatrogênica. Para o autor, a prática psiquiátrica tem se mostrado reducionista, pois um sintoma torna-se um diagnóstico e, logo, a prescrição e o consumo de um fármaco. No capítulo “a epidemia disseminada entre as crianças”, o autor denuncia as graves consequências da expansão do consumo de psicotrópicos, ignoradas por parte da psiquiatria, que tem causado danos incomensuráveis à infância.

Whitaker (2017) reitera que, antes do início da era farmacológica poucas crianças eram diagnosticadas como “doentes mentais”. Até então, sempre existiram adolescentes voláteis emocionalmente, ou crianças temperamentais, mas nos últimos cinquenta anos eles passaram a ser descritos como biologicamente doentes. Para o autor, o aumento de diagnósticos entre crianças e adolescentes deslanchou após a criação diagnóstica do TDAH, que também desencadeou outros transtornos. A chegada do psicofármaco Ritalina (metilfenidato) no mercado, em 1956, deu início a esse processo, pois a droga acalmava as crianças perturbadas e inquietas, que na época sofriam de uma “síndrome de lesão cerebral”.

Contudo, na ocasião, os riscos associados ao medicamento inibiam as prescrições pela psiquiatria e o número de crianças diagnosticadas era pequeno.

Somente crianças hospitalizadas ou institucionalizadas em residências comunitárias faziam uso do medicamento. Durante os anos de 1970, o aumento começou a se tornar estrondoso e no final dessa década, já havia 150 mil crianças norte-americanas usando Ritalina. A psiquiatria americana incluiu o transtorno em seu manual e a expansão do diagnóstico TDAH junto com a expansão do psicofármaco deram início ao atual modelo de medicalização da infância (WHITAKER, 2017).

O polêmico diagnóstico de TDAH passou por um percurso de mudanças até chegar a sua constituição nosológica nos anos de 1970. As manifestações de comportamentos desatentos e hiperativos, com outras nomenclaturas, sempre estiveram presentes na humanidade e aqueles que se manifestavam de maneira agressiva, inquieta, opositora, impaciente ou desatenta faziam parte do grupo dos que apresentavam alterações comportamentais. A hipótese de causa orgânica com lesões cerebrais foi explorada por alguns médicos e contestada por outros, devido à impossibilidade de exames que a comprovassem. Sendo assim, essas hipóteses foram sendo realizadas através de observações e comparações.

Em 1798, crianças com quadro de agitações psicomotoras e problemas de atenção já eram alvos de especulações, despertando o interesse do médico escocês Alexander Crichton, que escreveu sobre “desatenção patológica”. Porém, o mérito científico do diagnóstico de TDAH foi dado a dois pediatras ingleses, George Still e Alfred Tredgold. Em um estudo apresentado à *Royal Society of Medicine*, em 1902, Still fez a primeira definição de um quadro que combinava déficit de atenção e hiperatividade, através de 43 casos clínicos. Still observou em seus atendimentos, crianças com comportamentos impetuosos ou desafiadores, com pouco controle inibitório de seus atos, características de ilegalidade, desonestidade, crueldade e pouca sensibilidade a punições. Com o viés moralista, Still chamava de “defeito na conduta moral”, com riscos iminentes de condutas criminosas no futuro. O autor apresentou a hipótese de uma doença cerebral aguda, que apresentava melhoras temporárias após o uso de medicamento ou alterações no ambiente (ROSSANO, 2005; FRANÇA, 2012; CRUZ et al. 2016).

Entre os anos de 1917 a 1930, ocorreu um surto de encefalite letárgica na Europa e na América do Norte, em que crianças acometidas pela doença iniciaram comportamento caracterizado como hipercinético. Após a epidemia, as crianças afetadas apresentaram impulsividade, inquietações, agressividades, problemas cognitivos e

limitações na atenção. A alteração nos comportamentos fez ressurgir as discussões sobre a relação entre os danos cerebrais e as patologias. Vários médicos e pesquisadores se aproximaram da temática para encontrar a causalidade desses fatos, época com alto número de estudos (ROSSANO, 2005; FRANÇA, 2012; CRUZ et al., 2016).

Após as sequelas pós-endêmica, na década de 1930, surgiu o termo “doença hipercinética da infância”, apropriado anos depois pela OMS e pelo CID-9. Os médicos alemães Franz Kramer e Hans Pollnow, em 1932 escreveram sobre a doença hipercinética da infância, que tinha como principal característica “uma acentuada inquietação motora”, causada por uma espécie de lesão cerebral mínima. Em 1944, Strauss e Lehtinen retomaram o assunto, enquadrando inquietação, impaciência e outras mudanças psicomotoras na categoria de “Lesões Cerebrais Mínimas” (DCM). A causa orgânica era baseada em lesões tão mínimas que não comprometiam outras funções neurológicas. Hipótese refutada por falta de evidências das lesões, sendo substituído, em 1962, numa reunião internacional, pela noção de “Disfunção Cerebral Mínima” (DCM), um mau funcionamento cerebral das capacidades de atenção e controle inibitório (ROSSANO, 2005; MOYSES & COLLARES, 2010; FRANÇA, 2012; MATOS et al. 2018).

Na DCM a criança tinha sua inteligência preservada, mas apresentava distúrbios de aprendizagem, associados a possíveis desvios relacionados ao funcionamento do Sistema Nervoso Central. Os sintomas apareciam na forma de déficits de percepção, conceituação, linguagem, memória e do controle da atenção, impulsos da função motora. O desempenho escolar começou a ser explicado através desses déficits que desencadeariam as dificuldades de aprendizagem (LEGNANI & PEREIRA, 2015).

Esse novo termo, decidido na então reunião internacional, surgiu em um período histórico em que as famílias de classe média dos EUA contestavam o fracasso escolar apresentado por seus filhos e começavam a cobrar das escolas e do Estado uma solução. Para Werner (1997), a emergência desse diagnóstico foi uma resposta da classe médica a uma demanda social. Na década de 1960, os EUA passaram por um período histórico social de enfraquecimento na prosperidade econômica que repercutiu na estabilidade da família norte-americana, com sinais de uma nova crise. O número de divórcios, de suicídios e de uso de tranquilizantes aumentou significativamente no período. A população da classe média conclamou explicações para os distúrbios e dificuldades apresentados por seus filhos no contexto escolar. Époça em que trabalhos clínicos se

expandem e o fenômeno da biologização da DCM, gradativamente, se torna uma verdade científica. Rossano (2005, p. 68) reitera que com “o aval científico, o fracasso acadêmico e a indisciplina se descolam de possíveis matrizes econômicas, sociais ou familiares e passam a ser atribuídos a mínimas disfunções cerebrais”.

Em 1968, a Associação Psiquiátrica Americana incorporou no DSM II a “Reação Hiperkinética Infantil”, com ênfase nos sintomas de hiperatividade. Em 1980, no DSM III passou a ser chamado de Síndrome de Déficit de Atenção com ou sem Hiperatividade. Durante a revisão do DSM III, sob a justificativa de critérios diagnósticos subjetivos e impressivos, recebeu nova nomenclatura, Distúrbio de Déficit de Atenção/Hiperatividade (DDA), retirando os subtipos e unificando o diagnóstico. Em 1990, foi lançado no DSM IV o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, categoria na qual o déficit de atenção ainda era central, com a presença ou não da hiperatividade. O transtorno deixou de ser restrito à infância e é ampliado entre os adultos, para França (2012) finalmente o almejado status psicopatológico foi alcançado.

Apesar de terminologias diferentes, o TDAH (DSM-V, 314) e o Transtorno Hiperkinético (CID-10, F.90) estão interligados. A nomenclatura mais aceita e difundida tem sido a baseada no DSM, que englobou os sintomas das nomenclaturas anteriores. Segundo a força tarefa do DSM-V, os critérios adotados na quinta versão servirão como base científica para o, ainda não lançado, CID-11. Essa quinta versão divide o TDAH em graus de comprometimento - leve - moderado - severo; a idade limite para aparecer os primeiros sintomas foi deslocada para 12 anos, antes era até os 7 anos; e inclui a comorbidade entre o TDAH e o Transtorno do Espectro Autista (LEGNANI & PEREIRA, 2015).

Para Sucupira (1985) o diagnóstico de TDAH, embora frágil e impreciso, caiu no gosto popular devido à necessidade de se medicalizar uma problemática social. Rossano (2005), em sua obra “Somos todos desatentos”, traz um panorama da medicalização, analisando a história de construção do TDAH. Nesse sentido, os fatores socioculturais são fundamentais para a gênese do transtorno, como o cenário contemporâneo de hiperestimulação e velocidade, as mudanças socioeconômicas, a demanda social e a influência da indústria farmacêutica.

Assim como Whitaker (2017), muitos autores defendem que o TDAH é uma doença fabricada, uma produção associada a financiamentos e interesse comercial das indústrias farmacêuticas, dos quais as relações com os profissionais especializados não

estão isentas. Nesse contexto mercadológico, existiria uma relação de parceria entre o psicotrópico metilfenidato e o TDAH? Caberia utilizar a pergunta clássica quem nasceu primeiro, o TDAH ou o metilfenidato? Para Paiva et al. (2016, p. 06) no aquecimento do mercado farmacêutico “ao invés de se fabricarem remédios para as doenças, fabricam-se doenças para os remédios”. Na lógica desse mercado, o anúncio de novas doenças é realizado para se encaixarem nos medicamentos que serão lançados, assim, décadas antes de existir uma classificação nosológica, já existiria um medicamento destinado ao seu tratamento (ANGELL, 2008; FERRAZZA & ROCHA, 2011; FRANÇA, 2012; COLLARES & MOYSES, 2010; FRANCES, 2013; CRUZ et al., 2016; DOMITROVIC & CALIMAN, 2017). Essa versão é fortemente refutada por alguns setores da psiquiatria e defendida por outros.

Domitrovic e Caliman (2017) ressaltam que esses posicionamentos entre os defensores de um transtorno organicista e hereditário e os críticos que resistem ao modelo mercadológico de produção de doenças vêm alimentando um “duelo de titãs”, que envolve representantes de peso como a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), a Associação Brasileira do Déficit de Atenção e Hiperatividade (ABDA), a Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME), o Conselho Federal de Psicologia (CFP), o Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade, entre outros. Embora alguns desses representantes refutem, o TDAH tem sido descrito como um diagnóstico controverso e para reforçar a veracidade do assunto o rigor da ciência, sua neutralidade e a dita comprovação científica são os recursos mais utilizados no debate. Para França (2012) questões ideológicas tendem a orientar a visão a ser norteadas.

Para Domitrovic e Caliman (2017), as formulações entre a epidemia de encefalite e as questões de hiperatividade e desatenção tornam o TDAH um “diagnóstico guarda-chuva”, com hipóteses vagas e abrangentes destacadas como se fosse uma brilhante descoberta científica. Rose (2013) considera que o TDAH é uma desordem sem fronteiras, sem limites internos nem externos, em processo crescente de expansão desde sua constituição. E diante da aceitação popular, a Associação Americana de Psiquiatria organizou o conceito na tentativa de uniformizar o seu uso na comunidade científica sem, contudo, modificá-la de maneira significativa.

Quanto à relação de parceria entre o metilfenidato e o TDAH, Caliman e Domitrovic (2013) destacam que essa relação foi, e continua sendo, construída por práticas. O metilfenidato se tornou o medicamento de primeira escolha no tratamento do

TDAH, de modo que cerca de 90% de seu uso é destinado a esse transtorno. No entanto, a origem da substância não foi dedicada a tratamentos com crianças, nem houve uma pesquisa específica que focasse em alguma patologia, tanto que suas indicações, seus efeitos e mecanismos de ação ainda são indefinidos e vem sendo descobertos ao longo dos anos.

As primeiras experiências com adrenalina, em 1901, deram início aos estudos da anfetamina, e as moléculas artificiais ganharam reconhecimento nos tratamentos da narcolepsia e da depressão. No final dos anos de 1930, a anfetamina ganha aceitação nos EUA para estimulação intelectual, fadiga e diminuição do apetite. A substância foi utilizada, inclusive, pelas forças armadas durante a Segunda Guerra Mundial, tendo os esportistas como adeptos, em 1940. Mediante a rápida popularização de seu uso, surgem também conflitos e polêmicas quanto aos seus efeitos indesejáveis, como sintomas psicóticos e o alerta de dependência. A situação foi alvo de debates na mídia e alguns movimentos em torno do medicamento proporcionaram a diminuição do uso das anfetaminas para o emagrecimento nos EUA. Nos anos de 1950, outros psicotrópicos surgiram no mercado, como o antipsicótico Clorpromazina e o antidepressivo IMAO, provocando uma verdadeira revolução psiquiátrica (DUPANLOUP, 2004; DOMITROVIC & CALIMAN, 2017).

Vale ressaltar que, esses medicamentos exerceram uma ação indiscutível na transformação do cenário de tratamentos terapêuticos baseados no modelo asilar manicomial, sendo fundamentais para as propostas de desinstitucionalização. A diminuição da intensidade de sintomas psicóticos ou a sua remissão e o controle da impulsividade em pacientes adultos institucionalizados contribui para a construção de novas terapêuticas na época, gerando possibilidades de mudanças no modelo de cuidados em saúde mental. Por isso, a importância de se analisar o fenômeno medicalização sem o reduzir ao uso de medicamentos, ao mesmo tempo em que consideramos necessário debater o uso de psicotrópicos sem necessariamente identificá-lo como sinônimo de medicalização.

As primeiras experiências com psicoestimulantes em crianças são atribuídas ao pediatra americano Charles Bradley, presidente do primeiro hospital psiquiátrico infantil dos EUA. Através de um ensaio clínico coordenado por Bradley, crianças epiléticas e com outros problemas foram acompanhadas com estimulante Bazedrina, substância usada para aliviar os efeitos secundários de um exame cerebral, chamado de

pneumoencefalografia. As crianças submetidas ao uso começaram a apresentar aumento no desempenho escolar em leituras e cálculos e alterações emocionais. Bradley administrou calmante e anfetaminas em crianças e adolescentes de internatos que apresentavam problemas comportamentais e de aprendizado. Essa experiência com as anfetaminas foi considerada positiva ao inibir estímulos, inquietações e ao aumentar o foco. Em 1937, Bradley publicou o resultado de seu trabalho no *American Journal of Psychiatry* (SINGH, 2002; CRUZ et al., 2016; DOMITROVIC & CALIMAN, 2017; MATOS et al., 2018).

Em 1944, Leandro Panizzon, químico da indústria suíça CIBA (atual *Novartis*) sintetizou pela primeira vez em laboratório a molécula do metilfenidato, considerada uma inovação química que desbancou a benzedrina. Panizzon e sua esposa Marguerite fizeram uso para testarem a nova substância, descrita como estimulante e tonificante do humor. Marguerite, por ter pressão baixa, utilizava o estimulante para jogar tênis. Vale lembrar que, esse tipo de experimento era considerado antiético. Assim, nasce a Ritalina, nome comercial do medicamento como uma homenagem a sua esposa, por ter o apelido de Rita (MYERS, 2007; DOMITROVIC & CALIMAN, 2017).

Em 1957, a relação entre o metilfenidato e o transtorno, que décadas depois, receberia o nome de TDAH, inicia timidamente quando Maurice Lauffer, pediatra e psiquiatra infantil retomou a produção científica a respeito do tratamento infantil com psicoestimulantes para tratar a “desordem hiperkinética da infância”, incluindo as anfetaminas e, principalmente, o metilfenidato. A substância começou a ser comercializada na Suíça, EUA e Alemanha. Em 1960, o psiquiatra americano Leon Eisenberg, publicou um artigo demonstrando a eficácia do metilfenidato no tratamento de distúrbios de aprendizagem, pontuando seus efeitos calmantes sobre crianças agitadas. Leon Eisenberg, falecido em 2009, ficou conhecido como o médico que enfatizou a relação do metilfenidato no tratamento do TDAH. Com o rumo do fenômeno da medicalização, meses antes de morrer, Leon Eisenberg declarou na mídia que o TDAH foi uma doença humanamente criada. (DUPANLOUP, 2004; SINGH, 2002; DOMITROVIC & CALIMAN, 2017).

Em 1971, o metilfenidato foi incluído na convenção de substâncias psicotrópicas pela Organização das Nações Unidas. A Ritalina começou a ser anunciada nos EUA como o “tratamento para disfunção cerebral mínima (DCM)”, e passou de usuários envelhecidos e fadigados a usuários hiperativos e jovens. As prescrições para crianças

norte-americanas explodem já em meados dos anos de 1970, e o sucesso de vendas foi tamanho que o laboratório CIBA teve seu produto esgotado, com dificuldades de manter a oferta nas prateleiras das farmácias. Época da insuflação da indústria farmacêutica (DUPANLOUP, 2004; SINGH, 2002; CRUZ et al., 2016; DOMITROVIC & CALIMAN, 2017).

A população norte-americana foi conscientizada quanto ao transtorno infantil e este adentrou as escolas e, em 1991, a doença foi incluída na Lei de Educação de Indivíduos com Deficiência. O Governo criou, com verbas federais, serviços especializados para as crianças com TDAH e as escolas, na figura dos professores, iniciaram a identificação das crianças transtornadas. Desde então, o TDAH se tornou o maior motivo de queixa escolar com encaminhamentos para tratamentos psicofarmacológicos. Atualmente cerca de 3,5 milhões de crianças norte-americanas fazem uso de algum psicoestimulante e chegam a consumir o triplo da quantidade consumida pelo resto de crianças do mundo inteiro (WHITAKER, 2017).

Outro fenômeno que tem ocorrido nos EUA é o aumento dos diagnósticos de transtorno bipolar infantil, que para Whitaker (2017) está relacionado de modo particular com o TDAH. No final dos anos de 1980 e início de 1990, eclodiu uma epidemia de bipolaridade, inicialmente apresentada entre crianças e adolescentes hospitalizados, mas ao longo do tempo ampliando-se para outras crianças e adolescentes norte-americanos. Entre os anos de 1995 e 2003, foi constatado um aumento de quarenta vezes no número de diagnósticos de transtorno bipolar entre essas crianças.

O autor reitera que, após a prescrição e uso de psicoestimulantes pela população infantojuvenil, como a Ritalina e os antidepressivos, surgiram relatos de surtos psicóticos e maníacos. Dados expostos, em 1999, por psiquiatras canadenses apontaram que 9 entre 96 crianças com TDAH tratadas em média por 21 meses com psicoestimulantes desenvolveram sintomas psicóticos. Para Whitaker (2017, p. 244) esse efeito iatrogênico foi “criando a criança bipolar”: o autor afirma que as questões pertinentes aos efeitos danosos do medicamento tendem a ser ignoradas, como os mecanismos de ação da Ritalina no cérebro, que parecem se aproximar dos efeitos da cocaína.

Essa constatação de surtos psicóticos e maníacos trouxe preocupação para a Agência Federal do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA, *Food and Drug Administration* (FDA), que em 2006, emitiu um relatório sobre esse risco. Entre

os anos de 2000 a 2005 a agência recebeu cerca de mil relatos de psicose e mania induzidos por psicoestimulantes em crianças e adolescentes. Estes episódios ocorreram em pacientes sem risco identificável de psicose e uma parcela substancial dos casos ocorria em crianças abaixo dos 10 anos, que tinham alucinações visuais e táteis envolvendo insetos, cobras e vermes de forma impressionante, segundo a FDA. Para Whitaker (2017), pode existir um número muito maior de casos adversos que acabam não sendo registrados ou relatados oficialmente.

