



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

CONTAGIO SOCIAL DE TRANSTORNOS MENTAIS: ANÁLISE DAS ESTRATÉGIAS BIOPOLÍTICAS DE MEDICALIZAÇÃO DA INFÂNCIA

Fernanda Martinhago

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

WARNING. Access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.

Fernanda Martinhago

**CONTAGIO SOCIAL DE TRANSTORNOS MENTAIS:
ANÁLISE DAS ESTRATÉGIAS BIOPOLÍTICAS DE MEDICALIZAÇÃO DA
INFÂNCIA**

TESE DOUTORAL



UNIVERSITAT
ROVIRA i VIRGILI



2017

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

CONTAGIO SOCIAL DE TRANSTORNOS MENTAIS: ANÁLISE DAS ESTRATÉGIAS BIOPOLÍTICAS DE MEDICALIZAÇÃO DA INFÂNCIA

Fernanda Martinhago

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

CONTAGIO SOCIAL DE TRANSTORNOS MENTAIS: ANÁLISE DAS ESTRATÉGIAS BIOPOLÍTICAS DE MEDICALIZAÇÃO DA INFÂNCIA

Fernanda Martinhago

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

CONTAGIO SOCIAL DE TRANSTORNOS MENTAIS: ANÁLISE DAS ESTRATÉGIAS BIOPOLÍTICAS DE MEDICALIZAÇÃO DA INFÂNCIA

Fernanda Martinhago

Fernanda Martinhago

**CONTAGIO SOCIAL DE TRANSTORNOS MENTAIS:
ANÁLISE DAS ESTRATÉGIAS BIOPOLÍTICAS DE MEDICALIZAÇÃO DA
INFÂNCIA**

TESE DOUTORAL

Orientada pela Dra. Sandra Caponi
Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas
Universidade Federal de Santa Catarina

Orientada pelo Dr. Àngel Martínez Hernáez
Departamento de Antropología, Filosofía y Trabajo Social
Universitat Rovira i Virgili



UNIVERSITAT
ROVIRA i VIRGILI



2017

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

CONTAGIO SOCIAL DE TRANSTORNOS MENTAIS: ANÁLISE DAS ESTRATÉGIAS BIOPOLÍTICAS DE MEDICALIZAÇÃO DA INFÂNCIA

Fernanda Martinhago



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

HAGO CONSTAR que el presente trabajo, titulado “CONTAGIO SOCIAL DE TRASTORNOS MENTALES: ANÁLISIS DE LAS ESTRATEGIAS BIOPOLÍTICAS DE MEDICALIZACIÓN DE LA INFANCIA” que presenta Fernanda Martinhago para la obtención del título de Doctora, ha sido realizado bajo mi dirección en el Departament d’Antropologia, Filosofia i Treball Social de esta universidad.

Tarragona, 14 de julio de 2017.

CPIR-1 C
Angel
Martinez
Hernaez

Firmado digitalmente por CPIR-1 C
Angel Martinez Hernaez
Nombre de reconocimiento (DN):
c=ES, o=Universitat Rovira i Virgili,
ou=Vegeu <https://www.aoc.cat/>
CATCert/Regulacio, sn=Martinez
Hernaez, givenName=Angel,
serialNumber=40978896A,
cn=CPIR-1 C Angel Martinez
Hernaez
Fecha: 2017.07.18 07:38:49 -07'00'

Dr. Àngel Martínez Hernáez

Director de la tesis doctoral

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

CONTAGIO SOCIAL DE TRANSTORNOS MENTAIS: ANÁLISE DAS ESTRATÉGIAS BIOPOLÍTICAS DE MEDICALIZAÇÃO DA INFÂNCIA

Fernanda Martinhago



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM CIÊNCIAS
HUMANAS/ DOUTORADO

DECLARO que o presente trabalho, intitulado “CONTAGIO SOCIAL DE TRANSTORNOS MENTAIS: ANÁLISE DAS ESTRATÉGIAS BIOPOLÍTICAS DE MEDICALIZAÇÃO DA INFÂNCIA”, apresentado por Fernanda Martinhago para a obtenção do título de Doutora, foi realizado sob minha orientação no Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas desta universidade.

Florianópolis, 14 de julho de 2017.

Assinatura manuscrita em tinta preta, com uma letra inicial 'S' grande e decorativa.

Dra. Sandra Noemi Cucurulo Caponi
Orientadora da tese doutoral

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

CONTAGIO SOCIAL DE TRANSTORNOS MENTAIS: ANÁLISE DAS ESTRATÉGIAS BIOPOLÍTICAS DE MEDICALIZAÇÃO DA INFÂNCIA

Fernanda Martinhago

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Sandra Caponi, orientadora da tese, pela amizade, apoio, incentivo e parceria em todos os trabalhos desenvolvidos durante o doutorado.

Ao Prof. Dr. Àngel Martínez Hernáez, orientador da tese, pela oportunidade de realizar o doutorado em cotutela, ampliando a perspectiva da pesquisa.

Ao Prof. Dr. Raumar Rodríguez Giménez por possibilitar o estágio doutoral na Universidad de la República - Uruguay e pela amizade.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina, com estima à Profa. Dra. Myriam Mitjavila por suas contribuições durante toda minha trajetória pelo doutorado.

Aos professores do Programa de Doctorado en Antropología y Comunicación da *Universitat Rovira i Virgili*, com apreço ao Prof. Dr. Oriol Romaní, quem desde o início do doutorado esteve sempre presente, contribuindo significativamente para minha produtividade acadêmica.

Aos professores da Universidad de la República - Uruguay, em especial ao Prof. Dr. Marcelo Rossal pelas contribuições sobre o trabalho etnográfico e atenção durante meu estágio em Montevideo.

À Profa. Dra. Fabíola Stolf Brzozowski da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões pelas contribuições à tese.

Ao Prof. Dr. Fernando Hellmann do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina por suas considerações sobre a tese como avaliador externo.

À Profa. Dra. Andrea Bielli da Facultad de Psicología da Universidad de la República - Uruguay por suas considerações sobre a tese como avaliadora externa.

Aos membros do Núcleo de Estudo em Sociologia, Filosofia e História das Ciências da Saúde, amigos que propiciaram discussões instigantes e contribuições para o desenvolvimento da pesquisa.

Aos amigos/as que participaram desta trajetória, em especial à Profa. Dra. Carla Rocha pelo auxílio em diversos momentos de elaboração da tese.

À minha família, sobretudo à minha mãe Mariza, minha tia Mary, ao meu filho Jefferson e ao Fábio, pelo incentivo, carinho, compreensão por minha ausência e apoio durante todo o percurso do doutorado.

À FAPESC e à CAPES pela concessão da bolsa para realizar o doutorado no Brasil e na Espanha.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

CONTAGIO SOCIAL DE TRANSTORNOS MENTAIS: ANÁLISE DAS ESTRATÉGIAS BIOPOLÍTICAS DE MEDICALIZAÇÃO DA INFÂNCIA

Fernanda Martinhago

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Garrafa de Ritalina de 1954.....	150
Figura 2 – Encarte publicitário da Ritalina	151
Foto 1 – Encarte publicitário do medicamento Binomil	152
Foto 2 - Encarte publicitário do medicamento Pacium.....	153
Imagem 1 – Discurso da ABDA sobre TDAH	171
Imagem 2 – Sala de aula - ABDA sobre TDAH	173
Imagem 3 – Professores ABDA sobre TDAH.....	175
Imagem 4 – Cotidiano - ABDA sobre TDAH	178
Imagem 5 – Leitura - ABDA sobre TDAH.....	179
Imagem 6 – Memórias - ABDA sobre TDAH	180
Imagem 7 – Organização - ABDA sobre TDAH.....	181
Imagem 8 – Frustração - ABDA sobre TDAH.....	183
Imagem 9 – Atividades diversas - ABDA sobre TDAH.....	184
Imagem 10 – Brincadeiras - ABDA sobre TDAH.....	185
Imagem 11 – Menino com Catavento - ABDA sobre TDAH.....	186
Imagem 12 - ABDA sobre TDAH e TOD	188
Imagem 13 - ABDA sobre TDAH e Dislexia	190
Imagem 14 – Pai e filha - ABDA sobre TDAH.....	191
Imagem 15 – Mãe e filho - ABDA sobre TDAH.....	192
Imagem 16 – Aplicativo da Coca-Cola Zero	194
Imagem 17 – Postagem da ABDA sobre o TDAH e educação.....	195
Imagem 18 – Atleta olímpica - postagem da ABDA sobre o TDAH	196

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

CONTAGIO SOCIAL DE TRANSTORNOS MENTAIS: ANÁLISE DAS ESTRATÉGIAS BIOPOLÍTICAS DE MEDICALIZAÇÃO DA INFÂNCIA

Fernanda Martinhago

LISTA DE SIGLAS

- ABDA - Associação Brasileira de Déficit de Atención
- ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- APA - Associação Americana de Psiquiatria
- CAPS - Centro de Atención Psicossocial
- CAPSi - Centros de Atención Psicossocial infanto-juvenil
- CAUT - Comissão de Autorização de Uso Terapêutico
- CEPSH - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
- CHADD - Children and Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (Crianças e Adultos com Déficit de Atención e Hiperatividade)
- CID - Classificação Internacional de Doenças
- DSM - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais)
- ECA - Estatuto da Criança e Adolescente
- FDA - *Food and Drug Administration* (Administração de Alimentos e Drogas)
- FURB - Fundação Universidade Regional de Blumenau
- GPPS - Grupo de Pesquisas em Políticas em Saúde/ Saúde Mental
- NESFHIS - Núcleo de Pesquisa em Sociologia, Filosofia e História das Ciências da Saúde
- NIMH - National Institute of Mental Health
- OMS - Organização Mundial de Saúde
- PPGICH - Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas
- PSE - Programa Saúde Escola.
- RAPS - Rede de Atención Psicossocial
- SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
- SUS - Sistema Único de Saúde
- TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- TDA - Transtorno de Déficit de Atención
- TDA/H - Transtorno do Déficit de Atención com ou sem hiperatividade
- TDAH - Transtorno de Déficit de Atención e Hiperatividade
- TOD - Transtorno de Oposição Desafiante
- UDELAR - *Universidad de la República*

UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

URV - *Universitat Rovira i Virgili*

WADA-AMA/IOC - *World Anti-Doping Agency/International Olympic Committee* (Agência

Mundial Antidoping / Comitê Olímpico Internacional)

Sumário

Apresentação	21
Presentación	25
<i>Trajetória acadêmica</i>	29
1 INTRODUÇÃO	35
2 OBJETIVOS	45
2.1 OBJETIVO GERAL.....	45
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	45
3 PERCURSO METODOLÓGICO	47
3.1 CONSTRUÇÃO DO MARCO TEÓRICO	47
3.2 TRAJETÓRIA PELOS CAMPOS DE PESQUISA	52
3.2.1 Campo de pesquisa - Escola Pública	54
3.2.2 Campos de pesquisa – Rede Social Facebook - Comunidades Virtuais	56
3.3 LIMITAÇÕES DA PESQUISA	60
3.4 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	61
4 MARCO TEÓRICO	65
4.1 MEDICALIZAÇÃO DA INFÂNCIA	65
4.1.1 Memórias da infância e da escola	65
4.1.2 O processo de medicalização da infância	67
4.1.3 Psiquiatrização da infância sob a ótica de Foucault	69
4.1.4 A trajetória das políticas de saúde mental da infância no Brasil	73
4.1.5 O TDAH e a interface saúde e educação	79
4.2 ESTRATÉGIAS BIOPOLÍTICAS: RISCO PARA A SAÚDE MENTAL.....	85
4.2.1 Biopolítica na perspectiva de Michel Foucault	85
4.2.2 Transformações do conceito de risco	90
4.2.3 O risco no âmbito da saúde mental	96

4.2.4 A falácia do risco para o TDAH	101
4.3 REPERCUSSÕES DO DSM NA COMUNIDADE CIENTÍFICA	107
4.3.1 Patologias mentais: uma breve história das classificações psiquiátricas	107
4.3.2 Controvérsias na Racionalidade Diagnóstica do DSM	116
4.3.3 Conveniências do DSM: Para quê? E para quem?	121
4.3.4 Críticas ao DSM	123
4.3.5 Desvendando o diagnóstico do TDAH a partir do DSM-5	127
4.4 TRANSTORNOS MENTAIS NAS MÍDIAS SOCIAIS: MARKETING INVISÍVEL	134
4.4.1 Mídias e redes sociais	135
4.4.2 Interfaces da indústria farmacêutica	141
4.4.3 O caso da Ritalina e do TDAH: “uma droga em busca de um transtorno” ..	149
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	159
5.1 CAMPO DE PESQUISA - ESCOLA	159
5.1.1 A escola e o lugar do TDAH	159
5.1.2 O olhar dos professores sobre os estudantes e suas famílias	161
5.1.3 Intervenção no “Fracasso Escolar”	165
Reflexões: Escola versus TDAH	168
5.2 CAMPO DE PESQUISA – REDE SOCIAL - FACEBOOK	169
5.2.1 Comunidades Virtuais	169
5.3 COMUNIDADE VIRTUAL ABDA	170
5.3.1 A relação escola – professor - família	173
5.3.2 Transformando o normal em patológico	178
5.3.3 O risco de não tratar o TDAH	184
5.3.4 TDAH e suas Comorbidades	187
5.3.5 O TDAH na família	191
5.3.6 Propaganda institucional do TDAH	193

5.4 COMUNIDADE VIRTUAL MÃES DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM TDAH	198
5.4.1 Objetivo do Grupo	198
5.4.2 A Ritalina e o “sucesso” escolar	199
5.4.3 Reações adversas da Ritalina e do Concerta	203
5.4.4 Dificuldades em lidar com os filhos sem medicação	207
5.4.5 Quando a escola não reconhece o TDAH	210
5.4.6 Rótulos psiquiátricos	212
Reflexões: ABDA versus mães de crianças e adolescentes com TDAH	216
CONSIDERAÇÕES FINAIS	221
CONSIDERACIONES FINALES	231
REFERÊNCIAS	241
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	255
APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DE PESQUISA	261
APÊNDICE C - ESQUIZOFRENIA NA INFÂNCIA	265

Apresentação

A pesquisa *Contagio social de transtornos mentais: análise das estratégias biopolíticas de medicalização da infância*, tese doutoral apresentada ao Programa de Doutorado em Antropologia e Comunicação do Departamento de Antropologia, Filosofia e Trabalho Social da *Universitat Rovira i Virgili* (URV) de Tarragona (Espanha), sob orientação do Professor Dr. Àngel Martínez Hernáez e ao Doutorado Interdisciplinar em Ciências Humanas do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas (PPGICH) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), em Florianópolis (Brasil), sob orientação da Professora Dra. Sandra Caponi, visa a obtenção do título de doutora correspondente a cada Universidade, dado que os doutorados foram realizados sob o regime de cotutela.

A temática envolvida nesta pesquisa - medicalização da infância - está em evidência na contemporaneidade, devido a uma epidemia de transtornos mentais que atinge crianças e adolescentes. O conceito de medicalização apresentado neste estudo está fundamentado em Foucault (1994) e Conrad (2007), que o consideram como a redução das questões sociais em problemas individuais a serem tratados pela medicina, tornando o sujeito o único responsável pelo seu comportamento dito desviante. Nesta perspectiva, considera-se que uma parte do público infanto-juvenil está sendo prejudicada por diagnósticos psiquiátricos equivocados e tratamentos desnecessários. Portanto, a principal preocupação que rege esta pesquisa é com crianças e adolescentes que estão sendo rotulados com diagnósticos falso-positivos de transtornos mentais e “tratados” com intervenções medicamentosas como se tivessem patologias graves. Este aspecto demonstra um certo retrocesso na atenção à saúde mental, pois parece que há interesses em produzir o anormal, uma vez preconizado que crianças e adolescentes precisam de medicamentos para pertencerem ao contexto social. O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) foi elegido como tema transversal deste estudo por apresentar elevada prevalência em diversos países.

A partir deste contexto, foi estabelecido como principal objetivo desta pesquisa analisar como o conceito de risco e as classificações do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), entendidas como estratégias biopolíticas, são veiculadas nas mídias sociais e articulam o processo de medicalização da infância, perpassando por microssistemas frágeis (escola, família e associações de apoio). O desenvolvimento da investigação partiu de uma perspectiva crítico-interpretativa para análise de dados, os quais foram obtidos pela triangulação de fontes e técnicas: revisão integrativa, grupo focal, entrevistas, aplicação de

questionário aberto e etnografia virtual. Os campos de pesquisa foram uma escola pública de Florianópolis e duas comunidades virtuais da rede social *Facebook*.

Nesta pesquisa, constatou-se que o conceito de risco vem sendo utilizado como uma estratégia para ampliar o número de diagnósticos de transtornos mentais, promover o controle social e gerir a população, com base em classificações, e também a medicamentação destes comportamentos, por meio da antecipação de supostas patologias graves no futuro. O risco, embora não comprovado, torna-se real, uma ameaça futura, e se consolida como uma estratégia importante para ampliar o número de diagnósticos do TDAH.

No DSM-5, os critérios para o diagnóstico do TDAH são apresentados apenas com a descrição de comportamentos, os quais podem ser provenientes da própria infância, o que pode comprometer o diagnóstico. As classificações psiquiátricas do DSM-5 geram controvérsias na comunidade científica, pois a perspectiva apresentada suprime a subjetividade da complexidade que é o ser humano. Entretanto, há lugares em que esta lógica do DSM é conveniente, pois este modelo aproxima a psiquiatria do âmbito da medicina, facilita a burocracia dos seguros de saúde, amplia o número de diagnósticos de transtornos mentais e, conseqüentemente, o consumo de medicamentos.

A escola, cuja proposta é ensinar e educar crianças, formar cidadãos, está sendo atravessada por processos medicalizantes, por dispositivos científico-disciplinares que a tornam um microsistema frágil, vulnerável a intervenções monstruosas. Assim, a Ritalina é apresentada como o produto ideal, prometendo inclusão, ótimo desempenho escolar, bom comportamento, aspectos que aliviam a responsabilidade de pais e professores mediante os comportamentos indesejados das crianças.

Para a ampliação do número de diagnósticos de transtornos mentais, o campo virtual caracteriza-se como um meio adequado para atingir a população. Na comunidade virtual da Associação Brasileira de Déficit de Atención (ABDA) as informações sobre o TDAH são divulgadas didaticamente, de modo que as teorias científicas complexas fiquem bastante claras, literalmente desenhadas para o bom entendimento do público alvo (famílias e profissionais da educação e saúde). A ABDA também se constitui como um microsistema frágil, pois aparece com esta roupagem de benfeitora, mas está suscetível a manipulações e condução de processos medicalizantes que são de interesses dos próprios mantenedores da entidade. Na comunidade virtual de mães, onde circula as informações da ABDA, observa-se que as conversações são compostas por neuronarrativas, cujo foco das discussões é a necessidade das crianças de uma “química no cérebro”, ou seja, uso de medicamentos para o tratamento do TDAH.

Considera-se que as informações sobre os transtornos mentais disseminadas nas redes sociais, identificadas como de caráter educativo, e somadas à publicidade, caracterizam uma vulnerabilidade do campo virtual. Este cenário facilita a ampliação dos horizontes de consumo, introduzindo produtos que atendam às necessidades culturais criadas (bem-estar, melhor desempenho, maior produtividade), transformando assim, culturalmente, o que era considerado normal em patológico. Portanto, parte significativa dos diagnósticos de TDAH em crianças e adolescentes pode ser induzida por este processo que denomino contágio social.

Presentación

La investigación *Contagio social de trastornos mentales: análisis de las estrategias biopolíticas de medicalización de la infancia*, tesis doctoral presentada al Programa de Doctorado en Antropología y Comunicación del Departamento de Antropología, Filosofía y Trabajo Social de la *Universitat Rovira i Virgili* (URV) de Tarragona (España), bajo la orientación del Profesor Dr. Àngel Martínez Hernández y al Doctorado Interdisciplinar en Ciencias Humanas del Programa de Posgrado Interdisciplinar en Ciencias Humanas (PPGICH) de la Universidad Federal de Santa Catarina (UFSC), en Florianópolis (Brasil), bajo la orientación de la Profesora Dra. Sandra Caponi, procura la obtención del título de doctora correspondiente a cada Universidad, dado que los doctorados fueron realizados bajo el régimen de cotutela.

La temática desarrollada en esta investigación – medicalización de la infancia – se presenta de forma evidente en la contemporaneidad, debido a una epidemia de trastornos mentales que alcanza a niños y adolescentes. El concepto de medicalización presentado en este estudio está fundamentado en Foucault (1994) y Conrad (2007), que lo consideran como la reducción de las cuestiones sociales a problemas individuales a ser tratados por la medicina, haciendo que el sujeto se torne el único responsable por su comportamiento considerado desviado. En esta perspectiva, se considera que una parte de la población infanto-juvenil está siendo perjudicada por diagnósticos psiquiátricos equivocados y tratamientos innecesarios. Por lo tanto, la principal preocupación que rige esta investigación refiere a niños y adolescentes que están siendo etiquetados con diagnósticos falso-positivos de trastornos mentales y “tratados” con intervenciones farmacológicas como si tuviesen patologías graves. Este aspecto demuestra un cierto retroceso en la atención a la salud mental, pues parece haber intereses en producir lo anormal, una vez aconsejado que niños y adolescentes precisan medicamentos para pertenecer al contexto social. El Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) fue elegido como tema transversal de este estudio por presentar una elevada prevalencia en diversos países.

A partir de este contexto, fue establecido como principal objetivo de esta investigación analizar cómo el concepto de riesgo y las clasificaciones del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM), entendidas como estrategias biopolíticas, son transmitidas en las redes sociales y articulan el proceso de medicalización de la infancia, pasando a través de micro-sistemas frágiles (escuela, familia, asociaciones de apoyo). El desarrollo de la investigación partió de una perspectiva crítico-interpretativa para el análisis de datos, los cuales fueron obtenidos por la triangulación de fuentes y técnicas: revisión integradora, grupo focal,

entrevistas, aplicación de cuestionarios abiertos y etnografía virtual. Los campos de investigación fueron una escuela pública de Florianópolis y dos comunidades virtuales de la red social *Facebook*.

En esta investigación, se constató que el concepto de riesgo viene siendo utilizado como una estrategia para ampliar el número de diagnósticos de trastornos mentales, promover el control social y gestionar la población, basándose en clasificaciones, y también en la medicamentación de estos comportamientos, por medio de la anticipación de supuestas patologías graves en el futuro. El riesgo, aunque no comprobado, se torna real, una amenaza futura, y se consolida como una estrategia importante para ampliar el número de diagnósticos del TDAH.

En el DSM-5, los criterios para el diagnóstico del TDAH son presentados únicamente con la descripción de comportamientos, los cuales pueden ser provenientes de la propia infancia, lo que puede comprometer el diagnóstico. Las clasificaciones psiquiátricas del DSM-5 generan controversias en la comunidad científica, ya que la perspectiva presentada suprime la subjetividad de la complejidad que el ser humano es. Sin embargo, hay lugares en que esta lógica del DSM es adecuada, pues este modelo aproxima la psiquiatría al ámbito de la medicina, facilita la burocracia de los seguros de salud, amplía el número de diagnósticos de tratamientos mentales y, consecuentemente, el consumo de medicamentos.

La escuela, cuya respuesta es enseñar y educar niños, formar ciudadanos, está siendo atravesada por procesos de medicalización, por dispositivos científico-disciplinares que la tornan un micro-sistema frágil, vulnerable a intervenciones monstruosas. Así, la Ritalina es presentada como el producto ideal, prometiendo inclusión, óptimo desempeño escolar, buen comportamiento, aspectos que alivian la responsabilidad de padres y profesores por los comportamientos indeseados de los niños.

Para ampliar el número de diagnósticos de trastornos mentales, el campo virtual se caracteriza como un medio adecuado para alcanzar a la población. En la comunidad virtual de la Asociación Brasileña de Déficit de Atención (ABDA) las informaciones sobre TDAH son divulgadas didácticamente, de modo que las teorías científicas complejas queden bastante claras, literalmente dibujadas para el buen entendimiento del público objetivo (familias y profesionales de la educación y la salud). La ABDA también se constituyó como un micro-sistema frágil, pues aparece con el ropaje de benefactora, si bien es susceptible a manipulaciones y conducción de procesos de medicalización que son de interés de los propios mantenedores de la entidad. En la comunidad virtual de madres, donde circulan las

informaciones de la ABDA, se observa que las conversaciones son compuestas por neuro-narrativas, donde el foco de las discusiones es la necesidad de los niños de una “química en el cerebro”, o sea, uso de medicamentos para el tratamiento del TDAH.

Se considera que las informaciones sobre los trastornos mentales diseminadas en las redes sociales, identificadas como de carácter educativo, y sumadas a la publicidad, caracterizan una vulnerabilidad del campo virtual. Este escenario facilita la ampliación de los horizontes de consumo, introduciendo productos que atiendan las necesidades culturales creadas (bienestar, mejor desempeño, mayor productividad), transformando así, culturalmente, lo que se considera normal en patológico. Por tanto, una parte significativa de los diagnósticos de TDAH en niños y adolescentes puede ser inducida por este proceso que denomino de contagio social.

Trajetória acadêmica

Início este texto descrevendo brevemente minha trajetória acadêmica para que compreendam como cheguei ao tema desta tese e porque considero relevante discutir a medicalização da infância no campo da Saúde Mental.

Minha aproximação com o campo da Saúde Mental iniciou no mestrado em Saúde Coletiva (UFSC/2009-2011), pois apesar de ser graduada em Psicologia (Fundação Universidade Regional de Blumenau- FURB/2000-2004), neste período, o tema saúde mental era ainda considerado um campo específico da psiquiatria, em que os psicólogos trabalhavam à margem destes profissionais. Entretanto, durante a graduação, conheci na prática o que é a institucionalização do sujeito, trabalhando em um projeto de extensão da FURB, dentro do presídio deste município. Foi a partir dos atendimentos psicológicos aos sujeitos presos que desenvolvi a pesquisa *O uso de drogas e a prática de delitos: um estudo com os detentos do Presídio Regional de Blumenau*, com artigo publicado na revista Saúde e Transformação Social (MARTINHAGO e FRASSÃO, 2011).

Diante de uma realidade tão dura, a de sujeitos encarcerados, em uma instituição onde é impossível existir qualquer vestígio de saúde mental, há apenas um caminho a ser almejado: a desinstitucionalização.

É no mestrado em Saúde Coletiva que me deparo com esta temática – desinstitucionalização-, voltada aos sujeitos internados em hospitais psiquiátricos. Adentro então na Reforma Psiquiátrica brasileira, conhecendo a rede de atenção psicossocial estruturada para superar a existência dos hospitais psiquiátricos. Como forma de instrumento para proporcionar o conhecimento desta rede aos usuários do SUS e familiares, elaboramos no Grupo de Pesquisas em Políticas em Saúde/ Saúde Mental (GPPS) o livreto *Entendendo a Reforma Psiquiátrica: a construção da rede de atenção à saúde mental* (OLIVEIRA; MARTINHAGO; MORAIS, 2009).

Nesse período, começo a desenvolver minha pesquisa de dissertação percorrendo os Centros de Atenção Psicossocial II (CAPS II) de Santa Catarina. Nesta caminhada, observei que muitos CAPS não tinham apoio, investimento e os gestores não tinham compreensão do que era a atenção psicossocial, conforme preconizava a Reforma Psiquiátrica. Os profissionais trabalhavam no limiar da institucionalização. Transpareceram nos relatos denúncias de irregularidades, angústias por não se conseguir escapar da lógica manicomial e muito esforço para que de alguma maneira houvesse mudanças. Por fim, como forma de dar voz a estes profissionais, foi publicado o artigo na revista Saúde em Debate: *A prática profissional nos*

Centros de Atenção Psicossocial II (CAPS II), na perspectiva dos profissionais de saúde mental de Santa Catarina (MARTINHAGO; OLIVEIRA, 2012). No decorrer da pesquisa, havia encontrado dados que, naquele período (ano de 2010), eram inesperados. Esses dados representavam uma transição de desinstitucionalização nos hospitais psiquiátricos para desinstitucionalização nos CAPS, pois esta foi a demanda apresentada pelos profissionais. Assim, como forma de representar esta transição entre institucionalização e desinstitucionalização presente nos relatos dos profissionais, foi publicado o artigo na revista *Saúde e Sociedade* intitulado: *(Des)institucionalização: a percepção dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossociais de Santa Catarina, Brasil* (MARTINHAGO; OLIVEIRA, 2015).

A dificuldade de transformação da lógica manicomial para a atenção psicossocial era evidente. Não se tratava apenas de construir novas estruturas, formar novas equipes de profissionais e elaborar políticas públicas para garantir uma atenção psicossocial adequada às pessoas com sofrimento psíquico. Havia a necessidade de uma transformação muito mais complexa, que abrange a transformação do pensamento, o qual é imbuído pela cultura, por questões sociais, pela formação profissional, pela índole ética de cada sujeito, etc. É um processo que, no âmbito acadêmico, vai muito além do contexto da saúde, abarcando a história, a sociologia, a filosofia, a antropologia, entre outras áreas do conhecimento. Foi justamente a necessidade de aprimorar o conhecimento nessas áreas que me incitou a buscar nas Ciências Humanas a compreensão sobre questões obscuras que ficaram nas entrelinhas das pesquisas durante o mestrado.

Ingresso então no Doutorado Interdisciplinar em Ciências Humanas (2013) com a proposta agora de investigar sobre a medicalização da vida, mais especificamente, sobre a medicalização da infância, sob a orientação da Professora Sandra Caponi. Uma temática que discute o controle dos sujeitos, extramuros dos hospitais psiquiátricos, para além dos CAPS, ou seja, sobre uma forma de gerir a população a céu aberto. E, ao que parece, caminhamos rumo a uma contenção do corpo, em que não vemos muros, nem grades, nem violação de direitos, conforme víamos nos velhos manicômios, mas um cenário em que os sujeitos vivem em seus lares, sob os efeitos da “invisibilidade” da contenção química.

No doutorado, como membro do Núcleo de Pesquisa em Sociologia, Filosofia e História das Ciências da Saúde (NESFHIS), e com demais colegas, realizamos um estudo problematizando a questão dos cuidados em saúde mental, o qual gerou o artigo *O cuidado em saúde mental no Brasil: uma leitura a partir dos dispositivos de biopoder e biopolítica*,

publicado na revista Saúde em Debate (BEZERRA et al, 2015). O estudo mostrou que, para se evitar a reprodução do antigo modelo psiquiátrico, é necessária uma vigilância crítica permanente sobre as propostas de modelos de Cuidados. Além disso, ressaltou que a intersecção entre o biopoder e biopolítica é um fator limitante para o desenvolvimento de uma clínica ampliada, assim como a invenção de novas práticas de Cuidado.

No decorrer do doutorado Interdisciplinar, surgiu a oportunidade de fazer sob o regime de cotutela o doutorado em Antropologia e Comunicação na Universitat Rovira i Virgili (URV), em Tarragona (Espanha), sob a orientação do Professor Àngel Martínez Hernáez. Nessa trajetória, permaneci durante um ano morando na cidade de Barcelona e cursei as disciplinas referentes ao curso de Antropologia Médica e Saúde Global, cuja temática correspondia à linha de pesquisa em que desenvolvia a tese. Essa experiência propiciou-me ampliar os horizontes e observar o processo de medicalização sob outra perspectiva, reforçando ainda mais o quanto os valores sociais, culturais e políticos estão fortemente presentes. Vale ressaltar também a contraposição entre os modelos biomédico e antropológico, no que diz respeito às concepções de saúde, doença e atenção, demonstrando o quanto tal tríade está relacionada a experiências do sujeito ou da população. Para registrar essa experiência, em parceria com colegas brasileiros, que estavam vinculados a URV naquele mesmo período, produzimos o artigo *Pesquisadores Brasileiros na Pós-Graduação de Antropologia Médica na Espanha: Relato de Experiência*, publicado na revista Interface (LEMOS et al, 2016).