No decorrer do capítulo, o autor traz vários dados quantificados de pesquisas com a constatação do uso de remédios que precipitaram a depressão e a mania em crianças que, de outro modo, provavelmente não desenvolveriam o transtorno bipolar. Para Whitaker (2017), a indústria farmacêutica capturou a psiquiatria e vem investindo cada vez mais na medicalização dos comportamentos infantis. E para o autor, essa é uma prévia de como a infância tem sido alvo constante da medicalização, cujo efeito iatrogênico pode levá-las a uma vida de dependência farmacologia. Apesar de a medicalização infantil ser um fenômeno recente, ela já fez milhões de sujeitos enveredarem pelo caminho da doença vitalícia.

Klein e Rossano (2017) discutem as controvérsias e os problemas atuais envolvidos no diagnóstico de transtorno bipolar infantil, que é paradigmático do contexto da psiquiatria infantil contemporânea. O transtorno que até metade dos anos 80 não fazia parte das discussões no campo da psiquiatria infantil, vem crescendo e se tornando popular nos últimos anos. Embora a predominância desse diagnóstico esteja no contexto norte-americano, os autores alertam que, assim como ocorreu com outros diagnósticos, este exerce forte influência na medicina brasileira, já sendo alvo de pesquisas no país.

Baseados na discussão do modelo de normatividade de Ganguilhem, Klein e Rossano (2017, p. 20) afirmam que “a ascensão desse transtorno deve ser examinada em consonância com um contexto histórico-social relacionado aos valores que designam aquilo que se concebe como norma e desvio na infância”. Sendo assim, o modo de se fazer psiquiatria infantil e de se entender a infância está diretamente ligado à ascensão do transtorno bipolar infantil. Não como causa e consequência, e sim como uma via de mão dupla, em que a psiquiatria se vincula a um modelo de compreensão da infância e, paralelamente, a cria de maneira performativa.

Os autores acima questionam a maneira através da qual parte dos diagnósticos é realizada, baseada em sintomas como oscilações de humor mensuradas em questionários, similares aos utilizados em adultos, que são distribuídos por companhias e organizações de pacientes, como a *Juvenile Bipolar Research Foundation*. O instrumento com sessenta e cinco itens é respondido pelos pais e tem como decorrência de seu uso o início de tratamentos em crianças que se enquadram no resultado de bipolaridade.

Rossano, em uma entrevista, afirma que muitas crianças na fase adulta não apresentam mais os sintomas referentes à bipolaridade, mas por vezes já iniciaram o uso de anticonvulsivos e antipsicóticos, como a Olanzapina e o Risperidona. Para o autor, a redefinição e a ampliação dos diagnósticos nos manuais psiquiátricos fizeram com que quadros raríssimos se tornassem epidêmicos. Corroborando com o autor, Frances (2013), coordenador da força tarefa do DSM-IV, afirma que este manual provocou epidemias não previstas como o transtorno bipolar, o TDAH e o autismo.

Essa realidade, constatada em solo norte-americano, deve ser analisada segundo sua cultura, mas também tem sido reproduzida em solo brasileiro. O número de crianças medicadas no Brasil, cada vez mais cedo, tem sido motivo de alerta entre os pesquisadores e entre os setores de saúde pública, assim como nos EUA, uma vez que as queixas escolares têm sido reportadas aos transtornos de aprendizagem. Rocha e Cavalcante (2014) alertam que diagnosticar e medicar crianças pode fazer com que ao invés de o sujeito “ressignificar suas experiências de vida por meio de um diagnóstico psiquiátrico, pode ter seu destino precocemente marcado e traçado por eles” (p. 238).

Decotelli, Bohrer e Bicalho (2013), com base nos dados de vendas de medicamentos no Brasil, ressaltam que a prescrição de drogas para crianças com distúrbios de convivência social e de aprendizado subiu 940% em quatro anos, entre 2009 e 2013. Os autores reiteram que as empresas que comercializam os medicamentos usados para os transtornos infantis (Concerta, Straterra, Ritalina e Dexedrina), têm financiado pesquisas clínicas com claros interesses em manter seus lucros, transformando um contingente cada vez maior de sujeitos em consumidores.

Para Klein e Rossano (2017), as pesquisas acadêmicas direcionadas aos testes para uso de medicamentos se tornaram atrativas para as indústrias farmacêuticas norte-americanas, pois as publicações dos artigos impulsionam o uso de medicamentos na

infância. Assim, os desgastes com as restrições severas na aprovação dos dados submetidos à *Food and Drug Administration* (FDA) são diminuídos.

Angell (2008), em seu livro “A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos”, apresenta as diversas estratégias da indústria farmacêutica para ganhar mercados, analisando sua atuação no desempenho do processo de medicalização da vida. Para a autora, “os laboratórios farmacêuticos afastaram-se de sua missão de descobrir e fabricar medicamentos úteis para a população e transformaram-se em máquinas poderosas de marketing” (ANGELL, 2008, p. 16). A indústria interfere no conhecimento médico financiando pesquisas sobre medicamentos e produção científica com interesse próprio, influenciando diretamente a produção de conhecimento.

Nesse contexto, o avanço tecnológico e o mercado de consumo competitivo contribuem para a banalização e a expansão dos processos de medicalização. Para Henrard e Reis (2013), o remédio vem perdendo seu foco curativo e os psicofármacos vêm assumindo um papel de destaque cada vez maior na contemporaneidade, aproximando-se de um simples produto de consumo. A ampliação indiscriminada do uso acaba dificultando que se garanta a seriedade com a qual o tema deveria ser tratado.

Brant e Carvalho (2012) ressaltam que o consumo banalizado representa um grave problema de saúde pública, o que torna-se mais grave quando se desconsidera a produção de subjetividades adictas no atual contexto social. A psiquiatria moderna tem proporcionado uma nova forma de o sujeito pensar sobre si mesmo e, para Brum⁵ (2013), drogar-se legalmente tornou-se uma marca dessa época.

A discussão e análise do fenômeno da medicalização tem se expandido em vários países, e no Brasil não seria diferente. A sociedade brasileira, extremamente diversa e marcada por importantes carências socioeconômicas, tem sido afetada em vários contextos, de forma que a medicalização ganha força e se expande com intensidade. No capítulo a seguir, através da literatura nacional, será analisado o fenômeno da medicalização infantil e o uso do psicotrópico no contexto social brasileiro.

⁵ Brum, E. **O doping das crianças** (2013). Fonte <http://revistaepoca.globo.com/Sociedade/eliane-brum/noticia/2013/02/o-doping-das-criancas.html>. Acessado em setembro de 2018.

3. CAPÍTULO III – Mapeando a medicalização infantil e o uso de psicotrópicos entre crianças na literatura brasileira.

Nos capítulos anteriores foi analisada a medicalização social e da infância a partir dos séculos XVIII até a contemporaneidade. Através desse estudo foi possível perceber que as crianças sempre foram alvo dos processos de medicalização, porém essa prática era majoritariamente normativa com forte viés moral. Atualmente - apesar de ainda existirem as prescrições morais - a docilização dos corpos infantis tem sido realizada, em grande medida, por contenção química, em que crianças cada vez mais novas iniciam-se no uso de psicotrópicos para a manutenção de um comportamento socialmente desejado. As práticas morais anteriores comparadas com as práticas químicas atuais já apontam a complexidade do assunto.

Esse capítulo busca mapear o uso desses medicamentos entre as crianças no Brasil. Vale lembrar que o fenômeno debatido neste trabalho não se reduz ao uso de psicotrópicos, mas ao fato de transformar questões da vida em transtornos ou doenças, atreladas ou não a um tratamento medicamentoso. Contudo, é evidente que um dos principais motores da medicalização no cenário atual diz respeito à prescrição em larga escala e ao consumo excessivo de psicotrópicos. Ainda assim, é preciso contrapor a ideia de que medicar é sempre um ato de medicalização, avançando e aprofundando a discussão sobre os usos de psicotrópicos pela população infantil.

3.1 – Descrição sistemática e categorização da Revisão Bibliográfica.

Para a realização desse objetivo foi feita uma pesquisa bibliográfica, no dia 03 de outubro de 2018, na plataforma de base de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) com publicações no Brasil. Inicialmente foram realizadas várias combinações entre as palavras chaves medicalização; crianças; infância; remédios; medicamentos e psicotrópicos, selecionados através da opção „AND“. Vale ressaltar que foi critério da busca não deixar de usar nessas combinações palavras que se reportassem ao uso de psicotrópicos. O resultado dessa busca foi escasso e inesperado, o que mobilizou novas buscas com a utilização da opção „OR“, ampliando o escopo da pesquisa, como mostra o quadro (1).

Quadro 1: resultado das combinações entre os descritores.

PALAVRAS CHAVES E COMBINAÇÕES	Total Encontrado + Limpezas					
	SciELO			BVS		
	1º	2º	3º	1º	2º	3º
Crianças AND psicotrópicos	6	0		25	1	
Infância AND psicotrópicos	5	0		01	0	
Crianças AND psicotrópicos AND medicalização	2	0		05	3	
Infância AND psicotrópicos AND medicalização	2	0		0		
Medicalização AND remédios AND crianças	0			3	1	
Medicalização AND medicamentos AND crianças	3	3		6	2	
Medicalização AND psicotrópicos AND crianças	0			1		
Medicalização OR Crianças OR Psicotrópicos	631	68	29	300	16	6*

*Foram eliminados os trabalhos que também estavam no SciELO, restando 3 artigos.

Alguns artigos se repetiram entre as diferentes combinações, sendo mantidos dentro de sua combinação. Ainda assim, o resultado final mostrou-se insuficiente. Devido ao número reduzido de pesquisas que discutissem o uso de psicotrópicos entre crianças, optamos pela busca ampla, com a combinação entre os descritores “Medicalização OR Crianças OR Psicotrópicos”. Através dessas três palavras chaves foram encontrados 631 trabalhos no SciELO e 300 na BVS. As primeiras limpezas nos achados foram realizadas através da leitura dos títulos e dos resumos, as seguintes foram realizadas através da leitura dos trabalhos na íntegra.

Para a seleção dos trabalhos foram eliminados os que fugiam ao escopo da pesquisa, como publicações internacionais, temas fora da área estudada, estudos duplicados, monografias, teses de doutorado e dissertações de mestrado. A amostra final ficou com **32** trabalhos. Para fazerem parte da categoria de seleção, as publicações precisavam discorrer sobre os psicotrópicos e seu uso na infância, mesmo que as crianças não fossem os sujeitos principais dos trabalhos. Caso fossem citadas, e o assunto fosse problematizado, os artigos fariam parte da seleção.

Todos os 32 trabalhos foram lidos na íntegra, seguidas vezes, para a certificação dos critérios de inclusão e separação por categorias: ano de publicação, revistas, metodologias aplicadas e as temáticas que mais sobressaíram nas publicações. É importante ressaltar que só farão parte da discussão deste capítulo os autores da amostra final desta pesquisa bibliográfica, descritos no quadro (2) abaixo.

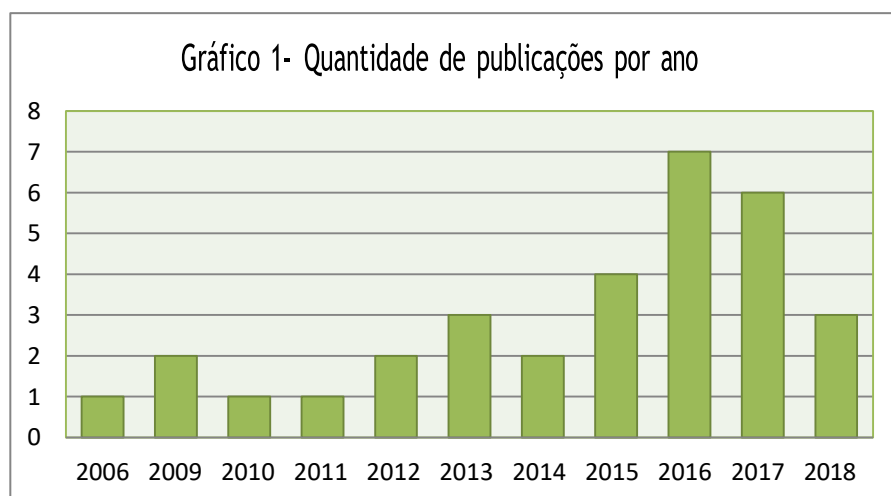
Quadro 2: Descrição da Revisão Bibliográfica realizada no ano de 2018.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA- SciELO e BVS			
Títulos	Autores	Ano	Revistas
1- Medicalização da queixa escolar e o uso de psicofármacos como resposta à questões comportamentais.	Cristiane Moreira da Silva, Rafael Coelho Rodrigues e Letícia Nascimento Mello	2018 Artigo	Psicologia social/UERJ

2- Uso de psicofármacos em crianças e adolescentes.	Gabriel Ferreira de Souza; Clezio Rodrigues de Carvalho Abreu e Walquiria Lene dos Santos.	2018 Artigo	Reicen- revista de iniciação científica e extensão
3 - O uso da Ritalina em crianças com TDAH: uma revisão teórica.	Heloise Pereira de Matos et al.	2018 Artigo	Humanæ. Questões controversas do mundo contemporâneo
4- Ensino Fundamental: concepção de professoras sobre o uso de medicamentos em crianças.	Andressa Carolina Scandelai Parra; Camila Fernanda Dias Pavaneli e Luciana Aparecida Nogueira da Cruz.	2017 Artigo	Trilhas pedagógicas
5- Medicação/medicalização na infância e suas possíveis consequências.	Janaina Arruda Pontes da Cunha e Lúcia Maria de Lima Mello.	2017 Artigo	Pretextos - Revista psicologia da PUC Minas
6- As controvérsias sócio-históricas das práticas farmacológicas com o metilfenidato.	Nathalia Domitrovic e Luciana Vieira Caliman	2017 Ensaio	Psicologia & sociedade
7- A infância na berlinda: sobre rotulações diagnósticas e a banalização da prescrição de psicofármacos	Luana Paula Vizotto e Daniele de Andrade Ferrazza..	2017 Artigo	Estudos de psicologia
8- Gestão Autônoma da Medicação (GAM) e saúde mental infanto-juvenil: experiência de análise e cogestão entre familiares, usuários e profissionais.	Luciana Vieira Caliman; Pedro Henrique Sena Peterle e Janaína Mariano César.	2017 Artigo	Researchgate
9- Uso Racional de Medicamentos (URM), farmacuticalização e usos do metilfenidato.	Angela Esher e Tiago Coutinho	2017 Artigo	Ciência & Saúde Coletiva
10- Uso do metilfenidato na medicalização da educação infantil: revisão integrativa.	Bárbara Santos Ribeiro et al.	2016 Artigo	Revista de enfermagem UFPE on line
11- Drogas e medicalização na escola: reflexões sobre um debate necessário	Elaine Cristina de Oliveira; Rui Massato Harayama e Lygia de Sousa Viégas.	2016 Ensaio	Revista Teias
12- Uma crítica à produção do TDAH e a administração de drogas para crianças	Bruna de Almeida Cruz et al.	2016 Artigo	Estudos de psicologia
13- Recortes históricos da medicalização e a implementação do fórum sobre a medicalização da educação e da sociedade em Jataí.	Letícia Mendes Paiva et al.	2016 Artigo	Itinerarius reflectionis - Revistas.UFG
14- TDAH e boa avaliação no IDEB: uma correlação possível?	Daniella Fernanda Moreira Santos; Silvana Calvo Tuleski e Adriana de Fátima Franco.	2016 Artigo	Psicologia escolar e educacional
15- A medicalização dos afetos: a ritalinização da infância e as implicações aos direitos da infância e adolescência.	Jocimara Lopes da Silva Baumgardt e Priscilla Lechinewski Gouveia Zardo.	2016 Ensaio	Cad. Esc. Dir. Rel. Int. (uniBrasil)
16- Medicalização e saúde mental: estratégias alternativas.	Michele Zanella et al.	2016 Ensaio	Revista portuguesa de enfermagem de saúde mental
17- A medicalização da infância e o crescimento do uso de psicofármacos por crianças no Brasil.	Renato Kern Gomes e Francieli Hennig.	2015 Artigo	Revista de extensão e iniciação científica Unisocieisc Reis
18- Concepções dos professores sobre a medicalização no contexto escolar.	Viviane Neves Legnani e Josy Borges Gullo Ramos Pereira.	2015 Artigo	Ensino em re-vista
19- Ouvindo crianças sobre sentidos e significados atribuídos ao TDAH.	Rudinei Luiz Beltrame et al.	2015 Artigo	Psicologia escolar e educacional
20- Saúde mental infantil na atenção primária à saúde: discursos de profissionais médicos.	Fernanda Márcia de Azevedo Gomes et al.	2015 Artigo	Saúde e Sociedade
21-Estudo sobre o processo de medicalização de crianças no campo da saúde mental.	Valéria Nogueira Leal Sanches, Paulo Duarte Amarante.	2014 Artigo	Saúde Debate
22- Saúde Mental e Infância: Reflexões Sobre a Demanda Escolar de um Capsi.	Marina Maria Beltrame e Maria Lúcia Boarini	2013 Artigo	Psicologia: Ciência e Profissão
23- A medicalização na escola a partir da perspectiva de professores de educação	Marcos Roberto Vieira Garcia; Lenna Nascimento Borges e Patrícia	2014	Revista ibero-americana de estudos

infantil: um estudo na região de Sorocaba-SP.	de Paulo Antonelli.	Artigo	em educação
24- A medicalização da infância e o processo psicoterápico.	Jerto Cardoso Silva; Caroline Schäfer e Mariane Silveira Bonfiglio.	2013 Artigo	Barbarói, Santa Cruz do Sul
25- Uma análise da dispensa pública do metilfenidato no Brasil: o caso do Espírito Santo.	Luciana Vieira Caliman e Nathalia Domitrovic	2013 Artigo	Physis: revista de saúde coletiva
26- A explosão do consumo de Ritalina	Ana Carolina Pereira da Silva, Cristina Amélia Luzio e Kwame Vonatan Poli dos Santos.	2012 Artigo	Revista de psicologia da UNESP
27- Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH): ampliando o entendimento.	Maria Thereza de Barros França	2012 Artigo	Jornal de psicanálise
28- A psicopatologização da infância no contemporâneo: um estudo sobre a expansão do diagnóstico de “transtorno de déficit de atenção e hiperatividade”.	Daniele de Andrade Ferrazza e Luiz Carlos da Rocha.	2011 Ensaio	Revista Inter. Interdisc. Interthesis
29- A prescrição banalizada de psicofármacos na infância.	Daniele de Andrade Ferrazza, Luiz Carlos da Rocha e Heloísa Maria Heradão Rogone.	2010 Artigo	Revista de psicologia da UNESP
30- O sujeito refém do orgânico	Renata Guarido	2009 Ensaio	Lepsi IP/FE-USP
31- O que não tem remédio, remediado está?	Renata Guarido e Rinaldo Voltolini	2009 Ensaio	Educação em Revista
32- A presença do discurso médico na educação.	Renata Guarido	2006 Artigo	Psicanálise, educação e transmissão- colóquio do Lepsi do IP/FE-USP

Dos 32 trabalhos encontrados, 25 eram artigos e 7 eram ensaios acadêmicos. Por ensaio, entende-se um gênero textual que tem como objetivo discutir determinado tema, com exposição das ideias e pontos de vista do autor, embasado em pesquisa referencial e conclusão. Essa diferenciação foi realizada através das metodologias apresentadas nos trabalhos. As publicações compreenderam os anos de 2006 a 2018, sem seleção prévia. Como mostra o gráfico (1) a seguir, os anos que mais tiveram publicações foram 2016 e 2017, respectivamente com 7 e 6 trabalhos publicados.



As quatro regiões do Brasil fizeram parte dos estudos: Rio de Janeiro (RJ), São Paulo (SP), Espírito Santos (ES), Minas Gerais (MG), Santa Catarina (SC), Rio Grande do Sul (RS), Paraná (PR), Goiás (GO) e Distrito Federal (DF). Com maior concentração na região Sudeste e nenhum trabalho na região Norte. Quanto à metodologia o resultado mostrou a mesma quantidade de pesquisas teóricas e empíricas, variando entre entrevistas semiestruturadas a análises de prontuários, como estão descritos abaixo:

Quadro 3. Metodologias utilizadas nos trinta e dois artigos encontrados.

QUANTIDADE		METODOLOGIA
ESTUDO TEÓRICO – 16 artigos		
(09) Revisões bibliográficas	(07) Ensaaios teóricos	Base de dados científicos; livros, teses, dissertações e TCC. Discussão teórica
ESTUDO EMPÍRICO – 16 artigos		
(4) Análises de prontuários		Sujeitos: 348 crianças até 12 anos atendidas num SPA/RS; 121 prontuários de crianças e adolescentes (6 a 15 anos) atendidas numa RAPS; 12 crianças sob o uso de psicotrópicos no Centro de Saúde da ENSP; 254 encaminhamentos de crianças para serviços Assessoria de Psicologia Escolar de Petrópolis.
(1) Grupo de intervenção (GAM)		Famíliares de usuários de Metilfenidato (em um CAPSi).
(2) Estudos de casos		Menina de seis anos- atendida em uma clínica psicológica universitária; Três exemplos de casos clínicos; seis crianças atendidas no Capsi/Paraná com queixas escolares.
(9) Entrevistas semiestruturadas com 66 sujeitos, aproximadamente*.		Sujeitos: 1 neuropediatra, 1 neurologista e 1 psicólogo/psicanalista; 17 médicos da UBS; 5 profissionais do CAPSi/psiquiatra, neuropediatra, assistente social, psicóloga e enfermeira; 3 profissionais da Gerência da Assistência Farmacêutica do ES; 6 professoras da Ed. Inf.; 10 professoras do Ens. Fund. Municipal de SP.; 4 profissionais do primeiro ciclo do Ens. Fund. Municipal do Paraná.; 8 professoras e 2 orientadoras da Ed. Básica (pública e particular do DF); 4 estudantes (7 e 14 anos) e seus responsáveis*;

*Não consta com exatidão o número de responsáveis entrevistados.

Através do quadro acima, foi possível verificar a mesma quantidade de pesquisas empíricas e teóricas, com 16 trabalhos cada. Dentre a amostra final (32), somente um não trouxe um viés crítico sobre o processo de medicalização e o uso banalizado de psicotrópicos. Entre os 31 trabalhos críticos, 15 eram estudos teóricos (GUARIDO, 2006; GUARIDO, 2009; GUARIDO & VOLTOLINI, 2009; FERRAZZA & ROCHA, 2011; SILVA et al., 2012; GOMES & HENNIG, 2015; RIBEIRO et al., 2016; OLIVEIRA, HARAYAMA & VIÉGAS, 2016; PAIVA et al., 2016; BAUMGARDT & ZARDO, 2016; CRUZ et al., 2016; ZANELLA et al., 2016; DOMITROVIC & CALIMAN, 2017; Esher & COUTINHO, 2017; MATOS et al., 2018), enquanto 16 eram pesquisas empíricas (FERRAZZA, ROCHA & ROGONE, 2010; FRANÇA, 2012; BELTRAME & BOARINI 2013; CALIMAN & DOMITROVIC, 2013; SILVA, SCHÄFER & BONFIGLIO, 2013; GARCIA, BORGES

& ANTONELLI, 2014; SANCHES & AMARANTE, 2014; BELTRAME et al., 2015; GOMES et al., 2015; LEGNANI & PEREIRA, 2015; SANTOS TULESKI & FRANCO, 2016; CUNHA & MELLO, 2017; PARRA, PAVANELI & CRUZ, 2017; VIZOTTO & FERRAZZA, 2017; CALIMAN, PETERLE & CÉSAR, 2017; SILVA, RODRIGUES & MELLO, 2018).

Somente um artigo teórico (SOUZA, ABREU & SANTOS, 2018) não discutiu a medicalização de forma crítica. Ligado à área de farmácia, discute o aumento no uso de psicotrópicos e sua importância para o tratamento responsável, em virtude do aumento dos transtornos mentais no grupo infanto-juvenil. Foi realizada uma revisão teórica para destacar o uso de alguns medicamentos, suas propriedades e efeitos positivos e colaterais, buscando entender sua funcionalidade, indicações e escolha adequada.

Essa pesquisa pontua a importância de um diagnóstico precoce para maior probabilidade de cura, e ainda cita o aumento nos casos de suicídios entre adolescentes, distúrbios alimentares, ansiedade e depressão. O artigo não discutiu o fenômeno medicalização em si, e sim o aumento dos transtornos mentais infantis, a atenção especial que essa faixa etária exige no uso do medicamento, como as doses, reações, efeitos colaterais e o uso com sensatez e cautela. Também foi abordada a importância de se compreender a classe medicamentosa, sua funcionalidade e contribuição na saúde mental infanto-juvenil (SOUZA, ABREU & SANTOS, 2018).

Vários psicotrópicos foram citados nos estudos: os ansiolíticos, antidepressivos, antipsicóticos e estabilizadores do humor, como Tofranil, Vyvanse, Haloperidol, Pimozide, Risperidona, Depakene, Neuleptil, Rivotril, Carbamazepina, Imipramina, Trileptal, Fluoxetina, entre outros. Porém, o campeão de citações foi o Metilfenidato. A princípio, esse resultado foi associado à ligação entre os descritores “crianças”; “psicotrópicos”, no entanto, como o quadro (1) mostrou o resultado da combinação entre essas duas palavras foi escasso, sendo necessário refazer a busca incluindo o descritor “medicalização”. O que invalida a hipótese de associação de trabalhos encontrados sobre o Metilfenidato com as palavras chaves “psicotrópico e criança” e revela a ausência de pesquisa sobre um tema de tamanha relevância.

Em todos os 32 artigos, o TDHA e o uso de psicotrópicos para seu tratamento foram citados, somente 5 trabalhos não utilizaram diretamente o nome da substância metilfenidato, o substituindo pelo termo psicotrópico, psicofármaco, medicamento ou remédio. Em algum momento da discussão, a demanda escolar e seus encaminhamentos

aparecem no escopo dos trabalhos críticos. A medicalização associada à escola ou às dificuldades de aprendizagem foi citada em todos os 31 com viés crítico. Mesmo quando as pesquisas não tinham como foco na medicalização infantil, o TDAH e/ou o metilfenidato apareceram como algo recorrente nos textos. Deste modo, entende-se que o contexto educacional, mesmo que indiretamente, esteve presente em todas as pesquisas encontradas.

Após a sistematização das categorias e a leitura completa da amostra final, as principais temáticas apresentadas nas pesquisas foram agrupadas em três tópicos: 1) Escola - com 19 artigos; 2) Serviços de Saúde - com 7 artigos; 3) Iniciativas inovadoras/desmedicalização - com 5 artigos. Essa separação temática teve como finalidade destacar algumas questões pertinentes para a análise dos artigos, porém, em todos os trabalhos a escola e/ou problemas de aprendizagem estavam nas discussões.

Outra questão abordada com frequência foi o aumento em escala mundial do consumo de metilfenidato. A maioria dos artigos da amostra utilizou os dados epidemiológicos da Vigilância Sanitária (BRASIL, 2012), inclusive como metodologia de pesquisa. A partir dessa constatação e da importância do relatório que alerta sobre o uso indiscriminado do medicamento como uma questão de saúde pública, a análise dos dados publicados pelo Ministério da Saúde será destrinchada como parte dessa revisão.

3.2– Dados Epidemiológicos sobre os estudos de utilização do metilfenidato e suas possíveis consequências colaterais.

O metilfenidato (Cloridrato de Metilfenidato) é um psicoestimulante, derivado da anfetamina, utilizado como o principal recurso para o tratamento do TDAH e da Narcolepsia, um distúrbio do sono que causa excesso de sonolência. O metilfenidato é uma substância psicoativa comercializada mundialmente com o nome de Ritalina, produzida pelo laboratório *Novartis Biociências*, descrito pela empresa como “fraco estimulante do Sistema Nervoso Central”. Outro laboratório, o *Janssen Cilag* também tem comercializado a substância metilfenidato, mas com o nome comercial Concerta.

No Brasil, a aprovação para a comercialização da Ritalina ocorreu em 1998, e do Concerta, em 2002. Com o aumento de seu consumo, principalmente entre as crianças em idade escolar, treze anos após a liberação para a venda do metilfenidato a Vigilância Sanitária emite relatórios de alerta (BRASIL, 2012). Esses dados despertou o

interesse da comunidade científica sobre a questão, como apareceu no gráfico 1, após o ano de 2012 as pesquisas despontam, aumentando nos anos seguintes e se concentrando nos anos de 2016 e 2017.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) está vinculada ao Ministério da Saúde como o órgão responsável pela fiscalização e pelo controle sanitário de todos os produtos, nacional ou importado, e serviços como os medicamentos, alimentos e outros que envolvam riscos à saúde. No que diz respeito aos medicamentos, a Agência publicou, através da Portaria SVS/MS nº 344/1998⁶, a lista de substâncias sujeitas a controle especial. O metilfenidato corresponde a um fármaco, incluso na lista A3 desta portaria, que por oferecer risco de abuso e dependência, tem sua venda condicionada ao controle de prescrição com retenção da notificação de receita médica (BRASIL, 2012).

A Anvisa, através de dados coletados pelo Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC), emitiu em setembro de 2012, o Boletim de Farmacoepidemiologia, intitulado “Prescrição e consumo de metilfenidato no Brasil: identificando riscos para o monitoramento e controle sanitário”⁷, com um panorama da prescrição e do consumo da substância em todo o país, desde 2009 a 2011. Esses Boletins são estudos baseados na gestão de riscos associados aos medicamentos, compondo três etapas: determinação do risco; gerenciamento/controle do risco; e comunicação do risco (BRASIL, 2012).

A identificação, quantificação e avaliação de riscos dão origem à produção de dados que geram informações para subsidiar, monitorar e planejar ações que visem o progresso em saúde de uma comunidade. Os Estudos de Utilização de Medicamentos (EUM) estudam a comercialização, distribuição, prescrição e uso de medicamentos na sociedade com ênfase nas consequências médicas, sociais e econômicas. A influência de fatores socioantropológicos, comportamentais e econômicos na utilização de medicamentos são aspectos importantes a serem considerados no processo de gestão de riscos em vigilância sanitária (BRASIL, 2012).

⁶ Disponível no endereço:

<http://www.anvisa.gov.br/scriptsweb/anvisalegis/VisualizaDocumento.asp?ID=939&Versao=2>

⁷ BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Prescrição e consumo de metilfenidato no Brasil: identificando riscos para o monitoramento e controle sanitário. Boletim de Farmacoepidemiologia. v.2, n. 2; 2012. <http://www.anvisa.gov.br/sngpc/boletim.htm>

A análise de dados do SNGPC respondeu a três questões problemáticas: O que os dados de consumo de metilfenidato revelam? Qual foi o gasto das famílias brasileiras com metilfenidato? Qual é a situação da prescrição de metilfenidato por especialidades médicas no Brasil?

O resultado dos dados referentes às drogarias e farmácias de todo o país, revelou que, em 2009, foram vendidas 156.623.848 miligramas (mg) do medicamento (557.588 caixas de metilfenidato). Já em 2010 foram 266.092.536,00 mg (881.959 caixas). No ano de 2011 a quantidade cresceu para 413.383.916 mg (1.212.850 caixas). Diante do indicador DDD (dose diária definida)/1000 crianças entre 6 e 16 anos, o aumento no consumo do psicofármaco foi de 164% entre 2009 e 2011. Nesse triênio, o consumo de metilfenidato diminuiu nos meses de férias escolares (janeiro, julho e dezembro), aumentando no segundo semestre de cada ano (BRASIL, 2012). Pausa conhecida como “feriado terapêutico”.

Nos três anos estudados, o Distrito Federal foi o maior consumidor de metilfenidato, em 2011, chegaram a mais de 114 caixas para cada mil crianças. Entre as capitais brasileiras, Porto Alegre obteve o maior consumo de metilfenidato no triênio. Já entre os estados, Rondônia ficou como o maior consumidor, entre 2009 e 2011. Os dados revelaram que, todas as capitais brasileiras tiveram uma estimativa de aumento percentual real no consumo de metilfenidato de 2009 para 2011. As três capitais com maiores estimativas de aumento foram Salvador (6.295,71%), São Paulo (1.569,71%) e Campo Grande (228,16%), enquanto que Porto Alegre (4,89%), Rio de Janeiro (19,05%) e Cuiabá (23,05%) registraram os menores valores. As quatro capitais que apresentaram redução foram, Rio Branco (-74,56%), Palmas (-63,19%), Maceió (-7,25%) e (-9,47%) em Vitória (BRASIL, 2012).

O gasto estimado das famílias brasileiras com o medicamento foi de R\$ 28,5 milhões em 2011, o equivalente a R\$ 778,75 por cada mil crianças com idade entre 6 e 16 anos. Os estados de São Paulo, Minas Gerais e Paraná, com a mesma alíquota percentual de imposto (18%), obtiveram o maior gasto por mil crianças (R\$ 1.110,40), seguidos do Rio de Janeiro (R\$ 1.017,48), que tem uma alíquota de 19%. Essas duas faixas de gastos foram maiores que o valor do gasto médio por mil crianças registrado para o país (R\$ 778,75). Foi verificada uma concentração de mercado para o tratamento de TDAH com três apresentações farmacêuticas, todas de um mesmo laboratório, responsável por 92% das vendas (BRASIL, 2012).

Referente à prescrição de metilfenidato por especialidades médicas no Brasil, os três primeiros prescritores (neurologia pediátrica e medicina do trabalho/neurologia) foram os mesmos nos três anos estudados, dois destes, são médicos do Distrito Federal. Houve um predomínio das especialidades médicas que tratam de distúrbios estruturais do sistema nervoso. Dentre os 15 maiores prescritores, não houve nenhum representante das regiões Norte e Nordeste, parte deles estavam nas regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul, sendo que, em 2009, a região Sudeste obteve o maior número de prescritores, e em 2010 e 2011, o Sul assumiu essa posição. Esse resultado pode ilustrar a não ocorrência na revisão bibliográfica de publicações de pesquisas realizadas na região Norte e Nordeste. A análise apontou uma quantidade de prescrição bem acima da média e mediana entre alguns profissionais (BRASIL, 2012).

A Anvisa ratificou a necessidade de verificar se o uso do metilfenidato está sendo feito de forma segura, pois a difusão equivocada pode estar contribuindo para o aumento e o abuso no uso do medicamento. Os psicotrópicos, de acordo com a atividade que exercem no Sistema Nervoso Central, podem ser classificados em três grupos: os Depressores (psicolépticos); os Estimulantes (psicoanalépticos), e os Perturbadores (psicoticomiméticos, psicodélicos, alucinógenos e psicometamórficos). O metilfenidato pertence ao grupo dos Estimulantes, o mesmo grupo que a cocaína (psicoanalépticos). Quanto à comparação entre essas duas substâncias, a Agência Antidroga Norte-americana (DEA) indica que as reações à cocaína, à anfetamina ou ao metilfenidato, quando administradas em doses comparáveis, produzem efeitos quase idênticos (ROUDINESCO, 2000 apud SILVA et al., 2012; SILVA, SCHÄFER & BONFIGLIO, 2013; BAUMGARDT & ZARDO, 2016; VIZOTTO & FERRAZZA, 2017).

O metilfenidato envolve questões complexas e seus efeitos, sejam os positivos ou os colaterais, são alvos de discordâncias entre os que defendem a eficácia da substância no tratamento do transtorno e os que acreditam que os efeitos a longo prazo em crianças são pouco conhecido, e não se deve arriscar a saúde infanto-juvenil. Na presente revisão bibliográfica, foi possível encontrar autores que defendem o uso. Em geral, ligados ao curso de farmácia, esses trabalhos apresentaram dados que revelam que a terapia com fármacos mostrou-se superior à terapia sem eles. Contudo, os mesmos alertam sobre o uso indiscriminado do medicamento e o aumento nos diagnósticos de TDAH (GARCIA, BORGES & ANTONELLI, 2014; MATTOS et al., 2018; SOUZA, ABREU & SANTOS, 2018).

Parte das pesquisas trouxe os efeitos colaterais e danosos ao organismo, como: dor epigástrica (cólicas, dor abdominal, sintomas gastrointestinais), alterações do apetite (perda de peso, anorexia) e do sono (sonolência ou insônia), boca seca, náuseas, tontura, vertigem, cefaleia, tendência à agressividade, desordens psiquiátricas (episódios psicóticos, alucinações, euforia, mania, depressão), alterações da pressão arterial e do ritmo cardíaco (taquicardia, palpitações, arritmias, e até parada cardíaca), labilidade de humor (crises nervosas, irritabilidade, tristeza, choro fácil), reações cutâneas (problemas na pele), apatia, isolamento social, discinesia (espasmos, movimentos musculares anormais, involuntários), hipersensibilidade, dificuldade de acomodação visual e visão embaçada, desinteresse, “olhar parado”, função anormal do fígado, priapismo (ereções anormais ou frequentes e dolorosas), possível diminuição do crescimento e dependência (GUARIDO, 2009; FERRAZZA & ROCHA, 2011; SILVA, SCHÄFER & BONFIGLIO, 2013; GARCIA, BORGES & ANTONELLI, 2014; BELTRAME et al., 2015; SANTOS, TULESKI & FRANCO, 2016; DOMITROVIC & CALIMAN, 2017; PARRA, PAVANELI & CRUZ, 2017; VIZOTTO & FERRAZZA, 2017; CALIMAN, PETERLE & CÉSAR, 2017; MATOS et al., 2018).

Para os autores, os efeitos colaterais não são alvo de interesse de divulgação ou de estudos, associados a interesses da indústria farmacêutica. As reações adversas descritas na bula⁸ do cloridrato de metilfenidato são baseadas em estudos clínicos, relatos espontâneos e na literatura e estão classificadas entre: “muito comuns - comuns - raras - muito raras e muito sérias”, expostas no quadro (4) a seguir:

Quadro 4: reações adversas do metilfenidato encontradas no bulário eletrônico

REAÇÕES MUITO COMUNS (ocorre em mais de 10% dos pacientes que utilizam medicamento)
<ul style="list-style-type: none"> • Dor de garganta e coriza; • Diminuição do apetite; • Nervosismo; • Dificuldade em adormecer; • Náusea, boca seca.
REAÇÕES COMUNS (ocorre entre 1% e 10% dos pacientes que utilizam este medicamento)
<ul style="list-style-type: none"> • Angústia emocional excessiva, inquietação, distúrbios do sono, excitação emocional, agitação; • Dor de cabeça, tonturas, sonolência; • Movimentos involuntários do corpo (sinais de tremor); • Alterações na pressão arterial (geralmente aumento), ritmo cardíaco anormal, palpitações; • Tosse; • Vômitos, dor de estômago, indisposição estomacal, indigestão, dor de dente; • Alteração cutânea, alteração cutânea associada a coceira (urticária), febre, perda de cabelo; • Transpiração excessiva;

⁸Disponível no site da Anvisa http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/index.asp acessado no dia 06 de maio de 2019.