Outros três artigos também foram desenvolvidos durante este período na Espanha, cuja temática está relacionada com a tese, conforme apresento a seguir:

O artigo *Saúde mental em risco: estratégias para intervenções preventivas* (MARTINHAGO; ROMANÍ, 2016) foi delineado na disciplina do Professor Oriol Romaní, na URV. Posteriormente, foi apresentado em Florianópolis no III Simpósio A vida Medicada: A medicalização da infância, e publicado no livro “Vigiar e medicar: estratégias de medicalização da infância” (CAPONI et al, 2016). O texto discute como o risco vem sendo utilizado como uma estratégia para ampliar o número de diagnósticos de transtornos mentais, promover o controle social e gerir a população com base em classificações e na medicalização desses comportamentos. Nesta perspectiva, consideramos que esta forma de prevenção, baseada em cálculos e previsões, induz a acreditar que a saúde mental da população está em risco, promovendo assim, a medicalização da vida.

Outro trabalho foi elaborado durante o período de estágio na Espanha, com intuito de mostrar um recorte sobre as políticas de saúde mental brasileiras e a medicalização da infância.

O estudo *Reflexões sobre a medicalização da infância e as políticas de saúde mental no Brasil* foi apresentado no *VI Congreso Internacional en Gobierno, Administración y Políticas Públicas*, em Madri (Espanha), e o artigo foi publicado nos Anais desse Congresso (MARTINHAGO; CAPONI, 2015). Nesse estudo, analisamos o fenômeno da medicalização da infância como uma estratégia biopolítica, na medida em que tende a reduzir um conjunto complexo de problemas políticos, sociais, educativos, dentre outros existentes no contexto social das crianças e adolescentes, às causas que estariam circunscritas ao campo biológico. Além disso, o estudo ressaltou que a medicalização da infância vai na contramão das propostas da Reforma Psiquiátrica brasileira, que é justamente de proporcionar atenção psicossocial às pessoas que possuem algum tipo de sofrimento psíquico, de modo que possam superar suas dificuldades, não à custa somente de medicamentos, mas com o suporte de uma rede de atenção à saúde mental. Salientamos ainda que talvez haja interesses em captar algumas fragilidades, que por ventura existam nas políticas e serviços de saúde mental, voltados a desenvolver um mercado em prol do lucro e do capital.

Em Barcelona (2015), no “XX Seminário Acadêmico da APEC: O impacto das novas mídias sociais na produção acadêmica interinstitucional entre a Catalunha e a América Latina”, foi apresentado o estudo *Medicalização da infância: reflexões sobre o Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH)* e publicado o artigo nos Anais do Seminário (MARTINHAGO; CAPONI, 2015). Esse estudo mostra que a simplificação do diagnóstico de TDAH, possibilita que os professores e os próprios pais concordem com a identificação de tal transtorno mediante os sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade e encaminhem as crianças aos serviços de saúde para receberem um tratamento medicamentoso. A medicalização das crianças, de certa forma, isenta a responsabilidade dos familiares e dos professores, que focam o problema na doença, ocultando as questões sociais que permeiam esta situação.

De volta a Florianópolis, no 15º Seminário Nacional da História da Ciência e Tecnologia, apresentei o trabalho *Patologias mentais: uma breve história das classificações psiquiátricas*, publicado nos Anais do referido seminário (MARTINHAGO; CAPONI, 2016). Nesse estudo, constatou-se que, desde o princípio, as classificações psiquiátricas foram criadas com a finalidade de obter dados estatísticos sobre a população, bem como buscar uma linguagem universal sobre as patologias mentais, de modo que suprisse as necessidades das organizações hospitalares, planos de saúde, atendimentos médicos e os indicadores para formulação de medicamentos. A trajetória histórica das classificações psiquiátricas mostra que

houve uma fissura no modo de entender o sofrimento psíquico, e ali esvaíram-se a subjetividade e a história de vida dos sujeitos. Assim, passou-se a considerar o ser humano como corpos que manifestam comportamentos ditos desviantes e precisam de intervenções medicamentosas, sendo que qualquer outro tipo de intervenção, como a psicoterapia, funciona como mero apoio ao tratamento.

Durante o doutorado, realizei também um estágio na Universidad de la República (UDELAR), na cidade de Montevideo (Uruguay), durante três meses. Em Montevideo, tive a oportunidade de conhecer alguns trabalhos direcionados para a saúde coletiva e saúde mental, além de participar semanalmente do grupo de estudos *Epistemologia da Psiquiatria* no Hospital Psiquiátrico Vilarbebó. Nesse período, apresentei o tema *Interação Comunitária*, na modalidade de roda de conversa, na unidade de extensão de Cerro da Universidade, e ministrei a palestra *Medicalização da infância: análise de estratégias biopolítica nas redes sociais sobre TDAH*, na UDELAR. Desenvolvi também, junto ao professor orientador Raumar Rodríguez Giménez, uma pesquisa sobre TDAH com os estudantes do curso de Ciências da Educação, na mesma Universidade.

Na descrição dessa breve trajetória, é possível notar transformações no âmbito da saúde mental, da institucionalização à desinstitucionalização, e, em contraponto, da atenção psicossocial ao crescente processo de medicalização da vida. Nesse sentido, temos um longo caminho a ser trilhado. Portanto, sigo neste percurso com muitas questões, entre elas: como tornar efetiva a Reforma Psiquiátrica brasileira, que preconiza a atenção psicossocial, em um contexto no qual estratégias biopolíticas se fazem presentes, promovendo o recrudescimento do poder biomédico, a ascensão da indústria farmacêutica e, conseqüentemente, a medicalização da vida?

1 INTRODUÇÃO

Neste momento político crítico em que passa o Brasil, os avanços da Reforma Psiquiátrica parecem estremecidos mediante aos retrocessos nos campos da saúde, da educação, entre outros problemas que vivenciamos na atualidade. Não acredita-se na possibilidade de revivermos o período da existência dos velhos manicômios. Embora ainda permaneçam muitos resquícios da lógica manicomial, vivenciamos um momento de transição desse modo de pensar - hegemônico durante muito tempo -, buscando desenvolver uma prática baseada na lógica da atenção psicossocial. Teme-se que a propagação do ideal biologicista, segundo o qual os comportamentos são baseados apenas em alterações cerebrais, possa intervir no modo de pensar dos profissionais e da sociedade, transformando as estruturas criadas para superar os hospitais psiquiátricos em dispositivos medicalizantes.

A sociedade aceitou a hospitalização involuntária de pessoas rotuladas como “doentes mentais” por mais de um século e, nos últimos anos, a população está sendo induzida a tomar medicamentos psiquiátricos, além da pressão exercida sobre os pais para que mediquem seus filhos, em decorrência de dificuldades escolares e familiares (BREGGIN, 2001).

As décadas de 1960 e 1970 foram marcadas pelas críticas ao modelo asilar e também à teoria e prática da psiquiatria, o que se configurou como o movimento da antipsiquiatria. Autores importantes como os psiquiatras Thomas Szasz (1977) e Ronald Laing (1988), bem como Michel Foucault (2000, 2006, 2013), criticaram o poder e a função da psiquiatria na sociedade.

Naquela época, Szasz (1977) já explicava a diferença entre doença mental e doença cerebral: enquanto a doença cerebral significa um problema neurológico pertinente à neurologia, a mental refere-se a um problema existencial, uma deformação da personalidade de um indivíduo, uma causa da desarmonia humana, que diz respeito à psiquiatria. O autor esclarece que quem considera “os sintomas mentais como sinais de doença cerebral, o conceito de doença mental é desnecessário e enganador. Se querem dizer que as pessoas assim rotuladas sofrem de doença cerebrais, parece melhor, para fins de clareza, dizer somente doenças cerebrais e nada mais” (SZASZ, 1977, p. 21). Quando se fala em doença mental, afirma Szasz (1977), o desvio é comparado a uma norma psicossocial e ética. Entretanto, o medicamento é proposto em termos de medidas médicas, não estando vinculado à amplitude dos valores éticos.

Para Laing (1988), a psiquiatria em suas pesquisas busca descobrir, primeiramente, o processo biológico que esteja de acordo com os estados indesejáveis da mente que remetem ao

sofrimento ou a desordens. Para a medicina, em bases biológicas, um processo biológico é um processo patológico. Laing (1988, p. 48) afirma que “nem todas as perturbações biológicas são doenças, mas todas as doenças são perturbações biológicas. Onde não há perturbações biológicas, não há doença”. Há um investimento da psiquiatria em buscar correlacionar o sistema biológico com transformações na experiência. Segundo o autor, sob o ponto de vista da psiquiatria, qualquer variação biológica que possa estar correlacionada com variações experienciais tidas como patológicas serão consideradas patológicas, simplesmente, porque as experiências indesejáveis foram consideradas patológicas. Conseqüentemente, seus correlatos biológicos também são considerados patológicos, independente de qualquer razão biológica objetiva. Laing (1988, p.49) ressalta que “do ponto de vista biológico, os acontecimentos biológicos são identificados como patológicos somente em bases biológicas”.

A discussão sobre a relação entre problemas cerebrais e doenças mentais parecia estar adormecida. Porém, em pleno século XXI, vem à tona intensamente mediante o recrudescimento do poder biomédico no campo da saúde mental. De acordo com Martínez-Hernández (2008), na perspectiva biomédica, as doenças são entendidas como anomalias de ordem biológica ou psicobiológica que afetam as funções ou estruturas do organismo humano, manifestando-se por meio de signos (evidências objetivas da doença que são perceptíveis ao profissional da saúde) e sintomas (expressão dos pacientes sobre algum mal-estar físico ou psíquico). Neste sentido, observa-se que houve uma aproximação entre a psiquiatria e a neurologia, no que diz respeito aos transtornos mentais, em que o objetivo parece ser comprovar que as origens destes transtornos são biológicas. Para isso, essas especialidades da medicina contam com o apoio da indústria farmacêutica que utiliza diversas estratégias para propiciar o avanço no campo biomédico.

O investimento da medicina (psiquiatria/neurologia) e da indústria farmacêutica para a sustentação da origem dos transtornos mentais em marcadores biológicos parece facilitar a ampliação do número de diagnósticos e, conseqüentemente, o tratamento medicamentoso. A estratégia dessa aliança – psiquiatria/neurologia e indústria farmacêutica - é transformar as formas de pensar, sentir e agir em fenômenos oriundos do cérebro, ou seja, de causa biológica, com o objetivo de ampliar “essa lógica a tudo o que possa ser reduzido à noção de transtorno mental” (FREITAS; AMARANTE, 2015, p.77).

Martínez-Hernández (2016) menciona que, nos últimos anos, os saberes biomédicos e neurocientíficos têm privilegiado uma ideia cerebralizada do *self*. Este processo tem tido êxito em função das novas neurotecnologias de representação e visualização cerebral, bem como pelo

desenvolvimento de medicamentos para o tratamento do sofrimento psíquico e a presença dos discursos neuroculturais na cultura pública e nos meios de comunicação de massa ou social (*mass media*). O autor denomina esses discursos de neuronarrativas que são “relatos que privilegiam as explicações da aflição em termos de disfunções cerebrais, dificultando uma consciência das dimensões sociais do sofrimento e, por sua vez, ocultando esta naturalização do mundo” (MARTÍNEZ-HERNÁEZ, 2016, p. 65).

Estamos vivendo em tempos demarcados pela cerebralidade, em que os neologismos emergem no cerne da linguagem convencional (neuroestética, neuroética, neurodesenvolvimento, neuroeducação, neurodidática, etc), bem como novas formas de biossocialidades ou neurossociabilidades que se constituem no imaginário e se tornam reais no simbólico (MARTÍNEZ-HERNÁEZ, 2016). Assim, pode-se dizer que estamos em “épocas de neuro” e, dentre os avanços e retrocessos que vivenciamos em função destas transformações, emerge uma grande preocupação pertinente ao campo da saúde mental, uma epidemia de transtornos mentais.

Tal epidemia é chamada por Whitaker (2011) de “praga moderna”, uma vez que nunca houve uma prevalência tão alta de pessoas diagnosticadas com transtornos mentais como na contemporaneidade. Conforme nota o autor, a história contada para a sociedade é a de que a psiquiatria havia progredido no tratamento dos transtornos mentais, os pesquisadores estariam descobrindo as causas biológicas destes transtornos e a indústria farmacêutica havia desenvolvido medicamentos eficazes para o tratamento. Porém, ao fazer uma análise da incidência de transtornos mentais dos últimos 50 anos, Whitaker (2011) constatou que há uma verdadeira epidemia de transtornos mentais. Por exemplo, nos Estados Unidos, em 1955, uma em cada 468 pessoas sofria de algum transtorno mental. Em 1987, uma a cada 184 pessoas estava diagnosticada com um transtorno mental. Em 2007, o número passou a ser de um diagnosticado para cada 76 estadunidenses.

A “praga de transtornos mentais” expandiu-se a ponto de crianças e adolescentes também começaram a fazer parte das estatísticas mencionadas, as quais apontam também um número elevado de transtornos mentais nesse público. No início da era psicofarmacológica, poucas eram as crianças diagnosticadas com transtornos mentais. As crianças eram consideradas travessas, inquietas, dispersas, mas não recebiam o diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Já os adolescentes eram considerados tímidos, emocionalmente inconstantes, todavia a sociedade esperava que na idade adulta seriam pessoas aptas para assumir suas responsabilidades, ter uma profissão, enfim, serem sujeitos normais. O

olhar sobre a infância começou a ser revisto a partir do momento em que a psiquiatria passou a tratar crianças e adolescentes com medicamentos psicotrópicos. A justificativa apresentada pela psiquiatria é a da descoberta, nos últimos 50 anos, que crianças e adolescentes sofriam de patologias mentais de origem biológica. E assim surgiram o TDAH, a depressão, o transtorno bipolar, entre outras patologias no público infanto-juvenil (WHITAKER, 2011).

Na história da biologia, segundo Frances (2015), houve dois avanços significativos nos últimos anos que foram o conhecimento do funcionamento dos mecanismos do cérebro humano e a quebra do código genético. Todavia, estes avanços científicos não possibilitam traduzir a pesquisa básica em psiquiatria clínica. As novas ferramentas da biologia molecular, da genética e da imagiologia não possibilitam exames laboratoriais de qualquer transtorno mental. Essas promissoras descobertas biológicas não se classificam como testes diagnósticos. No que diz respeito as explicações dos transtornos mentais pelos neurotransmissores ou pelos genes, as expectativas se revelaram ingênuas e ilusórias. Para Frances (2015, p. 33), “não teremos biomarcadores para estabelecer a fronteira entre a normalidade e o transtorno mental até compreendermos os inúmeros mecanismos que geram as diferentes formas de psicopatologia”.

Frances (2015, p. 55) define transtorno mental como um conjunto de “sintomas e comportamentos que não são autocorrigíveis – uma avaria no processo normal de cura homeostática”. Quando patologias psiquiátricas são confundidas com perturbações típicas da vida, percalços temporários, passa a ocorrer o que Frances denomina de inflação diagnóstica.

Em muitas situações, o que tratamos não são doenças, mas transtornos da vida, percalços que pensamos ou somos induzidos a pensar que não daremos conta de lidar na contemporaneidade. Conforme Frances (2015), o modo mais adequado de lidar com os problemas da vida cotidiana é solucioná-los diretamente ou aguardar que desapareçam, buscar apoio da família, amigos, fazer mudanças necessárias na vida, enfim, buscar alternativas que fortaleçam o sujeito, no lugar de recorrer imediatamente a medicamentos. Para aqueles que sofrem de um transtorno mental real, a medicação pode ser necessária para restabelecer a homeostase, mas para aqueles que sofrem por problemas cotidianos, o medicamento interfere na homeostase (FRANCES, 2015).

Na contemporaneidade, o que nos é ofertado como saída imediata para superar as dificuldades da vida são comprimidos, ou seja, uma intervenção no corpo como solução mágica que exime da sociedade, da política, da família e do próprio sujeito a responsabilidade, enquanto algo constituinte de um sistema que está enfermo. Transformar o normal em patológico não é difícil, quando se faz uso da ciência e do marketing para manipular a população, pois, de modo

geral, as pessoas apresentam sintomas leves e transitórios como tristeza, ansiedade, insônia, uso de substâncias, os quais podem ser confundidos com sintomas de transtornos mentais. Assim, com respaldo científico, a indústria farmacêutica utiliza o marketing para expandir o número de pessoas diagnosticadas com algum transtorno mental e que, supostamente, necessitam de medicamentos. Frances (2015, p. 52) salienta que “a promoção da doença é a fina arte de vender problemas psiquiátricos como forma mais eficaz de empurrar os muitos lucrativos comprimidos psiquiátricos”. A promoção da doença ocorre por meio de uma rede que produz para que ela seja difundida na população. Essa rede é formada pelos laboratórios farmacêuticos, os quais buscam a colaboração ativa dos médicos que fazem as prescrições dos medicamentos, bem como dos pacientes que as solicitam, dos pesquisadores que inventam os novos transtornos mentais, dos grupos de consumidores que defendem mais tratamentos e do papel fundamental da mídia e da internet para divulgar as informações (FRANCES, 2015).

Mediante esta epidemia de transtornos, denomino de “contagio social” a proliferação de diagnósticos de transtornos mentais, os quais ocorrem por meio da divulgação de informações nas mídias sociais (blogs, sites, redes sociais), principalmente, através dos compartilhamentos nas redes sociais. Vale ressaltar que a palavra contágio, para além do seu conceito inicial que é a “transmissão de uma doença em contato com o doente”, também significa no vocabulário médico “doença comunicável”, como “a produção de uma neurose ou psicose por meio da imitação ou autossugestão”. Neste sentido, o contagioso está relacionado com o comunicável (STEDMAN, 1979, p.305). No âmbito da medicina, o termo “socialização” é definido como um “processo pelo qual a sociedade integra o indivíduo e o indivíduo aprende a comportar-se em sociedade de uma forma aceitável para os padrões e costumes do meio social em que vive” (REY, 2003, p.827). É importante saber que se utiliza também na medicina o termo “epidemia comportamental”, que se refere ao “poder de sugestão e a padrões de conduta culturalmente determinados, contrastando com as epidemias produzidas por agente físico ou infeccioso” (STEDMAN, 1979, p. 313). A epidemia comportamental refere-se a epidemias convulsivas históricas, epidemias de pânico, de emoção coletiva por motivos diversos, bem como se observa no tabagismo, no alcoolismo e no uso de drogas. Em tais situações, “a natureza comunicante desses comportamentos depende não só da transmissão do padrão comportamental, de pessoa a pessoa, como do reforçamento de grupo e coletividades” (STEDMAN, 1979, p. 313).

As mídias sociais que divulgam informações sobre os sintomas que caracterizam os transtornos mentais parecem instigar pessoas e grupos, com reforço da coletividade, a se identificarem com algum transtorno mental ou suspeitarem que algum familiar ou qualquer

pessoa de seu relacionamento possa estar enfermo. Estas informações geralmente “viralizam” nas redes sociais. Esclarecendo que viralizar é um termo utilizado na internet quando algo se espalha rapidamente, como o efeito viral. Assim, quando temos uma epidemia de uma doença, geralmente, é em função de um vírus que se espalha rapidamente por determinada região. Quando algo viraliza na internet, isso significa que atinge um número exorbitante de pessoas em várias regiões do mundo. As pessoas que se identificam com os sintomas de transtornos mentais divulgados na rede ou suspeitam que algum familiar ou amigo está com tal patologia, provavelmente buscam um médico, mediante a recomendação amplamente divulgada também nas mídias sociais.

Acredita-se que é por meio destas socializações virtuais, movidas por estratégias de marketing, direcionadas para vender transtornos mentais, que haja um aumento significativo na incidência de transtornos mentais na infância e adolescência, bem como, possivelmente, em toda a população. Este fenômeno, chamado de epidemia de transtornos mentais (WHITAKER, 2011) ou inflação diagnóstica de transtornos mentais (FRANCES, 2016), talvez ocorra pela contribuição significativa das mídias sociais na propagação de informações sobre os sintomas, as quais se propagam nas redes sociais como um “vírus virtual de transtornos mentais”, que promove o contágio social.

Diante deste contexto, a principal preocupação que rege esta pesquisa é com as crianças e adolescentes que estão sendo rotuladas com diagnósticos falso-positivos de transtornos mentais e “tratadas” com intervenções medicamentosas como se tivessem transtornos mentais graves. Esta disseminação de diagnósticos de transtornos mentais em grande escala produz uma demanda de crianças e adolescentes que “necessitam de tratamento”, o que pode favorecer o mercado dos profissionais da saúde, bem como a vendas de medicamentos. Segundo Frances (2016), "milhões de pessoas sadias estão sendo prejudicadas com diagnósticos psiquiátricos equivocados e tratamentos desnecessários enquanto os que têm doenças mentais verdadeiras não têm acesso às terapias que precisam".

Vale ressaltar a existência de crianças que apresentam um transtorno mental severo e que necessitam muito mais do que medicamentos para amenizar seu sofrimento e o de suas famílias. É importante esclarecer que não se pretende de forma alguma questionar a existência de transtornos mentais em crianças e adolescentes e da necessidade de acompanhamento em relação à saúde mental. O que está em discussão é o crescente número de diagnósticos falso-positivos de transtornos mentais em crianças e adolescentes e o alto consumo de medicamentos.

Nesta direção, há também a preocupação com a possibilidade de um retrocesso em

relação à atenção à saúde mental, principalmente, no âmbito da infância e da adolescência, pois parece existir um certo interesse em produzir o anormal, preconizando que crianças e adolescentes necessitem de medicamentos para estarem inseridos no contexto social e somente assim serem considerados “normais”. Esse quadro representa uma inversão da realidade, pois o contexto social é o principal espaço de interação e inovação das crianças e dos adolescentes para que possam se manifestar e se desenvolver de forma saudável. O diagnóstico de transtorno mental e o tratamento medicamentoso funcionam como uma intervenção no percurso do desenvolvimento destas crianças e adolescentes.

Diante deste contexto, desenvolve-se esta pesquisa em prol da saúde mental de crianças e adolescentes, os quais estão se tornando vítimas deste jogo de poder. O TDAH foi escolhido como tema transversal desta investigação por se tratar de um transtorno com elevada prevalência em diversos países como Estados Unidos, Israel, Reino Unido e por ter como principal tratamento o uso do metilfenidato, comercializado como Ritalina (WHITAKER, 2016). Frances (2015) alerta-nos que os índices de TDAH triplicaram nos últimos anos. Atualmente, cerca de 10% das crianças são diagnosticadas com este transtorno. O autor salienta que o excesso de diagnósticos deste transtorno ocorre devido à pressão do marketing das indústrias farmacêuticas e aos benefícios que gera no âmbito escolar (como mais tempo para realizar provas, direito ao professor auxiliar). Devido a esses aspectos - principalmente o marketing -, que influenciam para o aumento da incidência de transtornos mentais da infância e adolescência, considera-se que os moldes desta investigação podem ser reproduzidos com qualquer outro transtorno mental. Por isso o TDAH foi mencionado como tema transversal.

No caso do TDAH, o diagnóstico é clínico, pois não existem exames laboratoriais que possam comprovar tal patologia. Desse modo, qualquer pessoa pode facilmente receber o diagnóstico deste transtorno mental e uma prescrição para tratamento medicamentoso (FRANCES, 2016). Esta vulnerabilidade do diagnóstico facilita que um número significativo de pessoas receba um diagnóstico falso-positivo e que isso possa ocorrer pela influência do marketing, pois este transtorno atinge cerca de 5% a 10% da população infanto-juvenil em diversos continentes (APA, 2013; FRANCES, 2016; WHITAKER, 2016, BREGGIN, 2001).

Acredita-se que grande parte das pessoas diagnosticadas com algum transtorno mental são vítimas do processo de medicalização. Foucault (1994) considera que a medicalização é um modo de integrar as condutas, os comportamentos e o corpo ao funcionamento da medicina, cuja intervenção ocorre de forma indefinida e ilimitada. Para Conrad (2007), a medicalização é descrita como um processo, em que é concebida como um problema pertinente à medicina e

que necessita de uma intervenção médica. O termo “medicalizar” significa um fazer médico, sendo que a ênfase da análise desta temática está no excesso de medicalização e suas consequências. Portanto, a medicalização é considerada por estes autores (FOUCAULT, 1994; CONRAD; SCHNEIDER, 1992; CONRAD, 2007) como a redução das questões sociais em problemas individuais a serem tratados pela medicina, tornando o sujeito o único responsável pelo seu comportamento dito desviante.

O processo de medicalização é articulado por estratégias biopolíticas, em que a vida e seus mecanismos passam a ser dominados por um saber poder que funciona como um agente de transformação, o qual possibilita o controle, por meio de cálculos e de intervenções no biológico, no corpo, exercendo assim, a gestão da população (FOUCAULT, 2013). Dentre as estratégias biopolíticas utilizadas para exercer o biopoder, considera-se que o conceito de risco e as classificações do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) são estratégias fundamentais para concretizar o processo de medicalização da infância.

No âmbito da saúde pública, a concepção de risco surge como um potencial para promover um evento nocivo e perigoso. Posteriormente, torna-se um campo do saber fundamentado por cálculos de probabilidades, os quais direcionam as práticas técnico-políticas. Desse modo, o risco é considerado como um acontecimento previsível, por meio de estimativas das probabilidades, bem como do custo dos danos que poderia causar (SPINK, 2001; CAPONI, 2007, 2012; MITJAVILA, 2002; CASTEL, 2011).

O DSM foi criado mediante a necessidade de organizar uma classificação diagnóstica, de modo que as patologias fossem estabelecidas em categorias padronizadas. Esse sistema visava estabelecer um consenso terminológico em relação às doenças, suprimindo assim as finalidades acadêmicas, a comunicação entre os clínicos, os aspectos legais, entre outras demandas (ALARCÓN; FREEMAN, 2015; DUNKER, 2014). A última edição desse Manual, DSM-5, publicada em 2013, gerou bastante polêmica, principalmente, com relação à sua consistência científica, e também por favorecer a prática médica e o mercado da indústria farmacêutica.

Acredita-se que uma parte significativa do recrudescimento do poder médico (psiquiatria e neurologia) e da ascensão da indústria farmacêutica ocorre perpassando por microssistemas frágeis (escolas, famílias, grupos de apoio às pessoas diagnosticadas com algum transtorno mental e seus familiares), os quais se tornam reféns deste jogo de poder, caracterizado pela multiplicidade de relações de forças imanentes e próprias do domínio em que se exercem. Portanto, parte-se do **pressuposto** que o conceito de risco e as classificações

do DSM veiculados nas mídias sociais são peças fundamentais para formar a engrenagem que constitui o processo de medicalização da infância.

Diante deste cenário, inicia-se esta pesquisa com algumas **questões** que instigam investigar esta temática: Como a aliança entre a medicina (psiquiatria e neurologia) e a indústria farmacêutica promove uma ampliação de diagnósticos de transtornos mentais? Como ocorre a articulação do processo de medicalização, enquanto estratégia biopolítica, para gerir a população? Como o conceito de risco e as classificações do DSM, consideradas nesta pesquisa como estratégias biopolíticas, são veiculadas nas mídias sociais para articular o processo de medicalização da infância perpassando por microssistemas frágeis?

Considera-se que vivemos na atualidade um retrocesso dos ideais em relação ao que seja o sofrimento psíquico ou transtornos mentais. Portanto, há uma necessidade de trazer esta discussão à tona, repaginada aos protótipos da contemporaneidade. Levando em conta esse contexto, busca-se resgatar temas que, apesar de já bastante discutidos pela comunidade científica, parece que estão no cerne das estratégias do século XXI para governar a população. Neste sentido, apresenta-se os capítulos que compõem esta tese, dispostos do seguinte modo:

Primeiramente, apresenta-se os objetivos da pesquisa, sendo que cada objetivo específico está relacionado com os capítulos teóricos e, posteriormente, com os materiais coletados nos campos de pesquisa. Para que o leitor compreenda como foi realizada a pesquisa, descreve-se no capítulo “Percurso metodológico” como os capítulos teóricos e a coleta de dados nos campos de pesquisa foram elaborados, bem como a organização e análise dos conteúdos.

O “Marco teórico” é constituído por quatro capítulos, cujos conteúdos abordam: no primeiro capítulo, a medicalização da infância; no segundo, o risco e biopolítica; no terceiro, as repercussões do DSM; por fim, no quarto, as mídias sociais e o marketing em interface com a indústria farmacêutica. Todos os capítulos estão perpassados pelo tema do TDAH, de acordo com o contexto abordado.

No capítulo “Resultados e discussão”, apresenta-se o material selecionado para análise, coletado nos campos de pesquisa - Escola e Comunidades Virtuais -, e a discussão entre as estratégias biopolíticas de medicalização da infância e a interface com o campo empírico.

Por fim, nas considerações finais, busca-se resgatar o conteúdo apresentado na tese e as possíveis conclusões que se pode atribuir neste momento.

Espera-se que esta pesquisa propicie reflexões sobre as futuras gerações que estamos construindo, mediante o processo de medicalização da infância, e que esta temática alcance os diversos campos do saber para que invistam em conhecimento em prol de um futuro melhor.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar como o conceito de risco e as classificações do DSM, entendidas como estratégias biopolíticas, são veiculadas nas mídias sociais e articulam o processo de medicalização da infância, perpassando por microssistemas frágeis (escola, família e associações de apoio).

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar as estratégias utilizadas pelos professores para a identificação de comportamentos que indicam o diagnóstico de TDAH em crianças de uma escola pública de Florianópolis¹;
- Discutir como a concepção de risco se faz presente no processo de medicalização da infância como uma estratégia biopolítica para promover a patologização dos comportamentos e viabilizar intervenções preventivas de transtornos mentais;
- Averiguar a repercussão do DSM na comunidade científica, a partir de uma revisão integrativa da literatura, e como este conhecimento é transmitido para a população se constituindo como uma estratégia biopolítica de medicalização da infância;
- Compreender como as redes sociais (comunidades virtuais do *Facebook*) são utilizadas para veicular estratégias biopolíticas, com intuito de disseminar a ideia de transtornos mentais da infância na população.

¹ Esta pesquisa teve uma sequência circular, conforme está explicado no percurso metodológico. Portanto, este objetivo específico é referente à parte de campo realizada na escola.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

O método na pesquisa está relacionado diretamente com o objeto, a peculiaridade do que o pesquisador pretende conhecer. Portanto, para analisar como as estratégias biopolíticas - o conceito de risco e as classificações do DSM - são veiculadas nas mídias sociais e articulam o processo de medicalização da infância nos microssistemas frágeis (escola, família e associação de apoio), foi desenvolvida uma pesquisa de abordagem qualitativa. Nesta abordagem, não há apenas uma realidade, mas a existência de múltiplas realidades, resultado da forma como os sujeitos, os grupos percebem, interpretam e atuam no mundo. Este modelo de pesquisa busca compreender e/ou transformar a realidade social. A pesquisa qualitativa não se caracteriza apenas como um modelo de fazer ciência, mas abrange questões sociais, políticas, ideológicas e éticas (BOSI; MERCADO-MARTÍNEZ, 2007).