<ul style="list-style-type: none"> • Dor nas articulações; • Diminuição do peso; • Sentir-se nervoso.
REAÇÕES RARAS (ocorre entre 0,01% e 0,1% dos pacientes que utilizam este medicamento)
<ul style="list-style-type: none"> • Desaceleração do crescimento (peso e altura) durante o uso prolongado em crianças; • Visão turva.
REAÇÕES MUITO RARAS (ocorre em menos de 0,01% dos pacientes que usam medicamento)
<ul style="list-style-type: none"> • Baixa contagem de glóbulos vermelhos (anemia), baixa contagem de plaquetas (trombocitopenia); • Atividade anormal, humor deprimido; • Fala e movimentos corporais descontrolados (síndrome de Tourette); • Função hepática anormal, incluindo coma hepático; • Câimbras musculares.

As reações adversas consideradas “muito sérias” têm uma lista expressiva na bula, como aumento de pressão arterial, reações alérgicas graves, síndrome neuroléptica maligna, convulsões graves, discinesia, psicoses, espasmos musculares, entre outros.

Pesquisas apontaram que a medicação indiscriminada acarretaria problemas físicos e outras fragilidades emocionais e sua retirada brusca pode gerar efeito rebote. Temas discutidos com frequência entre os autores foram a tendência de suicídio em crianças que fazem uso do metilfenidato, a relação entre mortes súbitas em pacientes cardíacos, o efeito de apatia - *Zumbi Like*, caracterizado pela toxicidade do medicamento. A interferência no processo de desenvolvimento e maturação cerebral, as possíveis alterações químicas provocadoras de mudanças comportamentais e emocionais, prejuízos cognitivos e as alterações cromossômicas em crianças que usaram Ritalina durante três meses, também foram discutidos pelos autores (FERRAZZA, ROCHA & ROGONE, 2010; FRANÇA, 2012; PEROZIN, 2005, RAEBURN, 2009, MOYSES & COLARES 2010 apud SILVA, SCHÄFER & BONFIGLIO 2013; BELTRAME et al., 2015; MOYSÉS, 2012 apud CRUZ et al., 2016; VIZOTTO & FERRAZZA, 2017).

A Agência Europeia de Medicamentos (EMA), através do *Committee for Medicinal Products for Human Use* (CHMP), em 2009 reavaliou a relação do uso do metilfenidato com o aumento de riscos cardiovasculares, cerebrovasculares e transtornos psiquiátricos, com recomendações aos prescritores quanto aos diagnósticos e tratamentos de longa duração. Em 2013, o Centro de Vigilância Sanitária da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (CVS/SES/SP) emitiu um boletim com um alerta terapêutico em farmacovigilância, após receber 553 avisos de suspeitas de reações adversas, entre dezembro de 2004 a junho de 2013, pelo sistema eletrônico de notificação (PERIweb). A análise de causalidade realizada pelo CVS/SES/SP indicou:

a) O uso indevido de metilfenidato em crianças menores de 06 anos, com reações de sonolência, lentidão de movimentos e atraso no desenvolvimento; b) a prescrição para indicações não aprovadas pela Anvisa, como depressão, ansiedade, autismo infantil, ideação suicida, em 11% das notificações; c) aparecimento de reações adversas graves, com destaque para os cardiovasculares (37,8%) como taquicardia e hipertensão, transtornos psiquiátricos (36%) como depressão, psicose e dependência, e distúrbios neurológico como discinesia, espasmos e contrações musculares involuntárias; d) acidente vascular encefálico, instabilidade emocional, depressão, pânico, hemiplegia, espasmos, psicose e tentativa de suicídio, ocorridos entre os 14 a 64 anos; e) O óbito de cinco pacientes em tratamento com metilfenidato, devido a agravamentos de distúrbios psiquiátricos como depressão e ideação suicida; f) Uso em idosos maiores de 70 anos (Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2013).

Os dados epidemiológicos em farmacovigilância revelaram a banalização do uso de metilfenidato entre crianças em idade pré-escolar e em processo de alfabetização, inclusive menores de cinco anos, o que é contra indicado na bula. Após tais análises, alguns setores têm mobilizado ações de saúde pública para gerar mudanças nesse cenário, como a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, que publicou no dia 12 de junho de 2014, a Portaria SMS nº 986/2014⁹. O documento regulamenta a dispensa do metilfenidato na rede pública de saúde do município na tentativa de frear as prescrições e conscientizar quanto ao uso abusivo, como uma estratégia de enfrentamento às altas taxas de prescrição desse medicamento.

A portaria supracitada reitera as controvérsias quanto a critérios utilizados nos diagnósticos fundamentados somente nas descrições do DSM ou CID e pontua as críticas consistentes quanto à avaliação baseados no questionário denominado SNAP-IV (Swanson, Nolan e Pelham). Esse instrumento de avaliação para o diagnóstico de TDAH, com versão em português, também foi criticado em vários trabalhos encontrados na pesquisa bibliográfica. A portaria 986/2014 acentua a importância da ação psicossocial na avaliação e participação de uma equipe multidisciplinar, diminuindo a centralidade da avaliação biomédica e reforçando a necessidade de um tratamento que não se resuma ao uso da medicação. Segundo o documento, a prioridade

⁹ SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Gabinete do Secretário. Portaria Nº 986/2014, de 12 de Junho de 2014. Institui o Protocolo de Uso de Metilfenidato, que estabelece o protocolo clínico e a diretriz terapêutica para o emprego deste fármaco no âmbito da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. *Diário Oficial da Cidade de São Paulo*, Nº 109. São Paulo, SP. 12 de jul. 2014, p. 19

do tratamento farmacológico leva frequentemente ao enfraquecimento das abordagens psicossociais necessárias tanto para o diagnóstico quanto a terapêutica (Secretaria Municipal de Saúde, 2014).

Ações como a realizada pela prefeitura municipal de São Paulo têm sido referenciadas em outras regiões brasileiras e os dados da Anvisa têm sido essenciais para gerar mobilizações. O aumento desenfreado do metilfenidato associado ao diagnóstico de TDHA e ao contexto educacional, como uma tríade relacional apareceu interligados nos estudos da amostra bibliográfica, discutidos a seguir.

3.3 - A escola como mola propulsora no processo da medicalização.

A escola tem se apresentado como uma mola propulsora no processo da medicalização infantil, com um movimento que impulsiona e alimenta a busca por diagnósticos que possam explicar o fracasso educacional. A escola identifica o problema, pontua e transmite para os responsáveis, que buscam auxílio especializado e retornam com o aluno para a escola. Este, devidamente “tratado”, nem sempre corresponde à expectativa final da instituição, e nesse contexto, constrói-se uma rede que nutre a medicalização e como uma mola o problema é impulsionado entre eles.

Como já ratificado anteriormente, todos os 32 artigos citaram o TDAH e o uso de psicotrópicos associados à dificuldade de aprendizagem. Nos 31 estudos críticos, em algum momento foi discutido a tríade relacional escola, TDAH e metilfenidato/medicamento. Desses, 19 artigos ressaltaram a medicalização e sua interface com as questões educacionais, sendo agrupados no item escola (GUARIDO, 2006; GUARIDO, 2009; GUARIDO & VOLTOLINI, 2009; FERRAZZA & ROCHA, 2011; SILVA et al., 2012; FRANÇA, 2012; GARCIA, BORGES & ANTONELLI, 2014; GOMES & HENNIG, 2015; LEGNANI & PEREIRA, 2015; BELTRAME et al., 2015; BAUMGARDT & ZARDO, 2016; CRUZ et al., 2016; OLIVEIRA, HARAYAMA & VIÉGAS, 2016; RIBEIRO et al., 2016; SANTOS TULESKI & FRANCO, 2016; DOMITROVIC & CALIMAN, 2017; PARRA, PAVANELI & CRUZ, 2017; MATOS et al., 2018; SILVA, RODRIGUES & MELLO, 2018).

Os assuntos recorrentes entre os trabalhos foram, a escola como fonte de insegurança, sofrimento e cobranças para os familiares; o alto índice de crianças encaminhadas para serviços de saúde em busca de tratamentos especializados, laudos e

respostas para a instituição educacional; comportamentos indisciplinados associados a desvios e patologias; a cobrança pelo uso do medicamento como tratamento; a mudança no tratamento do aluno após o diagnóstico; a culpabilização do sujeito pelo fracasso escolar; a desresponsabilização da escola no processo de ensino; a propagação do saber médico e de outros especialistas no contexto educacional; o uso de psicotrópicos entre crianças e também entre os professores; a contribuição da mídia no processo de medicalização; a participação da psicologia na medicalização; os altos lucros e interesses das indústrias farmacêuticas; os excessos de diagnósticos e o processo histórico do metilfenidato e do TDAH.

O TDAH foi o diagnóstico campeão nas referências, dividido em dois subtipos: Déficit de Atenção e Hiperatividade. Outros transtornos também foram apresentados nas pesquisas, entre eles, o Transtorno do Espectro Autista (TEA), o Distúrbio do Processamento Auditivo Central (DPAC), a Depressão infantil, a Ansiedade, a Dislexia e o Transtorno Opositor Desafiador (TOD). Os autores mais citados foram Foucault, com sua análise sobre as funções da sociedade normativa e disciplinar e a docilização dos corpos, as crianças anormais e a invasão dos especialistas na escola, e as pesquisadoras Maria Aparecida Affonso Moysés; Cecília Azevedo Lima Collares e Maria Helena Souza Patto com trabalhos sobre a medicalização da educação e a produção do fracasso escolar no contexto brasileiro.

Nesse item escola, 13 estudos eram teóricos e 6 empíricos. Em todos os estudos empíricos foram identificadas crianças que faziam uso de metilfenidato. Desses, 4 estudos realizaram entrevistas semiestruturadas em escolas públicas e privadas, do Ensino Infantil e Fundamental, em regiões como Distrito Federal, Paraná e (2) São Paulo. Os sujeitos entrevistados foram 30 profissionais da Educação Básica, sendo 28 professoras e 2 orientadoras educacionais (GARCIA, BORGES & ANTONELLI, 2014; LEGNANI & PEREIRA, 2015; SANTOS TULESKI & FRANCO, 2016; PARRA, PAVANELI & CRUZ, 2017)

Uma das pesquisas empíricas foi realizada em um SPA e apesar de o campo ser um setor de saúde a discussão não focou no serviço. O objetivo foi entrevistar crianças diagnosticadas com TDAH que foram encaminhadas pelas escolas da região da grande Florianópolis para avaliação e atendimentos a partir da queixa escolar. Essas entrevistas semiestruturadas foram realizados com 4 estudantes (7 e 14 anos) e seus responsáveis (BELTRAME et al., 2015). E o sexto artigo empírico analisou 254 encaminhados à

Assessoria de Psicologia Escolar da Secretaria de Educação do Município de Petrópolis, com a finalidade de investigar o uso de psicofármacos em crianças com queixa escolar, entre os anos de 2013 e 2015 (SILVA, RODRIGUES & MELLO, 2018).

Entre as escolas pesquisadas, somente uma apresentou visão crítica quanto à medicalização e o uso de psicotrópicos. A escola esta localizada em uma cidade de pequeno porte, noroeste de São Paulo, com oito mil habitantes, aonde o acesso a especialistas de saúde exigia um deslocamento para cidades maiores. Os problemas de indisciplina como conversas, dificuldades de se manterem sentados, falta de interesse, brigas, entre outros, foram considerados pelas professoras como questões inerentes do contexto de sala de aula. A maioria delas não percebeu seus alunos como indisciplinados e mesmo quando eles apresentavam esses comportamentos não eram correlacionados a problemas de aprendizagem. Somente duas, das dez entrevistadas, fizeram essa correlação. Apesar das professoras já terem realizado encaminhamentos de alunos para especialistas, poucos diagnósticos permeavam o ambiente escolar. Quanto ao uso do metilfenidato, quatro das entrevistadas afirmaram ter ao menos um aluno que faz uso. Duas destas professoras achavam necessário o uso do remédio, as demais não viam vantagens no uso (PARRA, PAVANELI & CRUZ, 2017).

Diferente da escola acima, as outras instituições, representadas por suas educadoras, revelaram apoio explícito ou implícito à medicalização. Algumas questões foram recorrentes nos resultados, como a indisciplina entre os alunos associados a comportamentos desviantes ou patológicos; a sensação de contribuição entre as educadoras na identificação de potenciais problemas de transtornos mentais; queixas frequentes de resistências apresentadas por familiares como falta de parceria; a necessidade de especialistas de saúde atuando na escola ou em parceria com os educadores; a importância do medicamento como parte fundamental do tratamento; a percepção de seus efeitos colaterais apresentados entre os alunos, que por vezes, eram ignorados ou amenizados diante da ideia de eficácia ou vantagens em seu uso; o medicamento como controle de comportamentos e não como melhoras no aprendizado; e por fim, a mídia utilizada como recurso informativo na capacitação e atualização dos profissionais quanto aos transtornos de aprendizagem.

A relação dos familiares com a escola se configurou de maneira dúbia e complexa. De um lado, os discursos apresentados pelos educadores que envolvem a família aparecem cercados de estigmas e quando os problemas de aprendizagem não são

atribuídos a transtornos são atribuídos à família. Estas são responsabilizadas pelos comportamentos desajustados dos alunos, sejam por falta de limites, atenção e cuidados, ou devido a brigas e conflitos nos lares. Os educadores cobravam parceria dos responsáveis, que deveriam seguir suas orientações de encaminhamentos e encorajar o tratamento da criança com uma participação ativa no processo. Quando os mesmos apresentavam resistências eram rotulados como superprotetores, preconceituosos, relapsos ou negligentes por tratar com descaso os problemas apresentados por seus filhos (GARCIA, BORGES & ANTONELI, 2014).

Do outro lado, os familiares se queixavam da pressão escolar por buscas de especialistas e diante do não tratamento médico para seus filhos é como se estivessem negando-lhes ajuda. Segundo Beltrame et al. (2015) essa pressão pode ser oriunda tanto da escola como dos profissionais da área de saúde. Os responsáveis ressaltaram que a pressão iniciou com sucessivos bilhetes na agenda escolar, seguidos de chamadas em particular para reclamações, podendo chegar a casos de expulsão. Situação que lhes geram uma sensação de insegurança por não saberem qual seria a melhor decisão a se tomar. Diante da dúvida entre ouvir as queixas dos professores e buscar ajuda médica ou resistir ao uso do medicamento e pagar o preço do possível insucesso no futuro de seus filhos, os familiares sofriam quanto a qual rumo seguir.

Quando os responsáveis decidiam por buscar ajuda especializada, inicia-se outra saga, manter o tratamento. Em algumas situações para sustentarem o tratamento de seus filhos com medicamentos e outras terapias contemporâneas, como psicopedagogos, explicadoras, psicólogos, fonoaudiólogos, terapeuta ocupacional, as famílias comprometiam parte de suas finanças, adquirindo inclusive dívidas. Os familiares relataram que o processo de diagnosticar se desencadeou a partir das queixas escolares, até então, não percebiam nada de diferente e devido às sucessivas reclamações chegaram até um consultório médico (BELTRAME et al., 2015). Já as professoras alegaram que a família seria a base fundamental para que o problema seja diagnosticado, e que, por excesso de amor ou descaso acabam não enxergando o problema, “tapando o sol com a peneira” (GARCIA; BORGES & ANTONELLI, 2014, p. 555). Em meio a esses impasses, o aluno que conseguia o financiamento familiar para seu tratamento se percebia cheio de tarefas e compromissos durante seu cotidiano, e as queixas quanto a não ter tempo para brincar se tornou comum entre eles.

A falta de atenção dos responsáveis foi pontuada pelos professores como um problema para a efetivação de uma pedagogia que resultasse em um melhor aprendizado, como a ajuda em atividades a serem executadas em casa. Contudo, os resultados não mostraram metodologias de ensino com foco nas dificuldades apresentadas pelos alunos, e sim, novas formas de tratamento a alunos diagnosticados. Logo, era necessário o diagnóstico para iniciar alguma mudança pedagógica (GARCIA; BORGES & ANTONELLI, 2014).

Diante de questionamentos quanto ao número excessivo de crianças medicadas, as professoras novamente atribuíam à conduta dos pais, devido à falta de limite. Para elas, determinados casos não necessitavam de medicamentos e sim de base familiar (SANTOS TULESKI & FRANCO, 2016). Professoras culpavam familiares, inclusive diante dos efeitos colaterais, atribuídos a erros de administração por parte dos mesmos. Somente uma educadora denunciou o exagero de diagnósticos e criticou professores que estigmatizam alunos com comportamento desviante, mas reiterou a necessidade de encaminhar algumas crianças para avaliação e tratamento (GARCIA; BORGES & ANTONELLI, 2014).

Professoras do ensino infantil pontuaram a importância de suas funções na contribuição de tratamentos precoces. Para elas, a escola é um lugar de identificar os problemas apresentados pelos alunos e orientar os responsáveis, se percebendo como uma ferramenta essencial nesse processo. As educadoras ratificaram que, às vezes, têm o olhar mais sensível que o do profissional de saúde, ressaltando falhas de diagnósticos médicos. Inclusive, uma professora considerou fazer a função que deveria ser dos “médicos ou dos pais!”, se referindo ao fato de diagnosticar (GARCIA, BORGES & ANTONELI, 2014, p. 550).

Nesse cenário ambivalente da relação entre familiares e a escola, existe um sujeito que tem sua voz silenciada, o aluno. Este se percebe como um problema e mediante toda essa demanda precisa corresponder às expectativas da família e da escola. Para Beltrame et al. (2015, p. 563) as crianças são destituídas da capacidade de ponderação sobre os fenômenos que acarretam suas próprias vidas. Os autores realizaram entrevistas com familiares e alunos com TDHA para compreender como eles subjetivam seus diagnósticos. Os alunos alegaram nunca terem sido ouvidos por seus familiares ou pelos profissionais que lhes deram o diagnóstico. O conhecimento referente ao próprio diagnóstico se apresentou de maneira superficial e genérica, tanto

os responsáveis, como as crianças, explicaram o transtorno reproduzindo discursos como, “é ser agitado, não parar quietos cinco minutos”; “não se concentrar e não prestar atenção nas coisas”.

As principais condutas geradoras das queixas escolares se referiam à falta de atenção e/ou a agitação. Para os alunos isso não deveria ser motivo para um diagnóstico, para eles esses estigmas atribuídos a seus comportamentos lhes causam desconforto, alegando que ninguém é perfeito e todos têm sua diferença. Os estudantes veem sua agitação como momentos de diversão e não como dificuldades de aprendizado. Referente à falta de atenção, quando eles estão diante de tarefas prazerosas alegam não apresentarem esse problema. Os responsáveis reconhecem que o aprendizado dos filhos se torna mais avançado e fácil para além da escola e que algumas de suas potencialidades e habilidades nem sempre são reconhecidas pela instituição. A escola é mencionada pelos alunos como um lugar hostil e chato, onde se sentem obrigados a ir (BELTRAME et al., 2015).

Alguns responsáveis revelaram um posicionamento crítico e, apesar de acatarem as sugestões da escola, reconheceram que certos comportamentos não são aceitos no ambiente escolar, acreditando ser somente uma fase, sem que seja preciso o uso do medicamento para o resto da vida. As exigências sociais de um comportamento adequado deixam os responsáveis inseguros quanto a interromper o tratamento com o uso da medicação. Contudo, a diminuição da agitação foi apontada como o principal motivador da melhora no relacionamento familiar (BELTRAME et al., 2015).