Segundo Minayo (2004), a pesquisa qualitativa está se constituindo como uma modalidade de investigação que vem conquistando espaço, principalmente, na área da saúde e das ciências humanas e sociais. A autora salienta que essa abordagem se preocupa com as realidades, trabalha os diversos significados, considerando as crenças, os valores, as atitudes, assim como as vivências, as experiências, a compreensão das estruturas e instituições como consequência da ação humana.

O qualitativo abrange uma diversidade de tendências, diferentes orientações filosóficas e epistemológicas. Para o estudo de um fenômeno, adota múltiplos métodos de investigação buscando compreender o seu significado, assim como interpretar o significado que as pessoas dão a ele (CHIZOTTI, 2003). Assim, nesta pesquisa, partiu-se de uma perspectiva crítico-interpretativa para análise de dados primários e secundários, obtidos pela triangulação de fontes e técnicas: revisão bibliográfica nacional e internacional, análise de artigos publicados em periódicos relacionados à temática, grupo focal, entrevistas e aplicação de questionário aberto com professores e etnografia virtual em comunidades virtuais da rede social *Facebook*.

3.1 CONSTRUÇÃO DO MARCO TEÓRICO

Os capítulos teóricos foram realizados de acordo com cada objetivo específico, respectivamente:

O capítulo “Medicalização da Infância” foi elaborado com base, principalmente, em autores como Conrad e Schneider (1992), Conrad (2007) e Foucault (1994, 2008, 2006, 2002a)

que discutem o processo de medicalização da infância. Foi realizada também uma breve descrição das políticas que envolvem a infância e adolescência no Brasil, em paralelo à trajetória da Reforma Psiquiátrica brasileira. Posteriormente, buscou-se apresentar a interface entre a educação e a saúde, no que diz respeito ao TDAH, bem como o amplo alcance deste transtorno na sociedade contemporânea, com fundamentação em diversos autores como Collares e Moysés (1994), Luengo e Constantino (2009), Faraone et al (2010), Brozozowki e Caponi (2009), com destaque para Whitaker (2016) e Frances (2016) que perpassam a temática de toda a pesquisa.

O capítulo “Estratégias biopolítica: risco para saúde mental” foi desenvolvido com fundamentação nos seminários de Michel Foucault (2013, 2008a, 2008b, 2008c 2002b), Castel (2011) e Beck (2011), cujos conteúdos estão relacionados com a concepção de risco. Além desses, foram tomados como referência autores contemporâneos que já investigaram sobre a temática do risco e da saúde mental, como Spink (2001), Caponi (2007, 2009, 2012, 2014), Mitjavila (2002), Mitjavila e Vecinday (2011), Castiel (2007), Martínez-Hernández (2006), Romaní (2013a, 2013b) e Menéndez (1998). Nesse capítulo, também foram analisados os “fatores de risco e prognóstico”, referentes ao TDAH descritos no DSM-5, com embasamento nas teorias apresentadas pelos autores citados.

No capítulo “Repercussões do DSM na comunidade científica”, foi realizada uma revisão integrativa. Esta caracteriza-se por um método de revisão amplo que permite incluir estudos com diferentes abordagens metodológicas e tem como finalidade reunir e sintetizar estudos de um tema específico, cuja conclusão é baseada a partir dos resultados evidenciados em cada estudo (POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009). Neste capítulo sobre o DSM, especificamente, a opção por este método se justifica por tratar de um tema polêmico e exigir que a busca na literatura seja claramente documentada, englobando os descritores utilizados, as bases de dados consultadas, as estratégias de busca e os critérios de inclusão e exclusão delimitados para o estudo. Segundo Pompeo, Rossi e Galvão (2009, p. 436), “a seleção de estudos a serem incluídos na revisão integrativa é uma tarefa importante, pois é um indicador crítico para avaliar o poder de generalização e confiabilidade das conclusões”.

Foram selecionadas as publicações científicas - livros e artigos - de autores que discutiram as edições do DSM e atuam como professores universitários e/ou profissionais da área de saúde mental. Dentre os materiais, está *O livro negro da psicopatologia contemporânea* (JERUSALINSKY; FENDRIK, 2011), cujo conteúdo apresenta quatro capítulos que tratam de questões epistemológicas relacionadas a psiquiatria e o DSM (Quadro 1). O fato de todos os

autores selecionados estarem vinculados a instituições na Argentina ocorreu ao acaso, pois o livro é constituído também por autores vinculados profissionalmente ao Brasil, México e França.

Para pesquisar os artigos sobre a temática DSM, foi utilizada a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), realizada a busca no índice da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), cuja base de dados contempla os periódicos de maior expressão científica direcionados à Saúde Coletiva e a Saúde Pública. A seleção dos artigos na base de dados foi a partir do descritor DSM em “palavras do título”. Foram encontrados 119 artigos. Destes foram selecionados manualmente os artigos que continham DSM ou DSM-5 no título, a partir do resumo foram excluídos os que tratavam de um transtorno específico, bem como aqueles que não estavam disponíveis na internet, restando sete artigos desta base de dados (Quadro 2). O acesso a LILACS ocorreu em março de 2016.

No material de análise foram incorporados outros artigos que a pesquisadora julgou necessários para complementar as informações. Estes foram buscados com o mesmo descritor (DSM) em outras bases de dados. Entretanto, foram selecionados de acordo com a necessidade de inclusão na pesquisa. A organização dos artigos foi realizada com auxílio do Programa Mendeley.

O livro *What's behind the symptom?* de Angel Martínez Hernaéz (2000a), cuja terceira parte é dedicada ao DSM, também foi utilizado como base teórica para o texto.

A análise consistiu em uma leitura sistemática e exaustiva do material, seguida da produção de uma síntese de cada capítulo ou artigo e, posteriormente, os conteúdos foram agrupados em quatro temáticas: 1) Patologias mentais: uma breve história das classificações psiquiátricas; 2) Controvérsias na Racionalidade Diagnóstica do DSM; 3) Conveniências do DSM: Para quê? E para quem?; e 4) Críticas ao DSM.

Neste capítulo, buscou-se ainda analisar o diagnóstico do TDAH do DSM-5 com base nos estudos apresentados pelos autores que compõem a revisão integrativa.

Quadro 1: Dados selecionados do “livro negro da psicopatologia contemporânea”

Nº	Título Capítulos	Autores	Atividades Profissionais	Países em que os autores estão vinculados profissionalmente
1	Elogio ao DSM-IV	Guillermo Izaguirre	Docente Associado do Depto de Saúde Mental da Faculdade de Medicina da UBA (Prov. Buenos Aires)	Argentina
2	O DSM-IV: uma metafísica comportamentalista?	Silvia Fendrik	Professora convidada cursos de pós-graduação em Universidades da Argentina e outras da América Latina	Argentina
3	Medicalizar a vida	Graziela Esperanza	Médica da Universidade Nacional de Buenos Aires. Especialista em Psiquiatria. Pesquisadora do Depto de Estudos em Psicanálise e Epistemologia, do Centro de Investigações do Instituto Clínico de Buenos Aires	Argentina
4	“Não há classificação que não seja arbitrária e conjuntural”	Jorge Bekerman	Médico, especialista em Psiquiatria. Docente de graduação e pós-graduação. Membro da direção do Depto de Estudos em Psicanálise e Epistemologia do Centro de Investigações do Instituto Clínico de Buenos Aires.	Argentina

Fonte: Elaborado pela autora, 2016

Quadro 2: Artigos selecionados BVS

No.	Títulos dos Artigos	Revistas/Ano	Autores/Atividades profissionais	Países das universidades em que os autores estão vinculados de acordo os artigos
1	Rutas ontológicas de la nosología psiquiátrica: ¿Cómo se llegó al DSM-5?	Revista de Neuropsiquiatria 78 (1), 2015	Renato D. Alarcón: Cátedra Honorio Delgado, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú. Titular Profesor Emérito de Psiquiatria; c Profesor Visitante de Psiquiatria; d Past-Decano Arthur M. Freeman, Escuela de Medicina, Tulane University, New Orleans. Escuela de Medicina, Louisiana State University, Shreveport, LA, USA. Escuela de Medicina, University of Tennessee, Memphis, TN, USA.	Perú Estados Unidos
2	O DSM-V como dispositivo de segurança	Physis: Revista de Saúde Coletiva <i>Physis</i> [online] . 2014, vol.24, n.3, pp.741	Sandra Caponi Departamento de Sociologia, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis-SC, Brasil	Brasil
3	Aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la psicología clínica	Terapia Psicológica vol.32 no.1 Santiago abr. 2014	Enrique Echeburúa, Karmele Salaberría, Marisol Cruz-Sáez. Universidad del País Vasco (UPV/EHU), España Grupo Consolidado de Investigación en Psicología Clínica del Gobierno Vasco	Espanha
4	Crítica do empirismo aplicado à psicopatologia clínica: da esterilidade do DSM a uma saída pela psicanálise	Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica 2012, XV ágora (Rio de Janeiro) v. XV número especial dez 2012 405-420	Tereza Pinto Professora de Psicologia Clínica na Universidade de Paris VII.	França
5	El DSM-V. Luces y	Salud Ment vol.34 no.4	Gerardo García Maldonado*, Atenógenes H. Saldívar	México

	sombras de un manual no publicado. Retos y expectativas para el futuro	México jul./ago. 2011	González, Arturo Llanes Castillo, Indira Guadalupe Sánchez Juárez Departamento de Investigación. Facultad de Medicina de Tampico Dr. Alberto Romo Caballero, Universidad Autónoma de Tamaulipas, México *Servicio de Psiquiatría Infantil. Hospital Psiquiátrico de Tampico. Secretaría de Salud. Tamaulipas, México.	
6	Questões entre a psicanálise e o DSM	J. psicanal. vol.47 no.87 São Paulo dez. 2014	Christian Ingo Lenz Dunker Psicanalista, professor titular do Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da USP.	Brasil
7	A psicopatologia no limiar entre psicanálise e a psiquiatria: estudo comparativo sobre o DSM	Vínculo vol.8 no.2 São Paulo dez. 2011	Christian Ingo Lenz Dunker Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP) Fuad Kyrillos Neto Departamento de Psicologia da Universidade Federal de São João Del Rei (UFSJ)	Brasil

Fonte: Elaborado pela autora, 2016

O capítulo “Transtornos mentais nas mídias sociais: marketing invisível” foi elaborado com base nos autores Angell (2007), Whitaker (2011, 2016), Frances (2016), Conrad e Schneider (1992), entre outros como Sanvito (2012), Nascimento (2010), Miguelote e Camargo Jr. (2010), Bianchi et al (2016), Lerner (2013) que revelam como a medicina e a indústria farmacêutica articulam estratégias para intervir na população. Para conhecer como isto ocorre no âmbito das mídias sociais, isto é, no intuito de desvelar a lógica pela qual os meios digitais podem ser utilizados para veicular estratégias biopolíticas, buscou-se autores (BUENO, 2015; TELES, 2010; TERRA, 2011) específicos da área da comunicação.

3.2 TRAJETÓRIA PELOS CAMPOS DE PESQUISA

A fim de alcançar os objetivos desta pesquisa, julgou-se necessário desenvolver um estudo de campo em uma escola pública de Florianópolis e em duas comunidades virtuais da

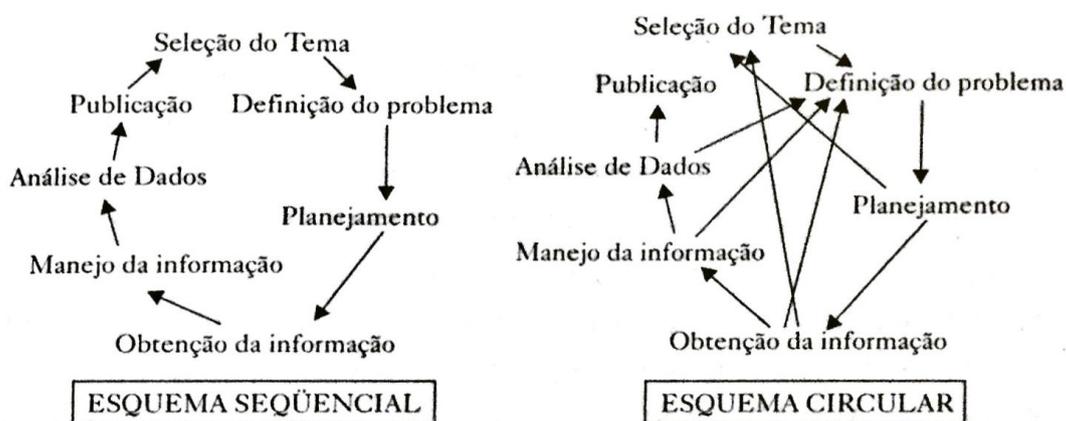
rede social *Facebook* (Associação Brasileira de Déficit de Atenção - ABDA e de familiares de crianças e adolescentes com TDAH). Segundo pesquisas (LIMA; SANTOS, 2015; LUENGO; CONSTANTINO, 2009), grande parte dos encaminhamentos de crianças com suspeita de TDAH são oriundos da escola, por este motivo a instituição referida foi escolhida como campo de pesquisa. As comunidades virtuais foram também elencadas como campo de pesquisa por se tratarem de um espaço onde as pessoas acessam diariamente e compartilham suas angústias, vitórias, pedidos de ajuda, conselhos e apoio aos seus demais membros, bem como divulgação de informações, materiais e outros conteúdos sobre o TDAH (TELLES, 2010; COLNAGO, 2015).

A ideia de integrar o campo material com o virtual ocorreu em função de que, em paralelo à pesquisa na escola, a pesquisadora já acompanhava comunidades virtuais que discutiam a temática do TDAH. Após uma pré-análise dos dados coletados na escola, e levando em conta que, na contemporaneidade, o mundo *off line* e *on line* fazem parte do cotidiano da vida das pessoas (GONÇALVES; SILVA, 2015), observou-se que o campo virtual contemplava informações fundamentais para a pesquisa.

Esta passagem do campo material para o campo virtual foi delineada por um processo de investigação atípico. O protótipo convencional de pesquisa ocorre de acordo com um esquema sequencial, começando pela definição do problema. Posteriormente, planeja-se a obtenção dos dados, faz-se a coleta deste material, em seguida a análise e, por fim, se apresenta os resultados. Nesta pesquisa, o processo de investigação ocorreu seguindo um esquema circular, o qual, segundo Mercado-Martínez (2007, p.159), “possibilita reorientar a obtenção de novos dados depois de analisados os primeiros e obtidas as conclusões preliminares. Ao invés de seguir um esquema linear, este consiste em um modelo de retroalimentação permanente”, conforme figura 3.

Figura 3 – Processo de pesquisa

Figura 4 – Processo de pesquisa: Esquema Seqüencial versus Circular



Fonte: MERCADO-MARTÍNEZ (2007, p.171)

3.2.1 Campo de pesquisa - Escola Pública

A pesquisa de campo foi desenvolvida em uma Escola pública, fundada em 1950, localizada no município de Florianópolis, próxima ao complexo penitenciário do Estado de Santa Catarina, que atende em torno de 370 estudantes. Essa Escola, especificamente, foi o território da investigação devido ao contato, ocorrido em um evento na UFSC, com uma professora que atuava nesta instituição e se interessou pela pesquisa. Em um primeiro contato com a Escola, a pesquisadora foi convidada para ministrar um minicurso sobre TDAH para os professores. Esse minicurso fez parte de uma série de outros minicursos que integravam o projeto de formação continuada dos professores. O motivo que suscitou a direção a solicitar o minicurso foi a escola ter alguns estudantes (em torno de cinco) diagnosticados com TDAH e muitos com suspeita da patologia. No entendimento da direção da escola havia muitas dúvidas do professorado sobre tal transtorno. Sendo assim, ficou acordado que seria ministrado um minicurso de quatro horas e, posteriormente, desenvolvidas atividades pertinentes à pesquisa, como: grupo focal, aplicação de questionários e entrevistas.

Para que o minicurso não provocasse muita influência nas respostas dos professores, durante a coleta de dados, a pesquisadora buscou se manter de forma mais neutra possível, expondo conceitos básicos sobre a temática e apresentando um estudo de caso já publicado. O

conteúdo deste estudo de caso discute a situação de um estudante em uma escola pública diagnosticado com TDAH e o direcionamento que os profissionais da saúde, educação e justiça dão ao caso.

Antes de iniciar as atividades, em específico no que diz respeito à pesquisa, foi apresentado o projeto de tese e explicado os **procedimentos éticos de pesquisa**, como a garantia do sigilo e anonimato dos participantes do estudo, a liberdade de não participação ou desistência durante todo o período da pesquisa, conforme a Resolução 466/2012. Posteriormente, foi entregue o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” - TCLE (Apêndice A), para leitura e assinatura daqueles que desejavam participar da pesquisa. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina, conforme o parecer número: 1.737.689.

Participaram do minicurso 20 profissionais da Escola, entre eles, um diretor, duas coordenadoras pedagógicas, uma professora, que atualmente exerce funções administrativas, e 16 professores que atuam em sala de aula do 1º ao 9º ano. Entretanto, apenas **15 profissionais participaram da pesquisa**: um diretor, uma coordenadora pedagógica e 13 professores. Para manter o anonimato, a identificação dos participantes no texto foi designada por números de “1 a 15”, distribuídos aleatoriamente, e os nomes dos estudantes citados foram trocados por nomes fictícios. Considerou-se que este número de participantes apresentou dados suficientes para exaurir as informações sobre a temática da pesquisa neste campo.

Após as atividades do minicurso, aproveitando que não havia aulas nesse dia e os profissionais estavam reunidos, foi organizado um **grupo focal**. Neste grupo, discutimos a temática TDAH, bem como os “casos” que faziam parte daquela escola, já que, durante o curso, foi exposto pelos professores a existência de diversos “Wilson’s” (nome do estudante do caso exposto) no contexto escolar. O grupo focal foi escolhido como um dos instrumentos para coleta de dados por proporcionar a interação entre os participantes, e não somente com a pesquisadora, o que favorece uma discussão ampla, apresentando diversas perspectivas e experiências, promovendo assim um debate (BARBOUR, 2009).

No segundo momento, houve a **aplicação de um questionário aberto** (Apêndice B) com os participantes, no intuito de obter a percepção individual sobre TDAH e demais informações sobre o contexto escolar que estavam relacionadas com este transtorno. Segundo Triviños (1987), o questionário aberto é uma técnica que possibilita a investigação dos processos nos quais o pesquisador está interessado, assim como a própria entrevista, entre outras técnicas.

Além da coleta de informações, os questionários foram utilizados para fazer um mapeamento (triagem) dos professores que reconheciam em seus estudantes (até 12 nos) comportamentos que indicavam para o diagnóstico de TDAH. Assim, foram agendadas entrevistas para a pesquisa com 6 professoras, pela coordenação pedagógica. Apenas **quatro professoras compareceram à entrevista**. Vale salientar que a entrevista aberta é bastante útil para se ter acesso às atitudes e valores das pessoas, o que não é possível observar em um questionário. As perguntas abertas e com maior flexibilidade “[...] proporcionam melhor acesso às visões, às interpretações dos eventos, aos entendimentos, às experiências e as opiniões dos entrevistados” (SILVERMAN, 2009, p.111).

Ressalta-se que as informações relacionadas às observações da pesquisadora na Escola foram registradas em um diário de campo. Segundo Angrosino (2009, p. 74), a observação é “o ato de perceber um fenômeno, muitas vezes com instrumentos, e registrá-lo com propósitos científicos”. Além disso, o autor complementa que a observação participante é recomendada para pesquisas desenvolvidas em contextos específicos, como é o caso das escolas.

Os discursos provenientes do grupo focal e das entrevistas não foram gravados. O motivo foi o de proporcionar maior liberdade aos professores para falarem sobre suas dificuldades com os estudantes. A direção já havia comentado que esta escola atendia muitos filhos de presidiários e muitos pais estavam envolvidos com a criminalidade, fatos que talvez inibissem os relatos dos professores. Apesar de não utilizar gravador, observou-se que os relatos sobre o contexto em que os estudantes viviam e seus familiares foi bastante restrito ou dito como desconhecido.

3.2.2 Campos de pesquisa – Rede Social Facebook - Comunidades Virtuais

A **etnografia virtual** foi elegida como metodologia de investigação para investigar as comunidades virtuais da rede social *Facebook*. Hine (2004) afirma que o agente de transformação não é a tecnologia em si, mas o uso e a construção dos sentidos em torno dela, fato que leva ao desenvolvimento de pesquisas sobre o cotidiano das pessoas no âmbito virtual. A etnografia configura-se como uma metodologia pertinente para se realizar esses estudos, uma vez que é possível explorar as relações existentes em diferentes contextos que se configuram no campo virtual. Os usuários das redes sociais vão construindo o sentido de suas práticas por meio de uma compreensão compartilhada, pelas diversas ferramentas que este espaço oferece, constituindo assim formas de ação social. A autora ressalta que há muito mais investimento em

descobrir um futuro revolucionário da Internet do que investigar, minunciosamente, como está sendo utilizada e de que modo as pessoas incorporam o ambiente virtual em seu cotidiano.

Mann e Steward (2000) averiguaram como as tecnologias da internet são utilizadas em pesquisas qualitativas, bem como o potencial da comunicação entre os sujeitos, a qual denominam de “comunicação mediada pelo computador” (CMC). Este modo de comunicação inclui textos, imagens, vídeos, gráficos, voz, o que amplia em distintas formas a comunicação entre os sujeitos e as possibilidades de desenvolvimento de pesquisas qualitativas.

Na ótica de Escobar (2005), este é um campo para a prática antropológica, sendo o estudo da cibercultura relacionado diretamente com as construções e reconstruções culturais em que as novas tecnologias estão embasadas, contribuindo ao mesmo tempo para essas formações. Em tal direção, a crença nas redes sociais representa uma invenção cultural que contribui para construir um novo mundo.

Toda tecnología emerge de unas condiciones culturales particulares y de forma concomitante ayuda a producir otras. Los antropólogos podrían llegar a estar bien preparados para entender estos procesos si están abiertos a la idea de que la ciencia y la tecnología son campos cruciales para la creación cultural en el mundo contemporáneo (ESCOBAR, 2005, p. 15).

As tecnologias e as biotecnologias estão produzindo transformações fundamentais na estrutura e no significado da cultura e da sociedade moderna. Estas transformações constituem um campo privilegiado para a antropologia, onde é possível compreender as sociedades humanas pelas perspectivas da biologia, da linguagem, da história e da cultura (ESCOBAR, 2005).

O termo “comunidade virtual” foi definido por Rheingold (1996), em 1993, como agregações sociais que surgem da rede mediante a uma quantidade suficiente de pessoas que se envolvem em discursões públicas durante um tempo longo, formando teias de relações pessoais no ciberespaço. Casadó i Marín (2013) defende que comunidades virtuais sejam concebidas como redes de laços interpessoais que proporcionam sociabilidade, apoio, informações, identidade social, etc. Para a autora, uma comunidade virtual deve ser compreendida como um espaço de interação, onde resulta, impreterivelmente, o conhecimento das regras do jogo, conforme a concepção de campo bourdiana, em que o campo é um espaço de ação e de influência em que convergem relações sociais determinadas. Bourdieu (2004, p.27) afirma que “os campos são os lugares de relações de forças que implicam tendências imanentes e probabilidades objetivas”.

Nesta pesquisa, para adentrar o campo virtual, foi realizada uma seleção das comunidades virtuais que ocorreu do seguinte modo: a comunidade virtual da ABDA foi alvo da pesquisa por ser justamente proveniente do site da ABDA (em média 200.000 acessos mensais), citado por pesquisadores (BIANCHI et al, 2016; COLLARES; MOYSÉS, 2014) como de forte influência no público, que recebe apoio e/ou patrocínio de empresas, associações de profissionais, federações e laboratórios farmacêuticos. A seleção da comunidade virtual de familiares de crianças com TDAH ocorreu por meio de um levantamento exploratório no *facebook* utilizando o “TDAH” como palavra-chave. Posteriormente, fez-se uma análise das comunidades buscando-se encontrar aquelas constituídas principalmente por familiares que apresentassem diálogo entre os participantes sobre as crianças com TDAH e que fossem públicas. As demais comunidades públicas foram descartadas por apresentarem essencialmente conteúdos de propaganda, ausência de diálogo entre os participantes e poucas postagens.

A escolha por comunidades virtuais públicas se deveu ao fato de, além dos membros participantes deste ciberespaço, ela poder ser acessada por observadores invisíveis, o que amplia de modo imensurável os acessos aos seus conteúdos. Segundo Angrosino (2009, p.74), “o pesquisador pode desempenhar o papel de observador invisível, no qual o observador não é visto, nem percebido”. Desse modo, optou-se por permanecer como observadora invisível, pois não era objetivo da pesquisa intervir, mas sim analisar como as estratégias biopolíticas veiculadas nestas comunidades virtuais influenciam no modo pelo qual os familiares, membros destas comunidades, entendem o TDAH e o tratamento medicamentoso, bem como lidam com seus filhos com suspeita ou já diagnosticados com TDAH.

De modo geral, o mundo virtual propiciou uma transformação no contexto da pesquisa, de modo que “os etnógrafos podem se libertar do ‘lugar’ por meio da internet” (ANGROSINO, 2009, p. 120). Essas comunidades não são caracterizadas pela proximidade geográfica e nem pela herança em comum, mas são demarcadas pela comunicação por meio do computador e das interações *on line*. Atualmente, é possível observar uma sala de bate-papo virtual quase do mesmo modo que os acontecimentos em um lugar tradicional, o que possibilita fazer uma etnografia *on line*. A vida *on line* tornou-se bastante usual na contemporaneidade, assim o campo virtual pode ser seguramente incorporado como lócus de pesquisa pela etnografia (ANGROSINO, 2009).

Conforme Angrosino (2009, p.121), “a pesquisa baseada na análise de conteúdo de um *website* público não precisa apresentar um problema ético e é provavelmente aceitável citar mensagens enviadas para páginas de mensagens públicas, desde que as citações não sejam

atribuídas a pessoas identificáveis”. O autor salienta ainda que, apesar da internet ser um tipo de espaço público, as pessoas que o “habitam” possuem os mesmos direitos que as pessoas em ‘lugares’ convencionais.

Nesta pesquisa, ainda que as postagens dos relatos das pessoas estejam publicadas em um ambiente virtual público, buscou-se preservar o anonimato dos sujeitos da pesquisa, membros das comunidades, cuja identificação foi realizada apenas com as letras iniciais referentes aos nomes que eles se identificavam nas redes sociais.

A seleção dos dados ocorreu do seguinte modo: em cada comunidade, os dados estavam destacados de modo distinto, sendo que, na comunidade virtual da ABDA, as imagens sobre o TDAH e os comentários sobre estas predominavam no site. Observou-se que não havia frequência de diálogos nesta comunidade, mas algumas intervenções realizadas pelo mediador identificado como da ABDA. Foram então selecionadas as imagens, cujos conteúdos eram sobre o TDAH, em que os comentários apresentavam de algum modo uma identificação com as imagens. Não é possível precisar exatamente o período de postagem dos dados, pois eles circulavam com certa periodicidade, conforme as pessoas reagem (clacam nos símbolos: curtir, feliz, triste, bravo, surpreso) ou postam comentários mediante as postagens.

O foco principal da pesquisa está nos comentários que as pessoas fazem com relação à imagem postada na comunidade virtual. A fim de compreender as imagens, buscou-se saber como a imagem comunica e transmite mensagens. Conforme preconiza Joly (2007):

Quanto mais imagens vemos mais nos arriscamos a ser iludidos, agora que estamos apenas na alvorada de uma geração de imagens virtuais, essas novas imagens que nos propõem mundos ilusórios e, no entanto, perceptíveis, no interior das quais podemos movimentar sem para tal ter de abandonar o nosso quarto de dormir... (Joly, 2007, p. 9).

Na segunda comunidade virtual, composta por familiares de crianças e adolescentes com TDAH, optou-se por não divulgar o nome registrado na rede social para preservar o sigilo, apesar de ser uma comunidade virtual aberta, ou seja, pública. Nesta comunidade, os diálogos entre as mães das crianças destacavam-se. A mediadora e fundadora da comunidade intervém com certa frequência nas postagens e também compartilha as imagens e informações da comunidade virtual da ABDA. Nesta comunidade, foram coletados dados no período de maio de 2015 a setembro de 2016. Todas as conversações, compostas por postagens e comentários dos membros da comunidade, foram preservados na íntegra para serem analisados na pesquisa. Por isso, aparecem no texto em *itálico* com abreviaturas de palavras, erros de ortografia, símbolos, entre outros. Apenas as frases grifadas foram destacadas pela pesquisadora.

Assim, na comunidade virtual da ABDA, foram selecionadas para análise as imagens com os seus respectivos comentários e, na comunidade virtual dos familiares, os dados ficaram restritos aos diálogos realizados entre as mães. Conforme Angrosino (2009, p.121), “a comunicação eletrônica se baseia quase que exclusivamente na palavra escrita ou em imagens escolhidas a dedo”.

Buscou-se apresentar os conteúdos na íntegra, conforme consta na rede social, para que se possa ter ideia do contexto virtual que se está analisando. Vale salientar que os dados coletados nestas duas comunidades virtuais extrapolaram as informações necessárias para a pesquisa, sendo, portanto, considerados suficientes para chegar aos resultados.

3.3 LIMITAÇÕES DA PESQUISA

As limitações da pesquisa ocorrem devido a algumas impossibilidades durante a trajetória de investigação. Na escola, considera-se que a observação das relações entre o professor e os estudantes em sala de aula, bem como o contato com os familiares destas crianças possibilitariam aprimorar a compreensão do processo de identificação de comportamentos que indicam para o diagnóstico do TDAH. Entretanto, necessitaria a autorização de todos os pais para a pesquisadora fazer a observação em sala de aula e, posteriormente, a aprovação do comitê de ética. Além disso, seria necessário um período de pelo menos um semestre na sala de aula realizando a investigação. Aspectos que foram inviáveis para esta pesquisa.

A disponibilidade dos professores para participar da entrevista também foi bastante limitada. Aqueles que se disponibilizaram receberam a pesquisadora em bancos do pátio da escola onde havia circulação de crianças e professores, entre outros funcionários da instituição. Portanto, houve várias interrupções e, quando se perguntava sobre os estudantes, eles desviavam o assunto como se não soubessem ou não quisessem falar.

Nas comunidades virtuais, considera-se que a possibilidade de entrevistas face a face com os membros participantes deste campo poderiam enriquecer os dados da pesquisa. Todavia, verificou-se em alguns perfis que os membros pertenciam a outras capitais do Brasil, como Belo Horizonte, Rio de Janeiro, Brasília, entre outras cidades, o que torna inviável o contato pessoal devido à distância.

3.4 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

A organização do material empírico foi conduzida do seguinte modo: primeiramente, foi realizada uma sistematização dos conteúdos. Posteriormente, uma leitura exploratória do material visando à construção de categorias analíticas e, por fim, iniciou-se a análise.

A composição destas categorias ocorreu de acordo com os campos de pesquisa, tanto no âmbito material, quanto virtual. As categorias foram emergindo na medida em que se observava as contradições, os consensos e a relevância das informações coletadas e dos discursos dos participantes da pesquisa. Segundo Veiga-Neto (2009, p. 92), “tomando constituir no sentido de formar, organizar, estabelecer, penso que as máximas foucaultianas *constituem uma teoria* e apontam um método ou, talvez melhor dizendo, *constituem uma teorização* —como um conjunto aberto/inacabado de práticas que se valem de diferentes métodos”.