O mesmo remédio apontado como solução para questões de aprendizagem tem seu resultado positivo atribuído a comportamento indisciplinar e não aos aspectos dos processos cognitivos. Santos, Tuleski e Franco (2016) afirmam que o primeiro fator a ser corrigido é a conduta da criança, e nesse critério, o medicamento fornece mais alívio para o professor do que para o próprio aluno, tornando-se um fim em si mesmo. Durante as entrevistas, os educadores queixavam-se de indisciplinas e inquietações, alegando que os alunos com TDAH são ligados “no 220”, reforçando a ação do remédio para tornar o aluno mais calmo, além de ajudá-los nos relacionamentos com os demais (LEGNANI & PEREIRA, 2015, p. 42).

O diagnóstico gerou efeitos sobre os sujeitos, produzindo novos sentidos. Para os responsáveis, após o diagnóstico seus filhos deixaram de serem reconhecidos como “bagunceiros, preguiçosos e atentados”, sendo tratados com mais paciência pela escola

(BELTRAME et al., 2015, p. 560). Para as professoras a partir do momento em que os responsáveis percebem a „doença“ do filho e iniciam sua participação no processo, tudo melhora. Inclusive, as mães passam a serem menos agressivas com os filhos (GARCIA; BORGES & ANTONELLI, 2014). Os alunos também apaziguam suas inseguranças já que a possível falta de interesse ou a dificuldade de aprender se tornou um problema cerebral. Essas mudanças positivas nos relacionamentos, por vezes são associadas somente ao uso do medicamento, mas Brzozowski e Caponi (2009) apud Beltrame et al. (2015) ressaltam que seria uma resposta feita por reciprocidade, a criança responde nos relacionamentos de forma diferentes, porque também são tratadas diferentes.

O número relevante de alunos medicados foi relativizado mediante o benefício apresentado. Apesar de alguns educadores perceberem conflitos subjetivos de seus alunos, o foco do resultado do medicamento retorna para o comportamento. Para uma professora, o medicamento ajuda o aluno a lidar com algo que o incomoda, seu estado angustiante pode fazer com que se torne agitado e queira colocar para fora algo que nem ele suporta. Nesse caso, o medicamento ajudaria a conter essa angústia, fazendo a criança voltar para seu eixo, se concentrando e se organizando (GARCIA, BORGES & ANTONELI, 2014). A medicação aparece como uma solução milagrosa: professores dizem notar seu efeito logo após sua ingestão, atribuindo ao remédio um poder “mágico”, que Santos, Tuleski e Franco (2016) chamam de “fetiche da pílula”.

Autores alertam que o metilfenidato se tornou um doping infantil legalizado, uma droga da obediência que exerce um papel de “camisa-de-força química”. Crianças são punidas devido seu mau comportamento, contidas quimicamente em si e com terapias de treinamentos são “reprogramadas” (SILVA et al., 2012). Para Oliveira, Harayama e Viégas (2016) a instituição escolar apresenta um discurso incoerente e contraditório, pois no mesmo lugar em que divulgam campanhas sobre o uso de drogas, perguntam a seus alunos se já fizeram uso do medicamento. O contexto escolar tem proporcionado uma convivência harmoniosa com o consumo de psicofármacos, onde alunos carregam em suas mochilas, entre seus cadernos, lápis e lanches, sua caixa de metilfenidato (MONTEIRO, 2007 apud VIZOTTO & FERRAZZA, 2017).

Referente aos efeitos colaterais, as pesquisas mostraram que eles são perceptíveis no contexto educacional. Professoras relatam que os alunos chegam “literalmente dopados”, utilizando adjetivos como, “meio grogue, avoados, contidos, passivos, sonolentos, bitolados” (LEGNANI & PEREIRA, 2015, p. 42). Embora alguns

professores mostrassem preocupação com os efeitos colaterais, acatavam o discurso médico. Para os alunos os efeitos colaterais interferiam no seu cotidiano, como mostram esses relatos:

Quando eu vou me divertir, a minha mãe fala: vai lá tomar o remédio. Aí eu não me divirto (...). Eles falam, passa a bola, passa a bola, aí eu fico quieto, não jogo do jeito que eu gosto de jogar. (...) Na minha escola não dá de comer porque minha mãe dá um remedinho pra mim. Eu preciso dele, aí ele me deixa sem fome (BELTRAME et al., 2015, p. 561).

Os alunos relatam sentirem-se presos quando usam o remédio, sem conseguirem reagir como gostariam. A informação que eles recebem é que o medicamento serve para ajuda-los a fazerem a lição, a se concentrarem nas atividades e para se controlarem. As questões de aprendizado não eram discutidas com as crianças. Para um deles, o remédio não o ajudava a estudar e se pudesse escolher não o tomaria. Apesar disso, reforçou sua mudança comportamental em sala de aula, o que lhe proporcionou somente uma anotação da escola em duas semanas de aula (BELTRAME et al., 2015).

O estudo de Silva, Rodrigues e Mello (2018) realizado em serviços especializados em Psicologia que recebem encaminhamentos das escolas municipais de Petrópolis problematizou a participação da psicologia no processo de medicalização da infância. Em meio a tantos encaminhamentos, a psicologia precisa problematizar as práticas educacionais. Porém, por vezes, as próprias práticas psicológicas e os profissionais da área reproduzem e legitimam o discurso biomédico. Os autores reiteram a importância de se repensar às práticas de saúde e de educação através de uma análise de implicação para evitar o uso banalizado de psicotrópicos. Essa pesquisa revelou que das 254 crianças encaminhadas ao serviço, 100 faziam uso de psicotrópicos, com diagnósticos de TDAH e TOD, e 44 crianças foram encaminhadas a especialistas para avaliações e também iniciariam seus tratamentos medicamentosos.

A especialista em Psicologia escolar Patto critica o lugar que a Psicologia vem ocupando no contexto educacional ao responder os anseios dos professores identificando anormalidades que justifiquem o fracasso escolar sem compreender a gênese dessa problemática. Desde os primórdios da disciplina, por meio de seus testes psicológicos que avaliavam o Quociente de Inteligência (QI), e com a educação dos anormais, a inserção da Psicologia no campo da educação não parou de crescer.

A sociedade ocidental alimenta a presença do discurso médico-psicológico na educação e com um ensino inadequado a sua época, ao invés de se revolucionar,

encarrega a medicina de responder onde o ensino fracassou. O governo se desresponsabiliza pelo fracasso escolar e produz uma política que deposita a responsabilidade na conta do professor. Este, para acalmar sua angústia, encaminha seus alunos para os profissionais de saúde e transfere responsabilidades, deslocando a preocupação do coletivo para o particular (MANNONI, 1988 apud GUARIDO, 2006; COLLARES & MOYSÉS, 2012 apud LEGNANI & PEREIRA, 2015).

É importante ressaltar que os professores não têm sido poupados nesse fenômeno. Oliveir, Harayama e Viégas (2016) citam o relatório do Conselho Nacional de Secretários de Estado da Administração Pública, publicado em 2014, que constatou que 75% dos afastamentos de servidores estatutários vinham das Secretarias de Educação e Saúde e longos afastamentos estão relacionados aos transtornos mentais. Os dados mostram que para suportar as jornadas de trabalho e a sala de aula, os professores tem feito uso cotidianamente de psicofármacos. Para Guarido e Voltolini (2009) a crença no remédio como solução de problemas reduz outras intervenções potentes e transformadoras.

A mídia foi apontada como um instrumento de destaque no processo de expansão da medicalização na escola. Com informações rasas, amplamente veiculadas nos diversos setores da sociedade, facilitando na identificação dos desvios e popularizando os transtornos mentais. Guarido (2009) destacou várias reportagens de revistas especializadas em educação, com sucessivas matérias sobre transtornos, que ensinam o professor a se tornar um identificador em sala de aula, com notas que estimulam e naturalizam o uso de medicamentos. Educadores se apropriam dessas divulgações como um conhecimento científico que os capacitam, com relatos como “eu sempre procuro ler assuntos ligados a escola (...) a produção de matérias sobre o TDAH é grande e a informação bem disponível” (LEGNANI & PEREIRA, 2015, p. 40).

O espaço escolar, antes voltado para a aprendizagem, se transformou em um espaço clínico com foco em desvios e transtornos. O professor tem sua autoridade capturada pelo discurso da saúde e sua prática tem sido atrelada à vigilância com ênfase no aluno problema, comprometendo parte de sua carga horária para identificar os indisciplinados e/ou transtornados. Os critérios utilizados para encaminhamentos são baseados nos alunos que se diferenciam dos demais e que apresentam disparidade entre eles (GARCIA, BORGES & ANTONELI, 2014; COLLARES & MOYSÉS, 1996; 2013 apud LEGNANI & PEREIRA, 2015; PARRA, PAVANELI & CRUZ, 2017).

O próximo passo após o encaminhamento é a avaliação clínica e o principal instrumento utilizado para os diagnósticos de TDAH é o questionário SNAP, elaborado a partir dos critérios do DSM IV, cujo preenchimento é realizado pelos responsáveis da criança e professores. A escola tem investido em cartilhas de orientações a partir do SNAP com o intuito de facilitar a identificação de transtornos entre os alunos. O instrumento tem sido alvo de críticas por conter perguntas rasas e superficiais, o que facilita o encaixe de qualquer sujeito nesse quadro diagnóstico (GUARIDO & VOLTOLINI, 2009 apud PAIVA et al., 2016; PARRA, PAVANELI & CRUZ, 2017).

Com o diagnóstico em mãos tem início a busca por garantia de direitos e reivindicações quanto ao Atendimento Educacional Especializado. As escolas são cobradas por mudanças pedagógicas e nem sempre estão preparadas para esse momento. As políticas públicas também se mobilizam para responder as reivindicações, como exemplo, os pedidos de condições especiais para a realização de provas e concursos (OLIVEIR, HARAYAMA & VIÉGAS, 2016). Em uma escola pesquisada, os alunos com TDAH eram avisados por e-mail sobre as provas surpresas com datas agendadas, enquanto os demais eram surpreendidos durante as avaliações. Legnani e Pereira (2015) chamam a atenção para a homogeneização de alunos TDAH, com a construção de um “bloco”, onde crianças tenham sua subjetividade substituída pela sigla diagnóstica.

O conhecimento sobre a criança, pautado no saber médico-psicológico adentrou na educação, sendo compartilhado e naturalizado entre os profissionais. Para Guarido (2006) esse discurso hegemônico sobre o organismo e seus aspectos funcionais, reduz a consideração da dimensão simbólica da subjetividade e o ato educativo e a experiência humana sofre uma tendência de esvaziamento.

Os principais atores envolvidos no âmbito educacional são responsabilizados por problemas de nível macro, com questões sociopolíticas, econômicas e educacionais que geram conflitos intersubjetivos demandando desses atores além do que eles suportam. A partir dessa perspectiva, a escola se tornou um lugar que também gera sofrimentos, onde o adoecimento torna-se uma válvula de escape e, nesse cenário, o setor de saúde se tornou quase um pronto socorro de caráter emergencial.

3.4 Demandas apresentadas nos serviços de saúde

Esse sujeito adoecido, que necessita de cuidados, reconhece no setor de saúde o lugar que cuida e acolhe sua demanda, conseqüentemente, acabam sobrecarregando os serviços. Essa demanda, segundo os critérios da política pública, deve ser acolhida, mas como reiteram Beltrame e Boarini (2013), isso não implica em atendimentos, sendo possível utilizar como alternativa a reconfiguração da demanda. Os artigos encontrados mostraram que a maior demanda apresentada nos serviços de saúde infanto-juvenil tem vindo da escola, e nesse contexto, esses serviços inserem-se, como a via para a obtenção de medicamento, reproduzindo um modelo ambulatorial individualizado. E mais uma vez, foi recorrente a tríade relacional escola, TDAH e metilfenidato/medicamento.

Para discutir essa demanda medicalizante apresentada nesses setores, 7 pesquisas empíricas foram destacadas (FERRAZZA, ROCHA & ROGONE, 2010; SILVA, SCHÄFER & BONFIGLIO, 2013; BELTRAME & BOARINI 2013; SANCHES & AMARANTE, 2014; GOMES et al., 2015; CUNHA & MELLO, 2017; VIZOTTO & FERRAZZA, 2017). As metodologias aplicadas nesses estudos foram: 1) análise de 348 prontuários de crianças (até 12 anos) atendidas no período de 1998 a 2008, em um SPA no RS; 2) análise de 121 prontuários de crianças e adolescentes (6 a 15 anos) atendidos no período de 2013 a 2014, em uma UBS do interior de SP; 3) um estudo de caso de uma criança de seis anos, atendida no SPA, que fazia uso de medicação desde um ano de idade; 4) entrevistas semiestruturadas com três profissionais de saúde (neurologista, neuropediatra e psicólogo/psicanalista), sem especificar o local ou o serviço; 5) entrevistas com 17 médicos de UBS em MG; 6) entrevistas com 5 profissionais de um CAPSi no Paraná, em 2008 (psiquiatra, neuropediatra, assistente social, psicóloga e enfermeira) e familiares; educadores e duas profissionais da Saúde do Escolar; 7) Análise de 16 prontuários de crianças que faziam uso de psicotrópicos, atendidas no ano de 2008, no Centro de Saúde de Manguinhos/RJ;

Apesar das pesquisas terem sido realizadas em serviços de saúde, somente dois artigos nesse item (BELTRAME & BOARINI 2013; GOMES et al., 2015) discutiram o setor de saúde em si. Um terceiro trabalho fez uma pequena descrição da estrutura do serviço, resumido a informações básicas como o número de profissionais que atuavam no local. O restante dos artigos não analisou a dinâmica dos serviços. Esses foram utilizados apenas como campo para o acesso aos casos clínicos, prontuários ou para

entrevistar os profissionais, sem maiores descrições ou análises sobre o seu funcionamento e sobre as políticas públicas frente à desmedicalização.

Os trabalhos discutiram a problemática do fenômeno medicalização da infância; a demanda apresentada nos serviços; as dificuldades em desenvolver um trabalho intersetorial; as limitações no desenvolvimento do trabalho interdisciplinar; pouca ou nenhuma possibilidade de cuidado além do atendimento biomédico e da medicação; a dificuldade na desconstrução das demandas apresentadas; a banalização dos transtornos mentais na infância; a medicalização do fracasso escolar; o abuso no uso de psicotrópicos entre crianças e adolescentes; os conflitos e sofrimentos familiares; os sintomas apresentados pelas crianças; os sentidos e significados dados pelos profissionais de saúde; o desconhecimento da equipe e do usuário quanto à função dos dispositivos de saúde mental; o saber centralizado na medicina com a reprodução do modelo clínico ambulatorial.

A demanda mais recorrente nesses setores foi a queixa escolar. As crianças eram encaminhadas aos setores de saúde através da escola, dos familiares e por meio da solicitação de avaliação médica. As principais queixas apresentadas nos serviços foram: atraso motor/linguagem; dificuldade de aprendizagem; transtornos de ansiedade; transtornos do humor e de conduta; enurese/encoprese; desobediência/conflitos familiares; violência e comportamentos indisciplinados. Os atendimentos aos meninos eram predominantes nos serviços, com queixas de agressividades e inquietação, e entre as meninas predominavam os sintomas ansiosos. As dificuldades de concentração, atenção e aprendizagem apareceram em ambos os sexos, porém de forma mais expressiva nos meninos. Na maioria dos serviços de saúde, os números de atendimentos a transtornos mentais graves eram ínfimos, principalmente em comparação ao volume de atendimentos a transtornos mentais leves.

Pesquisas mostram que os atravessamentos do universo escolar têm feito parte do cotidiano dos serviços de atenção à saúde, inclusive entre os que são direcionados para o acolhimento de transtornos mentais graves. Essa problemática se intensifica quando a questão de aprendizagem é o TDAH, pois como reitera Elia (2005), esses casos já compõem mais de 50% dos que são atendidos nos CAPSi e apesar de não se tratar de um transtorno grave, o serviço não deve se “desobrigar desses casos”, senão perderia sua função ordenadora da rede. Contudo, também não deve tratar ou absorver os casos em sua agenda para que a rede de saúde mental não se torne novamente

“medicalizada, ambulatorizada e sanitizada” (ELIA, 2005 apud CALIMAM, PETERLE & CÉSAR, 2017, p. 5).

O estudo de Beltrame e Boarini (2013) em um CAPSi no interior do Paraná, realizado em 2008, mostrou que cerca de 60% dos acolhimentos eram de casos encaminhados da escola. Com a busca por exames como eletroencefalogramas, tomografias e raio-X do crânio, procedimentos por vezes desnecessários, que geram altos custos para o setor. Tal situação fortalece uma parceria disfuncional entre a escola e o CAPSi. Para as autoras, essas demandas revelam o desconhecimento popular no que diz respeito à função do dispositivo de saúde, e a equipe tende a naturalizar essa demanda com uma prática que foge à lógica do serviço.

O serviço pesquisado revelou dificuldades em desenvolver um trabalho intersetorial, com decisões centradas no saber médico, sem questionamentos pela equipe, evidenciando a distância dos princípios da Política Nacional de Saúde Mental. O modelo preconizado é o biomédico e o remédio tem sido utilizado nos serviços para toda ordem de problemas. Para as autoras, a formação dos profissionais voltada para diagnósticos, com a ausência de ensino sobre as políticas públicas, leva à reprodução de padrões clínicos hegemônicos. Padrão de classificação diagnóstica que o CAPSi participa ativamente, ao reproduzir a lógica de um lugar para a obtenção do diagnóstico e, em consequência, da medicação (BELTRAME & BOARINI, 2013).

Para discutir essa lógica medicalizante apresentada na rede de saúde, Vizotto e Ferrazza (2017) analisaram a trajetória percorrida por crianças e adolescentes, entre 6 a 15 anos, de um serviço de saúde da Rede de Atenção Psicossocial de um município paulista. Nos 121 prontuários pesquisados foram analisadas informações referentes ao tratamento realizado no serviço de saúde, como a determinação de diagnóstico psicopatológico, tipo de tratamento determinado, medicação prescrita, tempo de uso de medicação, encaminhamento a outros tratamentos e alta do tratamento medicamentoso.

Os 121 casos atendidos eram alunos de escolas públicas com queixas comportamentais e de mau desempenho. Destes, 120 casos faziam uso de psicotrópicos, sendo que uma criança não retornou após a primeira consulta, ou seja, 100% dos casos atendidos nesse serviço usavam medicamentos. O diagnóstico de TDAH foi dado a 97 alunos e, mesmo sem diagnósticos, os 23 casos restantes foram submetidos a medicamentos para dificuldades de aprendizado. A prescrição medicamentosa foi realizada em 97% dos casos já na primeira consulta pediátrica, e o restante na segunda.

Entre esses prontuários, foi inexistente o uso de medicamento por um período inferior a um ano, em 84% dos casos o período de uso foi de um a quatro anos e em 18 casos o uso de metilfenidato já tinha de cinco a oito anos. Dos 120 casos, 107 usavam Ritalina, 2 Vyvanse, 1 Risperidona, em 4 casos houve a prescrição de uso em conjunto do metilfenidato (Ritalina) com antipsicótico (Risperidona). Logo, para 89% dos alunos atendidos nessa Unidade Básica foi prescrito a Ritalina (em alguns prontuários não constava o nome do medicamento usado). A ausência de um médico psiquiatra no serviço não impossibilitou o excessivo número de crianças medicalizadas, realizadas pelo pediatra (VIZOTTO & FERRAZZA, 2017).