Assim, a análise dos discursos angariados na pesquisa foi embasada na teorização foucaultiana, uma vez que as teorias propostas por Foucault e “suas correlatas metodologias são mais ferramentas do que máquinas acabadas” (VEIGA-NETO, 2009, p. 91). O autor acrescenta que:

Aquí cabe trazer o conceito de teorização, talvez mais apropriado do que simplesmente teoria. Parece que estamos diante de uma teoria que só a posteriori se revela como tal, ou seja, uma teoria que não estava antes lá para guiar a investigação. E estamos diante, também, de uma metodologia cuja invariante, ao longo de toda a obra, pode ser sintetizada no permanente envolvimento com a noção de problema: tanto problematizando —enquanto atitude radicalmente crítica— quanto perguntando por que algo se torna ou é declarado problemático para nós. Nesse sentido, mudando a maneira de problematizar e mudando os próprios problemas, pode-se dizer que a invariante metodológica e temática em Foucault é a própria variação... (VEIGA-NETO, 2009, p. 91-92).

Vale salientar que, para Foucault (2004), o discurso não é apenas o que manifesta ou esconde o desejo, é também o objeto do desejo. Ele afirma que “o discurso não é simplesmente aquilo que traduz as lutas ou os sistemas de dominação, mas aquilo por que, pelo que se luta, o poder do qual nos queremos apoderar” (FOUCAULT, 2004, p.10).

Foucault não considerava que o método é um caminho seguro, em função de que nada é previsível, nada é seguro, nem o ponto de saída, nem o percurso, nem o ponto de chegada. O caminho é construído no próprio ato de caminhar, portanto, não há um solo externo por onde se possa caminhar (VEIGA-NETO, 2009), mas um percurso que vai se delineando na trajetória da pesquisa:

O ponto de partida de Foucault jamais foi uma teoria que lhe dissesse o que é ou como deve ser o sujeito, como deve ser uma instituição, como deve ser uma moral e assim por diante. Jamais foi uma teoria-figurino que ele depois viesse a usar como medida-padrão-modelo-gabarito, na montagem de um método, para identificar o quanto, o porquê, o como, o em que cada um se afastou daquilo que deveria ser como sujeito; ou cada instituição, ou cada configuração social e política, ou cada código moral etc. se afastou de um suposto modelo (VEIGA-NETO, 2009, p.92).

A vontade de verdade é apoiada sobre um suporte institucional, reforçada e reconduzida por um conjunto de práticas e também, com maior profundidade, “pelo modo como o saber é aplicado na sociedade, como é valorizado, distribuído, repartido e de certo modo atribuído” (Foucault, 2004, p.17).

O desejo e o poder estão em jogo por trás do discurso verdadeiro, o qual não reconhece a vontade de verdade que o atravessa. Aquilo que é manifestado pela vontade de verdade dos pesquisadores e participantes, muitas vezes, não é reconhecida como o discurso verdadeiro, ou seja, para que os resultados da pesquisa sejam válidos, necessitam do reconhecimento da comunidade científica que determina, através do discurso, aquilo que é ou não “verdade”.

Segundo Foucault (2004, p.16), “as grandes mutações científicas podem talvez ser lidas, às vezes, como consequência de uma descoberta, mas podem também ser lidas como a aparição de novas formas na vontade da verdade.” O autor complementa que:

Procedimentos internos, visto que são os discursos eles mesmos que exercem seu próprio controle; procedimentos que funcionam, sobretudo, a título de princípios de classificação, de ordenação, de distribuição, como se se tratasse, desta vez, de submeter outra dimensão do discurso: a do acontecimento e do acaso. (Foucault, 2004, p.21)

O discurso científico é reconhecido como um indicador de verdade. Busca-se então compreender como esta verdade é produzida. Foucault (2004) cita a existência de um grupo de procedimentos que permitem o controle dos discursos, o qual determina as condições de seu funcionamento, impondo aos sujeitos que o pronunciam certo número de regras e não permitem o acesso de todas as pessoas a eles. Não há como entrar na ordem do discurso se não atender a certas exigências ou se não for qualificado para isto.

Estes procedimentos parecem ordenados pelo que Foucault (2004, p. 39) chama de “sociedades dos discursos, cuja função é conservar ou produzir discursos para fazê-los circular em um espaço fechado, distribuí-los somente conforme regras estritas, sem que seus detentores sejam despossuídos por essa distribuição”.

As “sociedades dos discursos” estão presentes de forma coercitiva, institucionalizando a forma de escrever e revelar as pesquisas que mostram a realidade social. Desta forma, “a

análise do discurso, assim entendida, não desvenda a universalidade de um sentido; ela mostra à luz do dia o jogo da rarefação imposta, com um poder fundamental de afirmação” (Foucault, 2004, p.70).

4 MARCO TEÓRICO

4.1 MEDICALIZAÇÃO DA INFÂNCIA

4.1.1 Memórias da infância e da escola

Inicia-se este texto buscando relembrar a infância vivenciada entre o fim do século XIX e início do século XX, descrita nos aforismos de Walter Benjamin (1892- 1940). No livro *“Infância em Berlim por volta de 1900”*, escrito em 1933, Benjamin (2012) narra a sua infância retratando questões dessa época. A obra é composta por curtos aforismos que nos convidam para uma viagem à infância de outro tempo. As lembranças de Benjamin revelam suas experiências infantis com os brinquedos, os livros, na escola, nos lugares da cidade, enfim, sua relação com as pessoas, os objetos e os diversos ambientes em que circulava.

Embarcar para uma viagem na obra de Benjamin é perder-se pelo caminho da memória do autor. Trajetória que exige do leitor se embrenhar na subjetividade do texto e se arriscar a interpretá-lo. Para começarmos esta instigante e arriscada trajetória, selecionamos o aforismo *Chegando Atrasado*:

O relógio no pátio da escola parecia ter sido danificado por minha culpa. Indicava “atrasado”. No corredor penetravam murmúrios de consultas secretas vindos das portas das salas de aula que eu roçava ao passar. Atrás delas, professores e alunos eram camaradas. Ou então, tudo permanecia em silêncio, como se alguém fosse aguardado. Inaudivelmente apalpei a maçaneta. O sol inundava o lugar onde eu me achava. Foi assim que violei meu dia que mal começara, e entrei. Ninguém parecia me conhecer. Tal como o diabo se apoderara da sombra de Peter Schmemihl, também o professor retivera meu nome desde o início da lição. Não deveria mais ser chamado. Quietamente, ocupei-me até o toque da sineta. Mas foi tudo sem nenhuma graça (BENJAMIN, 2012, p.84).

O aforismo apresenta a questão da temporalidade e a criança no contexto escolar. Apesar de abordar o tempo, este fragmento retrata a criança que chega atrasada, ou seja, “fora do tempo” e suas implicações. Neste fragmento, o tempo no ambiente escolar está relacionado à disciplina, o que retrata a concepção da educação desta época, em que a criança é cobrada como se tivesse a responsabilidade de um adulto (ARIÈS, 2012).

A narrativa mostra que a escola é um dispositivo de controle, civilizador, responsável por disciplinar a criança, o que faz desencadear o sentimento de culpa. O tempo é o artifício utilizado para que a criança seja condicionada a seguir as regras, mediante o simples olhar no

relógio. A escola que deveria ter como função estimular a criatividade e a imaginação, assume a postura de punição, o que gera uma inversão deste processo, funcionando como um mecanismo de restrição da capacidade mimética da criança.

Nesse aforismo, Benjamin narrou o caminho percorrido ao adentrar os corredores da escola, expressando sua angústia ao escutar as falas dos colegas e professores que, aparentemente, eram “amigos”. Era como o silêncio que também lhe causava sofrimento, pois a sensação era a de que todos o aguardavam com o olhar de repressão. Benjamin entrou na sala, onde apenas o sol parecia o acompanhar, as pessoas o ignoravam como se não o conhecessem. Todos os aspectos daquele ambiente eram absorvidos pela criança consumida pelo temor de ser considerada indisciplinada. Ele procurou ocupar seu lugar, mesmo que aos olhares dos outros parecesse invisível. Sentia-se culpado pelo comportamento inadequado. E logo percebe que a sua punição foi ter passado por todo o constrangimento em vão, sua presença não mais seria considerada.

Além desse aforismo, Benjamin relata outras lembranças de experiências difíceis em sua infância relacionadas à temporalidade e ao ambiente escolar. No fragmento “Manhã de inverno”, o autor lembra de quando era acordado pela sua babá às seis e meia da manhã, “bem cedo”, salienta ele, para logo seguir a caminho da escola. Era consolado pelo aroma da maçã que assava na estufa, a qual tornava suas manhãs mais brandas. Mas quando chegava na escola e ocupava seu lugar, a magia acabava e seu desejo era apenas de adormecer. Benjamin revela certa decepção em relação à escolarização, um tempo em que os sacrifícios não valeram a pena, conforme relata: “Custou-me, porém, muito tempo para nisto reconhecer que fora sempre vã a esperança que eu nutrira de ter colocação e sustento garantidos” (BENJAMIN, 2012, p.85).

Para a criança o tempo não é importante, pois ela está de certa forma fora do tempo, é inserida na temporalidade pelas interdições culturais. A temporalidade sempre é relativa ao lugar e à época. No ano de 1900, na cidade de Berlim, as crianças na escola vivenciaram uma forma de temporalidade que não poderíamos relacionar com a contemporaneidade, apenas refletir sobre o processo histórico que se constituiu até o momento.

Na atualidade, pode-se dizer que ocorre o processo inverso na relação *tempo-disciplina*. A criança precisa ter disciplina para atender as multiplicidades de atividades que o mundo contemporâneo a exige em um tempo restrito. Enquanto a escola parece resistir ao tempo, permanece ainda como se fosse um retrato das instituições do século XIX.

4.1.2 O processo de medicalização da infância

O modo de compreender a infância revela-se na maneira pela qual cada grupo social entende o que seja um desenvolvimento saudável para a criança. Os cuidados e a educação para a infância fazem parte de um campo multidimensional que envolve aspectos culturais, históricos, políticos, sociológicos, psicológicos, pedagógicos, entre outros, requerendo perspectivas que superem os limites disciplinares rígidos e definam políticas sustentadas em “saberes interdisciplinares e abordagens sistêmicas, que avancem sobre a mera identificação de relações de causa-efeito e sobre a análise isolada dos contextos imediatos em que a criança se desenvolve” (COELHO, 2007, p. 6).

As crianças foram consideradas como seres inocentes, que necessitam de proteção, e definidas como pessoas que não são totalmente responsáveis pelos seus comportamentos. Elas são também consideradas como um grupo impotente na sociedade por sua dependência econômica, sua falta de direitos políticos, falta de força física e por não terem uma organização social, tornam-se um grupo relativamente fraco e sem força coletiva, seguindo as normas e regras dos adultos, embora sejam protegidos por eles, numa relação paternal (CONRAD; SCHNEIDER, 1992).

Ao longo do século XIX, houve modificações na forma de disciplina e criação dos filhos. Fatores como o grande crescimento e acesso à comunicação, o enfraquecimento de instituições, como a igreja e a família, contribuíram para uma flexibilização desta forma de criar as crianças. Novas instituições, como os programas de televisão, escolas públicas, influenciaram e contribuíram também para o declínio da autoridade dos pais na criação dos filhos. Ao invés da autoridade dos pais na criação dos filhos, surgiram novos recursos que deram suporte à família, como professores escolares, pediatras, orientadores, entre outros (CONRAD; SCHNEIDER, 1992).

Durante a última década do século XIX, as normas e os tipos se tornaram critérios fundamentais do diagnóstico e da terapêutica. Não necessário, no caso, que todos os traços anormais fossem considerados como patológicos; bastava que todos os traços patológicos fossem considerados como anormais. A doença como desvio de uma norma tornava legítima a intervenção médica e fornecia orientação para a terapia (ILLICH, 1975, p. 151).

Segundo Conrad e Schneider (1992), a definição das crianças como sujeitos inocentes, dependentes, não responsáveis as transformaram em uma população sob risco para medicalização. O próprio estado de criança tem facilitado e encorajado a expansão da jurisdição

médica para ampliar as definições dos tipos de comportamentos da infância. O desenvolvimento de uma criança também tem recebido definições em termos médicos e os desvios relacionados a este padrão são definidos como desordens, por exemplo, dificuldades de desenvolvimento e aprendizagem.

A patologização e a medicalização da infância são temas que estão em evidência na contemporaneidade. A discussão engloba um público diverso, composto por profissionais da saúde e educação, familiares, pesquisadores, governantes e indústria farmacêutica. É um assunto que gera bastante polêmica. Por um lado, alguns profissionais, principalmente da psiquiatria, defendem a ideia de que é necessário identificar transtornos mentais já na infância e realizar o tratamento medicamentoso. Por outro lado, muitos pesquisadores e profissionais pertencentes às diversas áreas do conhecimento questionam esta avalanche de diagnósticos de transtornos mentais em crianças e salientam uma forte preocupação com este processo de patologização, que resulta no fenômeno da medicalização da infância.

O termo medicalização surgiu mediante a prática de biologização da Educação pela ciência médica, realizada somente pelos médicos. Atualmente, com a criação e ampliação das áreas de conhecimento, outros profissionais estão envolvidos neste processo junto aos médicos, promovendo uma prática biologizante. A ampliação deste processo, que ultrapassa os limites da prática médica, se denomina patologização (COLLARES; MOYSÉS, 1994).

Vale ressaltar que a patologização deriva do termo patologia, de originado da palavra grega *phatos*, que se traduz em assujeitamento ou passividade, e no latim é usada a expressão *patere* que significa sofrimento (LUENGO; CONSTANTINO, 2009). Já a medicalização é o processo de transformar questões de origem social e política em questões médicas, buscando no campo médico a solução para os problemas. É baseada em uma concepção de ciência médica que entende o processo saúde-doença centrado no indivíduo, com enfoque biológico e organicista (COLLARES; MOYSÉS, 1994).

O processo de medicalização representa a biologização dos conflitos sociais, o que aponta para o reducionismo biológico, no qual a situação de vida e o destino dos sujeitos estão determinados por características individuais. Nesta perspectiva, o contexto social, político, histórico e econômico pouco influenciam na vida dos sujeitos, a responsabilidade sob estes aspectos é inteiramente do indivíduo. Dentre a medicalização de diversas áreas sociais, a educação vem sendo alvo deste processo em função da saliência do fracasso escolar, cujo problema é o estudante que não aprende, devido às dificuldades inerentes a este sujeito. Os demais contextos que fazem parte do cotidiano do sujeito, como a família, a escola, as políticas,

são considerados em segundo plano ou isentos dos problemas relacionados ao ensino-aprendizagem (COLLARES; MOYSÉS, 1994).

Para Foucault (1994), o termo medicalização se refere ao processo de integração das condutas, do comportamento e do corpo humano ao sistema de funcionamento da medicina, o qual está cada vez mais amplo, ultrapassando as questões relacionadas às doenças. A medicalização é caracterizada por esta função política da medicina e pela extensão indefinida e sem limites da intervenção do saber médico.

Conrad (2007) esclarece que a medicalização é conceituada como um problema médico, descrita com uma linguagem da medicina, em que o tratamento é uma intervenção médica. O principal aspecto sobre a medicalização é que uma entidade vista como doença ou não doença é considerada como um problema médico.

Allen Frances (2016) alerta-nos que, quando tratamos sistematicamente a normalidade como um problema médico, perdemos a capacidade autocurativa, esquecendo que a maioria dos problemas não são doenças. Por isso, na maioria das vezes, não é necessário tomar comprimidos.

A medicalização possibilita um controle médico do social, ocorrendo uma despolitização da existência. Na medida em que o comportamento é medicalizado, o seu significado naquele momento e em um determinado contexto deixa de existir. Medicalizar é uma maneira de ignorar o que o comportamento está buscando falar. A implicação mais significativa do processo de medicalização está em transformar os problemas sociais em questões individuais, focalizando a fonte do problema no indivíduo e não no ambiente social, impossibilitando assim soluções coletivas ou sociais e outras intervenções que possam ser consideradas plausíveis (CONRAD; SCHNEIDER, 1992; CONRAD, 2007). Neste sentido, muitos problemas que não eram médicos passaram a ser considerados como tal, expandindo a jurisdição médica, processo denominado por Illich (1975) como medicalização da vida.

4.1.3 Psiquiatrização da infância sob a ótica de Foucault

Na obra *O poder psiquiátrico*, Foucault (2006) menciona que, no século XIX, houve progressivamente uma disciplinarização interna da família, em função do interesse de lucros sobre as anomalias. Esta disciplinarização começa pelas famílias burguesas, às quais possibilitavam o lucro. O olhar psiquiátrico foi aos poucos incorporado pela família que passou a vigiar e constatar o que é normal ou anormal. Assim, tornou-se possível a vigilância sobre a

criança, seu comportamento, seu caráter, sua sexualidade. A psiquiatria passa a vigiar a criança através da família.

Inicia-se assim a psiquiatrização da infância, tornando-se alvo da intervenção psiquiátrica. A criança não foi considerada louca, mas anormal, tratada como imbecil, idiota e, posteriormente, retardada. A identificação dessas classificações nas crianças ocorria na educação primária, quando os professores indicavam os alunos que não acompanhavam adequadamente o conteúdo, os que eram agitados e aqueles que sequer tinham condições de frequentar a escola. O poder psiquiátrico faz o poder escolar funcionar como uma realidade em relação ao que ele poderá identificar, ou seja, especificar aqueles que são retardados mentais, os anormais (FOUCAULT, 2006).

Interessante salientar que Foucault (2006) evidencia a diferença entre o psiquiatra e o professor, sendo este o detentor da verdade, que manipula o juízo, o pensamento, enquanto aquele manipula a realidade, transformando o erro em verdade. A tarefa do psiquiatra é “proporcionar ao real o suplemento de poder necessário para impor à loucura e, inversamente, o psiquiatra vai ser aquele que deve tirar da loucura o poder de subtrair-se ao real” (FOUCAULT, 2006, p. 164).

A psiquiatria é uma ciência e como saber científico detém os critérios de verificação e verdade que, atrelados à realidade e ao seu poder, torna possível impor sobre esses “corpos dementes e agitados” o sobrepoder da realidade, ou seja, a psiquiatria define o que é a verdade em relação à loucura e é sobre esta realidade que exerce o seu poder. “O poder psiquiátrico é esse suplemento de poder pelo qual o real é imposto à loucura em nome de uma verdade detida de uma vez por todas por esse poder sob o nome de ciência médica, de psiquiatria” (FOUCAULT, 2006, p.165).

Segundo Foucault (2006), no século XIX, a propagação do poder psiquiátrico teve como suporte, principalmente, a criança, por meio do sistema de aprendizagem e também pelas anamneses, interrogatórios dos doentes e familiares. É com base nos relatos de vida que a psiquiatria faz emergir da infância a origem da doença mental. Até o século XVIII, a criança considerada imbecil, idiota ou retardada fazia parte da categoria geral da loucura. Inicia-se uma discussão, a partir de psiquiatras da época, sobre o que era idiotia e assim surge uma classificação que diverge a idiotia da loucura, passando de doença para o que Esquirol e Belhomme, em 1824, chamaram de um estado no qual as faculdades intelectuais não se desenvolveram. A idiotia foi então vinculada ao desenvolvimento, ou melhor, ao não desenvolvimento, o que a tornou estável, definitiva, adquirida pela constituição orgânica, uma

interrupção no desenvolvimento fisiológico e psicológico. Já a criança retardada era aquela em que o desenvolvimento ocorria lentamente, não havia uma interrupção, mas esta ficava distante do progresso das crianças da mesma idade. O desenvolvimento é considerado um tipo de norma a partir do momento que se estabelece uma sucessão cronológica com um objetivo ideal a ser alcançado. O idiota ou retardado não é uma criança doente, ela está situada em uma infância considerada normal. O que a torna diferente das demais são as variedades temporais, colocando-a em estágios anteriores aos estabelecidos como normais ao desenvolvimento (FOUCAULT, 2006).

A infância é o ponto onde se articula o saber e o poder da psiquiatria. A criança torna-se o alvo da intervenção psiquiátrica, pois é através da trajetória da infância que o adulto é considerado louco e psiquiatrizado.

No seminário *Os Anormais*, Foucault (2002a) menciona quatro aspectos que mostram como a problematização da infância e da infantilidade permitem a generalização da psiquiatria. O primeiro aspecto refere-se à trajetória das condutas da criança que podem permanecer com alguma fixação até a idade adulta, ou vice-versa, o adulto permanecer com traços infantis. O segundo diz respeito à articulação de três elementos que estavam até o momento separados: “o prazer e sua economia; o instinto e sua mecânica; a imbecilidade ou retardo, com sua inércia e carências” (FOUCAULT, 2002a, p. 388). O terceiro ponto mostra como a partir da infância a psiquiatria entra em correlação com a neurologia e com a biologia geral, assim como a neurologia do desenvolvimento e a biologia da evolução constituíram o aval da psiquiatria como saber científico e saber médico. O quarto modo está baseado em um estado de desequilíbrio e não mais em uma doença ou processo patológico, mas uma conduta que dentro de determinado contexto é considerada anormal. Este último aspecto mostra que a psiquiatria ampliada ultrapassa a questão do saber sobre a doença, abandonando-a, e se atém ao comportamento, seus desvios e anomalias, adotando como base um desenvolvimento normativo. Esta nova nosografia apresenta três características: o sintoma de doença passa a ser uma síndrome, ou seja, um estado de anomalia; a reavaliação do delírio, que passa a ter diversas classificações, como delírio de perseguição, delírio de posse; e a noção de estado, que se constitui como uma base anormal da qual provém as doenças.

O estado, que Foucault (2002a, p.397) menciona, se constitui em uma “espécie de fundo causal permanente, a partir do qual podem se desenvolver certo número de processos, certo número de episódios que, estes sim, serão precisamente a doença”. É um conjunto estrutural que caracteriza um sujeito, o qual regrediu a um estado de desenvolvimento anterior ou que

teve uma interrupção do desenvolvimento. A questão é: como surge este estado, esta anomalia? O corpo pode produzir um estado? Que estado pode marcar o corpo do sujeito definitivamente? A psiquiatria vai buscar uma causa para justificar o estado, um corpo de fundo, o que está por trás deste corpo anormal. A resposta está nos ancestrais, no corpo da família, na hereditariedade.

A hereditariedade é considerada como a chave do anormal, constitui essa metassomatização. A teoria da herança psiquiátrica é baseada em um laxismo causal indeterminado, tudo pode ser causa de tudo. Ela serve para explicar o aparecimento de um estado, basta encontrar qualquer indício desviante na rede da hereditariedade para justificar um estado no sujeito descendente. A teoria da hereditariedade possibilita que a psiquiatria do anormal não seja uma técnica do prazer ou do instinto sexual, mas uma tecnologia do casamento e da reprodução. Esta nosografia dos estados anormais, que se fundamenta no corpo da hereditariedade, vai estabelecer a teoria da degeneração (FOUCAULT, 2002a).

O degenerado é o sujeito portador do perigo, incurável, inimputável, que é cientificamente medicalizado. A degeneração é o artifício teórico da medicalização do anormal. Com a degeneração, a psiquiatria consolida um estado de anomalia, e não mais de doença, e, através desta teoria, resgata o poder psiquiátrico. A psiquiatria passa a considerar o desvio das condutas um estado que está relacionado com a hereditariedade, que é definitivo, e assim não há mais sentido em procurar a cura. A função da psiquiatria passa a ser de proteger a sociedade dos perigos que os sujeitos anormais podem causar, torna-se a “ciência da proteção científica da sociedade, ciência da proteção biológica da espécie” (FOUCAULT, 2002a, p. 402). Desse modo, a psiquiatria dá lugar a um tipo de racismo, diferente daquele étnico. É um racismo contra o anormal, uma vigilância das heranças, um tipo de eugenismo. Assim é possível vincular o racismo à psiquiatrização da sociedade, caracterizada como uma forma da relação saber-poder.

O racismo não é uma novidade moderna, afirma Foucault (2002b), mas sua inscrição nos mecanismos do Estado se deve ao surgimento do biopoder. Quando desde o saber-poder psiquiátrico intervém na política de matrimônio e reprodução, se põe em funcionamento o mecanismo racista: trata-se de uma regra a partir da qual se define o que deve viver e o que deve morrer ou, no caso, o que não deve nascer. A criminalidade e a loucura foram pensadas em termos do racismo, quando um mecanismo de biopoder funciona para fazer morrer ou isolar alguém (FOUCAULT, 2002b).

Foucault (2002a) aborda duas questões: o aparecimento do personagem do anormal e o domínio das anomalias como objeto privilegiado da psiquiatria. O final do século XIX foi assediado por um temor aos anormais. Essa família “indefinida e confusa”, nas palavras de

Foucault (2002a, p. 413), formou-se em correlação a todo um conjunto de instituições de controle, mecanismos de vigilância e distribuição, pouco a pouco englobada pela categoria já mencionada de “degeneração”. O grupo dos anormais formou-se a partir de três elementos, embora não de um modo sincrônico: *o monstro humano*, que apareceu num domínio jurídico-biológico e combina o impossível e o proibido; *o indivíduo a corrigir*, correlato da introdução das técnicas de disciplinamento no exército, nas escolas, oficinas e um pouco mais tarde na própria família; *o onanista*, nova figura objeto de vigilância e controle dentro da família.

O indivíduo ‘anormal’ que, desde o fim do século XIX, tantas instituições, discursos e saberes levam em conta deriva ao mesmo tempo da exceção jurídico-natural do monstro, da multidão dos incorrigíveis pegos nos aparelhos de disciplinamento e do universal secreto da sexualidade infantil (FOUCAULT, 2002a, p. 418).

O século XIX é marcado por uma verdadeira “caça aos degenerados”. A psiquiatria foi transformando o sujeito em um anormal. Com embasamento nas questões relacionadas à infância, a psiquiatria direciona sua atenção ao comportamento, estabelecendo o que é normal e o que é patológico, e assim define um padrão de conduta, em que todos os sujeitos que escapam dessas normas são desviantes. Cria-se o monstro, alguém cuja conduta não condiz com o normal, um sujeito incurável, mas psiquiatrizável – o degenerado -. O saber-poder da psiquiatria intervém não somente no indivíduo, mas diretamente na sociedade. Constitui-se uma forma de racismo que representa todas as maneiras de eugenia, utilizando a loucura e a criminalidade como formas de exclusão e decidindo sobre a vida e a morte.

Os fenômenos que constituem esta trajetória: a teoria da degeneração de Morel que serviu como fundamento e justificativa para a existência das técnicas de detenção; a constituição de uma “rede institucional” formada pela medicina e pela justiça, em que o principal objetivo é defender a sociedade dos perigosos, dos anormais; ambos superados pelo surgimento do problema da sexualidade infantil, que tornou-se no século XX o alicerce para a existência das anomalias.

4.1.4 A trajetória das políticas de saúde mental da infância no Brasil

A medicalização da infância vai na contramão das propostas das políticas de saúde mental que vinham avançando com o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira. Por isso, é importante lembrar este contexto que está demarcado pela luta para resgatar as crianças e adolescentes que sofriam discriminação, com base em um discurso que preconizava a proteção.

Aspectos que parecem muito semelhantes ao que vivenciamos na contemporaneidade, em que as crianças e adolescentes são medicados com base em um discurso fundamentado na teoria do risco, de prevenção de transtornos mentais.

A criança, enquanto um ser dependente, possibilita aumentar a probabilidade de suscitar uma resposta protetora da sociedade, como hospitais para crianças, abrigos, juizado de menores, leis de trabalho infantil e leis contra o abuso sexual de crianças. O ideal médico, talvez mais explícito na saúde pública, mas também visível na prática clínica, é um ideal de prevenção. Neste sentido, a medicina também é uma instituição protetora. A resposta de proteção à criança da sociedade, alinha-se com a resposta de proteção preventiva da medicina. Ela encoraja a “proteção médica da criança” em nome da saúde. Além disso, em uma sociedade democrática, o diagnóstico precoce e a intervenção visando o melhor interesse da criança é mais facilmente justificado pela intervenção terapêutica médica do que pela intervenção legal ou civil. (CONRAD; SCHNEIDER, 1992)

O contexto das políticas em defesa dos direitos de crianças e adolescentes constitui-se no decorrer da história por uma tentativa do Estado de garantir a proteção social destes sujeitos, por meio do controle e de um modelo de assistência focado na institucionalização.

O movimento de defesa dos direitos das crianças e adolescentes no Brasil começa na década 1920, com legislações que reconheciam a situação de pobreza como causadora de crianças abandonadas e jovens delinquentes. Pode-se destacar o Código Mello Mattos (Decreto nº 17.943-A, de 12 de outubro de 1927) que tinha como objetivo o “saneamento social”. O que propiciou o surgimento de instituições de cunho filantrópico, com o objetivo de controle e proteção, de acordo com as necessidades de crianças e adolescentes. Esse código era regido por uma aliança entre médicos e juristas, em que cabia a estes intervir no público infante-juvenil com base em parâmetros morais e higienistas. A lógica era de isolamento, privação de liberdade por meio da institucionalização, ou seja, segregação de crianças e adolescentes pobres, os quais eram rotulados com deficiências, transtornos mentais, autores de atos infracionais e alguns considerados como “incapazes”. Neste período, surgiu o termo “meninos de rua”, divulgado pelos meios de comunicação de massa, fortalecendo o estereótipo de que esta população era perigosa e inimiga da sociedade (LORENZI, 2007).

A próxima legislação foi o Código de Menores, que entrou em vigor em 1979, com a proposta de internações em massa, devido às situações de risco no contexto infante-juvenil. Era aplicado a crianças e adolescentes que estavam em situações vulneráveis em função de abandono, carência, vítimas de crime ou desvio de conduta. Apesar de apresentar alguns

avanços em relação ao código anterior, foi muito criticado por estigmatizar crianças e adolescentes pobres como “menores” (LORENZI, 2007).

A Constituição Federal de 1988 incluiu no artigo 227 o texto em que cabe à família, à sociedade e ao Estado a responsabilidade para com os direitos fundamentais de crianças e adolescentes (BRASIL, 1988). A Convenção dos Direitos da Criança (1989) foi promulgada pelo Decreto nº 99.710, de 21 de novembro de 1990 e, posteriormente, esses direitos são reafirmados no Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), de acordo com a Lei 8.069, de 13 julho de 1990 (BRASIL, 1990). O ECA dispõe sobre proteção integral e propõe que a política de atendimento a crianças, adolescentes e familiares ocorra de forma articulada com outras políticas, estabelecendo como garantia de prioridade (BRASIL, 1990, Art 4º ECA):

- a) primazia em receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias;
- b) precedência do atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública;
- c) preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas;
- d) destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e à juventude.

O ECA atribui ao Sistema Único de Saúde (SUS) a função de promover o direito “à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência” (BRASIL, 1990, Art. 7º ECA). O SUS foi instituído concomitantemente ao ECA pelas Leis Federais 8.080/1990² e 8.142/1990³ e consiste em um projeto social único que segue os princípios de igualdade, universalidade e equidade, tendo como objetivo prestar atendimento, cuidar e promover a saúde, através de ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação (BRASIL, 2004). Assume também responsabilidades sanitárias em relação a crianças, adolescentes e suas famílias, preconizando o acesso para outras políticas intersetoriais (por exemplo, a Atenção Básica), as quais visam a promoção de bem-estar físico, mental e social.

A política de saúde mental para crianças e adolescentes ficou adormecida durante muito tempo na trajetória da Reforma Psiquiátrica brasileira. A constituição de 1988, a criação do SUS e do Estatuto da Criança e do Adolescente em 1990 ofereciam condições para a formulação de ações de atenção ao sofrimento psíquico de crianças e adolescentes. Mas somente com a

² Lei nº 8.080/1990 “Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” (Brasil, 1990).

³ Lei nº 8.142/1990 “Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências” (Brasil, 1990).

aprovação da Lei n. 10.216/01⁴, conhecida como “Lei da Reforma Psiquiátrica”, e a III Conferência de Saúde Mental, ocorrida em 2001, que se iniciou na saúde pública uma discussão efetiva sobre a saúde mental de crianças e adolescentes. Por meio da Portaria nº 336 em 2002, foram implantados os Centros de Atenção Psicossocial infanto-juvenil (CAPSi), efetivando a política de saúde mental infanto-juvenil no Brasil (DELGADO; LAURIDSEN-RIBEIRO, 2014).

Os CAPSi foram implantados para prestar atendimento a crianças e adolescentes em sofrimento, com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. É um serviço aberto e de caráter comunitário que está indicado para municípios ou regiões com população acima de 70.000 habitantes⁵. Houve uma evolução na implantação de CAPSi por todo o Brasil. No ano de 2006, havia 75 CAPSi, passando para 201 no ano de 2014, sendo seis na região norte, 44 no nordeste, 103 no sudeste, 40 no sul e 8 na região centro-oeste (BRASIL, 2015).

A atuação nos CAPS pressupõe um acolhimento as pessoas com sofrimento psíquico baseada nos pressupostos da desinstitucionalização, buscando novos saberes e práticas para lidar com o sofrimento psíquico. Os CAPS devem estar constituídos por uma equipe multiprofissional que prioriza as atividades em espaços coletivos de forma articulada com outros pontos de atenção da Rede, que desenvolva o cuidado por meio do Projeto Terapêutico Individual construído pela equipe, usuário e sua família, de modo que todos participem permanentemente e tenham um acompanhamento contínuo do caso.

Segundo Amarante (2008) é fundamental para os CAPS:

- ✓ Oferecer estruturas flexíveis evitando tornarem-se espaços burocratizados, repetitivos, os quais tendem a trabalhar mais em relação com a doença do que com as pessoas;
- ✓ Propiciar o acolhimento aos sujeitos que estão em crise e as demais pessoas envolvidas (familiares, amigos e outros), de forma que seja construída uma rede de relações entre a equipe e os sujeitos que fazem parte deste contexto;
- ✓ Realizar o trabalho terapêutico direcionado para enriquecer a existência dos sujeitos;
- ✓ Desenvolver suas habilidades em atuar no território, ou seja, desenvolver relações com os diversos recursos presentes na comunidade (associações de bairro, atividades

⁴ Lei 10.216/01 - “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (Brasil, 2001).

⁵ Conforme a republicação da Portaria nº 3.088/2011 em 21 de maio de 2013 que modifica os critérios populacionais para a implantação de algumas modalidades de CAPS.

esportivas, entidades comerciais);

- ✓ Atuar embasado no princípio da intersetorialidade, ou seja, criar estratégias que tenham interface com os diversos setores sociais, principalmente com os serviços existentes no campo da saúde mental (cooperativas, residências de egressos, unidades psiquiátricas em hospitais gerais, entre outros serviços) e da saúde em geral (unidades de saúde, Estratégia de Saúde da Família e hospitais gerais);
- ✓ Organizar a rede de atenção aos sujeitos que passaram um longo período internados em hospitais psiquiátricos ou que estão em situação de vulnerabilidade, que precisam desenvolver autonomia, independência, enfim, necessitam de acompanhamento para realizar as atividades cotidianas e para a reinserção social;
- ✓ Participar ativamente para que as políticas de saúde mental e atenção psicossocial organizem-se de forma que haja cooperação, sincronia de iniciativas e envolvimento dos atores sociais.

Os CAPS compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no âmbito do SUS, estabelecida pela Portaria n. 3.088 de 2011 (BRASIL, 2011). A RAPS é uma estratégia para implementar a transformação no modelo de atenção em saúde mental. Apresenta como objetivos ampliar o acesso da população em geral à atenção psicossocial, promover o acesso às pessoas com sofrimento psíquico ou transtorno mental - incluindo aquelas com necessidades pelo uso de drogas e seus familiares aos serviços de atenção à saúde -, bem como garantir a articulação e integração dos pontos de atenção à saúde que compõem a rede no território, de modo que qualifique o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências. Essa Rede está constituída pelos seguintes componentes:

- ✓ Atenção Básica em Saúde: Unidade Básica de Saúde, Consultório na Rua, Atenção Residencial de Caráter Transitório e Centros de Convivência;
- ✓ Atenção psicossocial especializada: Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades;
- ✓ Atenção de urgência e emergência: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) 192, Sala de Estabilização, Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas, portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde;
- ✓ Atenção residencial de caráter transitório: Unidade de Recolhimento, Serviços de Atenção em Regime Residencial;

- ✓ Atenção hospitalar: enfermagem especializada em Hospital Geral, Leitos para pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;
- ✓ Estratégias de desinstitucionalização: Serviços Residenciais Terapêuticos e trabalhos com equipes de desinstitucionalização.
- ✓ Estratégias de reabilitação psicossocial: Geração de trabalho e renda, cooperativas sociais, etc.

A atenção à saúde mental para crianças e adolescentes está integrada com a educação por meio do Programa Saúde Escola (PSE). Este Programa é uma política nacional, que iniciou em 2007, com a finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica, por meio de ações de prevenção de doenças, promoção de saúde e atenção à saúde. Os objetivos do PSE são (BRASIL, 2007):

- I - promover a saúde e a cultura da paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde, bem como fortalecer a relação entre as redes públicas de saúde e de educação;
- II - articular as ações do Sistema Único de Saúde - SUS às ações das redes de educação básica pública, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis;
- III - contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos;
- IV - contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos;
- V - fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar;
- VI - promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes; e
- VII - fortalecer a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde, nos três níveis de governo

O PSE é uma estratégia para a integração e a articulação entre as políticas e ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar, das equipes de saúde da família e da educação básica. Dentre as ações do PSE, destacam-se as mais relacionadas ao campo da saúde mental, como: a avaliação clínica e psicossocial, prevenção e redução do consumo do álcool e uso de drogas e a educação permanente em saúde (BRASIL, 2007).

De acordo com as perspectivas que regem as políticas de saúde mental, os serviços de saúde mental infanto-juvenil precisam adotar funções sociais que ultrapassem a prática técnica do tratamento e se revelem em ações de acolhimento, de escuta, de cuidado, de melhorar a vida das pessoas com algum sofrimento psíquico, considerando suas singularidades e construções que cada um realiza conforme suas condições (BRASIL, 2005).

4.1.5 O TDAH e a interface saúde e educação

A interface entre a saúde e a educação estão bem consolidadas nas políticas direcionadas para o público infanto-juvenil. Entretanto, há um recrudescimento na medicalização de crianças e adolescentes. Segundo Angell (2007), o número de diagnósticos psiquiátricos aumentou significativamente, principalmente o transtorno bipolar em crianças, assim como o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). A autora salienta que a indústria farmacêutica encontra na área da saúde mental um vasto mercado em ascensão.

O aumento significativo de diagnósticos de transtornos mentais no público infanto-juvenil é atribuído as últimas versões dos DSMs. No DSM-IV, conforme reconheceu Allen Frances (2016) - chefe da força da tarefa de execução do Manual -, houve imprevistos na elaboração que desencadearam falsas epidemias de transtornos mentais infantis, como: autismo, déficit de atenção e transtorno bipolar infantil. “O método de elaboração do DSM-IV precisaria dar ênfase a moderação, com intuito de protegê-lo da individualidade, da arbitrariedade e da criatividade diagnóstica” (FRANCES, 2016, p. 13).

Luengo e Constantino (2009) relatam que o TDAH é o transtorno com maior número de encaminhamentos de crianças para clínicas especializadas em neurologia pediátrica, conforme dados da Organização Mundial de Saúde (OMS). As autoras complementam que os próprios neurologistas afirmam que não existem exames que comprovem a existência deste transtorno. Entretanto, os encaminhamentos continuam crescendo principalmente no âmbito escolar.

Entre as décadas de 1980 e início dos anos 1990, o TDAH era um fenômeno que ocorria majoritariamente nos Estados Unidos. Mediante este sucesso, a Associação Americana de Psiquiatria (APA), em parceria com as companhias farmacêuticas, começou a expandir o diagnóstico por outros países, como na Alemanha, onde os diagnósticos aumentaram 381% dos anos de 1989 a 2001; no Reino Unido, onde as prescrições de medicamentos para o TDAH aumentaram 50% entre 2007 e 2012; em Israel, onde as prescrições duplicaram entre os anos de 2005 a 2012. Em países fora dos Estados Unidos, o uso mundial de Ritalina em 2007 era de 17%, passando para 34% em 2012. Nos Estados Unidos, nesse mesmo ano, 10% de crianças e adolescentes, com idades entre 4 e 18 anos, foram diagnosticadas com TDAH. As vendas globais de medicamentos para o TDAH renderam 11,5 bilhões de dólares em 2013 (WHITAKER, 2016).

Apesar de obter destaque nos Estados Unidos na década de 1980, antes disso Conrad e

Schneider (1992) nos revelam que o TDAH foi chamado de hipercinesia, conhecida também anteriormente como disfunção cerebral mínima, síndrome hiperativa, desordem hipercinética da infância. Estas patologias apresentavam uma prevalência de diagnósticos médicos em torno de 3% a 10% na população escolar, percentuais semelhantes aos atuais do TDAH. Os sintomas variam pouco de categoria para categoria, sendo o diagnóstico baseado em comportamentos como hiperatividade (excesso extremo de atividade motora); atenção breve (a criança pula de atividade em atividade); agitação, inquietação, oscilação de humor (a criança está bem um dia e no outro está terrível); apresenta um comportamento agressivo, impulsividade, incapacidade de se sentar na escola e cumprir as regras, baixa tolerância à frustração, problemas para dormir e atraso da aquisição da fala.

Durante os anos de 1970, a psiquiatria começou a prescrever metilfenidato (Ritalina) para as crianças hipercinéticas. Este fato reforçou a iniciativa da APA de criar um diagnóstico para os comportamentos correspondentes, que a princípio foi denominado no DSM-III (1980) de “Transtornos do Déficit de Atenção”. Este transtorno era caracterizado pelos sintomas de desatenção, impulsividade e hiperatividade, podendo, entretanto, ser diagnosticado sem a presença da hiperatividade. Em 1987, quando a APA publicou a versão revisada do DSM-III, os limites diagnósticos foram reconfigurados e o transtorno mencionado acima foi renomeado para “Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade”(TDAH). Em 1994, com a publicação da versão revisada do DSM-IV, seus limites diagnósticos foram ampliados novamente, definidos em três sub-tipos: somente desatento, somente hiperativo/impulsivo e aqueles que apresentam os dois sintomas (WHITAKER, 2016).

No DSM-5 (APA, 2013), última edição do manual de transtornos mentais, o TDAH e outros transtornos (Deficiências Intelectuais, Transtornos da Comunicação, Transtorno do Espectro Autista, Transtorno Específico de Aprendizagem, Transtornos Motores) foram denominados como “Transtornos do Neurodesenvolvimento”. Esta denominação diz respeito a transtornos que se manifestam durante o desenvolvimento da criança, geralmente antes da idade escolar. As principais características desses transtornos são os déficits de desenvolvimento que englobam limitações específicas na aprendizagem ou no controle de funções executivas, gerando prejuízos globais em habilidades sociais ou inteligência. Os critérios diagnósticos do TDAH incluem dois subtipos: 1) desatenção e/ou 2) hiperatividade e impulsividade. Para diagnosticar o transtorno, são necessários seis sintomas relacionados a cada subtipo ou aos dois, por um período de seis meses para crianças e adolescentes até 16 anos, em um grau que seja inconsistente com o nível do desenvolvimento e que afete negativamente atividades sociais e

escolares. Salienta-se que uma criança ou adolescente que apresenta sintomas somente relacionados a um dos dois subtipos é diagnosticada com TDAH.

O contexto escolar aparece como um lugar propício para identificar tais problemas relacionados ao comportamento, pelo fato de algumas crianças não seguirem as regras da escola, como ficarem sentadas, caladas e prestando atenção nas aulas por várias horas. O comportamento das crianças não corresponde às expectativas dos professores, os quais mencionam suas queixas aos pais que encaminham seus filhos para uma avaliação psiquiátrica já com indício de algum desvio (LUENGO; CONSTANTINO, 2009).

Brzozowski e Caponi (2009) mencionaram que o diagnóstico de TDAH pode causar um alívio aos pais que não se sentem culpados pela dificuldade de aprendizagem e problemas de comportamento do filho. Entretanto, o diagnóstico de transtorno mental em uma criança pode gerar como consequência a incapacidade de desenvolver algumas atividades enquanto uma pessoa autônoma, semelhante àquelas que convivem no seu contexto, mesmo na idade adulta, por se reconhecer com os sintomas da doença.

Uma pesquisa realizada na Catalunha com profissionais da educação e da saúde, pais e estudantes, buscou identificar a realidade dos problemas de comportamento nas escolas, com ênfase no Transtorno do Déficit de Atenção com ou sem hiperatividade (TDA/H), assim como no Transtorno Negativista Desafiador e no Transtorno Dissocial. Os resultados da pesquisa demonstraram que os comportamentos de desordem estão associados com: a hiperatividade, o que faz com que as crianças não permaneçam quietas nos ambientes que exigem este comportamento; a impulsividade, as crianças agem sem considerar as consequências de suas ações; e o terceiro tipo de comportamento perturbador refere-se à violência que pode ser exercida sobre pessoas, animais ou objetos. Esses comportamentos foram considerados muito frequentes por 50% dos professores participantes da pesquisa. Neste sentido, a percepção dos profissionais da educação é que desempenham o seu trabalho em um ambiente de conflito. Dentre estes resultados, destacam-se dois vetores: um vetor de atenção e um outro vetor de conduta. O primeiro está relacionado com os problemas que surgem em consequência da falta de atenção no âmbito escolar. Por exemplo, quando se aponta que um estudante tem déficit de atenção, não está especificado em que atividades não se concentra. Um estudante que é capaz de se concentrar em outras tarefas e não presta atenção em sala de aula, pode-se considerar que o fator “motivação” pode estar implicado neste processo considerado como déficit de atenção. O segundo vetor, o de conduta, apresenta uma natureza diferente e parte do contexto relacional. As manifestações em relação às outras pessoas são consideradas como: desafio, oposição,

confronto, insultos, agressões verbais ou físicas. Neste contexto, uma das características mais preocupantes do comportamento violento realizado por crianças e/ou adolescentes é a banalização, ou seja, o ato violento não é considerado como um ato sério. Na questão diagnóstica, salientou-se que a desatenção, hiperatividade e impulsividade não são sintomas específicos para o TDAH, mas podem fazer parte de um outro transtorno mental. Consequentemente, é necessário um diagnóstico diferencial cuidadoso e medidas terapêuticas adequadas (MOYA i OLLÉ; ANGUERA ARGILAGA, 2010).

Na Argentina, especificamente na Região Metropolitana de Buenos Aires, Corrientes, Salta e Tierra del Fuego, um estudo buscou analisar o processo de medicalização das crianças por meio dos discursos do campo médico em torno da construção diagnóstica do Transtorno de Déficit de Atenção com ou sem Hiperatividade (TDA/H) e da sua abordagem terapêutica, nos sistemas público e privado. Participaram das entrevistas pediatras, psiquiatras infanto-juvenis e neurologistas infantis. Esta pesquisa surgiu devido ao aumento significativo no país da importação de metilfenidato, assim como o aumento de crianças que receberam o diagnóstico de TDA/H. Os resultados da pesquisa mostram que, apesar dos profissionais demonstrarem que acreditam na existência de vantagens em outros tipos de tratamento, a medicação é o principal regulador do tratamento. Os estudos apontaram que há certa naturalização entre a administração de medicação e o ciclo escolar. Por meio da construção do diagnóstico de TDA/H, foi possível observar como algumas condutas/situações, que antes não eram medicalizadas, hoje são parte do tratamento médico, com principal ênfase na prescrição de fármacos como terapêutica (FARAONE et al, 2010).

No Brasil, a maioria das crianças diagnosticadas com TDAH recebe um tratamento medicamentoso, à base de fármacos estimulantes, principalmente o metilfenidato (Ritalina® e Concerta®). A ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) coletou dados que indicam um aumento no consumo do metilfenidato no Brasil de quase 75%, entre 2009 e 2011, em crianças de 6 a 16 anos de idade (ANVISA, 2012). A própria ANVISA classifica este tipo de medicamento como um fármaco que pode causar dependência física ou psíquica e, por essa razão, há em sua embalagem uma “tarja preta” (ANVISA, 1998).

Beltrame e Boarini (2013) apresentam a pesquisa realizada em um CAPSi (Centro de Atenção Psicossocial Infantil) em um município do estado do Paraná, a qual demonstrou que grande parte dos casos são encaminhados em função de queixas escolares e, de modo geral, são tratados com medicamentos. Segundo as pesquisadoras, este dispositivo apresenta dificuldades de desenvolver um trabalho intersetorial, as decisões estão centradas nos médicos, sem a

participação dos demais membros da equipe, ou seja, apresentam práticas que estão distantes dos princípios da Política Nacional de Saúde Mental.

No município de Florianópolis, foram aprovadas a Lei Nº 9.018, em 24 de Julho de 2012, que “Institui a política municipal de prevenção e diagnóstico de distúrbios psico-mentais e da esquizofrenia na rede municipal de ensino”; e a Lei Nº 9.482, de 20 de março de 2014, que “dispõe sobre a implantação do Programa de Diagnóstico e Tratamento do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e Dislexia, na Rede Municipal de Ensino Básico”. De modo geral, os principais objetivos destas leis são capacitar os professores para identificar possíveis transtornos mentais em estudantes da rede municipal de ensino e enviar para tratamento, e no caso do TDAH e da dislexia, está previsto diagnosticar estes transtornos.

As manifestações de repúdio à criação e aprovação da Lei Nº 9.018/2012 surgiram de diversos setores: instituições de ensino, estudantes de psicologia, profissionais da saúde do município de Florianópolis, Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis, Sindicato dos Psicólogos de Santa Catarina, Sindicato dos trabalhadores no serviço público municipal de Florianópolis, Coletivo Produção Integrada de Resistência Antimanicomial e Secretaria Municipal da Educação. Os argumentos para a anulação da Lei Nº 9.018/2012 foram extremamente pertinentes. As cartas de repúdio manifestaram que a aplicação desta Lei iria sobrecarregar os professores da rede pública municipal de ensino, além destes profissionais não serem habilitados para designar tal atividade; mesmo com treinamento, os encaminhamentos podem ser equivocados, resultando em diagnósticos errados e, conseqüentemente, em mais crianças medicadas. O termo “distúrbios psico-mentais” foi questionado por não existir uma fundamentação teórica que justifique o seu uso. Foi alegado que os diagnósticos de transtornos mentais podem propagar o bullying e a discriminação no âmbito escolar, além da estigmatização e patologização indevida de crianças e adolescentes. Questionou-se o fato da Lei destacar a esquizofrenia, sendo que esta é uma doença rara na infância e que geralmente se manifesta entre os 15 e 30 anos de idade. Salientou-se que esta Lei se apresenta contrária à Política Nacional de Saúde Mental, apoiada na Lei Federal no 10.216/2001, que objetiva concretizar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária, em que as pessoas com transtorno mental possam circular pelos equipamentos sociais. Já sobre a Lei Nº 9.482 de 2014 desconhece-se se houve algum tipo de manifestação de repúdio à sua aprovação.

Acredita-se que a aprovação destas Leis (9.018/2012 e 9.482/2014) representa a legitimação de uma prática de medicalização das crianças em idade escolar, a qual potencializará o número de diagnósticos de transtornos mentais. Supõe-se que muitas crianças

diagnosticadas com TDAH são vítimas de um emaranhado jogo de interesses e poder que envolve a família, profissionais da educação e da saúde e a indústria farmacêutica. A medicalização das crianças, de certa forma, isenta a responsabilidade dos familiares, dos professores, dos profissionais da saúde, dos políticos, que focam o problema na doença, ocultando as questões sociais que permeiam esta situação.

Delegar aos professores a função de identificar e, principalmente, diagnosticar transtornos mentais na infância é uma forma de tornar problemas do âmbito da educação em problemas médicos, além de ampliar a demanda de encaminhamentos para os consultórios médicos. A identificação e diagnóstico do TDAH em crianças pelos professores faz com que a função dos médicos seja apenas de prescrever a medicação.

A simplificação do diagnóstico de TDAH, publicado no DSM- IV e, posteriormente, no DSM-5, faz com que os professores e os próprios pais identifiquem tal transtorno mediante os sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade e encaminhem as crianças aos consultórios médicos para receberem um tratamento medicamentoso, uma vez que este tipo de tratamento está sendo difundido como eficaz ao problema. Os aspectos que envolvem esta situação são extremamente complexos e necessitam de muita discussão e reflexão para se pensar em uma intervenção cabível. Não são problemas que se resolvem com comprimidos, mas que precisam ser investigados para apontar caminhos diferentes e mudar o percurso desta história.

Considera-se que estas Leis promovem o recrudescimento do poder psiquiátrico, além de um retrocesso no campo da saúde e educação do município de Florianópolis. Diante deste contexto, surgem as seguintes inquietações: como os professores compreendem o diagnóstico de crianças com TDAH? Como ocorre a identificação pelos professores de comportamentos que indicam o diagnóstico do TDAH em crianças?

Para compreender este contexto, buscou-se analisar as estratégias utilizadas pelos professores para a identificação de comportamentos que indicam o diagnóstico de TDAH em crianças de uma escola pública de Florianópolis. Os dados empíricos da pesquisa de campo estão descritos no capítulo resultados e discussão. No próximo capítulo, apresenta-se a discussão sobre como a concepção de risco funciona como uma estratégia biopolítica no processo de medicalização da infância.

4.2 ESTRATÉGIAS BIOPOLÍTICAS: RISCO PARA A SAÚDE MENTAL

No âmbito da atenção à saúde mental, o risco passou a fazer parte do cotidiano como pretexto para articular algumas intervenções consideradas preventivas ao desenvolvimento de transtornos mentais, prática que se torna cada vez mais ampla nesse campo. Neste sentido, buscou-se resgatar autores que já investigaram sobre a temática do risco e da saúde mental, não com intuito de encontrar respostas, mas de promover reflexões sobre algumas práticas de intervenções ditas preventivas, das quais emergem várias questões: Como podemos prever que determinado comportamento de uma criança poderá se transformar em um transtorno mental no futuro? Como o uso de drogas por um adolescente poderá futuramente gerar uma dependência? Como uma pessoa que manifesta sentimento de tristeza, de angústia, poderá desenvolver no futuro uma depressão? Não se pretende questionar a atenção que estas situações possam requerer e a necessidade de criar estratégias de proteção para casos concretos, mas a antecipação de supostos diagnósticos e formas de intervenções preventivas (especificamente medicamentosas) baseadas no risco que estes comportamentos representam. Como podemos prevenir, com base no risco, algo tão subjetivo e, algumas vezes transitório, como o sofrimento psíquico? Como o risco tornou-se uma estratégia biopolítica para promover intervenções preventivas no âmbito da saúde mental?

Neste capítulo, busca-se discutir como a concepção de risco se faz presente no processo de medicalização, principalmente no âmbito da infância, como uma estratégia biopolítica para promover a patologização dos comportamentos e viabilizar intervenções preventivas.

4.2.1 Biopolítica na perspectiva de Michel Foucault

O conceito de biopolítica foi proferido pela primeira vez em uma conferência de Foucault, em 1974, na Universidade do Estado do Rio de Janeiro, cujo texto foi publicado no ano de 1977 com o título “O nascimento da medicina social” (CAPONI, 2012). Nessa conferência, Foucault (2000) menciona que a sociedade controla os indivíduos não apenas por meio da consciência ou da ideologia, mas começa pelo corpo. Assim, o investimento da sociedade capitalista é direcionado para o biológico, o somático, o corporal. Foucault (2000, p. 80) afirma “o corpo é uma realidade biopolítica. A medicina é uma estratégia biopolítica”.

Para compreender o contexto em que o risco se configura como uma estratégia biopolítica, fundamenta-se nas obras de Foucault com o propósito de apresentar o cenário em

que emerge a biopolítica na era do biopoder. Foucault (2008c) menciona que é a partir da população que algo como a biopolítica pode se formar. O autor entendia por biopolítica:

[...] a maneira como se procurou, desde o século XVIII, racionalizar os problemas postos à prática governamental pelos fenômenos próprios de um conjunto de viventes constituídos em população: saúde, higiene, natalidade, longevidade, raças... Sabe-se o lugar crescente que esses problemas ocuparam desde o século XIX e que desafios políticos e econômicos eles vêm constituindo até hoje (FOUCAULT, 2008c, p. 431).

No livro *A História da Sexualidade*, Foucault (2013) explica que o poder soberano era o direito de causar a morte ou de deixar viver. Nessa sociedade, exercer o poder estava relacionado a confiscar, subtrair, apropriar-se das riquezas representadas pelos bens, serviços, trabalho, ou seja, “direito de apreensão das coisas, do tempo, dos corpos e, finalmente, da vida; culminava no privilégio de se apoderar da vida para suprimi-la” (FOUCAULT, 2013, p.148).

A partir da época clássica, há uma transformação nos mecanismos de poder, os quais passam a atuar com objetivo de controle, de vigilância, de organização das forças, em que o direito de morte se desloca para o poder voltado para gerir a vida. As guerras e os massacres foram vitais em nome da existência; populações eram mortas em prol da necessidade de viver. Há, nesta situação, uma inversão do poder, pois ao mesmo tempo em que sujeitava uma população à morte, possibilitava a outra viver. O princípio de “poder matar para poder viver”, que era uma questão jurídica da soberania, já não é mais a questão preponderante da existência; agora se trata da questão biológica de uma população. “Pode-se dizer que o velho direito de *causar* a morte ou *deixar* viver foi substituído por um poder de *causar* a vida ou *devolver* à morte” (FOUCAULT, 2013, p. 150). O poder passa a atuar sobre a vida e toda a sua trajetória assume a gestão da vida da população.

Segundo Foucault (2013), o poder sobre a vida começa por dois polos que se desenvolvem, de certo modo, simultaneamente, interligados por uma teia de relações: a disciplina e a biopolítica. Primeiramente, no século XVII, inicia a disciplina, a qual está voltada para transformar o corpo em uma máquina, por meio do adestramento, da extração das forças, do aumento paralelo da utilidade e docilidade, vinculando-o ao sistema econômico. Estes procedimentos de poder que constituem a disciplina são considerados pelo autor como a “anátomo-política do corpo humano”. Já a biopolítica inicia em torno da metade do século XVIII centrada no corpo-espécie, ou seja, no corpo enquanto ser vivo e como base dos processos biológicos. Os processos da vida e suas alterações, como a proliferação, os nascimentos, a mortalidade, a longevidade, estão sujeitos a intervenções e controles reguladores, o que Foucault (2013) denominou de “bio-política da população”. O poder passa

a investir sobre a vida, por meio da implantação de tecnologia “anatômica e biológica, individualizante e especificante, voltada para os desempenhos do corpo e encarando os processos da vida” (FOUCAULT, 2013, p.152).

Desta mudança do poder soberano representada fortemente pela decisão de vida ou morte para a gestão da vida, através da administração dos corpos, advém o desenvolvimento das disciplinas, escolas, colégios e também, no âmbito político e econômico, o aparecimento dos problemas de natalidade, longevidade, saúde pública, habitação e migração. O surgimento desses problemas é o que justifica a criação de técnicas para obterem a sujeição dos corpos e o controle das populações. Começa então o que Foucault (2013) designou como a “era do biopoder”.

O biopoder contribuiu para o desenvolvimento do capitalismo, uma vez que as técnicas de poder exerceram o controle dos corpos em prol da produção, assim como a regulação dos fenômenos populacionais foi vinculada aos processos econômicos. Para o crescimento do capitalismo foi necessário o desenvolvimento dos aparelhos de Estado como instituições de poder, garantindo assim a manutenção das relações de produção. As técnicas de poder - disciplina e biopolítica – foram incorporadas em todos os níveis do corpo social, presentes em diversas instituições como: a família, a escola, a polícia, o exército, a medicina individual e coletiva. Elas atuaram nas ações e sustentação dos processos econômicos, bem como nos fatores de segregação e de hierarquização social, o que garantiu as relações de dominação e a hegemonia. O exercício do biopoder possibilitou “o ajustamento da acumulação dos homens à do capital, a articulação do crescimento dos grupos humanos à expansão das forças produtivas e a repartição diferencial do lucro” (FOUCAULT, 2013, p. 154).

Anteriormente, a epidemia e a fome representavam a pressão biológica sobre o histórico, com o desenvolvimento do conhecimento sobre a vida, a melhoria das técnicas agrícolas, as observações e medidas visando a vida e a sobrevivência da população, “um relativo domínio sobre a vida afastava algumas das iminências de morte” (FOUCAULT, 2013, p.155). A população do Ocidente aprende “o que é ser uma espécie viva num mundo vivo, ter um corpo, condições de existência, probabilidade de vida, saúde individual e coletiva, forças que se podem modificar, e um espaço que se pode reparti-las de modo ótimo” (FOUCAULT, 2013, p.155). Deste modo, o biológico reflete no campo político, uma vez que viver está ligado ao “campo de controle do saber e intervenção do poder” (FOUCAULT, 2013, p.155).

Foucault (2013) menciona alguns conceitos que são interessantes para pensarmos a dimensão do biopoder: bio-história - “pressões por meio das quais os movimentos da vida e os

processos da história interferem entre si[...]; bio-política - “o que faz com que a vida e seus mecanismos entrem no domínio dos cálculos explícitos[...]; poder-saber - “um agente de transformação da vida humana [...]”; e limiar de modernidade biológica - “uma sociedade se situa no momento em que a espécie entra como algo em jogo em suas próprias estratégias políticas” (FOUCAULT, 2013, p.155-156).

O desenvolvimento do biopoder promoveu a propagação das tecnologias políticas - que investem sobre o corpo, a saúde, as condições de vida -, e a crescente atuação da norma amparada pelo sistema jurídico da lei. Como ressalta Foucault (2013, p.157), “Uma sociedade normalizadora é o efeito histórico de uma tecnologia de poder centrada na vida”.

Na aula 17 de março de 1976, registrada no livro *Em defesa da sociedade*, Foucault (2002b, p. 286) discute a seguinte questão: O que quer dizer direito de vida e de morte? Em sua concepção, “O efeito do poder soberano sobre a vida só se exerce a partir do momento em que o soberano pode matar”, o que constitui o direito de “fazer morrer ou deixar viver”. Posteriormente, o poder se inverte e passa a ser o direito de “fazer viver e deixar morrer”. Esta nova tecnologia de poder se dirige ao homem vivo, homem-espécie, diferente do poder disciplinar que se dirige ao corpo. Esta técnica dirige-se à multiplicidade dos homens, está relacionada aos processos de nascimento, morte, produção, doença, etc., à biopolítica da espécie humana.