A prescrição do psicofármaco foi realizada a partir dos 6 anos de idade, com maior incidência entre 7 e 8 anos (45%). Na maioria dos casos, a medicação foi a única alternativa terapêutica e somente 7 crianças foram encaminhadas para psicoterapia. O serviço não apresentou outras possibilidades de cuidado. No período de 2013 a 2014, apenas um caso teve alta médica e suspensão do uso do psicotrópico, ainda assim, devido a reações adversas com apresentação de comportamentos “regredidos”. A pesquisa revelou uma naturalização demasiada de transtornos psicopatológicos entre as crianças, diagnosticados precipitadamente, sem fundamentação e critérios, com uma forte tendência à cronificação (VIZOTTO & FERRAZZA, 2017).

Sanches e Amarante (2014) analisaram 12 prontuários de crianças que faziam uso de psicotrópicos, atendidas no ambulatório de saúde em Manguinhos/RJ, e constaram que além das dificuldades de aprendizagem, principal motivo de encaminhamento no setor, questões como o Bullying, a sexualidade, a timidez, a violência, a tristeza e o luto também foram medicalizadas nesse serviço. A escola se apresentou como um setor punitivo, omissa e não acolhedora, atuando inclusive com a diminuição da carga horária de crianças indisciplinadas como pressão para que os responsáveis buscassem a resolução do problema. Para os autores, o encaminhamento de crianças aos serviços de saúde mental com demandas sociais e o consumo de psicofármacos pela população infantil traz as indústrias farmacêuticas para o cenário da medicalização.

Esse cenário se intensificou depois dos anos 2000, como mostra o resultado da revisão, corroborando com a pesquisa de Silva, Schäfer e Bonfiglio (2013) realizada no SPA do RS, que atendeu 348 crianças no período de 1998 a 2008. Dentre esses atendimentos, 19,5% utilizavam medicamentos e o diagnóstico de TDAH representava

6% da amostra, com aumento expressivo depois dos anos 2000. No período anterior nenhuma criança atendida no serviço fazia uso de medicamento, a partir de 2003 passam para 18,2%, aumentando para 25,8% em 2007. As crianças chegavam ao serviço através dos familiares, não foi especificado por meio de quais encaminhamentos.

O serviço com foco em psicoterapia apresentou um alto índice de desistência ou abandono nos tratamentos, 43,4% do total dos pacientes e, paralelamente, houve um aumento de crianças que chegavam ao serviço fazendo uso de medicação. O abandono foi associado ao fato da psicoterapia não ser um processo instantâneo em comparação com o uso do remédio. O tempo médio de permanência no atendimento psicológico foi de até seis meses, e por vezes, assim que o anseio dos responsáveis era aliviado, através da supressão dos sintomas dos filhos, aumentavam as desistências na psicoterapia.

As terapêuticas baseadas no modelo biomédico por vezes não consideram a constituição subjetiva e tendem a produzir pacientes medicados em série. A partir dessa concepção, Ferrazza, Rocha e Rogone (2010) trazem uma reflexão crítica através do estudo de caso de uma menina de seis anos, em uso de medicação psicofarmacológica desde o seu primeiro ano de vida. A criança, acompanhada por sua mãe, chega ao SPA com queixas escolares e de relacionamento social, apontadas por sua professora. No entanto, essa não fora sua primeira procura por um atendimento psicológico.

Antes de completar um ano de idade, já com queixas de agitação e atrasos no desenvolvimento, representados pelas dificuldades na fala e de controle da micção, a menina foi levada a um neuropediatra. Apesar de vários exames realizados e nenhum resultado para um diagnóstico, a mãe da criança insistia em algum tratamento, recebendo do médico a prescrição do uso diário de Tofranil e Neuleptil. Após dois anos de uso, o antidepressivo e o antipsicótico foram substituídos por Ritalina. Ao chegar à clínica universitária, a criança de seis anos já era usuária de psicotrópicos há cinco anos. Para Ferrazza, Rocha e Rogone (2010), a medicação possibilitou o alívio da angústia de uma mãe que se culpava por não ter desejado a gravidez de sua filha. O psicotrópico foi um caminho para restituir a “normalidade” da filha afetada pela recusa materna, porém o alívio imediato diante da intervenção médica foi fragilizado pelo tempo, quando a mãe novamente sente a necessidade de uma ajuda de outro especialista.

Para alguns profissionais da medicina o uso do psicotrópico tem sido esperado pela família e pela escola como resposta rápida para solucionar comportamentos desajustados, como inquietação, possuindo a função de ajustar as crianças às suas

expectativas. Nesse contexto, a Ritalina se tornou um objeto de consumo desejado por responsáveis e escolas. Os neurologistas entrevistados nessa pesquisa de Cunha e Mello (2017) afirmaram que a medicação tem um impacto positivo para os envolvidos, porém o metilfenidato quando mal administrado pode promover vários efeitos colaterais.

Os médicos acreditam que a medicalização está correlacionada a diagnósticos mal construídos e a ganhos secundários. Para eles, a banalização do diagnóstico de TDAH e sua massificação têm implicado diretamente no excesso de prescrições do metilfenidato, tomando uma proporção preocupante. Como as medidas não farmacológicas demandam tempo, e às vezes maiores gastos, a Ritalina vem como uma solução rápida e menos trabalhosa. Foi pontuada a influência da indústria farmacêutica nesse fenômeno. Apesar dessa problemática, os profissionais reiteram a importância da medicação em determinados casos e em conjunto com a psicoterapia. Para um médico, “o uso indiscriminado do medicamento acontece sob a responsabilidade tanto do paciente, quanto de alguns profissionais que apenas visam o lucro” (CUNHA & MELLO, 2017, p. 205). Essa pesquisa não analisou o serviço, inclusive, nem o citou.

Diferente da pesquisa de Gomes et al. (2015), que além de entrevistarem 17 médicos da Atenção Primária de MG, também discutiram os serviços. Os atendimentos médicos estavam centrados na “doença” e não no sujeito, com consultas focadas na queixa-conduta, desprezando os aspectos sociais, políticos, econômicos e culturais. Quando o aspecto político-econômico era considerado traziam discursos cheios de estereótipos, pautados na pobreza e na cultura da carência. As crianças não eram reconhecidas em suas singularidades, seus casos e intervenções realizadas não eram lembrados pelos médicos, pois para eles as histórias eram sempre parecidas.

A demanda chegava pronta, com buscas por medicamentos, laudos e exames tecnológicos, assim sua atuação como generalista se resumia na manutenção de receitas de outros especialistas. Os médicos se queixaram da não participação dos especialistas - neurologistas e psiquiatras - e do não diálogo com a Atenção Primária, “eles acham que são a palavra final” (GOMES, et al. 2015, p. 253). A dificuldade de convencer as mães sobre a não necessidade de alguns tratamentos também foi pontuado pelos médicos. No entanto, os mesmos não se movimentavam para saírem desse ciclo de trocas de receitas. Apenas dois médicos disseram confrontar certas prescrições, sendo criteriosos quanto a encaminhamentos para o neurologista.

Por vezes, mesmo sem concordar, os médicos mantinham o tratamento feito por especialistas e resumiam a complexidade do tema com declarações como “todo mundo quer que as pílulas coloridas resolvam um problema” (GOMES et al., 2015, p.247). Foi pontuado nas narrativas uma falta de credibilidade na capacidade do generalista entre os responsáveis, esses têm uma crença que especialistas podem solucionar seus problemas. Os médicos afirmam encontrar dificuldades na desconstrução diagnóstica e se queixam por ter pouco valor entre os usuários e entre os colegas de profissão. Alguns médicos não concordavam com a atual situação de encaminhamentos e desfechos fundamentados em prescrição medicamentosa, pontuando a importância do trabalho com a família.

O antigo modelo higienista estava muito personificado nos discursos dos médicos na Atenção Primária, com ações voltadas para um viés moral. Eles se intitulavam conselheiros, assumindo, o que Gomes et al. (2015) chamam de “salvadores” das mães e dos filhos. Os médicos se diziam engajados para ajudar as mulheres, procurando “despertar a maior parte das mães [...]. Elas estão dormindo” (p. 251). Mães que precisam de atenção e médicos engajados em aconselhamentos, até com sugestão para que mães abrissem mão da jornada dupla para se dedicarem exclusivamente à maternidade, já que o pai era o provedor na família. Nesse discurso médico disciplinar a mãe é a principal responsável pela saúde mental de seu filho, pois a “educação começa em casa” e paradoxalmente, “o maior problema está na mãe”.

O discurso quanto à família foi baseado em estereótipos, preconceitos e estigmas, como “família desestruturada”, desorganizada e desajustada, referida como um determinante fundamental do sofrimento das crianças. Discursos com moldes nos arranjos da família burguesa, e as que fogem desse padrão, naturalmente estariam sujeitas a desencadear nos filhos algum distúrbio ou transtorno. A pobreza foi um critério muito citado como questão geradora de problemas na saúde mental infantil, “se a gente for analisar bem, a saúde mental da família brasileira... Do povo de baixa renda, é precária mesmo. Dá até dó!”. As possibilidades subjetivas e capacidades do sujeito na ressignificação de suas questões não foram consideradas (GOMES et al., 2015, p. 250).

Nessa pesquisa, os médicos generalistas demonstram desconhecer o serviço de Atenção Primária, e em busca de encontrarem seu lugar nessa relação desvalorizada, fortalecem sua função com intervenções higienistas. Em nenhum momento os profissionais se implicaram no processo de medicalização apresentada na rede, suas ações de cuidados eram fragmentadas com limitações em relação à implicação no

tratamento e nas condições que envolvem problemas de saúde mental infantil. Ainda que os profissionais pontuassem a importância do trabalho intersetorial realizado com a escola, se limitavam a ações prescritivas e normativas pautadas em estimulação psicomotora e imposição disciplinar entre as crianças, reforçando a medicalização.

Gomes et al. (2015) reiteram a importância de ações relacionadas à saúde mental infantil que atendam o sujeito integral. O princípio norteador dessa prática deve ser a integração e a cooperação intersetorial, com ações de promoção, prevenção e intervenção precoce, fundamentados nos cuidados múltiplos e interdependentes. Os serviços precisam ir além das ações intersetoriais voltadas para o crescimento e desenvolvimento da criança, que fortalecem o modelo biomédico e mostram-se limitados nos setores. O trabalho realizado no território deve abordar a família como unidade de cuidado, promovendo a saúde e articulando com os recursos existentes, através de práticas integrais e interdisciplinares, diferente de práticas normativas.

Por fim, para os autores essas ações se fortalecem através da participação de profissionais que problematizem o modelo tradicional de assistência à saúde. A troca entre os profissionais; o apoio matricial; a problematização da lógica de encaminhamentos pautada na referência e contrarreferência com trocas de receitas e saberes fragmentados; e a corresponsabilização em torno do tratamento, com a construção de espaços para a discussão prévia à prescrição (ou não) de psicofármacos junto aos especialistas, devem fazer parte do cotidiano na Atenção Básica. Os municípios também devem se responsabilizar ao constituir suas diretrizes baseadas nas portarias que objetivam a atenção psicossocial, concebendo uma rede interligada.

Beltrame e Boarini (2013) alertam que os serviços da Atenção Básica têm apresentado percalços para consolidar trabalhos coletivos, e com suas práticas individuais reproduzem atendimentos ambulatoriais. A dificuldade em desenvolver trabalhos multidisciplinares e coletivos tem se apresentado dentro e fora dos serviços, junto à equipe e na deficiência de articulação junto à rede. Para as autoras, a dinâmica social contemporânea, que valoriza o indivíduo, não contribui na consolidação de um trabalho coletivo e fortalece a prática clínica individualizada. Tais questões precisam ser problematizadas nos setores de saúde.

Porém, a lacuna de informação científica e acadêmica com escassez de trabalhos que subsidiem as questões apresentadas nos serviços de saúde mental infantil dificultam maiores análises. A revisão bibliográfica mostrou que existem poucas pesquisas sobre a

rede de saúde, principalmente, que discutissem, de forma representativa, o uso de psicotrópicos por crianças, com análises quanto aos desdobramentos nos setores de saúde do processo de medicalização infantil, o que deixa uma lacuna de informações para problematizar a situação.

Diante da pequena amostra, os artigos reforçaram que o trabalho em rede não tem sido efetivo e a medicalização apresentada nos serviços tem transformado modos de existência em patologias. O resultado mostrou que a relação disfuncional entre a educação e a saúde resulta na diminuição das possibilidades de cuidado dirigidas à população infantil. Os descaminhos da educação e da saúde refletem um desvio da função de ambos os serviços: a escola não consegue êxito no que se propõe, igualmente, acontece com os serviços de saúde quando reproduzem a lógica da medicalização.

3.5 – Desmedicalização: estratégias de resistência e iniciativas inovadoras

Diante do impacto subjetivo, econômico, social e político da medicalização, os serviços de saúde, apesar de atravessados por essa lógica medicalizante, têm grande potencial transformador. Na contramão desse fenômeno, alguns serviços e pesquisas têm atuado com iniciativas inovadoras frente a movimentos que possam gerar mudanças nesse cenário que atravessa vários setores da sociedade. Na presente revisão bibliográfica, foram encontradas 5 pesquisas que traziam em seu bojo diferentes maneiras de atuação como estratégias de resistências para uma frente desmedicalizante. Destas, 3 eram artigos teóricos (PAIVA et al., 2016; ZANELLA et al., 2016; ESHER & COUTINHO, 2017) e 2 pesquisas eram empíricas (CALIMAN & DOMITROVIC, 2013; CALIMAN, PETERLE & CÉSAR, 2017), ambas realizadas em serviços públicos de saúde (CAPSi e Farmácia Cidadã) localizados no Espírito Santo.

Os artigos traziam em comum às discussões críticas sobre o fenômeno medicalização; a tríade relacional TDAH, metilfenidato e escola; o aumento no uso do metilfenidato; a apresentação da demanda escolar e familiar nos setores de saúde, o reflexo da problemática apresentada nas políticas públicas, como a judicialização da saúde e os altos custos financeiros frente a essa demanda medicalizante, e por fim, os possíveis projetos de intervenção com ações desmedicalizantes como resistência e mudanças no cenário atual.

A busca pelo metilfenidato nos serviços públicos gerou mudanças nas políticas de assistência farmacêutica via SUS (Sistema Único de Saúde), como revelam Caliman e Domitrovic (2013) em sua pesquisa sobre a dispensa pública do cloridrato de metilfenidato no estado do ES. Foi realizado um mapeamento das políticas de assistência farmacêutica do país, entre os anos de 2009 e 2011, em conjunto com três entrevistas semiestruturadas com profissionais da gerência das Farmácias Cidadãs do ES. Com o objetivo de analisar a padronização da dispensa no ES e avaliar as mudanças após quatro anos de sua efetivação para criar subsídios para as políticas públicas de saúde voltadas para o TDAH nas políticas da assistência farmacêutica.

O Ministério da Saúde não inclui o metilfenidato na lista padronizada de dispensa de medicamentos. Para existir a obrigatoriedade nessa dispensa é necessário que o mesmo conste na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). Porém, cada Secretaria de Saúde tem certa autonomia na decisão, definindo listas próprias que considere as especificidades locais. O acesso ao medicamento pelo SUS é possível em duas situações: via judicial ou administrativa. A via administrativa é um processo padrão estabelecido pela política de assistência farmacêutica, menos oneroso para os cofres públicos (CALIMAN & DOMITROVIC, 2013).

O estado do ES criou, em 2007, sua Relação Estadual de Medicamentos Essenciais e Excepcionais (REMEME), incluindo o metilfenidato. O ES está entre os quatro estados brasileiros que já possuem listas padronizadas que incluem o metilfenidato. Sendo o primeiro a criar uma portaria para a dispensação, seguido do município de São Paulo e anos depois, de Campinas. Cada região tem suas especificidades no critério para a regulação, como a idade e os sintomas para inclusão no protocolo, concentração do medicamento dispensado, local e especialização do prescritor (CALIMAN & DOMITROVIC, 2013; ESHER & COUTINHO, 2017).

A pesquisa de Caliman e Domitrovic (2013) revelou que essa inclusão excepcional no ES foi motivada por altos custos com processos judiciais, pressão que cogitou até na possibilidade de prisão do secretário de saúde, na época, devido ao medicamento Avastin. Outro fator motivador foi a solicitação formal de um médico especialista. Inicialmente, a comissão responsável pela liberação do medicamento no ES acreditou que o recurso terapêutico (metilfenidato) iria promover a qualidade de vida da criança. Contudo, dois anos após a inclusão no serviço a demanda se tornou “explosiva”, gerando gastos acima do planejado pela Secretaria de Saúde do ES, que

numa tentativa de regulação, acionou as sociedades de Pediatria, de Neurologia e de Psiquiatria para discutirem acerca do metilfenidato e reverem protocolos clínicos.

As autoras reiteram que, pouco tempo depois, a gestão de assistência farmacêutica precisou realizar duas homologações para novas mudanças: a inclusão dos adultos para receberem o medicamento via SUS; e a liberação do metilfenidato, sem o critério de acompanhamento psicoterapêutico. Mudanças que surgiram devido o grande número de processos solicitando o metilfenidato de liberação prolongada, em detrimento do de liberação imediata, a expressiva demanda por parte de adultos e a dificuldade da rede em responder a todas às demandas de psicoterapias. Essa ação, antes exigida pela gestão, afetou a rede de saúde que não conseguiu responder a tantos casos para acompanhamento psicoterapêutico (CALIMAN & DOMITROVIC, 2013).

Os dados desta pesquisa revelaram que, em 2009, o gasto anual na compra do psicotrópico chegou a R\$ 1.699.254,20. Dois anos depois, esse investimento aumentou 178%, totalizando R\$ 3.026.167,80. Houve uma discrepância na dispensação da farmácia de duas cidades, Cachoeiro do Itapemirim e Metropolitana, que correspondeu a 69% da demanda total do estado nos três anos. No período de 01/06/2011 à 31/08/2011 Cachoeiro do Itapemirim teve 12.000 medicamentos dispensados, cidade historicamente marcada por processos de medicalização. Outro dado apresentado foi o uso do metilfenidato feito por crianças menores de cinco anos. Para Caliman e Domitrovic (2013) esse aumento expressivo no consumo do medicamento no sistema público de saúde coloca em questão o diagnóstico de TDAH.

A realidade apresentada nas farmácias cidadãs do ES, após a inclusão do metilfenidato, trouxe novos problemas financeiros, antes marcados pela pressão via judicial, agora pelos altos custos de manutenção. O mapeamento realizado e a devolutiva da pesquisa trouxe preocupação entre os gestores, que acionaram os representantes das sociedades médicas para discutirem a temática. Com alertas sobre as exigências do protocolo clínico, necessário à solicitação do metilfenidato, como a prescrição para crianças menores de cinco anos. Foi solicitada atenção especial aos critérios de diagnóstico definidos no protocolo ao Conselho Regional de Medicina.

Caliman e Domitrovic (2013) ressaltam que apesar de novos recursos utilizados como tentativas de regulação ou com a construção de novos protocolos, a dispensação pública do metilfenidato é acompanhada de incertezas, tensões e discussões, que por vezes, geram nos gestores respostas paradoxais, como “ruim com ele, pior sem ele” (p.

891). Ainda assim, o medicamento foi pontuado como um objeto de preocupação para assistência farmacêutica, que reiteraram a necessidade de criação de dispositivos de regulação da dispensa e acompanhamento de seu uso terapêutico.