No século XVIII, os processos de natalidade, mortalidade, longevidade, taxa de reprodução e fecundidade de uma população, conjuntamente aos problemas econômicos e políticos, constituíram os primeiros alvos de controle dessa biopolítica. A doença, enquanto fenômeno de população – a epidemia –, é algo que adentra sorrateiramente na vida, que a diminui e a enfraquece. Estes fenômenos fazem com que a medicina tenha como função a higiene pública, a coordenação dos tratamentos médicos, centralização da informação, normalização do saber, campanhas de aprendizado da higiene e de medicalização da população (FOUCAULT, 2002b).

No final do XVIII e início do século XIX, surge a preocupação com as relações entre a espécie humana (seres humanos enquanto espécie) e seu meio – efeitos do meio geográfico, climático, hidrográfico -, como as epidemias em função da existência dos pântanos. É a partir da natalidade, morbidade, incapacidades biológicas e efeitos do meio que a “biopolítica vai extrair seu saber e definir o campo de intervenção de seu poder” (FOUCAULT, 2002b, p.292). A biopolítica gere a população como um problema político, científico, biológico e de poder. Ela volta-se a fenômenos coletivos que aparecem com efeitos econômicos e políticos,

acontecimentos aleatórios que ocorrem em uma população: “Vai ser preciso modificar, baixar a morbidade; vai ser preciso encompridar a vida; vai ser preciso estimular a natalidade” (FOUCAULT, 2002b, p.293). Trata-se de considerar o indivíduo nos níveis globais, de levar em conta a vida, os processos biológicos do homem-espécie e de garantir sobre eles uma regulamentação, não uma disciplina.

O poder torna-se então o direito de intervir para fazer viver na maneira e no como viver. Interfere no nível para aumentar a vida, controlar os acidentes, suas eventualidades, suas deficiências. O poder tem o domínio sobre a mortalidade, não sobre a morte. A tecnologia disciplinar do corpo produz efeitos individualizantes, manipula o corpo com o intuito de torná-lo útil e dócil. A tecnologia regulamentadora da vida “agrupa os efeitos de massas próprios da sua população que procura controlar a série de eventos fortuitos que podem ocorrer em uma massa viva: uma tecnologia que procura controlar a probabilidade destes eventos e compensar seus efeitos” (FOUCAULT, 2002b, p.299).

A medicina produz efeitos disciplinares e regulamentadores a partir do momento que se caracteriza como um saber-poder que intervém sobre o corpo, a população, organismos e também sobre os processos biológicos. Já a norma aplica-se tanto para disciplinar o corpo, quanto para regulamentar a população. O biopoder ocorre quando o homem tem a possibilidade técnica e política não apenas de organizar a vida, mas fazê-la proliferar, de fabricar algo monstruoso como, por exemplo, vírus incontroláveis e totalmente destruidores (FOUCAULT, 2002b).

Diante deste sistema político centrado no biopoder, Foucault (2002b, p. 304) instiga a seguinte reflexão: “Como este poder que tem essencialmente o objetivo de fazer viver pode deixar morrer?” O autor cita como exemplo o racismo: “a raça, o racismo, é a condição de aceitabilidade de tirar a vida numa sociedade de normalização” (FOUCAULT, 2002b, p.306). Se quer viver é preciso que o outro morra. O racismo está relacionado ao “funcionamento de um Estado que é obrigado a utilizar a raça, a eliminação da raça e a purificação da raça para exercer o poder soberano” (FOUCAULT, 2002b, p. 309). O regime nazista, por exemplo, é o Estado disciplinar, o poder disciplinar, o biopoder.

[...] o nazismo é, de fato, o desenvolvimento até o paroxismo dos mecanismos de poder novos que haviam sido introduzidos desde o século XVIII. Não há Estado mais disciplinar, claro, do que o regime nazista; tampouco há Estado onde as regulamentações biológicas sejam adotadas de uma maneira mais densa e mais insistente. Poder disciplinar, biopoder: tudo isso percorreu, sustentou a muque a sociedade nazista (assunção do biológico, da procriação hereditária; assunção também da doença, dos acidentes). Não há sociedade a um só tempo mais disciplinar e mais previdenciária do que a que foi implantada, ou em todo caso projetada, pelos

nazistas. O controle das eventualidades próprias dos processos biológicos era um dos objetivos imediatos do regime (FOUCAULT, 2002b, p. 309).

Vale resgatar o que Foucault (2008a) relata no livro *Vigiar e Punir* sobre o poder disciplinar, em que considera o corpo dócil como aquele que pode ser submetido, utilizado, transformado e aperfeiçoado. Na sociedade, o corpo está aprisionado pelos poderes que lhe impõem limitações, proibições ou obrigações. É uma forma de controle dos gestos, movimentos, atitudes, desempenho, enfim, o poder sobre o corpo tornando-o útil. Os métodos que possibilitam o controle das atividades do corpo e que estabelecem esta relação entre o dócil e o útil, como já mencionamos, são os disciplinares. No que diz respeito à utilidade, a disciplina aumenta as forças do corpo e produz corpos submissos. Apesar de mencionar que somente no século XVII e XVIII as disciplinas tornaram-se um meio de dominação, Foucault (2008a) salienta que a escola, assim como hospitais, conventos, exércitos, são palcos dos processos disciplinares há um longo período da história. Durante esta trajetória, em que a disciplina e a biopolítica se consolidaram configurando a era do biopoder, o risco também já estava presente nesta época, conforme registros deste contexto histórico.

4.2.2 Transformações do conceito de risco

Segundo Spink (2001), a palavra risco surge para mencionar um futuro evento, em um momento histórico que se pensava ser possível controlar o que estava por vir. A linguística da palavra risco, como cálculo do futuro, surge no século XVI e contribui para o desenvolvimento da teoria dos cálculos de probabilidade que inicia no século XVII. O conceito de risco também envolve a estatística e o seu uso como ciência de estado. A autora salienta que estatística provém de status, o que no latim significa estado ou condição.

A primeira fase da gestão do risco ocorre no século XIX, no campo da ciência sanitária (SPINK, 2001). Foi neste período que o discurso do risco se caracterizou como potencial para promover um evento daninho e perigoso no campo da saúde pública (CAPONI, 2007, 2012). Mas a formalização do conceito e o aprimoramento das técnicas do risco acontecem no século XX, e somente na segunda metade deste século concretiza-se a gestão do risco como um campo de saber, o qual articula o cálculo de probabilidades e a função política da estatística, gerando assim os modelos de análises de risco (SPINK, 2001).

Segundo Mitjavila (2002), nas duas últimas décadas do século XX, as ciências sociais apontaram que os perigos e as ameaças à vida social na sociedade contemporânea possuem

novas formas de codificação, as quais estão baseadas em discursos e práticas técnico-políticas constituídas em função de um novo conceito de risco. De acordo com Castel (2011), o sentido da palavra risco está ligado a um acontecimento previsível, cujas probabilidades de ocorrer podem ser estimadas, assim como o custo dos danos que promoverá. Os novos riscos são imprevisíveis, não seguem os cálculos de uma lógica probabilística e ocasionam consequências irreversíveis que são incalculáveis. Esta condição faz com que a melhor prevenção, na maioria das situações, seja antecipar o pior e adotar medidas para evitar que isto ocorra, ainda que seja de modo aleatório.

Assim, são produzidos danos reais para evitar uma eventualidade provável, a qual não há sequer uma probabilidade. Um exemplo disto seriam as políticas dominantes sobre drogas nos últimos 50 anos, que vem produzindo muitos danos reais à saúde, individual e coletiva, à coesão social e aos direitos humanos das sociedades contemporâneas, e argumentando a produção de danos hipotéticos. (MIRÓ, 2014).

Para Mitjavila e Vecinday (2011, p.80), o risco é definido como a probabilidade de sofrer um dano, é considerado como “uma construção mental, uma abstração de um observador, é um modelo relacional de variáveis”. O enfoque do risco para as autoras é constituído com base na tecnificação da ideia de risco, que se caracteriza deste modo quando representa as probabilidades de um indivíduo experimentar danos (físicos, mentais ou morais) no futuro.

Salienta-se o que menciona Galimberti (1999) sobre a técnica, concebida como universo dos meios, ou seja, as tecnologias que em seu conjunto formam o aparato técnico e a racionalidade que norteia a sua aplicação em termos de funcionalidade e eficiência. Segundo o autor, a técnica não é neutra, ela proporciona os meios que os homens podem utilizar para o bem ou para o mal. Vivemos em um mundo tecnicamente organizado, onde somos articulados pela técnica para expressar nossos sentimentos e nosso comportamento.

O risco na contemporaneidade configura-se enquanto uma tecnologia de poder que a ciência introduz sorrateiramente na cultura, ao passo que torna possível conduzir o ser humano a comportamentos que atendem a interesses econômicos e de gestão da população. Entretanto, este processo é obscuro, na medida que “o discurso do risco assume um papel despolitizador fundamental, ao desconhecer o peso que as estruturas e processos socioeconômicos adquirem na definição do campo do que é possível para cada indivíduo” (MITJAVILA; VECINDAY, 2011, p.88).

As sociedades de classe são consideradas por Beck (2011) como sociedades que, para além das disputas de classe, almejam a satisfação das necessidades materiais, posto que é evidente o

contraponto entre fome e fartura, poder e impotência. A pobreza não exige medida para que comprove sua existência: “Sua imediatez e obviedade correspondem à evidência material da riqueza e do poder. As certezas das sociedades de classe são, neste sentido, a certeza da cultura da visibilidade [...]” (BECK, 2011, p.54).

Na sociedade do risco, as evidências do tangível perdem suas forças: “O visível incorre nas sombras de ameaças invisíveis. Aquilo que escapa à percepção já não coincide com o irreal, podendo chegar mesmo a possuir um grau elevado de concretude em termos de ameaça. A necessidade imediata rivaliza com o teor do risco” (BECK, 2011, p. 54). O invisível não poderia superar o visível, porém, na disputa entre a riqueza perceptível e os riscos imperceptíveis, estes se sobrepõem justamente pela carência do palpável e encontram no âmbito cultural e político um solo fértil para que os riscos e ameaças “floresçam, cresçam e frutifiquem”. Desta forma, é com o progresso da sociedade de risco que conseqüentemente se desenvolvem as oposições entre aqueles que são afetados pelos riscos e aqueles que lucram com eles (BECK, 2011).

Castel (2011) relata que, quando Giddens fala da “cultura do risco”, significa que estamos cada vez mais sensíveis às ameaças geradas pelo mundo moderno, produzidas pelo próprio homem por meio do uso descontrolado das ciências e das tecnologias, além de uma instrumentalização do desenvolvimento econômico com a tendência de transformar o mundo em uma mercancia. É impossível a sociedade pretender erradicar todos os perigos que estão por vir. Mesmo quando os riscos mais urgentes estão neutralizados, o cursor de previsão dos riscos se move fazendo surgirem novos perigos, de modo que promove uma demanda irreal de segurança. Deste modo, a “cultura do risco” produz o perigo (CASTEL, 2011).

Conforme Mitjavila (2002, p. 133), a ideia de risco se transformou em um “instrumento aberto à construção de múltiplos significados sociais”. O risco é uma construção sócio-histórica que emerge do campo da probabilidade. Deste modo, está imbuído de certo nível de invisibilidade, direcionado para o futuro e com base em interpretações causais. Portanto, a princípio, os riscos existem somente no conhecimento científico:

Assim, a ideia de risco tende a exibir a representação de um espaço social reduzido, na medida em que se transporta uma fala despolitizada, isto é, no sentido da construção de imagens naturalizadas das condutas e das múltiplas manifestações da realidade social. O tipo de universo semântico que caracteriza a linguagem do risco é, então, limitado e fechado – atrás de fórmulas e diferentes tipos de cálculos de risco – a qualquer classe de interpelação, do ponto de vista dos conteúdos (MITJAVILA, 2002, p. 133).

A concepção de risco engloba duas classes de racionalidades simultaneamente - do risco

como probabilidade e do risco como perigo –, sendo este uma ameaça real e aquela uma construção mental. Argumenta Mitjavila (2002, p. 138): “Ora, tanto se o risco é definido como perigo quanto se é definido como probabilidade, o indivíduo converte-se num alvo privilegiado das novas tecnologias de gestão da vida social”.

Segundo Spink (2001), o campo da gestão do risco engloba três áreas específicas: a) o cálculo do risco – identifica os efeitos potenciais relativos ao fenômeno, a estimativa de sua probabilidade e a dimensão de seus efeitos; b) a percepção do risco – estuda a relação do público e os riscos tecnológicos, observando a aceitação de determinadas tecnologias (por exemplo, a genética), e trabalha também a perspectiva do controle preventivo do risco; c) a gestão dos riscos – é formada por estratégias que estão integradas, compostas pelos seguros, as leis de responsabilização por danos, a intervenção governamental direta, a autorregulação e a comunicação sobre os riscos.

Spink (2001) considera que a gestão dos riscos é um fenômeno da modernidade tardia (ou sociedade de risco), sendo uma forma de governar populações. Isso representa uma mudança na esfera da governamentalidade e, nesta perspectiva, ressalta que alguns autores mencionam como a transição do fim da sociedade disciplinar (modernidade clássica) para o início da sociedade do risco. A autora nota que é uma passagem do foco da gestão da vida para a gestão do risco.

Durante a década de 1970, Foucault avançava em suas investigações buscando compreender como na Modernidade se formou a concepção de sujeito e como nos tornamos sujeitos modernos. Assim, ele percebeu que o poder disciplinar era um conceito-ferramenta insuficiente para abarcar a riqueza, a diversidade de situações e os processos de subjetivação instaurados nas sociedades ocidentais contemporâneas. Foucault então expandiu o escopo de suas análises e passou a mencionar o poder normalizador, o biopoder e o governo (VEIGA-NETO, 2015). Para Foucault (2008b, p.143), governamentalidade significa:

O conjunto constituído pelas instituições, os procedimentos, análises e reflexões, os cálculos e as táticas que permitem exercer esta forma bem específica e embora muito complexa, de poder que tem por alvo principal a população, por principal forma de saber a economia política e por principal instrumento técnico essencial os dispositivos de segurança.

Sepúlveda Galeas (2010) observa que, atualmente, na “era da governamentalidade”, as questões do risco compõem um campo de saber/poder em que as tecnologias de governo articulam seus respectivos dispositivos de controle e regulação social. Romaní (2013b) afirma que o controle social, considerado como um conjunto de pressões usado pela sociedade para

orientar a conduta das pessoas e garantir a reprodução social, de certo modo, pode-se dizer que se caracteriza como a própria história da humanidade. Entretanto, na modernidade, o controle social passa a ser considerado como um conjunto de controles especializados e explícitos. Há duas formas de controles sociais: os controles sociais informais, caracterizados pelas relações sociais cotidianas da vida em todas as sociedades, de onde surgem os processos de socialização primária e de cultura permanente, os quais produzem modos de subjetivação dos indivíduos; e os controles sociais formais, que são especializados, produzidos por profissionais que atuam em instituições do Estado. Embora este tipo de controle social já exista desde antes da sociedade moderna, tornou-se um marco na contemporaneidade, tendo como destaque a sua justificativa ideológica embasada na sua racionalidade burocrática para prevenir situações futuras, assim como a criação de realidades como, por exemplo, a de Bem Estar (ROMANÍ, 2013b).

Segundo Oriol Romaní (2013b, p.108), a concepção de governamentalidade de Foucault,

incluye el uso de todo un conjunto de técnicas sociopolíticas, dirigidas a trabajar a la construcción de subjetividades acordes con la flexibilidad del mercado, entre la que podemos señalar desde el lugar central que ocupa la cultura consumista, a la presencia cada vez mayor de técnicas “psí” y de la industria de la auto-ayuda, pasando por las empresas del ocio, el espectáculo y la comunicación que, no por casualidad, cada vez tienden más a confundirse.

O processo de mundialização neoliberal, que iniciou nas últimas décadas do século XX, foi pouco a pouco repassando seus controles políticos e poderes, os quais foram gradativamente assumidos pelas redes financeiras transnacionais. Estes, portanto, necessitam de novas formas de controle social, de modo que a população os veja da melhor maneira possível, apesar das limitações que impõem aos direitos sociais adquiridos depois de muitos anos de lutas sociais (ROMANÍ, 2013b).

De acordo com as correntes pós-modernistas, esta forma dominante de controle social, vai desdobrando-se em paralelo ao desenvolvimento da mundialização neoliberal, a qual em alguns momentos passa por crises, principalmente quando há o empobrecimento da população, as impossibilitando de consumir. Desta forma, aderem aos dispositivos de segurança mais tradicionais das sociedades capitalistas em forma de repressão contra os movimentos populares (ROMANÍ, 2013b). Foucault (2008c, p. 30) considera que:

[...] a análise da biopolítica poderá ser feita quando se compreender o regime geral dessa razão governamental de que lhes falo, esse regime geral que podemos chamar de questão de verdade - antes de mais nada da verdade econômica no interior da razão governamental -, e, por conseguinte, se se compreender bem o que está em causa nesse

regime que é o liberalismo, o qual se opõe à razão de Estado, ou antes, [a] modifica fundamentalmente sem talvez questionar seus fundamentos.

A forma de governo é estabelecida pela lógica do risco e da segurança. É um modo de organizar o sistema de gestão e de administração das populações característico de como os Estados liberais governam, isto é, por meio da antecipação dos riscos e dos medos, tendo os sujeitos e as mercadorias como eixo central (CAPONI, 2014). Nessa direção, Silveira (2015, p. 59) argumenta:

O conhecimento estatístico assume um lugar especial nessa nossa maquinaria governamental, pois permite quantificar os fenômenos próprios da população em índices precisos que podem ser utilizados como referência na elaboração de políticas públicas. Mas Foucault também chama atenção para a importância fundamental da produção de conhecimentos científicos sobre os objetos de intervenção governamental, o que inclui também um vasto campo de disciplinas como a Demografia, a Sociologia, a Antropologia, a Psicologia e, principalmente, a Economia política. O poder de Estado se exerce a partir da produção, ordenação, distribuição, acumulação e circulação do ‘discurso verdadeiro’, que delimita a ‘natureza’ dos objetos de intervenção.

Vale lembrar que o verbo “governar” era utilizado no sentido de conduzir alguma coisa - um animal ou alguém por algum caminho - e é derivado do verbo grego “*kubernan*”, pela forma latina “*gubernare*”. O significado de “governar” diversificou-se até “denotar a ação de um chefe (governador) que exerce sua autoridade sobre os outros (governados), ou ação de mando, dominação ou administração de uns sobre outros [...] (VEIGA-NETO, 2015, p. 51).

Assim, pode-se pensar diversas maneiras, entre elas a educação, em que “o poder não é aplicado aos indivíduos, mas passa por eles”, conforme mencionou Foucault (2002b, p. 35). A educação é compreendida por Veiga-Neto (2015) como um conjunto de ações em que uns conduzem os outros, ou seja, uma forma de governar. Neste contexto, o autor (2015, p. 55) ressalta que “governar a infância significa educar as crianças, moldando-lhes a alma que é, ao mesmo tempo, efeito e instrumento de uma anatomopolítica dos e sobre os corpos infantis”. O objetivo de governar a infância é conduzi-la para determinados “lugares” em uma cultura, para determinadas posições em uma sociedade e para determinados modos de vida daqueles que já estavam aí. Neste sentido, a questão é não apenas saber como estão ocorrendo estes modos de governar a infância, mas para que caminho as crianças estão sendo conduzidas, ou seja, qual sociedade teremos no futuro? (VEIGA-NETO, 2015).

As estratégias de governo foram estabelecidas sob a justificativa de proteger a sociedade de tudo que era considerado uma espécie de desvio da norma, tendo assim a finalidade de garantir o equilíbrio social pela eficácia da normalidade. Governar o homem ultrapassou os

limites do campo jurídico, sendo possível ordená-lo, classificá-lo, distribuí-lo, utilizá-lo e produzi-lo, por meio de forças associativas e excludentes, de acordo com a finalidade proposta (CARVALHO, 2015):

A nosopolítica é a arte de governar os homens pela classificação, uma vez que, em nossa sociedade, foi introduzida irremediavelmente as diferenciações entre os indivíduos para efeitos classificatórios. [...] Para haver governo da infância, foi necessário criá-la como objeto de análise, de classificação e de diferenciação. A nosopolítica que contorna a infância e a governa é a mesma que vai lhe autorizar uma nosoinfância: infância classificada em etapas, em processos, em condições determinadas; proposições de limites para o seu início e o seu término, reunião de médias igualitárias e, por consequência, hierárquicas – crianças sadias, doentes, delinquentes, exemplares, bons e maus futuros cidadãos, crianças normais e anormais; infância coligida nas estratégias de governo, pois é preciso defender a infância, tratar a infância, socializá-la, medicalizá-la, lança-la nas estatísticas de governos, enfim, fazer a infância existir (CARVALHO, 2015, p.26-27).

A infância está sempre presente no adulto, cujas lembranças estão relacionadas às experiências infantis, pois é nela que se busca a origem dos desvios. Desta forma, a conjuntura que abarca a infância se consolida nas artes de governo, as quais conduzem os indivíduos e as populações. Segundo Carvalho (2015), o governo da infância não é considerado nem ruim nem bom; ele se caracteriza como uma estratégia de finalização, ou seja, a própria constituição da infância. Algumas estratégias são em prol da criança para garantir as condições essenciais à existência da infância, como ações que visam erradicar doenças infantis, a redução da taxa de mortalidade, a proteção da integridade física, emocional e intelectual, campanhas contra o trabalho infantil, entre outras.

4.2.3 O risco no âmbito da saúde mental

Face à diversidade de contingências que podem ter relação com a determinação causal e a manifestação da doença e, mesmo que todas as medidas preventivas cabíveis sejam providenciadas, a prevenção dos riscos para a saúde não garante os resultados de proteção em função dessas medidas. Isto não significa que todo o conhecimento a respeito do risco em saúde seja depreciado. Sem dúvida, há um conjunto de práticas efetivas que são significativas para a prevenção de doenças. Trata-se aqui dos possíveis efeitos exacerbados em sua utilização indiscriminada, bem como seus vínculos com aspectos socioculturais indesejáveis que dizem respeito ao individualismo e ao controle da população (CASTIEL, 2007). Segundo Castiel (2007), este efeito secundário da promoção da saúde chama-se “saúde persecutória”. Conforme lembra Rabinnow (1999, p. 145):

A prevenção moderna é antes de tudo o mapeamento de riscos. O risco não é o resultado de perigos específicos colocados pela presença imediata de uma pessoa ou um grupo de pessoas, mas sim a fusão de “fatores” impessoais que tornam um risco provável. Assim, a prevenção é a vigilância, não do indivíduo, mas sim de prováveis ocorrências de doenças, anomalias, comportamentos desviantes a serem minimizados, e de comportamentos saudáveis a serem maximizados.

Para Czeresnia (2004), na perspectiva de Foucault, as estratégias de prevenção de doenças são entendidas como um modo de exercer a função disciplinar de controle e regulação. O comportamento dos sujeitos ou grupos sociais são moldados de acordo com as alterações no conceito de risco. Desta forma, eles são coagidos a fazer escolhas saudáveis de acordo com os cálculos de risco. Assim, o risco é considerado como tecnologia moral na sociedade contemporânea, em que os sujeitos são manipulados para estarem em conformidade aos objetivos do Estado Neoliberal. Como argumenta Silveira (2015, p. 58-59):

O poder governamental é abordado com algo que circula, como algo que funciona em cadeia. O poder não está localizado aqui ou ali, não possui mandatários universais e nem se exerce por força de simples sujeição a um contrato social virtual. O Estado não está contra ou a favor da sociedade, mas é forjado nos interstícios da vida social, adentrando os espaços da vida privada e coletiva, moldando formas históricas de ser e pensar e sendo constantemente moldado por elas.

É neste jogo de poder que circula na sociedade, modelando os contextos privados e coletivos, que a capacidade de antecipar os riscos no campo da saúde possibilitou a criação de estratégias de proteção social e prevenção de doenças (CAPONI, 2007). Conforme observa Martínez-Hernández (2012, p.2)

Estados depressivos e ansiosos, o suposto ‘risco’ ou probabilidade de padecer de um transtorno, comportamentos incômodos associados ao jogo, a sexualidade, a agressividade ou interação social, o mal estar próprio do ciclo da vida, estados como a perda leve de memória, são situações, entre muitas outras, que vem com o tempo se converterem em estados tratáveis para o saber psiquiátrico[...].

A depressão é um exemplo de patologia que milhões de pessoas já receberam o diagnóstico. Foi considerada como a “epidemia do século”. Mas, segundo Caponi (2009), tal afirmação deveria ser analisada com cuidado antes de ser anunciada. A Organização Mundial da Saúde (OMS) já divulgou que existem mais de 121 milhões de pessoas afetadas pela depressão no mundo e com previsão para o ano de 2020 de ser a segunda doença com maior prevalência mundial (CAPONI, 2009). Em relatório, realizado no ano de 2012, sobre problemas de saúde dos adolescentes, a OMS anunciou a depressão como a principal causa de doenças e

inaptidão em adolescentes com idade entre 10 e 19 anos. Conforme o relatório, os problemas dos adolescentes estão relacionados com o cigarro, o consumo de álcool e outras drogas, a AIDS, os transtornos mentais, a nutrição, a sexualidade e a violência.

Martínez-Hernández (2006) relata que os critérios descritos no DSM IV para diagnosticar a depressão são ampliados de tal modo que as situações cotidianas da adversidade humana passam a ser consideradas como patológicas. Não se trata de negar que a depressão em determinadas situações exista, mas do excesso da nosologia e da prescrição de fármacos mediante as emoções e estados comuns do ser humano (tristeza, cansaço, angústia) que não deveriam ser medicalizados⁶.

Hacking (2000) salienta que o diagnóstico pode ser crucial para a vida do sujeito, principalmente, quando ele é enquadrado numa classificação psiquiátrica, a qual denomina seu lugar no contexto social. A partir do momento em que o sujeito aceita as classificações que lhe são definidas, seu comportamento vai se moldando conforme as descrições estabelecidas para quem recebe tal rótulo. As pessoas que convivem no mesmo contexto (familiares, amigos, colegas) passam a se relacionar com este sujeito considerando sua classificação e mantêm a expectativa de cura.

Caponi (2009) observa que estudos estatísticos⁷ sobre a depressão apresentam resultados que induzem a pensar que vivemos em constante risco de receber um diagnóstico de depressão. As pesquisas apresentam correlações entre estado civil, idade, ciclo da vida (infância, adolescência, idade adulta e velhice), com situações como pós-parto, estresse no trabalho, uso de álcool e/ou outras drogas, isolamento social, enfim, realmente é difícil escapar de que em algum momento cotidiano da vida não haja situações que sejam mais difíceis e afetem o estado emocional, mas isto não significa um transtorno mental. Para Caponi (2007), a patologização do sofrimento e a conseqüente medicalização da tristeza parecem sobressair em uma época em que se preconiza um estado de bem estar e intolerância ao sofrimento alheio. Esta antecipação da doença - neste caso o da depressão em função de considerar a tristeza um risco - conduz socialmente o sujeito a medicalizar seu sofrimento.

O risco funciona como uma estratégia para influenciar a percepção e assim implantar a dúvida e o medo em relação a possibilidade de ocorrência de eventos indesejáveis em um futuro próximo. Mitjavila (2015, p.121) lembra que “os riscos não existem como ameaças concretas,

⁶ A edição do novo DSM-5 também está sendo muito polêmica porque amplia esse processo de patologização da vida cotidiana.

⁷ Romero (2003); APA (1994); Franco (2005).

reais; ao contrário, são fabricados por um tipo de conhecimento que é sempre o resultado de cálculos estatísticos e impessoais que visam identificar a probabilidade de ocorrência de eventos indesejáveis”.

Segundo Menéndez (1998), a epidemiologia transformou os conjuntos sociais em aglomerados estatísticos e as enfermidades em uma soma de signos. Como exemplo, o autor cita os DSM III e IV que expressam codificações de enfermidades psiquiátricas, de modo que o sujeito desaparece e a doença fica reduzida à enumeração de signos. Esta codificação de signos facilita a construção do diagnóstico. Menéndez afirma que, do ponto de vista da perspectiva sociocultural, as unidades de descrição, assim como seus conteúdos (adoecimentos) e a análise dos conjuntos sociais, são manejados pela epidemiologia de forma “desagregada, atomizada e desarticulada”. A epidemiologia propõe uma concepção multicausal da enfermidade, mas o biológico e o bioecológico são o eixo da causalidade. No caso da epidemiologia psiquiátrica, o trabalho está centrado no diagnóstico, excluindo a questão da causalidade e do processo de adoecimento. Menendez (1998) esclarece que enfatizar determinados momentos distintos do desenvolvimento se transforma em uma negociação ou secundarização da dimensão histórica e, conseqüentemente, elimina a história da doença, no que diz respeito a causas e processos sociais. O autor argumenta que a história social da doença não está incluída na história natural da doença. A importância em inserir a dimensão histórica para analisar o adoecimento como construção social está justamente em pensar a história de causalidade e processos que possibilitam compreender as características adquiridas por tal adoecimento. Neste sentido, vale lembrar que o uso de drogas foi uma das questões sociais incorporadas como problemas relacionados à saúde mental e, neste contexto, o risco está constantemente presente.

Sepúlveda Galeas (2010) nota que, anteriormente, o risco era considerado como uma probabilidade da ocorrência de sucessos ou conseqüências indesejáveis em relação a um evento. Entretanto, atualmente, na questão do uso de drogas, passa a ser visto como uma equação que equivale à “risco-perigo-dano”. No campo das drogas, significa que qualquer uso irá promover perigos e, conseqüentemente, danos, seja em curto, médio ou longo prazo, negando-se a possibilidade de intervenção social no âmbito que vai do risco ao perigo e ao dano.

Duff (2003) investigou as bases conceituais das políticas de drogas orientadas à gestão do risco na Austrália, Reino Unido e países do centro da Europa. Os resultados da pesquisa demonstram que a análise do risco e drogas ilícitas está relacionada com a “ciência da prevenção”. O objetivo dos especialistas neste campo emergente é desenvolver, com bases

científicas, estratégias de prevenção aos problemas decorrentes do uso de substâncias. A partir das informações de profissionais da farmacologia, neurotoxicologia, psiquiatria e ciências da saúde, a ciência da prevenção identifica dados de riscos quantificáveis para a saúde individual e o bem estar psicológico. Nos últimos anos, os métodos científicos provenientes das ciências da saúde e da epidemiologia vêm tornando os debates sobre políticas de drogas mais medicalizados. Segundo a autora, nos discursos dos especialistas das ciências da saúde e epidemiologia, criminologia, psicologia do desenvolvimento, entre outras, o uso de drogas é considerado frequentemente uma prática de alto risco que causa danos nos âmbitos sociais, políticos e individuais.

Conforme defende Caponi (2007, p. 12), a prevenção se transformou em “localização e determinação de riscos”, o que se refere “a soma de variáveis de dados impessoais, de fatores independentes, que podem, eventual e potencialmente, conjugar-se e produzir condutas médicas ou socialmente indesejáveis.” Assim, o risco significa uma correlação de critérios que podem ser calculados e medidos. Prevenir transforma-se em vigiar, ou melhor, antecipar acontecimentos indesejáveis em populações que são estatisticamente identificadas como portadoras de risco (CASTEL, 1984).

Romaní e Sepúlvega Galeas (2013) consideram que o risco é uma forma de racionalidade, um modo de tornar os eventos objetivos para poder governá-los. Neste sentido, o risco possibilita prever e controlar eventos, assim como o governo das populações.

Lembra Romaní (2013a) que diversos autores⁸ afirmam que é a partir dos critérios culturais, morais e políticos que a construção social do risco ocorre em todas as sociedades. Em muitas sociedades tradicionais, isso é algo reconhecido explicitamente e é a partir de determinadas manipulações ideológicas e simbólicas que se tenta desviar as consequências ruins dos riscos correspondentes. Porém, as sociedades modernas e contemporâneas tentam encobrir essa manipulação simbólica de gestão dos riscos com discursos especializados, que se dizem provenientes das análises científicas e objetivas da realidade e não de posições ideológicas.

O risco situa-se entre as novas técnicas de controle social, já não tão centradas em instituições de controle coercitivo, apesar de continuarem a ter importantes funções específicas, sobretudo na gestão de estimulação permanente dos desejos, por situá-los em um contexto de domínio ilimitado do mercado e de suas ideologias que justifiquem a sua posição dominante na

⁸ Mary Douglas (1996); Douglas e Wildawsky (1982); Robert Castel (1984).

sociedade. A partir desta ótica, destaca-se a capacidade ativa do risco nas modernas sociedades neoliberais (ROMANÍ, 2013a).

Pode-se constatar que houve uma certa separação do discurso crítico do campo das drogas a fim de se tentar contribuir para a elaboração de conhecimentos estratégicos na intervenção social em nível mais geral. Conseqüentemente, houve um planejamento político explícito, como ocorre em tantos outros movimentos sociais que necessitam articular suas especificidades a uma crítica explícita das relações de poder existentes, para atingir pelo menos parte de suas reivindicações e tentar consolidar a força das pessoas para solucionar aqueles problemas (ROMANÍ, 2013a).

A infância também tornou-se alvo da psiquiatria, cuja ideia de risco para o desenvolvimento de transtornos mentais é disseminada amplamente no âmbito da educação, da saúde, da família. O objetivo é que as crianças e os adolescentes sejam imediatamente tratados com medicamentos.

No artigo “A força-tarefa da psiquiatria do desenvolvimento”, Lima e Caponi (2011) relatam que os psiquiatras do Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia de Psiquiatria do Desenvolvimento para a Infância e Adolescência (INPD - Brasil) realizaram um projeto financiado pela indústria farmacêutica, que se traduz em uma força-tarefa para a prevenção de transtornos mentais na infância. O projeto consiste em diagnosticar precocemente as psicopatologias das crianças em idade escolar, ou seja, crianças que estão em risco de desenvolver algum transtorno mental. O transtorno mental da infância mais comum é o TDAH. Por essa razão, buscou-se averiguar como o DSM-5 expõe o risco para desenvolver este transtorno.

4.2.4 A falácia do risco para o TDAH

O TDAH, cujo diagnóstico no DSM-5 é baseado nos comportamentos de desatenção, hiperatividade e impulsividade, é o transtorno mental considerado mais comum na infância. Sua prevalência pode variar entre 3% a 13% nas crianças em idade escolar, dependendo do país (LEONARDI; RUBANO; ASSIS, 2015).

No DSM-5, são descritos “Fatores de Risco e Prognóstico” referentes ao TDAH, cujo conteúdo apresenta probabilidades que podem ou não se efetivar. Em outras palavras, não está explícito se de fato há algo concreto que afirme a relação direta destes fatores com o transtorno:

Temperamentais. O TDAH está associado a níveis menores de inibição comportamental, de controle à base de esforço ou de contenção, a afetividade negativa e/ou maior busca por novidades. Esses traços **predispõem** algumas crianças ao TDAH, **embora** não sejam específicos do transtorno.

Ambientais. Muito baixo peso ao nascer (menos de 1.500 gramas) confere um risco 2 a 3 vezes maior para TDAH, **embora a maioria** das crianças com baixo peso ao nascer **não desenvolva transtorno**. **Embora** o TDAH esteja **correlacionado** com tabagismo na gestação, **parte dessa associação** reflete um risco genético comum.

Uma minoria de casos **pode estar** relacionada a reações a aspectos da dieta. **Pode haver história** de abuso infantil, negligência, múltiplos lares adotivos, exposição a neurotoxina (p. ex., chumbo), infecções (p. ex., encefalite) ou exposição ao álcool no útero. Exposição a toxinas ambientais foi correlacionada com TDAH subsequente, **embora não se saiba se tais associações são causais**.

Genéticos e fisiológicos. O TDAH é **frequente** em parentes biológicos de primeiro grau com o transtorno. A herdabilidade do TDAH é substancial. Enquanto genes específicos **foram correlacionados** com o transtorno, **eles não constituem** fatores causais necessários ou suficientes. Deficiências visuais e auditivas, anormalidades metabólicas, transtornos do sono, deficiências nutricionais e epilepsia devem ser considerados **influências possíveis** sobre sintomas de TDAH.

O TDAH **não está associado a características físicas específicas**, ainda que taxas de anomalias físicas menores (p. ex., hipertelorismo, palato bastante arqueado, baixa implantação de orelhas) **possam ser** relativamente aumentadas. Atrasos motores sutis e outros sinais neurológicos leves **podem ocorrer**. (Notar que falta de jeito e atrasos motores comórbidos devem ser codificados em separado [p. ex., transtorno do desenvolvimento da coordenação].)

Modificadores do curso. Padrões de interação familiar no começo da infância **provavelmente não causam TDAH, embora possam influenciar** seu curso ou contribuir para o desenvolvimento secundário de problemas de conduta (APA, 2013, p.62) grifos nossos.

Observa-se que o texto (APA, 2013, p.62) é constituído por palavras que denotam: a) dispor algo de modo antecipado “Esses traços **predispõem** algumas crianças ao TDAH [...]”; b) oposição a ideia exposta “[...] **embora** não sejam específicos do transtorno; c) negação “[...] embora a maioria das crianças com baixo peso ao nascer **não** desenvolva transtorno”; d) alvo de modificações “[...] devem ser considerados **influências possíveis** sobre sintomas de TDAH” ; e) estabelecer uma correlação que pode não estar relacionada “**Embora** o TDAH esteja **correlacionado** com tabagismo na gestação, **parte dessa associação** reflete um risco genético comum” ou “Enquanto genes específicos **foram correlacionados** com o transtorno, **eles não constituem** fatores causais necessários ou suficientes”; f) incerteza ou dúvida “Padrões de interação familiar no começo da infância **provavelmente não causam TDAH, embora possam influenciar** seu curso [...]”, entre outros fatores que estão no texto acima.

Além das palavras do texto que nos induzem a antecipar um suposto futuro, os fatores expostos também são questionáveis, gerando mais dúvidas do que certezas.

Nos fatores **temperamentais**, associam a aspectos que não são específicos do TDAH, como níveis menores de inibição comportamental, controle por meio de contenção, busca por

novidades, entre outros citados no DSM-5. Como informações tão amplas, no que diz respeito ao comportamento humano, podem caracterizar o risco de desenvolver o TDAH?

Na relação com fatores **ambientais**, apresentam aspectos como: a) Baixo peso ao nascer, sendo que a maioria das crianças com esta característica não desenvolve TDAH. Se a maioria não desenvolve o TDAH, por que esta característica representa um risco? E qual a relação do peso de um recém-nascido com o TDAH? b) A correlação do transtorno com o tabagismo na gestação, sendo que parte desta associação representa um risco genético comum. Durante a gestação, como é identificado o risco de o bebê desenvolver TDAH se o diagnóstico do transtorno é com base no comportamento da criança no ambiente escolar e em casa? Como identificar o risco genético? c) Uma minoria de casos pode estar relacionada a reações da dieta. Nestes poucos casos, se a pessoa mudasse sua dieta resolveria os sintomas que poderiam indicar o diagnóstico de TDAH? d) Os aspectos relacionados à história pregressa, como abuso infantil, negligência ou múltiplos lares adotivos podem ser revelados em comportamentos similares aos sintomas previstos para o diagnóstico de TDAH. Entretanto, são questões sociais que necessitam de atenção em decorrência do sofrimento psíquico que geram, e não acarretar neste sujeito o rótulo de um transtorno mental. É importante ressaltar que os problemas sociais causam um sofrimento psíquico no sujeito, podendo levar à manifestação de comportamentos de impulsividade, desatenção, hiperatividade, tristeza, entre outros. Isso não significa que, durante o período de cinco ou seis meses, conforme previsto para o diagnóstico do TDAH, caso ele não supere estas dificuldades e ainda manifeste estes comportamentos, seja necessário receber um diagnóstico de um transtorno mental. O principal tratamento preconizado para o TDAH é a Ritalina (medicamento classificado como tarja preta). Seria adequado tratar questões sociais tão complexas como estas com um medicamento? e) O DSM-5 cita a exposição a neurotoxinas, a infecções, ao álcool no útero como correlacionadas ao TDAH subsequente, apesar de não saberem se há influência causal para o transtorno. Se não há comprovações quanto à influência causal, como essas situações podem representar risco para o desenvolvimento do TDAH?

No que diz respeito a fatores **genéticos e fisiológicos**, o Manual menciona que: a) “ o TDAH é frequente em parentes biológicos de primeiro grau com o transtorno”, e de que foram encontrados genes específicos correlacionados com o transtorno, mas os genes não constituem fatores causais ou suficientes. Se não é possível afirmar que os genes são causais ou suficientes, como garantir que a herdabilidade é substancial? b) As influências consideradas possíveis sobre o sintoma do TDAH, como: deficiências visuais e auditivas, anormalidades metabólicas,

transtornos do sono, deficiências nutricionais e epilepsia, provavelmente, irão ocasionar alguns prejuízos para a pessoa que sofre desses problemas. Por exemplo, uma criança que tem deficiência auditiva talvez não fique sentada em sala de aula, uma vez que não exista um recurso para que ela entenda o conteúdo exposto, e isso não quer dizer que seja influência ou esteja relacionado a algum sintoma do TDAH. Ou ainda, se a criança não consegue dormir de maneira adequada, provavelmente, apresentará um déficit de atenção durante a aula. Assim como estes exemplos, questiona-se por que alguns desses fatores influenciariam os sintomas do TDAH? c) Apesar de não associar o TDAH a características físicas específicas, o DSM-5 menciona “anomalias físicas menores”, como: hipertelorismo, palato bastante arqueado, baixa implantação de orelhas. Estas ditas anomalias são estigmatizantes para o sujeito que pode tornar-se vítima de preconceito e sofrer bullying. Se o TDAH não está relacionado a características físicas específicas, qual a lógica de associá-lo a pequenas características denominadas de anomalias físicas?

Nos fatores **modificadores de curso**, é interessante salientar que o DSM-5 afirma que, provavelmente, a interação familiar no começo da infância não causa TDAH, mas pode contribuir para o desenvolvimento secundário de problemas de conduta. Ora, pode-se observar no texto que o DSM-5 considera uma ampla gama de fatores como causas do TDAH. Deste modo, considerando que os sintomas do TDAH são observados no comportamento da criança, que sofre influência do contexto em que vive, como a interação familiar no começo da infância é desconsiderada para essa situação?

Observa-se que, sob a perspectiva do risco, parece que tudo pode ocasionar o TDAH. Isso gera muitos questionamentos com relação aos fatores descritos no DSM-5. A percepção relativa a essas informações é a de que não transparecem fatores sólidos, mas probabilidades de situações que podem ou não ocorrer. Como o DSM-5 é realizado com base em pesquisas, acredita-se que é possível e inclusive importante investigar todos os fatores que por ventura estejam relacionados a qualquer transtorno mental. Todavia, isso não significa que os aspectos investigados representem fatores de risco, pois, caso fossem de fato comprovados, seriam fatores relacionados ao transtorno e não de risco. Assim como a ideia de risco torna todas as probabilidades possíveis, o inverso também é verdadeiro, ou seja, na mesma proporção, as probabilidades também podem não ocorrer. Neste sentido, e, no que diz respeito ao TDAH, o risco pode vir a ser uma falácia.

O risco é uma estratégia que viabiliza moldar o comportamento de acordo com interesses de quem exerce o poder e quem é submetido a ele. Segundo Conrad e Schneider

(1992), a classe médica tem o poder exclusivo para transformar o comportamento humano em outros comportamentos, ainda que de maneira legal e dentro de certos limites. Portanto, é necessária a existência de uma etiqueta médica para justificar o tratamento. Dessa forma, para um mecanismo de controle social, deve estar obrigatoriamente contextualizado e conceituado em termos médicos. Os autores acrescentam que, sob a perspectiva da sociologia, o tratamento farmacológico da hipercinesia surgiu como um mecanismo de controle social precedendo a própria doença. Uma perspectiva da história do desenvolvimento do controle médico afirma que o “rótulo” (transtorno ou desordem) foi criado para facilitar o uso de um mecanismo específico de controle social - neste caso as drogas psicoativas -, visão que Conrad e Schneider (1992) endossam como uma provável interpretação das evidências.

Neste contexto, Foucault (2002b, p. 35) traduz como ocorre este emaranhado jogo de relações de poder: “o poder se exerce em rede e, nessa rede, não só os indivíduos circulam, mas estão sempre em posição de ser submetidos a esse poder e também de exercê-los”. Deste modo, o poder é exercido perpassando por microssistemas frágeis (família, escola, associações de apoio a pessoas com transtornos mentais), em que o Estado é o grande mentor de sustentação destas redes. Como reforça Silveira (2015, p. 59):

“[...] Estado torna-se um campo de disputa pelo controle dos instrumentos de normalização e hierarquização dos saberes, através da concepção e reformulação de instituições como a família, a escola, o hospital e a universidade, que atuam no interior desses saberes, ordenando-os conforme critérios de objetividade estabelecidos no calor da luta cotidiana”.

Silveira (2015) ainda ressalta que, de acordo com Foucault, a instituição dos dispositivos de segurança reflete a emergência de uma nova “razão de Estado”, demarcada pelo surgimento de uma relação bastante peculiar entre o poder e o saber, o governo e a ciência.

Considera-se que esta forma de prevenção, baseada em cálculos e previsões, induz ao indicativo de que a saúde mental da população está em risco, promovendo assim, a medicalização da vida e facilitando o controle social. Nesta direção, o DSM funciona como um dispositivo de segurança que garante a necessidade não somente do diagnóstico, mas também do tratamento, conforme discutiremos no próximo capítulo.

4.3 REPERCUSSÕES DO DSM NA COMUNIDADE CIENTÍFICA

Nos últimos anos, a proliferação de diagnósticos de transtornos mentais tem tomado uma proporção devastadora, atingindo a população mundial. Isso seria um indicativo de que a população está realmente tomada por problemas de saúde mental? O sofrimento psíquico intenso é bastante complexo e exige um olhar clínico minucioso sobre o sujeito e o seu contexto, antes de ser estabelecido um diagnóstico de transtorno mental. Mediante a complexidade desta situação, questiona-se como ocorre com tanta facilidade esta proliferação de diagnósticos de transtornos mentais. Estes diagnósticos cresceram significativamente em paralelo à disseminação das edições do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (conhecido como DSM, devido ao título original em inglês *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), o qual apresenta uma classificação dos comportamentos ditos desviantes.

Neste contexto, este estudo visa analisar a repercussão na comunidade científica do uso do DSM como instrumento para fundamentar os diagnósticos de transtornos mentais. Para a elaboração deste trabalho, buscou-se realizar uma revisão integrativa, conforme já descrita detalhadamente no capítulo de métodos. Apresenta-se a seguir as quatro temáticas extraídas dos materiais selecionados.

4.3.1 Patologias mentais: uma breve história das classificações psiquiátricas

Na sociedade contemporânea, há um número exorbitante de pessoas diagnosticadas com transtornos mentais em todas as partes do mundo. Esta “epidemia” de transtornos mentais instiga pesquisadores de diversas áreas do conhecimento a investigarem como chegamos a tal fenômeno no século XXI. Assim, busca-se delinear uma breve história das classificações psiquiátricas, do século XIX até a atualidade.

Desde a metade do século XIX, inicia-se uma nova forma de compreender e lidar com as doenças mentais. Os delírios, alucinações, atos violentos deixam de ser o foco da atenção e busca-se elaborar classificações de comportamentos e condutas que ocorrem na vida cotidiana dos sujeitos. Deste modo, vários comportamentos passam a ser considerados como desviantes e objeto de estudo e práticas médicas (CAPONI, 2012).

No período que corresponde à metade final do século XIX e início do século XX, surgem as estratégias de intervenção e de gestão das populações relacionadas à teoria da degeneração de Morel, cuja proposta é criar uma classificação das doenças mentais. A ideia era

“substituir uma classificação sintomática por uma classificação etiológica das doenças mentais, pois somente com a determinação das causas poderiam ser elaborados um sistema classificatório de patologias e uma terapêutica adequada” (CAPONI, 2012, p. 22).

No período que compreende o fim do século XIX e início do século XX, Emil Kraepelin foi considerado o grande sistematizador da psicopatologia descritiva, quem consolidou a propensão nosológica. No período de 30 anos, houve oito edições do seu Manual de psiquiatria, sendo que todas apresentaram alterações nosológicas. Na perspectiva de Kraepelin, tratava-se de distinguir os diversos modos de sofrimento mental com base na clínica, que assim teriam o mesmo estatuto das doenças físicas que a medicina tratava (DUNKER, 2014).

Segundo Caponi (2012), desde a primeira edição (1883) até a oitava edição (1915) do Manual de Psiquiatria, o intuito de Kraepelin foi criar classificações de patologias psiquiátricas de modo que servissem como referência para a formação dos profissionais. As novas edições do Manual apresentavam ajustes, novos grupos de patologias, diagnósticos mais precisos, fundamentados nas descobertas científicas no campo da neurologia, das doenças cerebrais, da estatística médica, bem como estudos sobre herança (CAPONI, 2012).

Nos Estados Unidos, o principal objetivo para desenvolver uma classificação de transtornos mentais era obter informações estatísticas. A primeira tentativa foi em 1840 a partir da medição da frequência de duas categorias - idiotice e insanidade – com a finalidade de constituir o Censo. Para o Censo do ano de 1880, haviam estabelecido sete categorias – mania, melancolia, monomania, parestia, demência, alcoolismo e epilepsia -, com o propósito de organizar o sistema asilar (APA, 2016). A última classificação que antecede o primeiro DSM surge em 1918, no Manual Estatístico para o Uso de Instituições de Insanos, com 22 categorias, entre elas, destacam-se a Psicose, Melancolia, Demência Precoce, Paranoia, Psiconeuroses e Neuroses (DUNKER, KYRILLOS NETO, 2011).

Até a Segunda Guerra Mundial, a psicanálise e a psiquiatria perpetuaram um sistema de trocas, o qual promoveu o progresso da psicopatologia, abarcou importações conceituais, criou campos de confluência metodológica, mutualismos diagnósticos, derivações semiológicas e hipóteses etiológicas (QUINET, 2001). No período entre os anos de 1900-1950, a psicanálise fundamentou a classificação norte-americana das doenças mentais, principalmente, com base nos conceitos de personalidade, estrutura e psicodinâmica (DUNKER, 2014).

DSM I (1952)

A partir da segunda metade do século XX, surgiu a necessidade de organizar sistemas

diagnósticos, de modo que houvesse uma padronização nas categorias de doenças, as quais atenderiam as finalidades acadêmicas, terapêuticas, legais, administrativas e financeiras (ALARCÓN; FREEMAN, 2015). O intuito era estabelecer um consenso terminológico entre os clínicos, todavia não estava bem definido o limite entre o normal e o patológico (DUNKER, 2014). Com este propósito, em 1952, a Associação Americana de Psiquiatria (APA) publicou a primeira versão do DSM I com 106 categorias, pautado em um enfoque predominantemente psicanalítico. Nesse Manual, a reformulação psicopatológica estava baseada na “racionalidade diagnóstica centrada em tipos de reação e no pressuposto sintético da história de vida e das moções determinantes das doenças mentais” (DUNKER; KYRILLOS NETO, 2011, p. 6).

Adolf Meyer (1866-1950), psiquiatra suíço que foi presidente da APA, influenciou o sistema diagnóstico do DSM I, em que predominava categorias provenientes da psicodinâmica, salientando a oposição entre neurose e psicose. Era contrário à noção de processo e divisões propostas por Kraepelin. A racionalidade diagnóstica de Meyer estava voltada para os tipos de reação, levando em consideração a história de vida detalhada dos pacientes e as oscilações das doenças mentais. O primeiro grupo estava voltado, sobretudo, para a ansiedade até a depressão. Já o segundo grupo estava demarcado pelas alucinações e delírios somados à perda significativa da realidade. Ambos os grupos apresentavam aspectos que diziam respeito à etiologia biológica e condições responsivas a contextos sociais (DUNKER, 2014).

DSM II (1968)

O DSM II foi publicado em 1968, apresentando 182 categorias. Foi elaborado concomitantemente com o CID-8 (Classificação Internacional de Doenças) e não houve muitas alterações em relação a primeira versão (ARAÚJO; LOTUFO NETO, 2014). Nesta edição, desaparece a noção de “reação” e há uma alteração terminológica originando a oposição entre neuroses e desordens de personalidade. Mantém-se o conceito de “neurose”, o que demonstra o predomínio da psiquiatria psicodinâmica (DUNKER; KYRILLOS NETO, 2011). Esta versão do DSM não agradou a comunidade científica, o que levou os especialistas a iniciarem uma nova revisão um ano depois de sua publicação (BARRIO, 2009).

DSM III (1980)

Em 1974, o psiquiatra Robert Spitzer comanda uma força tarefa com a finalidade de estabelecer uma nova versão do Manual. Um dos principais objetivos foi aperfeiçoar a uniformidade e a validade do diagnóstico psiquiátrico, bem como padronizar as práticas de

diagnóstico entre os Estados Unidos e outros países. Esta proposta surgiu após os resultados de uma pesquisa que demonstrou diferenças significativas entre os diagnósticos psiquiátricos dos Estados Unidos e dos países europeus. A primeira iniciativa foi tornar a nomenclatura do DSM coerente com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e problemas Relacionados à Saúde (DUNKER, 2014).

No final da década de 1970, a confusão de línguas na psiquiatria era enorme, foi quando DSM III adotou os critérios da medicina baseada em evidências, recém surgidos na época. Esse fato foi considerado como uma revolução científica. A ideia de uma classificação convencional, normativa e arbitrária de “transtornos mentais” foi bem aceita, uma vez que facilitaria o trabalho dos profissionais de saúde mental, das coberturas das empresas de seguro, pesquisa científica e da alocação dos recursos públicos em saúde mental (DUNKER, 2014). O objetivo foi a criação de uma classificação útil para tomar decisões e respaldar os tratamentos que incluíam categorias diagnósticas confiáveis, que fossem fruto do diálogo entre as diferentes abordagens da época, inclusive as psicossociais e a psicanalíticas (MARTÍNEZ-HERNÁEZ, 2000a).

De modo geral, as vantagens do DSM III, foram a expansão e a melhoria na comunicação de diagnósticos (ALARCÓN; FREEMAN, 2015). Estabelecia-se assim a divisão bem definida do que eram os problemas do cotidiano e o que era de fato a doença mental. Segundo Martinez-Hernaez (2000a), o Manual foi elaborado em um contexto de biomedicalização da prática psiquiátrica, em que as classificações são obrigatoriamente distintas das teorias preconizadas pelas abordagens psicossociais e psicanalíticas dos manuais antecessores (DSM I e DSM II). A classificação feita no DSM III lembra as taxonomias desenvolvidas por Kraepelin entre 1885 e 1926 (MARTÍNEZ-HERNÁEZ, 2000b). O DSM III chega concomitantemente com a desinstitucionalização dos pacientes crônicos movida pela luta antimanicomial. A reformulação de políticas de saúde mental também foi baseada na ascensão dos tratamentos farmacológicos e na crítica à psicanálise por inspirar a diagnóstica psiquiátrica (DUNKER, 2014).

A publicação do DSM III ocorre em 1980, com 265 categorias, e apresenta uma posição ateoría, objetiva e supostamente neutra. Além disso, inseriu uma lógica de causalidade multifatorial, o que facilitou uma conexão com a epigenética (ALARCÓN; FREEMAN, 2015). As perspectivas psicodinâmicas e fisiológicas foram substituídas pelo método classificatório “multiaxial”, sistema que busca uma forma mais adequada para o censo da população estatística, no lugar de um diagnóstico simples (DUNKER, 2014). Esta nova abordagem multiaxial e categórica apresenta critérios diagnósticos operacionalizados, guiados pela melhor

confiabilidade e validade, ainda que não haja uma delimitação clara (ALARCÓN; FREEMAN, 2015).

O termo neurose aparece pela última vez como categoria clínica. A eliminação do conceito de “neurose” gerou polêmica em função de que esta seria uma das classes fundamentais da psicopatologia psicanalítica e que justificaria a eficácia desse modo de psicoterapia. Os reformadores do DSM III consideraram que esse conceito tornara-se vago e não científico, o que pôs em risco a aprovação desta nova versão pelo Conselho de Administração da APA. Assim, estabeleceram um compromisso político de reutilização do termo, o qual foi mencionado entre parênteses, em alguns casos, depois da palavra “*disorder*”. Portanto, pode-se considerar que as relações entre a psicanálise e a psiquiatria tiveram um ponto de virada demarcado pelo DSM III (DUNKER; KYRILLOS NETO, 2011; MALDONADO et al, 2011). Nesta edição, há a exclusão da categoria “homossexualidade” e a introdução do transtorno de personalidade narcisista (DUNKER; KYRILLOS NETO, 2011).

O DSM III é o marco da mudança de paradigma no âmbito da psiquiatria, que até o momento era regida, principalmente, com fundamentação na psicanálise. As patologias psiquiátricas passam a ser definidas por agrupamentos de sintomas, o que ocasionou a supressão das histórias de vida, das narrativas dos pacientes, das causas psicológicas e sociais que possivelmente causaram algum sofrimento psíquico e/ou sua manifestação em determinado comportamento (CAPONI, 2014). Esta transformação ocorre em função de um grupo de psiquiatras americanos, autodenominados *neokraepelinianos* e que, fundamentados nos novos avanços científicos, apresentavam estudos populacionais, bancos de dados quantitativos, descobertas da neurologia, anatomopatologia cerebral e da genética para elaborar o DSM III e as sucessivas edições do Manual (CAPONI, 2012).

Esta transformação na psiquiatria demarcada pelo DSM III, ao apresentar um sistema classificatório ateuórico e operacional das síndromes psiquiátricas, modificou a concepção de pesquisa e da prática psiquiátrica. Esse manual disponibilizara à psiquiatria, sob a ótica descritivo-terminológico, um sistema preciso de diagnóstico e suporte para a pesquisa empírico-experimental. Os diagnósticos tornaram-se instrumentos convencionais, excluindo qualquer referência ontológica. Passou-se a exigir apenas a concordância no plano descritivo (DUNKER; KYRILLOS NETO, 2011). Com base em considerações descritivas, as classificações psicopatológicas passaram a ser definidas como síndromes, houve o abandono do enfoque psicodinâmico, prevaleceu o modelo biomédico para averiguar a diferença entre o normal e o anormal, e ainda foram acrescentadas muitas categorias novas de transtornos

(MALDONADO et al, 2011).

Pela primeira vez , a psiquiatria, se posiciona em oposição à psicanálise, acusando os psicoterapeutas de criarem demandas e serviços para as pessoas que estavam apenas descontentes e não realmente doentes. Responsabilizava-os também pela superpopulação de internos nas instituições psiquiátricas, para o sexismo e o uso político da psiquiatria (MAYES; HORWITZ, 2005). A psicanálise era um entrave para os psiquiatras que tinham uma visão fisicalista dos transtornos mentais, os quais estavam ligados à pesquisa experimental, e também para os psiquiatras progressistas, que acusavam a psicanálise de psicologizar problemas de ordem social (DUNKER; KYRILLOS NETO, 2011).

As transformações nos conceitos das enfermidades psiquiátricas no DSM III fazem com que os profissionais da saúde mental mudem os estilos de entrevistar, passando de um modo psicodinâmico, orientado pelo insight, para um modo descritivo, orientado pelo sintoma. Na entrevista orientada pelo sintoma parte-se do pressuposto que os distúrbios psiquiátricos se manifestam por meio de um conjunto peculiar de sinais e sintomas, um curso previsível e uma resposta a um tratamento específico. A meta neste tipo de entrevista é classificar as queixas e disfunções do paciente mediante as categorias determinadas pela classificação DSM. Assim, o diagnóstico indica um curso futuro e auxilia a selecionar o tratamento mais eficaz, porém não é possível um conhecimento sobre suas causas (OTHMER, 1992 apud DUNKER; KYRILLOS NETO, 2011).

A versão revisada do DSM III, denominada DSM III-R, foi publicada em 1987 sob a direção de Spitzer, e apresentou 292 categorias. Esta versão recebeu diversas críticas por utilizar uma metodologia empobrecida para chegar aos critérios operacionais. As retificações dos conceitos foram consideradas prejudiciais, a etiologia como conceito central para identificar quadros mórbidos continuava evasiva, apresentava instabilidade diagnóstica, principalmente a curto prazo, e não havia marcadores biológicos que possibilitassem um avanço nosológico (ALARCÓN; FREEMAN, 2015).

DSM IV (1994)

O DSM IV foi publicado em 1994, com 297 categorias distribuídas em 886 páginas. O psiquiatra Allen Frances comandou um comitê de direção com 27 pessoas, as quais formaram 13 grupos de trabalho com 5 a 16 pessoas, sendo que cada grupo tinha um conselho composto em média por 20 pessoas. A principal alteração em relação às versões anteriores foi a inclusão de um critério de significância clínica para praticamente metade das categorias que tinham

sintomas e causavam sofrimento clinicamente importante ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional, entre outras áreas (DUNKER, 2014). A histeria é desmembrada em síndromes: dissociação, disformismo corporal, ansiedade, depressão e fibromialgia. Este DSM exclui os psicodinamismos da etiologia conversiva e os substitui pelo enfoque neo-organicista, em contraposição ao organicismo anterior (DUNKER; KYRILLOS NETO, 2011).

Os diagnósticos psiquiátricos foram organizados no DSM IV em cinco eixos:

1. Eixo I: distúrbios clínicos, incluindo os principais transtornos mentais, e desenvolvimento e distúrbios de aprendizagem;
2. Eixo II: retardo subjacente penetrante ou condições de personalidade, bem como mental;
3. Eixo III: situações clínicas agudas e doenças físicas;
4. Eixo IV: fatores psicossociais e ambientais que contribuem para a desordem;
5. Eixo V: avaliação global de funcionamento.

Para Alarcón e Freeman (2015), o DSM IV surgiu devido à necessidade de melhorar o nível de qualidade das informações e ao reconhecimento da tensão gerada pelo DSM III, entre maior facilidade de uso e a consistência científica. Em função disto, foi dada maior ênfase à psiquiatria baseada em evidências, de modo que equilibrou o peso de elementos de diagnósticos nosológicos preconizados por defensores de uma saúde mental de orientação mais social. Depois de aceitar o valor relativo de diversos fatores de validação, considerando resposta ao tratamento e prognóstico, o DSM IV revisou critérios diagnósticos de um moderado número de entidades, acrescentou e eliminou alguns transtornos, caracterizou subtipos de outros, incluiu em grupos afins, demarcou normas de interpretação e generalização das informações incluídas (ALARCÓN; FREEMAN, 2015).