Para Ester e Coutinho (2017) as incertezas sobre os benefícios no tratamento e as dificuldades para estabelecer um diagnóstico desafiam a construção de diretrizes sólidas no uso racional do metilfenidato. O uso não racional se tornou um problema mundial que afeta a atenção à saúde, e perante a estimativa do mau uso do medicamento, com prescrição, vendas e dispensas inadequadas, a OMS recomenda o Uso Racional de Medicamentos (URM). O conceito foi desenvolvido pela OMS, no final dos anos de 1970, época de grande crescimento da indústria farmacêutica, como uma maneira de atuar frente às políticas de medicamentos. O URM é um recurso importante que compõe a Política Nacional de Medicamentos (PNM), que busca gerar movimentos para racionalizar o uso do metilfenidato no Brasil.

Movimentos realizados pelos Conselhos de Classes, Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Saúde visam à construção de diretrizes e protocolos que subsidiem políticas públicas para a racionalização do uso do metilfenidato como enfrentamento a situações de abuso. Ester e Coutinho (2017) afirmam que a promoção do uso racional dos fármacos segue os critérios de eficácia, segurança, conveniência, qualidade e comparação de custo favorável. As estratégias que favorecem o URM são classificadas em reguladoras, gerenciais e educativas, cuja promoção pode ser realizada através da seleção de medicamentos, construção de formulários terapêuticos, gerenciamento adequado dos serviços farmacêuticos, dispensação e uso apropriado de medicamentos, farmacovigilância, educação continuada dos usuários, combate a automedicação e treinamento de profissionais de saúde em serviço.

Na política brasileira de medicamentos, reforçam Ester e Coutinho (2017), o processo de uso racional envolve a prescrição apropriada; disponibilidade oportuna e preços acessíveis; dispensação em condições adequadas; e consumo nas doses indicadas, nos intervalos definidos e no período adequado, de forma eficaz, segura e com qualidade. Contudo, as ações governamentais ainda se mostram insuficientes tamanho crescimento mundial no consumo do metilfenidato. Os avanços da propaganda e do comércio fortalecem o uso não racional e dificulta a efetivação do URM. Como a sua promoção envolve aspectos sociais, econômicos, educativos, epistemológicos e

clínicos, ainda é uma tarefa complexa. Os autores destacam algumas práticas que impedem e dificultam a efetivação do URM, são elas:

A multiplicidade de produtos farmacêuticos registrados como novidades que não se diferem dos já existentes, difusão do uso sem uma avaliação dos impactos da adoção do produto, julgamento negativo sobre as práticas que direcionam o uso racional, muitas vezes entendida como elemento que cerceia a liberdade do prescritor e influência da indústria farmacêutica. Além disso, intervenções promotoras de URM geram desconfiança nos pacientes que têm suas crenças reforçadas pelas propagandas que estimulam o consumo no lugar de o educar (ESHER & COUTINHO, 2017, p. 2572).

Apesar dessas dificuldades apresentadas, o URM é um elemento chave para intervir na banalização do uso de qualquer medicamento, desde antibióticos, anti-inflamatórios a psicofármacos. E, sua implementação contribui para mudanças importantes, produzindo melhor qualidade de vida populacional, além da efetividade e eficiência com os gastos públicos. Ester e Coutinho (2017) destacam que regular a produção, a comercialização e a prescrição é fundamental para a efetivação da URM, já que esses três aspectos influenciam diretamente no uso não racional dos medicamentos.

A conscientização e cooresponsabilização dos usuários de medicamentos têm sido utilizadas como recurso para modificar esse índice de uso não racional. Algumas experiências mostraram resultados positivos nessa estratégia de desmedicalização, uma delas é a Gestão Autônoma da Medicação (GAM-BR). Essa experiência surgiu no Canadá, e em 2010, teve sua versão adaptada e validada à realidade brasileira, junto a um projeto de pesquisa multicêntrico realizado por universidades públicas em parceria com a *Université de Montréal*. O conceito central da GAM é a autonomia, como forma de promover maior protagonismo entre os pacientes de saúde mental em relação aos seus projetos terapêuticos (CALIMAN, PETERLE & CÉSAR, 2017).

No sentido oposto ao da independência, essa autonomia visa a capacidade de se construir vínculo (dependência). Nesse caso, a autonomia se torna um atributo do coletivo por construir pactuações dentro de uma rede de apoio. Os encontros GAM têm como objetivo produzir novos conhecimentos que estão no próprio ato da enunciação, reconhecendo que o sujeito tem sua experiência singular em relação ao uso do medicamento. Através desse vínculo construído é possível aumentar o poder de negociação entre os usuários e os profissionais envolvidos em seu tratamento. Não se trata apenas de transmitir uma informação quando se coloca em palavras a ação de usar os medicamentos, mas de uma experiência mais autônoma e de uma transformação de si e do mundo (CALIMAN, PETERLE & CÉSAR, 2017).

É uma estratégia de intervenção que deve ser realizada coletivamente, com diálogos compartilhados, construindo um espaço onde a experiência do sujeito terá escuta. Com o objetivo de problematizar junto aos usuários os conceitos de saúde integral; discutir sobre sua participação no tratamento, abordar as questões cotidianas, seus direitos, preferências, sua rede de apoio, suas dificuldades; os motivos e efeitos da medicação, instigando uma visão crítica quanto ao uso de psicotrópico como principal ou única intervenção, gerando autonomia baseada nos preceitos do Guia GAM, legitimando a gestão autônoma como uma estratégia de atenção em saúde mental.

Caliman, Peterle e César (2017), considerando a necessidade de incluir a experiência de usuários, familiares e profissionais de saúde na gestão do metilfenidato, iniciaram em dezembro de 2013 (ainda em seguimento) encontros GAM semanais, realizados no CAPSi de Vitória. Com a participação de oito familiares, sete profissionais de saúde (psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, etc.) e oito estudantes (graduação e pós) de psicologia. Os encontros GAM foram divididos em duas fases: encontros iniciais que deram origem a um registro textual “memória intensiva”, destacando a mobilização dos afetos e as tensões que circulavam nos grupos, discutidos e analisados entre os pesquisadores para direcionar os encontros seguintes. Na segunda fase, foi construído um texto, denominado Primeira Narrativa GAM, para retomar junto aos participantes as experiências vivenciadas e reavivar os tensionamentos, o que permitia a interlocução entre os diferentes saberes envolvidos no cuidado e na gestão da medicação e não apenas na figura do prescritor.

Para convocar o sujeito de direito e a experiência infantil na cogestão da medicação, as perguntas iniciais do guia GAM deveriam ser respondidas pelos participantes se colocando no lugar da criança. O exercício gerou inquietações e dificuldades, pois os adultos acreditavam ser inviável colocar-se no lugar do outro, mas também gerou a curiosidade de saber a real resposta de seus filhos. Atitude que consistiu em um movimento espontâneo no grupo, fazendo com que algumas mães participassem as perguntas aos filhos, com momentos em casa para ouvi-los, se surpreendendo com as respostas (CALIMAN, PETERLE & CÉSAR, 2017).

O encontro GAM ouviu a voz das crianças, que mostraram suas dificuldades, facilidades e angústias, antes alheias aos seus próprios tratamentos, vistas como inaptas e imaturas. Os filhos relataram reações do medicamento, antes pontuada pelos profissionais e ignorada pelos responsáveis. Algumas crianças reconheceram que

iniciaram o tratamento porque sofriam, pois percebiam que incomodavam os outros. A aproximação dos adultos da experiência infantil ampliou pensamentos e proporcionou novas formas de pensar.

O trabalho desenvolvido pelo CAPSi resiste à prescrições do metilfenidato: dos 374 prontuários, em 43 casos foi mencionado o uso de Ritalina ou diagnóstico de TDAH. Até acontecerem os encontros GAM, os familiares não compreendiam nem aceitavam esse posicionamento da equipe, pois o viam como recusa e descaso, acreditando que suas dificuldades eram desconsideradas. Esse olhar estigmatizante era compartilhado tanto pela equipe como pelos familiares. Estes, em alguns casos, tinham suas experiências vistas de forma generalizada e reduzida, com frases como, “as mães só querem Ritalina e laudo” (CALIMAN, PETERLE & CÉSAR, 2017, p. 08).

Esse incômodo foi expresso durante os encontros, e a equipe, inclusive o médico prescritor, puderam expor seus motivos para buscar alternativas e resistir à medicação. A demanda pelo laudo e pela medicação surgia como ponto constante de controvérsia, fazendo variar seus sentidos e na medida em que as controvérsias em torno dos efeitos puderam ser sustentadas, o grupo se estabelecia. Caliman, Peterle e César (2017) reiteram que o encontro GAM não tem o objetivo de buscar consenso, mas a experiência de ambos, tanto dos que buscam a medicação, como dos que resistem em prescrevê-la, permitindo mudanças nos posicionamentos genéricos e totalizantes.

O grupo GAM possibilitou o contato com a complexidade que envolvia as experiências familiares. As mães revelaram sentimentos de insegurança, sensação de sobrecarga, devido à acumulação de tarefas e cobranças. As demandas da escola traziam sentimentos de responsabilização pelos “problemas dos filhos”, com efeito culpabilizador. A tensão vivenciada na escola era a principal causa por busca de laudos, seja como resposta para inquietação da criança, ou para possibilidades de recursos especiais no acompanhamento educacional. Em casos mais extremos possibilitou a não expulsão ou o retorno da criança no ambiente educacional.

Os laudos eram justificados como formas de garantir o acesso à educação e aos direitos dos usuários, mas também proporcionavam uma possível mudança na percepção moralista de parentes e vizinhos que viam na criança inquieta a falta de limites ou de educação. Essa demanda por laudos e por prescrições de metilfenidato foi problematizada pelos profissionais em vários encontros, e ainda que a “recusa” do CAPSi em prescrever Ritalina não impedisse algumas mães de frequentarem o serviço,

elas buscavam outros profissionais que liberassem o medicamento. Quando não era possível encontrar no serviço público, alguns familiares se submeteram a dívidas financeiras, inclusive com agiotas, para o tratamento em serviços particulares. Por trás dessa demanda existe uma situação complexa que atravessa o âmbito médico, pedagógico e jurídico, não se limitando a repostas fáceis ou desresponsabilização do familiar (CALIMAN, PETERLE & CÉSAR, 2017).

Outra queixa apresentada no grupo GAM foi referente às diferentes perspectivas entre os médicos, que por vezes “não falam a mesma língua” (p. 11), trazendo confusão e novas procuras. A falta de acompanhamento, o contato esporádico e rápido é apontado como possível motivo para a automedicação. Familiares citaram um caso de efeitos colaterais, a partir dos quais, a criança ficou com sonolência e com salivação excessiva a mudança precisou ser realizada por conta própria. As dúvidas sobre qual rumo seguir produziam sentimento de insegurança e sensação de desamparo, que as mães diziam vivenciar solitariamente. A suposta rede, com médicos, profissionais da educação, da saúde, vizinhos e parentes, não diminui a sensação de sobrecarga e ou de isolamento. Os profissionais de saúde não eram vistos pelos familiares como parceiros no tratamento, tendo como sua principal função o acesso ao laudo e/ou à medicação.

Caliman, Peterle e César (2017) reiteram que o grupo GAM ao incluir profissionais e familiares em um mesmo espaço constrói um lugar de diálogo que permite as enunciações que não caberiam no contexto das consultas tradicionais. A rede de apoio recebeu seu reconhecimento nas narrativas das mães que viam no CAPSi um espaço de cuidado e de produção de alívio por compartilharem situações semelhantes. O retorno dos usuários, mesmo com a “recusa” do CAPSi em responder a demanda medicalizante, indica que esse espaço se estende além das especialidades psiquiátricas. O grupo GAM produziu deslocamentos subjetivos em diferentes âmbitos, fortaleceu vínculos entre familiares, usuários e profissionais. A pesquisa proporcionou novas alternativas frente à lógica medicalizante, novas articulações no território, possibilitando a intersectorialidade entre a educação e a rede de saúde pública do município.

Para Zanella et al. (2016), diante da hegemonia medicamentosa no tratamento, a escuta e o acolhimento devem ser o principal recurso terapêutico. Os serviços de saúde mental devem proporcionar espaços para operar transformação no sujeito, construir estratégias em que a sociedade encontre em si possibilidades de tratamentos e novas maneiras de enfrentamentos para não se tornarem refém da medicação. O

desenvolvimento do exercício da cidadania deve ser apresentado aos usuários como novas possibilidades terapêuticas. Com ações que exigem uma rede de cuidados bem estabelecida e com a corresponsabilização entre os atores envolvidos, descentralizando o poder do cuidado exclusivo do médico e do fármaco.

Para romper com essa tradição medicalizante é preciso apoiar-se na promoção de saúde, perpassando a ideia de territorialidade, atuando também com investimentos na reorganização e na formação dos profissionais, principalmente da classe médica. A avaliação dos riscos e vulnerabilidades, a escuta, orientação, cuidado e resolução de problemas podem ser realizados por toda a equipe de saúde, para isso os profissionais devem sentir-se capacitados. O contato dos usuários com outros profissionais que não priorizem a diagnose trará novas formas de se pensar o cuidado, descentralizando a terapêutica pautada no saber biomédico (ZANELLA et al., 2016).

Como os artigos mostraram novos movimentos com estratégias de resistências têm mobilizado a promoção de saúde e a transformação social. Paiva et al. (2016) citam o Fórum Sobre a Medicalização da Educação e da Sociedade como potencial na construção de novos modos de enfrentamento desse fenômeno. Esse Fórum, como movimento desmedicalizante teve início no ano de 2010, em SP, durante o I Seminário Internacional “A Educação Medicalizada: Dislexia, TDAH e outros supostos transtornos”. O evento gerou um manifesto entre os profissionais, com ação política, de atuação permanente, cuja finalidade era articular entidades, grupos e pessoas, visando o enfrentamento, a superação e mobilização da sociedade para a crítica à medicalização da aprendizagem e do comportamento.

Na ocasião do lançamento do Fórum em SP, foi aprovado o Manifesto com a adesão de 450 participantes e de 27 entidades. Desde 2010, os encontros acontecem mensalmente, em vários lugares do Brasil e esse movimento desmedicalizante vem ganhando novos adeptos, se fortalecendo no decorrer desses nove anos. Atualmente, o Fórum tem mais de 60 entidades signatárias, entre elas, o Conselho Federal e o Sindicato de Psicologia, Sociedades e Associação de Saúde Coletiva; vereadores e deputados; Conselho Federal e Regional de Farmácia; Instituições Universitárias e várias entidades de saúde e educação¹⁰. O Fórum produz pesquisas, documentos

¹⁰ A lista completa das entidades signatárias encontra-se disponível no site oficial <http://medicalizacao.org.br/manifesto-do-forum-sobre-medicalizacao-da-educacao-e-da-sociedade/>

nacional e internacional que destacam seus objetivos, suas diretrizes e propostas de atuação.

Paiva et al. (2016) ressaltam que o Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade tem como princípios discutir e resistir aos processos de medicalização da vida; defender os sujeitos que vivenciam esse processo medicalizante; defender os Direitos Humanos; o Estatuto da Criança e Adolescente; o Direito à Educação pública, gratuita, democrática, laica, de qualidade e socialmente referenciada para todas e todos; o Direito à Saúde e defesa do SUS; o respeito à diversidade e à singularidade, em especial, nos processos de aprendizagem; a valorização da compreensão do fenômeno em abordagem interdisciplinar e a valorização da participação popular. A ampliação da democratização do debate e construção de estratégias que resistam à lógica medicalizante são os principais desafios do Fórum.

Os autores supracitados lembram que como um movimento nacional, o Fórum está intimamente ligado à luta antimanicomial e à análise dos processos de institucionalização. Sua relevância, como pesquisa intervenção, está nas discussões sobre as questões sociais em nível macro, não centradas na doença, nem na culpabilização do sujeito. O trabalho é realizado com vários setores da sociedade, com articulação entre a rede de saúde mental e a escola. Com o objetivo de ampliar a discussão entre os profissionais de diversas áreas, o meio acadêmico, os alunos e a comunidade, constituindo conhecimentos críticos que desnaturalizem práticas medicalizantes. Para isso, são realizadas atividades que intensifiquem os espaços de debates, estudos, culturas, incluindo a pesquisa e a extensão de forma transdisciplinar, integrando a sociedade no projeto de intervenção.

O resultado positivo desse movimento social tem repercutido em mudanças nas políticas públicas e veem ganhando espaço e adesão social frente a ações desmedicalizante. Os discursos e práticas disciplinares e normativos precisam gerar mobilizações e enfrentamentos com o engajamento da sociedade. É preciso se perguntar a quem esses discursos e práticas beneficiam? A história mostra a importância dos movimentos sociais de resistências na desconstrução de práticas normativas e abusivas, que não promovem a saúde, a igualdade e a transformação social. Para romper com essa tradição medicalizante a mobilização social como resistência é o caminho mais assertivo. Só assim, a desconstrução de normas e discursos do saber/poder que definem

modos de ser e de se viver, submetendo as experiências subjetivas e sociais ao controle do biopoder poderão ser modificadas, com o comprometimento da sociedade pela causa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como nos propomos desde o início dessa pesquisa, a análise da medicalização social mostra a complexidade de um fenômeno que atravessa a todos nós. Sujeitos demandantes a procura de alívio para questões cotidianas por vezes difíceis de entender e de explicar. Nessa busca nos deparamos com aparatos que nomeiam nossas dores e conflitos. A questão é o preço que estamos pagando por essas respostas? O verbo pagar - propositalmente correlacionado ao capitalismo – nos sobrevém à ideia de consumirmos o bem-estar em troca de apaziguarmos o tão incômodo mal-estar subjetivo. Por trás de um sujeito demandante tem uma indústria que cobra e lucra por essas pseudo-respostas, que tem seus intermediários que apadrinham esse relacionamento, um casamento quase perfeito.

Mas como casamento perfeito não existe, por trás dessa demanda esconde-se uma situação complexa, não se limitando a repostas simplistas e fáceis como a culpabilização dos sujeitos. Alguns pontos fundamentais encontrados nessa pesquisa permitiram pensarmos a partir das seguintes questões: 1) O que os debates sobre a medicalização infantil no cenário nacional priorizam? Que temas ou aspectos da questão são deixados de lado? 2) Como esses artigos se relacionam com o conceito de medicalização? Corroboram com as concepções mais “radicais” ou mais contemporâneas? 3) De que modo esses artigos se relacionam com a história da infância, especialmente da psiquiatria da infância e das práticas de cuidado/normalização?

Os questionamentos acima, junto ao estudo histórico teórico e à análise da sistematização da revisão nacional, corroboram com os estudos de Conrad, ao evidenciarem a complexidade que envolve o fenômeno da medicalização, apresentado como um processo irregular, não linear, não unidirecional e protagonizado por diferentes grupos sociais. Nessa pesquisa encontramos profissionais de saúde e de educação, gestores administrativos, funcionários públicos e privados, familiares e alunos. Devido à recorrência nos estudos da tríade relacional escola/transtorno de aprendizagem/ psicotrópicos, podemos entender que todas as crianças analisadas estavam exercendo a função social de alunos.

As crianças sempre foram alvo da medicalização, como expomos nos capítulos anteriores, o que mudou foram os discursos, as estratégias e o contexto sócio histórico no qual o processo se desenrola. A construção da noção de infância e o investimento da medicina e das especialidades no campo da atenção dirigida a essa parcela da população trouxeram significativas mudanças para a sociedade e para a efetivação dos direitos da criança como um sujeito. A diminuição expressiva do alto índice de mortalidade infantil; as políticas públicas de enfrentamento à violência doméstica sofrida por crianças; e o novo lugar social e de cuidados especializados para crianças com alguma dificuldade intelectual ou outras deficiências são exemplos positivos dessas mudanças.

A medicina social trouxe ganhos significativos de saúde pública e cidadania, porém, produziu também a medicalização dos corpos e a normatização das condutas infantojuvenis. Como vimos no escopo dessa dissertação, a medicina social rompeu algumas fronteiras preparando o território para a atual dinâmica que envolve relações de poder sobre a vida. A inserção do saber disciplinador nos lares, representados pela medicina higienista no século XVIII, legitimou o saber/poder constituído sobre a infância moderna. O homem do amanhã, personificado na criança de hoje, desde então se tornou objeto de teorização, de práticas educacionais e científicas, e cada vez mais, dependentes de especialistas. O que precedeu a atual medicalização que incide sobre a vida, sobre os hábitos e afetos.

O discurso da ciência vem se apresentando nas escolas, nas famílias e nos serviços de saúde como algo soberano sobre a vida, normatizando, regulando e disciplinando os corpos – os verbos no gerúndio demonstram a dinâmica de ação contínua do processo, apresentados desde as análises de Foucault. Os educadores se apresentaram como agentes ativos no processo de medicalização, inclusive de maneira consciente, se denominando como sujeitos importantes na identificação das crianças problemas. Nesse contexto, poderíamos correlacionar com a concepção de Conrad de que a medicalização não é apenas propagada pelo campo da medicina e não deve ser reduzida ou confundida com o imperialismo médico.

A escola foi personificada em todos os trabalhos como uma instituição que se utilizada de procedimentos pedagógicos normativos para regular, punir e disciplinar os corpos. Discurso presente desde os primeiros cuidados morais e disciplinares sobre o louco, alienado e sobre a criança idiota, imbecil e retardada, que seguidos os anos, se tornou a criança com dificuldade intelectual. A ideia da necessidade de especialistas de

saúde atuando na escola ou em parceria com os professores fez parte das narrativas dos educadores e médicos nos séculos XVIII e XIX, onde os saberes sobre a infância adentram a escola.

Diferente dos séculos anteriores, quando os especialistas adentraram a escola com discursos e ações moralizadoras, vislumbrando contribuir na educação e no aprendizado das crianças anormais, idiotas e retardadas, na sociedade contemporânea o discurso que adentra a escola não se limita mais às normas disciplinares. Na atual conjectura, o discurso para o sucesso da aprendizagem e do desempenho infantil tem como parceria um transtorno psiquiátrico e o uso de substâncias químicas. Nessa virada histórica, a medicalização infantil toma um rumo preocupante e que exige medidas mais efetivas para uma análise e discussão de suas implicações éticas.

Outro diferencial na cultura contemporânea que deve ser considerado é nosso cotidiano com excesso de estímulos tecnológicos, com jornada dupla, tripla ou múltipla de trabalhos e afazeres, onde o desgaste físico e mental encontra na medicação um refúgio. Além da escassez de tempo na agenda para o desempenho de várias funções sociais, nesse contexto a regulação dos corpos é realizada, principalmente, pela contenção química. O corpo agitado não tem lugar na infância, compromete a agenda e atrapalha diversos contextos dos adultos, logo, precisa se tornar obediente, contido, passivo, sonolento, ou seja, corpos dóceis e disciplinados! Os que são muito contidos ou desatentos precisam ser despertados para competir na performance social estabelecida. Quando chegar a fase adulta a tal agitação ou inquietação pode vir a ser exigida, dependendo do contexto performático em que esse sujeito estará inserido.

Os artigos apresentaram escolas que apelavam aos especialistas para responderem ao fracasso escolar através de transtornos e medicamentos. O resultado mostrou que após os tratamentos medicamentosos as principais mudanças aconteciam nos comportamentos dos alunos e não na aprendizagem. Por poucas vezes, a escola se movimentou para mudanças pedagógicas, e quando o fazia, era somente após algum diagnóstico. A instituição educacional, que deveria apresentar mudanças pedagógicas a partir das dificuldades apresentadas por seus alunos, provoca todo um aparato em busca de laudos para cumprir sua função de ensino. Vale ressaltar que muitas avaliações contribuíram, e ainda contribuem, para o sucesso de uma educação mais direcionada em casos de crianças com alguma deficiência neurológica, cognitiva, ou outras, mas não é a esse contexto que a medicalização escolar se refere. A educação estaria voltada para os

alunos anormais, assim como no século XVIII? Ou na contemporaneidade a educação tem se voltado para os normais?

A relação de pais e professores apareceu como um campo de conflitos e disputas, com poucos relatos de parcerias, e na disputa entre tantos atores, não há espaço de escuta para a criança. Essa posição de silenciamento foi recorrente em vários períodos da história, desde a época em que a criança com "problemas mentais" é duplamente silenciada: primeiro por ser criança e, portanto, imatura, e por ser louca e perturbada, portanto, não digna de escuta. Apesar de estarmos diante de transtornos contemporâneos com grande adesão e aceitação social, a criança transtornada continua sem lugar de escuta, tendo seu corpo docilizado. Criança transtornada no sentido de doença fabricada, como lembra Zsasz, ou no sentido de comportamentos indisciplinados como sinônimos de desvio ou psicopatologia.

O fator econômico também marcou a análise desse estudo, desde a reformulação do sistema social através da ascensão do capitalismo e dos ideais da família burguesa até a saúde como comércio. Os ideais de cuidados com a saúde mental associados ao uso de psicotrópicos vêm comprometendo parte da finança da família brasileira, como os artigos nos mostraram em detalhes. Os padrões diagnósticos são baseados na cultura dos EUA, e um ponto extremamente importante que não pode ser desconsiderado é a diferença entre nossas culturas. Aqui destacamos a diferença socioeconômica e a cultura abusiva do uso de substâncias medicamentosas entre os norte-americanos.

O consumo da saúde rende altos lucros para alguns setores da sociedade, além de mover a economia de um país, a questão se torna perversa quando esse país apresenta uma desigualdade socioeconômica discrepante, onde a parcela da população que mantém esse lucro sobrevive com salários irrisórios e, frequentemente, precisa decidir entre o alimento ou a saúde - ambos cuidados básicos. O relatório da Anvisa mostrou que só no ano de 2011, com um único tipo de psicotrópico, o gasto estimado da família foi equivalente a R\$ 28,5 milhões; a revisão bibliográfica revelou o comprometimento de partes da finança dos responsáveis, que para manterem os tratamentos de seus filhos se endividaram, inclusive com agiotas; e por fim, a demanda da população por medicamentos gerou altos custos no SUS, com processos judiciais e administrativos na liberação de psicotrópicos. Esses fatores mostram o lado perverso do capitalismo, onde sujeitos em busca de benefício próprio, por vezes, ferem a ética da saúde.

Outro fator importante a ser discutido é a escassez de pesquisas que mostrem de que modo os medicamentos são utilizados nos serviços de saúde. Tal fato torna-se ainda mais relevante diante das evidências encontradas nos estudos sobre o aumento e a banalização no uso de psicotrópicos; dos dados epidemiológicos apresentados pela Anvisa; dos Relatórios das Secretarias de Saúde sobre o uso em crianças abaixo dos cinco anos; das notificações oficiais sobre alguns efeitos colaterais apresentados por crianças; e dos altos custos para a família brasileira e para o setor público. A lacuna de pesquisas no setor de saúde foi gritante, mesmo com todos estes indicadores, e das poucas encontradas, somente quatro analisavam a dinâmica dos serviços ou o modo como os medicamentos são usados nesses setores.

Algumas hipóteses podem ser elaboradas visando compreender essa lacuna: a) esta se justificaria devido à limitação da pesquisa bibliográfica com a escolha dos descritores utilizados e a realização da busca em somente duas plataformas de dados; b) poderia estar associado a conflitos de interesses e ao pouco incentivo financeiro para pesquisas que analisem de forma crítica o uso de medicamento. Assunto problematizado, inclusive, por vários autores encontrados na revisão. Como reitera Conrad, existem forças sociais e econômicas que impulsionam e fortalecem a medicalização, através da dinâmica capitalista ligada ao complexo médico-industrial e às indústrias farmacêuticas; c) e a terceira hipótese poderia ser pelo fato do fenômeno da medicalização infantil, associado ao uso de psicotrópicos, ser consideravelmente novo no Brasil, assim como a efetivação dos serviços de saúde mental infantil.

As pesquisas que discutem a medicalização social mais ampla têm ganhado força na literatura nacional e internacional, mas as pesquisas referentes à infância surgem depois, como parte de um processo histórico que investe na análise das temáticas ligadas à infância posteriormente. No contexto da medicalização infantil, a escola desponta como o foco das primeiras pesquisas sobre o tema, uma vez que ela tem sido a principal personagem na patologização das crianças. No entanto, acreditamos que essa realidade de encaminhamentos, que tem respingado direto nos setores de saúde, e que atinge o seu modo de funcionamento e desafia a sua capacidade de atendimento, poderá estimular novas pesquisas sobre o uso de psicotrópicos entre crianças nos serviços públicos de saúde. É importante pontuarmos a velocidade dimensional que o fenômeno ganhou em poucas décadas, o que reforça a importância da temática de nossa

pesquisa para a sociedade brasileira, não só na lógica de resistência, mas na contribuição ética e conceitual.

A medicalização, independente do contexto em que ela se encontre, escamoteia questões complexas, que envolvem conflitos de interesses, desresponsabiliza ou responsabiliza sujeitos para atribuir falhas ou encontrar supostos culpados para o mau funcionamento de um sistema. Reportando-nos aos autores utilizados nessa dissertação, podemos pensar que a empresa médica se expropria da saúde e ensina o sujeito a desejar terapias e as consumirem (ILLICH), implicando diretamente em novas construções de subjetividades e modos de atuação sobre si mesmo, com a lógica de consumo como manutenção ou recuperação da saúde (ROSE). Nesse ciclo sintomático, o fenômeno da medicalização incorpora e responde a processos políticos, culturais, econômicos e tecnológicos, configurando-se como um dos mais importantes processos sociais da contemporaneidade. Mas nada disso funcionaria sem a participação da medicina (CONRAD), onde o poder e o conhecimento estão vinculados e são usados como uma ferramenta fundamental de regulação dos corpos e das subjetividades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUIAR, A. A. **A psiquiatria no divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência**. Rio de Janeiro: RelumeDumará, 2004.
- AGUIAR, M. P. & ORTEGA, F. J. G. **Psiquiatria Biológica e Psicofarmacologia: a formação de uma rede tecnocientífica**. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 27, n.4, p. 889-910, 2017.
- AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- AMARANTE, P. & FREITAS, F. **Medicalização em psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.
- ANGELL, M. **A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos**. Rio de Janeiro: Editora Record, 2008.
- APPAIX, O. **O florescente mercado das "desordens psicológicas"**. In Le Monde Diplomatique Brasil, pp. 26-27, 2011.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual Estatístico e Diagnóstico dos Transtornos Mentais**, 5ª edição - DSM-5. Porto Alegre: Artmed; 2014.
- ARIÈS, P. **História Social da Criança e da Família**. Rio de Janeiro, Zahar, 1986.
- BEZERRA, JR. B. **A psiquiatria contemporânea e seus desafios** In: Zorzanelli, R. Bezerra JR. B e Costa, J. F. A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea. 1º Ed. - Rio de Janeiro: Garamond, p. 09-31, 2014.
- BERCHERIE, P. **Os Fundamentos da Clínica: história e estrutura do saber psiquiátrico**. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 1989.
- _____. **A clínica psiquiátrica da criança: estudo histórico** (1992). In: Cirino, O. Psicanálise e psiquiatria com crianças: desenvolvimento ou estrutura. Belo Horizonte: Autêntica, p. 127-144, 2001.
- BIRMAN, J. **Drogas, performance e psiquiatrização na contemporaneidade**. Agora: Rio de Janeiro, p. 23-37, v. 17, número especial agosto de 2014.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Prescrição e consumo de metilfenidato no Brasil: identificando riscos para o monitoramento e controle sanitário**. Boletim de Farmacoepidemiologia. v.2, n. 2, 2012.
- BRANT, L.C. & CARVALHO, T.R.F. **Metilfenidato: medicamento Gadget da contemporaneidade**. Interface, Botucatu, v. 16, n. 42, p. 623-35, 2012.
- CASTEL, R. **A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo**. RJ: Graal. 1978.
- CARVALHO, S. R. et al. **Medicalização: uma crítica (im)pertinente?** Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1251-1269, 2015.

CHIARELLI, T. **História da arte / história da fotografia no Brasil - século XIX: algumas considerações.** São Paulo, [online], v.3, n.6, pp.78-87, 2005.

CIRINO, O. **Psicanálise e psiquiatria com crianças: desenvolvimento ou estrutura.** Belo Horizonte, MG: Autêntica, 2001.

COLLARES, C. A. L. & MOYSÉS, M. A. A. **Preconceitos no cotidiano escolar: ensino e medicalização.** Ed. Cortez, Fac. de Educação de Ciências Médicas, 1996.

_____ **Dislexia e TDAH: uma análise a partir da ciência médica.** In Conselho Regional de Psicologia de São Paulo & Grupo Interinstitucional de Queixa Escolar (Orgs.), SP: Casa do Psicólogo, p. 71-110, 2010.

CONRAD, P. **Medicalization and social control.** Annual Rev.Socigy, 18, p. 209-232, 1992.

_____ **The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders.**Baltimore:The Johns Hopkins Univ Press; 2007.

COSGROVE L. et al. **Conflicts of interest and disclosure in the American Psychiatric Association's Clinical Practice Guidelines.** Psychother Psychosom 78, p 228–232, 2009.

COSTA, T. **Psicanálise com crianças.** Rio de Janeiro: Zahar, 3.ed. ; v.75, 2010.

DECOTELLI, K. M; BOHRER, L. C. T. & BICALHO, P. P. G. **A Droga da Obediência: Medicalização, Infância e Biopoder – Notas Sobre Clínica e Política.** Psicologia: ciência e profissão,v. 33, n. 2, 446 – 459, 2013.

DONZELOT, J. **A polícia das famílias.** Rio de Janeiro, editora Graal, 1980.

DUPANLOUP, A. **L’Hyperactivité Infantile: Analyse Sociologique d’une Controverse Socio-Médicale.** Tese de Doutorado em Ciências Sociais, Université de Neuchâtel, Switzerland, 2004.

FOUCAULT, M. **O poder psiquiátrico:** curso no Collège de France (1973-1974). São Paulo: Martins Fontes, 2006.

_____ **História de la medicalización.** Educación médica y salud, v. 11, n. 1, p. 3-25, 1977.

_____ **O nascimento da medicina social.** In: Foucault, M. Microfísica do poder. 25. ed. São Paulo: Graal, p. 143-170, 1979.

_____ **A história da sexualidade I: a vontade de saber.** Rio de Janeiro, Edições Graal, 1988.

_____ **Em Defesa da Sociedade.** Aula 7 de janeiro de 1999 - São Paulo: Martins Fontes, p.3-26, 2002.

_____ **História da loucura na Idade Clássica.** S.P: Perspectiva, 2005.

FRANCES A. **Saving Normal: an insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-V, big pharma, and the medicalization of ordinary life.** New-York: Harper Collins Publisher, 2013.

GAUDENZI, P. & ORTEGA, F. **O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização.** Rev.Interface – Comunicação, Saúde, Educação, v. 16, n. 40, 2012.

HENRARD, L. P. & REIS, C. W. **A medicalização do sofrimento psíquico na contemporaneidade.** Revista Polidisciplinar Eletrônica da Faculdade Guairacá, n. 2, v. 5, p. 32-48, 2013.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde: Nêmesis da medicina.** 3º ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

KLEIN, T. & ROSSANO L. C. **A difusão do diagnóstico de transtorno bipolar infantil: controvérsias e problemas atuais.** Temas em Destaque, n. 16, v. 5, 2017.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 9º ed. revista e aprimorada-São Paulo: Hucitec, 2006.

MYERS, R. L. **Methylphenidate (Ritalin).** In **The 100 Most Important Chemical Compounds: A Reference Guide.** Westport, CT: Greenwood Press., p. 178-180, 2007.

PELBART, P. P. **Manicômio mental: a outra face da clausura.** In: Lancetti, A. (org). Saúde e Loucura. São Paulo: Hucitec, v.2 , pp. 132-140, 1990.

PINEL, P. **Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania alienação mental ou a mania.** Paris: Richard, Caille e Ravier, 1801. Tradução: PACHECO, M. V. P. C.; Revisão: PEREIRA, M. E. C. P.; Laboratório de Psicopatologia Fundamental da Unicamp. Rev. Latinoam. Psicop. Fund. v. 3, p. 117-127, 2004.

RIBEIRO, P. R. M. **História da saúde mental infantil: a criança brasileira da Colônia à república velha.** Psicologia em Estudo, Maringá, v. 11, n. 1, p. 29-38, 2006.

ROCHA, A. M. & CAVALCANTE, A. E. **Riscos e limites do uso do diagnóstico psiquiátrico na infância.** In: Zorzanelli, R. Bezerra Jr., Costa, J. F. A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea. 1º ed. – Rio de Janeiro: Garamond, cap. 04, p. 233-252, 2014.

ROSSANO L. C. **Somos todos desatentos: O TDA/H e a construção de bioidentidades.** Coleção: conexões, p. 161, 2005.

ROSE, N. **A política da própria vida: biomedicina, poder e subjetividade no século XXI.** São Paulo, Paulus, 2013.

RUSSO, J. & VENÂNCIO, A. T. A. **Classificando as pessoas e suas perturbações: a “revolução terminológica” do DSM III.** Rev. Latinoam. Psicopat. Fund., v. 9, n. 3, p. 460-483, 2006.

- SINGH, I. **Bad Boys, Good Mothers, and the “Miracle” of Ritalin**. *Science in Context*, 15, p. 577-603, 2002.
- SUCUPIRA, A. C. S. L. **Hiperatividade: doença ou rótulo?** In C. A. L. Collares & M. A. A. Moysés (Orgs.), *Caderno do CEDES 15 – Fracasso escolar - uma questão médica?* São Paulo: Cortez, p. 30-47, 1985.
- SZASZ T. **The medicalization of everyday life: selected essays**. Syracuse: Syracuse University Press, 1991/2007.
- WERNER, J. J. **Transtornos hipercinéticos: contribuições do trabalho de Vygotsky para reavaliar o significado**. Tese (Doutorado em Ciências Médicas, Saúde Mental) – Unicamp, Campinas, 1997.
- WHITAKER, R. **Anatomia de uma epidemia - Pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental**. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 427 p., 2017.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (OMS). **Saúde mental: nova concepção, nova esperança**, 2002.
- ZOLA, I.K. **Medicine as an institution of social control**. In: Conrad P, editor. **The sociology of health and illness: critical perspectives**. 6 ed. New York: Worth Publishers. pp. 404-414, 2001.
- ZORZANELLI, R. T.; ORTEGA, F.; BEZERRA Jr. B. **Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010**. *Ciênc. saúde coletiva*, v.19, n.6, pp.1859-1868, 2014.
- ZORZANELLI, R. **Sobre os DSM’s como objetos culturais**. In: Zorzanelli, R. T. Bezerra Jr. B. & Costa, J. F. *A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea*. 1º ed. – Rio de Janeiro: Garamond, cap. 01, p. 55-68, 2014.
- ZORZANELLI R. T, CRUZ, M. G. A. **O conceito de medicalização em Michel Foucault na década de 1970**. *Interface*, Botucatu, v. 22, n. 66, p. 721-31, 2018.