Na versão atualizada deste Manual, no ano 2000, denominada de DSM-IV-TR, aparecem mais 21 categorias no apêndice B, além das 297 já existentes na versão antiga. Nesta, há uma valorização de comorbidades e cruzamentos entre eixos diagnósticos (DUNKER; KYRILLOS NETO, 2011). A edição DSM-IV-TR não apresentou modificações substanciais, as críticas apontaram a falta de operacionalização dos diagnósticos e as retificações de muitas das entidades listadas. Observaram também dificuldades do uso em consultórios de Atenção Primária e centros de pesquisa, o que demandava a criação de um Manual específico para o uso nestas instituições. Outras críticas foram dirigidas ao seu uso imprudente e excessivo por advogados e administradores, com interpretações equivocadas, devido a partes do Manual consideradas ambíguas e imprecisas (ALARCÓN; FREEMAN, 2015).

Para Maldonado et al (2011), muitos critérios diagnósticos do DSM-IV-TR são extensos

e difíceis de lembrar. Os autores consideram que a simplificação dos critérios diagnósticos poderia reduzir o seu uso inapropriado, além de ajudar o trabalho clínico dos psiquiatras, mesmo que, paradoxalmente, tenha que apresentar maior estrutura e rigidez.

Martínez-Hernández (2000a) relata que nos novos DSMs se faz alusão à interpretação dos sintomas e dos transtornos mentais como não sendo uma tarefa própria da classificação, mas do clínico que fará um diagnóstico, de acordo com seu conhecimento e sua experiência. No entanto, a interpretação do que relata o paciente fica limitada à própria estrutura descritiva dos critérios diagnósticos já postos no DSM. Deste modo, torna-se mais difícil a compreensão e uma interpretação das expressões do paciente, uma vez que já haviam sido reconstruídas em um formato de manifestações biológicas.

DSM-5 (2013)

Durante a elaboração DSM-5, os trabalhos de campo foram posteriores à captação de uma diversidade de opiniões e comentários publicados por mais de 8.000 pesquisadores, clínicos, pacientes e familiares, além dos grupos de trabalhos designados. O enfoque principal foi a medição da gravidade dos sintomas e a avaliação em forma dimensional e transversal daqueles que apresentavam ampla diversidade de diagnóstico. Apesar do grande esforço para atingir os objetivos das tarefas propostas pelos organizadores, houve o apontamento de muitos erros nas estratégias para alcançar estes objetivos, como sigilo desnecessário, ambições de risco, métodos desorganizados e prazos irrealistas para o término (MALDONADO et al, 2011).

Esta última edição do DSM foi publicada em maio de 2013, com 947 páginas, organizado em três sessões. A seção I apresenta as orientações para o uso clínico e forense. A seção II descreve os critérios e códigos diagnósticos dos transtornos. E por fim, na seção III estão os instrumentos para as avaliações dos sintomas, os critérios sobre a formulação cultural dos transtornos, o modelo alternativo para os transtornos de personalidade e uma descrição das condições clínicas para estudos posteriores (APA, 2013).

Assim como as demais versões, o DSM-5 está fundamentado no modelo categorial. Entretanto, sabendo das limitações deste sistema, seus autores incorporaram um enfoque mais dimensional em relação aos outros. Deste modo, é possível analisar se o sintoma é leve, moderado ou severo em diversos quadros clínicos. O sistema multiaxial foi suprimido porque gerava distinções superficiais e era pouco utilizado. Deste modo, as categorias diagnósticas dos eixos I e II do DSM-IV-TR foram incluídas na seção II do DSM-5 com anotações separadas em cada categoria para as condições médicas associadas que pertenciam ao eixo III, para os

fatores psicossociais e ambientais que caracterizavam o eixo IV e para incapacidades, ou seja, dificuldades no funcionamento social, laboral ou em outras áreas importantes da vida cotidiana que constituía o eixo V do DSM-IV-TR. Na seção III, foram incluídas em todos os grupos diagnósticos, medidas dimensionais de severidade ou de frequência das últimas semanas em 13 conjuntos de sintomas, sendo 12 para crianças e adolescentes. Nesta edição do DSM, os capítulos foram organizados de modo que considerassem mais o ciclo de vida, em relação às edições anteriores. No início do Manual, estão os quadros clínicos que se manifestam nas primeiras fases do desenvolvimento, como os transtornos do desenvolvimento; na parte central, estão os transtornos que geralmente aparecem na adolescência e na idade adulta, como os transtornos de ansiedade, depressão ou do espectro da esquizofrenia; no final, estão os transtornos neurocognitivos, relacionados a velhice (ECHEBURÚA; SALABERRIA; CRUZ-SAEZ, 2014).

O DSM-5 traz uma lista de questões sociais que passam a ser consideradas como patologia, por exemplo: problemas de relacionamento, rompimentos familiares, negligência ou abuso parental, violência doméstica ou sexual, negligência ou abuso conjugal, problemas ocupacionais e profissionais, situações de falta de domicílio, problemas com vizinhos, pobreza extrema, baixo salário, discriminação social, problemas religiosos e espirituais, exposição a desastres, exposição a terrorismo e a não aderência ao tratamento médico. O que induz a exclusão da noção de sofrimento, somados à disseminação gerada pela recusa em pensar os sintomas no quadro como uma forma de vida (DUNKER, 2014).

Dunker (2014) nota que as renovações apresentadas no DSM-5 são questionadas por muitos psiquiatras por não se configurarem como descobertas científicas, mas redefinições dos nomes dos sintomas e definições operacionais de síndromes. Desta forma, o diagnóstico é sobrevalorizado mediante a análise retrospectiva dos efeitos de medicações em que o mecanismo de ação ainda é desconhecido (DUNKER, 2014).

Entretanto, para Alarcón e Freeman (2015), o DSM-5 apresentou diversos pronunciamentos ontológicos que enriqueceram o Manual: etiologia dos transtornos mentais fundamentadas em orientações neurobiológicas; confiabilidade e validade na classificações de modo equiparável ao que exige a medicina; avanços nas pesquisas básicas e clínicas, devido a muitos anos de trabalhos, com continuidade garantida de forma que possam ser atualizadas as novas versões do DSM, que está atualmente classificada com números arábicos DSM-5, justamente para ser seguida por DSM-5.1 e assim sucessivamente (ALARCÓN ; FREEMAN, 2015). A polêmica sobre os DSMs e principalmente o DSM-5 é bastante ampla, repleta de

controvérsias, conveniências e críticas, conforme apresenta-se a seguir.

4.3.2 Controvérsias na Racionalidade Diagnóstica do DSM

A racionalidade diagnóstica do DSM coloca em cheque a psiquiatria e seus paradigmas. Neste sentido, expõe-se os argumentos de autores que apontam controvérsias tanto no âmbito da psiquiatria quanto na racionalidade diagnóstica dos DSMs.

Segundo Berrios (2007, p.11), a psiquiatria é o “conjunto de narrativas desenvolvidas (principalmente por sociedades ocidentais) para configurar, explicar e lidar com fenômenos comportamentais, os quais, com base em critérios sociais, mais do que neurobiológicos, foram definidos como desvios”. Para Izaquirre (2011), a psiquiatria não é uma ciência e está distante de conquistar este objetivo. Ela estaria relacionada ao desenvolvimento de outras disciplinas heterogêneas entre si, nas quais busca se embasar. Todavia, estas lhe proporcionariam mais interrogações do que soluções.

No decorrer da história, a psiquiatria estabelece três paradigmas,: o primeiro é marcado pela “alienação mental”, fundamentada por Pinel e outros autores, que permaneceu desde o final do século XVIII até a metade do século XIX (1793 a 1854). O segundo paradigma rompeu com a ideia de doença ou afecção única, onde os alienistas desenvolveram a descrição das doenças mentais e a organização dos quadros classificatórios. Neste período, ocorreu a entrada da psiquiatria na medicina, momento em que se desenvolveram diversas classificações, tendo como destaque as edições da classificação de Kraepelin. E o terceiro, é denominado de “estruturas psicopatológicas”, devido à influência de diversas disciplinas desta época (*Gestalttheorie*, neurobiologia, fenomenologia, os formalistas russos, o estudo dos mitos na antropologia do século XX, a semiologia e a linguística, as matemáticas e a psicanálise). O fundamental no terceiro paradigma foi o estabelecimento dos três grupos: neuroses, perversão e psicoses. Ao final do estabelecimento do terceiro paradigma, desenvolveram-se novos psicofármacos, o que, progressivamente, se tornou destaque e impulsionou os estudos sobre a neurociência e a genética, fato que talvez caracterize um novo paradigma da psiquiatria (IZAGUIRRE, 2011). Izaguirre (2011) questiona se realmente as neurociências, os psicofármacos e a genética poderão constituir o novo paradigma da psiquiatria.

A temática que envolve esta questão é discutida por Esperanza (2011), afirmando que a psiquiatria nunca encontrou um “substrato anátomo-clínico” que tornasse possível incluí-la legitimamente no campo da medicina, embora ainda continue procurando. Para a autora, o

DSM, bem como a CID, são produtos condizentes com o “vazio de saber” que se aloja no interior da psiquiatria e possibilita o seu traslado para a medicina geral ou para o “dinamismo médico-farmacêutico”. Esperanza (2011, p. 54) acrescenta que:

[...] até hoje, não somente a psiquiatria não inventou nenhuma nova entidade, como tampouco pôde encontrar o correlato orgânico esperado. Nem sequer a teoria da neurotransmissão com sua ação psicofarmacológica pode suturar esse passo que acossa a psiquiatria desde sempre, posto que segue se apresentando com um desejo assintótico: um correlato orgânico sempre possível, mas nunca demonstrado.

Nesta direção, ao falar sobre a sobrevalorização dos diagnósticos mediante a análise dos efeitos dos medicamentos, Dunker (2014, p.94) afirma que “a unidade perdida com o sequestro da neurose, como hipótese que unifica história de vida, sintomas e personalidade, é reencontrada na unidade de um objeto: a medicação”. O autor relembra que, nos anos 1958, surge a hipótese da recaptura da noradrelina para explicar o mecanismo da ansiedade. Da mesma forma, em 1960, houve a relação da dopamina e a esquizofrenia. Nos anos 1970, houve a associação entre a serotonina e a depressão e, na década de 1980, a relação da endorfina com os circuitos de prazer. Trata-se da mesma matriz hipotética que é reaplicada em diferentes casos, cujo transtorno é um déficit da substância neuronal e a medicação age de modo compensatório, com a justificativa de que o corpo não está conseguindo produzir. Esta hipótese desconsidera que os estados mentais podem ser produzidos de forma inédita no sentido proprioceptivo, ou seja, de se perceber conforme as informações que chegam ao cérebro e colaboram para a ação, de modo que temos consciência da posição, assim como na experiência corporal e significação do sujeito. Dunker (2014, p. 95) cita como exemplo o metilfenidato (Ritalina), cujo uso prolongado pode determinar “um ‘antes’ e um ‘depois’ da medicação, que estabelece uma nova unidade no eu, mas esta é criada pela medicação e não pressuposta por ela.

Para Dunker (2014), as descobertas em torno dos neurotransmissores são questionáveis. Ao mesmo tempo, é também difícil compreender como:

Palavras, principalmente metáforas, narrativas ou experiências de linguagem em contexto intersubjetivo induzem a receptação e a distribuição de neurotransmissores como dopamina, serotonina, noradrenalina e endorfinas. Palavras mudam o seu cérebro, e o seu cérebro muda suas palavras, mas não da mesma maneira (DUNKER, 2014, p.95).

A racionalidade diagnóstica do DSM, considerada hegemônica na contemporaneidade, “permite alienar o sujeito de e em sua própria forma de vida” (DUNKER, 2014, p. 96). O autor

ainda questiona “qual seria sua implicação em um ‘estado de adoecimento’ contra o qual ele nada pode, pois afinal é seu cérebro que o domina?”

Na prática clínica, há muitas controvérsias com relação às classificações psiquiátricas, pois a psiquiatria rompe com as teorias de cunho crítico filosófico que constituíam as características das patologias mentais. Tais influências filosóficas podem ser observadas em Pinel que se baseia no pensamento Hegel, no de Kraepelin (psiquiatria clássica alemã) pela teoria de Kant, em Esquirol e em Morel (psiquiatria clássica francesa), fundamentado no positivismo contemporâneo e na psiquiatria de Karl Jaspers influenciada por Husserl (BERRIOS, 1996). Posteriormente, em meados do século XX, a psicanálise é incluída neste rol psiquiátrico-filosófico. Como ainda chama a atenção Dunker (2014, p.86):

Não que o programa contido no Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais esteja isento de implicações filosóficas, éticas e epistemológicas, mas estas jamais são assumidas explicitamente, e o centro dessa problemática é deslocado para o campo genérico da fundamentação das ciências biológicas. O fato que nos interessa é o rompimento do nexos com os discursos psicanalítico e social que faziam a patologia mental depender dos modos de subjetivação e socialização em curso em um dado regime de racionalidade. Dessa maneira, é bastante plausível que tais modos de subjetivação e socialização encontrem-se ainda presentes nas categorias psiquiátricas, posto que sua formação histórica acusa esse regime de dependência. Ocorre que tal fato tornou-se invisível e apagado da prática diagnóstica corrente ou das razões que a justificam .

De acordo com Dunker e Kyrillos Neto (2011), o DSM é um instrumento relevante para compreender a transformação desse duplo sistema de correspondência psicanalítico-psiquiátrico e psicopatológico-filosófico. Em 1952, quando surgiu a primeira versão do DSM, houve o reconhecimento dos esforços da psicanálise que antecederam este manual. A história das relações entre a psicanálise e a psiquiatria revela que talvez haja um comprometimento da psicanálise com a psiquiatria muito mais significativo do que a psicanálise atualmente gostaria de admitir e também uma dependência da psiquiatria em relação a psicanálise muito mais ampla do que a psiquiatria está disposta a reconhecer (Dunker; Kyrillos Neto, 2011). Foi a partir do DSM III (1980-1987) que a psiquiatria dá uma grande virada, removendo as categorias e signos clínicos da psicanálise e passando a se considerar como atórica, deslocando-se para o campo das ciências biológicas, e assim segue as sucessivas edições do Manual até o DSM-5, com fundamentação na psiquiatria baseada em evidências.

Para Maldonado et al (2011), foi Kraepelin quem implantou um sistema de classificação baseado em marcos teóricos, observação e medição das psicopatologias. As categorias atualmente são oriundas das classificações, cujas referências de maior uso no campo

da saúde mental são o DSM patrocinado pela APA e a CID, apoiado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Esses Manuais integram os diagnósticos geralmente mais utilizados. O DSM e a CID podem apresentar inconsistências e deficiências, mas apesar disso são amplamente utilizados e estão baseados em critérios descritivos que propiciam uma linguagem comum no âmbito da psiquiatria. As divergências, entre que doenças poderiam ser incluídas e como deveriam estar organizadas, constituem-se motivo de discussão na psiquiatria (MALDONADO et al, 2011).

No perspectiva operacional-pragmática, “as definições básicas dos transtornos mentais são formuladas e tomadas de modo arbitrário, em função de sua utilidade pragmática, clínica ou para pesquisa. Não se questiona a natureza da doença ou do sintoma ou dos fundamentos filosóficos ou antropológicos de determinada definição” (DALGALARRONDO, 2000, p.30).

Segundo Pereira (1998 apud DUNKER, 2014, p.100), “o projeto empírico-pragmático do DSM reclama para si o qualificativo de neokrapeliniano, no sentido da delimitação precisa das entidades clínicas psiquiátricas”. O autor salienta que há diferenças significativas entre as propostas do DSM e o projeto de Kraepelin. Este considerava as entidades patológicas como fossem doenças orgânicas. Já a perspectiva do DSM abandona a concepção de doenças mentais e a substitui por *disorder* (transtorno), ou seja, algo que está fora de uma ordem pré-estabelecida. Dunker (2014) relata que o uso do termo “transtorno” já denota uma tentativa de se distanciar da nosologia em busca de um sistema ateórico:

A superação da "confusão de línguas" seria obtida por intermédio de uma fidedignidade à categoria diagnóstica, ou seja, perante uma mesma configuração sintomatológica; clínicos e pesquisadores provenientes de diferentes orientações teóricas e de ambientes culturais distintos devem chegar ao mesmo diagnóstico. Para se alcançar esse objetivo, um sistema ideal de classificação deveria fornecer critérios explícitos, operacionalmente observáveis e que reduzissem ao mínimo o uso de interferências teóricas não diretamente observáveis para a definição de cada quadro mental. Temos, assim, a opção pelo pragmatismo como solução para os impasses teóricos existentes no campo da psicopatologia (DUNKER, 2014, p.102).

Dunker (2014) observa que o DSM não pretende ser uma psicopatologia, pois busca se constituir em um sistema de classificação fiel aos adoecimentos psíquicos. Além disso, apresenta uma racionalidade baseada em categorias confiáveis, provisórias e operacionais, ateóricas e sem impasses em relação à etiologia, o que o deixa imune de qualquer equívoco terminológico no campo da psicopatologia. O seu critério está fundamentado na “descrição formal do plano empírico dos fatos clínicos” (DUNKER, 2014, p. 102).

Os DSMs falam em transtornos mentais não em doenças mentais. Isso porque o conceito de doença implica em uma etiologia, uma agrupação de sintomas, um curso e um prognóstico,

bem como uma certa resposta ao tratamento. Entretanto, não é possível determinar os fatores etiológicos, nem os processos patológicos subjacentes para grande parte dos quadros clínicos. Assim, a opção é descrever detalhadamente os critérios diagnósticos atualizados dos transtornos mentais, de modo que possa ser identificado pelos terapeutas e transmitido aos profissionais por uma linguagem comum. Neste sentido, o DSM-5, bem como as versões anteriores do DSM, se caracterizam mais como um dicionário descritivo do que um manual de patologia (ECHEBURUA; SALABERRIA; CRUZ-SAEZ, 2014).

A semiologia - parte da medicina que estuda os sinais e sintomas das doenças - exerce a função de um dicionário que especifica o que está presente ou não no código da língua, mas que não representa um conjunto de narrativas. Assim, o diagnóstico caminha para a lógica de uma enciclopédia, cujo conteúdo indica regras de ação ou possibilidades de continuidade. O valor patológico dos signos poderia ser acatado pela sua força de determinação ou de indeterminação no conjunto que define um quadro. Para Dunker e Kyrillos Neto (2011, p. 3), de acordo com esse raciocínio, “o diagnóstico psiquiátrico não pode prescindir de elementos descritivos fenomenológicos e comportamentais revelados na situação clínica na qual a relação intersubjetiva e a interpretação conservam um papel decisivo”. Portanto, por um lado, se a classificação constringe em demasia o processo diagnóstico, conseqüentemente, prejudica a prática clínica. Porém, por outro lado, toda distinção prevê classes, categorias, oposições ou conjuntos.

A ideia de que as doenças mentais dependem de construtos sociais é ameaçadora à psiquiatria por não apresentar uma estabilidade requerida para criar um sistema preditivo, ou seja, que indique uma relação de ordem entre fenômenos, pois representa o modo do que é esperado na medicina (BERRIOS, 2008). Do mesmo modo, a ideia de que as estruturas clínicas dependem do funcionamento do sistema nervoso é ameaçadora à psicanálise por descrever o sofrimento e os sintomas em uma semiologia refratária à intervenção pela palavra (Dunker e Kyrillos Neto, 2011).

A psiquiatria parece buscar conectar-se com três níveis de desenvolvimento científico atual: as neurociências como principal, a genética e o resultado tecnológico desta década, a psicofarmacologia. A questão é que a psiquiatria não construiu elementos diagnósticos e classificatórios que fossem coerentes com estas disciplinas, cujo embasamento estaria nos mecanismos neuronais, neurotransmissores e genéticos, bem como os efeitos psicofarmacológicos no comportamento e elementos do sistema nervoso central para estabelecer uma nova nosologia com base científica (IZAGUIRRE, 2011).

No DSM IV está descrito que a classificação de transtornos mentais não classifica diretamente alguém como “um esquizofrênico”, mas os transtornos que sofre, utilizando expressões como “um indivíduo com esquizofrenia”. Para Esperanza (2011), é com base nesta díade - indivíduo e transtorno –, que se torna possível segregar e excluir do campo o sujeito, o inconsciente e a sexualidade incorporada no sintoma. As substituições estão baseadas na seguinte relação: o sintoma é substituído pelo transtorno, o corpo é substituído pelo organismo, o sujeito é substituído pelo indivíduo e o inconsciente desaparece frente ao comportamento e às condutas a serem modificadas.

Na ótica de Berrios (2008), as classificações psiquiátricas são produtos culturais. Este autor ainda questiona se as doenças mentais são apenas epifenômenos comportamentais envolvidos ou redutíveis a alterações moleculares, uma vez que uma classificação de base molecular talvez não seja de fato uma classificação de doenças mentais. Além disso, ainda salienta que o fato da genética sozinha não explicar as patologias mentais não deveria compelir os psiquiatras à pesquisa de uma invariante social.

Apesar das inúmeras controvérsias em relação a racionalidade diagnóstica que perpetua nos DSMs, ele está em sua 5ª edição e é considerado como o modelo hegemônico, no que diz respeito aos transtornos mentais. Portanto, há lugares em que o Manual é considerado conveniente.

4.3.3 Conveniências do DSM: Para quê? E para quem?

O DSM é considerado conveniente em alguns aspectos, sobretudo ao favorecer o campo da medicina, o âmbito dos planos de saúde e da indústria farmacêutica, entre outros espaços.

Segundo Maldonado et al (2011), os avanços em relação as causas subjacentes dos transtornos mentais foram mais lentos, porém, não menos importantes. As neurociências favoreceram o entendimento dos transtornos mentais sob a perspectiva biológica, com destaque ao desenvolvimento das taxonomias, consideradas como ferramentas fundamentais para identificar e classificar os transtornos psicopatológicos, os quais são utilizados no cotidiano das práticas clínicas e de pesquisa.

Para Maldonado et al (2011), o diagnóstico é de responsabilidade prioritária dos profissionais do campo da medicina, necessitando ser preciso e específico, bem como válido e confiável. O recrudescimento da fidelidade dos sistemas diagnósticos em psiquiatria teve significativos avanços na descrição psicopatológica e na formulação diagnóstica integral. O

autor considera como o fator-chave dos sistemas de classificação, que propiciou desenvolvimento de formas mais completas de comunicação, organização e informação clínica, o uso de esquemas multiaxiais. Este modelo considera alguns aspectos críticos da condição do paciente, os quais são avaliados por meio dos eixos que os descrevem dentro da sua complexidade clínica e biopsicossocial. Estes eixos são compostos por escalas categóricas e dimensionais que contribuem para o entendimento do processo saúde-doença, sendo de grande utilidade para a prática clínica da psiquiatria biológica e da psicologia cognitiva (MALDONADO et al, 2011).

Alarcón e Freeman (2015) defendem que a classificação psiquiátrica ideal deve ser composta por adequação descritiva, objetividade, operatividade, fundamento empírico, relevância sistêmica e confiabilidade. Os objetivos devem ser de propiciar uma lista sucinta e clara de doenças catalogadas, com conceitos e critérios que possibilitem uma comunicação confiável, ser útil igualmente para clínicos, pesquisadores, docentes e administradores, ter ampla aceitabilidade e ser orientada por hipóteses e teorias coerentes. Os autores ressaltam que as diversidades de interpretações são inevitáveis e uma aceitação massiva pode refletir em uma medida de poder político, tanto daqueles que os adotam como por seus mentores.

A importância de fazer uma revisão nosológica, fundamentada em uma validade melhor concebida e documentada, torna possível aos clínicos anteciparem a elaboração de qualquer diagnóstico, viabilizando um tratamento precoce, integral e mais efetivo. Além disso, uma revisão que resulta em uma diagnóstica consistente, servirá como guia para diversos tipos de pesquisa e protocolos padronizados que possibilitam a colaboração internacional. Além disso, facilitam as coberturas dos planos de saúde para atendimento médico em diversos países (ALARCÓN; FREEMAN, 2015).

Ian Hacking considera que não há possibilidades de existir um modelo médico que seja coerente para todos os sofrimentos psíquicos e defende que a pretensão do DSM de ser espelho da realidade é o grande equívoco deste Manual. Entretanto, Hacking considera que o DSM-5 tem utilidade no âmbito burocrático, como base para pagamento de tratamentos e para avaliações de prevalência (CAPONI, 2014).

Frances (2016) relata que as primeiras edições (1ª e 2ª) dos DSMs eram livros desconhecidos, pouco utilizados, até que o DSM III (1980) foi publicado e logo tornou-se um *best-seller*, a bíblia da psiquiatria. O autor explica por que, a partir deste momento, os DSMs tiveram êxito:

Por ter estabelecido a fronteira crucial entre normalidade e a doença mental, o DSM ganhou uma relevância social imensa, determinando uma infinidade de coisas que têm um enorme impacto na vida da população- quem é considerado sadio e quem é doente; qual tratamento é oferecido; quem paga por ele; quem recebe benefícios por invalidez; quem tem direito a serviços de saúde mental, escola, colocação profissional e outros; quem é contratado para um emprego, pode adotar um filho, pilotar um avião ou ter seguro de vida; se um assassino é um criminoso ou um paciente mental; qual deve ser a indenização paga em uma ação judicial; e muito, muito mais (FRANCES, 2016, p. 12).

Além desses aspectos, Frances (2016) argumenta que a inflação diagnóstica de transtornos mentais, gerada pelos DSMs, fez com que uma quantidade excessiva de pessoas passasse a tomar antidepressivos, antipsicóticos, ansiolíticos, remédios para dormir e analgésicos. Deste modo, as drogas psiquiátricas tornaram-se a maior fonte de renda das indústrias farmacêuticas. Em 2011, foram arrecadados 18 bilhões de dólares em antipsicóticos, 11 bilhões em antidepressivos e quase 8 bilhões em remédios para TDAH.

As “conveniências” que os DSMs geram para potências como as indústrias farmacêuticas, conjuntamente com as seguradoras de saúde e a classe médica, facilita compreender o porquê estes Manuais tornaram-se hegemônicos na contemporaneidade. Todavia, as críticas em relação a este sistema que almeja o poder e o lucro são bastante amplas e pertinentes.

4.3.4 Críticas ao DSM

A ideia de que o sujeito é regido pelo cérebro e a partir dele é determinado os seus comportamentos suprime os processos de subjetivação e socialização, pois prevalece apenas o sistema biológico. Deste modo, diversos autores (citados a seguir) apresentam críticas a esse modelo, por transformar o sofrimento psíquico em patologias de cunho genético e cerebral.

Caponi (2014) faz uma análise das críticas ao DSM-5 feitas por Tomas Insel, diretor do National Institute of Mental Health (NIMH), Allen Frances, chefe da equipe que elaborou o DSM-IV, e também de um texto de Ian Hacking. Lembra a autora que, um pouco antes da publicação do DSM-5, Thomas Insel anunciou que o NIMH não utilizaria esta proposta de classificação da APA, por se tratar de uma lista de sintomas sem consistência científica. Portanto, as pesquisas financiadas pelo NIMH não utilizariam mais este Manual como referência. Entretanto, Insel ressalta que a fragilidade científica do DSM está na falta de validade, ou seja, falta de estudos em laboratório que possam validar os diagnósticos, referentes

especificamente à identificação de alterações cerebrais por imagens ou detectáveis pela medição de marcadores genéticos. Caponi (2014) menciona que Insel resgata os preceitos localizacionistas e deterministas da psiquiatria biológica, iniciada na década de 1830, seguida pelos estudos de Charcot e consolidada no século XX com Kraepelin (CAPONI, 2014).

Segundo Caponi (2014, p.747), para Insel, “a psiquiatria deve concentrar seus esforços na criação de uma nova nosologia, que deverá transformar os diagnósticos pela incorporação de estudos genéticos, de imagens cerebrais e de referências às ciências cognitivas”. Por este motivo, Insel considera que o DSM-5 não possa ser considerado como “padrão ouro”, pois pode restringir a abertura para inserção do embasamento biológico das patologias mentais, cujas pesquisas não apresentam até o momento resultados conclusivos (CAPONI, 2014).

Allen Frances (2016) ressalta as dificuldades inerentes ao DSM-5, como diversas patologias mal formuladas, pouco claras e inconsistentes, bem como o aumento da lista de diagnósticos - a qual já era excessiva nas versões anteriores -, novas patologias associadas à prevenção e antecipação de riscos, como a detecção de transtornos mentais em crianças. Dentre as fragilidades do DSM-5, Frances menciona as escolhas conceituais erradas, além de “erros no processo de elaboração e redação do manual, indefinições ou periodizações inconsistentes e superpostas para algumas patologias” (CAPONI, 2014, p. 750).

Conforme Caponi (2014, p. 757), o fato de Insel e Hacking não considerarem o DSM como uma “Bíblia da psiquiatria” e sim como um dicionário elaborado a partir de debates e consensos entre os seus autores, representa “uma crítica frágil e até impertinente”, uma vez que o Manual é apresentado como uma lista descritiva dos transtornos mentais, atóxico e passível de revisões.

Fendrik (2011) relata que, mediante as críticas ao DSM, como a relativa aos seus critérios de confiabilidade, a saída encontrada foi o argumento de que há um consenso democrático, ao passo que as siglas dos transtornos mentais são aplicáveis à maioria da população, o que as torna confiáveis. Assim, o consenso democrático-utilitarista é a comprovação da fundamentação científica. Além disso, há o marketing referente aos nomes de muitos especialistas em saúde mental de renome mundial, por recomendarem o uso do Manual. Na trajetória de elaboração dos DSMs, está sempre presente a promessa de que todos os possíveis erros deste manual serão sanados na próxima edição, ampliando a capacidade para detectar novos transtornos de comportamento.

Tereza Pinto (2012) relata que os profissionais que seguem a lógica dos manuais, como o DSM, acreditam na relação direta entre um distúrbio e uma droga, conduzindo para o

tratamento medicamentoso. A autora cita, por exemplo, os médicos de clínica geral, responsáveis por grande parte das prescrições de psicotrópicos, que promovem uma disseminação da droga na sociedade.

Caponi (2014), bem como outros autores⁹, afirmam que é preciso abandonar o DSM como referência para diagnósticos psiquiátricos, pois os sofrimentos individuais estão sendo reduzidos a uma lista de sintomas imprecisos para um conjunto cada vez mais amplo de patologias mentais.

O DSM exige pelo menos cinco sinais para a classificação correta de um transtorno. Mediante esta simplicidade, Fendrik (2011) relata que muitos profissionais abandonaram o manual, voltaram a escutar a pessoa e com base na anamnese, passaram a fazer um diagnóstico mais preciso.

Para Fendrik (2011, p. 33), “um transtorno deveria ser, logicamente, algo que não se espera que ocorra, e não uma constatação feita baseada em uma ‘esperança’ não explicitada. Como o não esperado pode se adequar tão facilmente às medições estatísticas? ”. O inesperado é o contingente, ou seja, aquilo que pode ou não pode ocorrer, o imprevisto, o que irrompe e não poderia de forma alguma ser enquadrado em uma tabulação estatística, algo que representa uma contradição metodológica. Parece que definir “o esperado” com algum critério científico não é necessário, sequer nos termos do seu próprio discurso. Assim, são os comportamentos inesperados aqueles com que se estabelecem as ‘médias’ dos desvios que continuam encorpendo as páginas dos DSMs (FENDRIK, 2011).

No texto “Não há classificação que não seja arbitrária e conjuntural”, Bekerman (2011) afirma que a tentativa de classificação das doenças mentais realizada no DSM IV é um fracasso por não estabelecer uma classificação que seja útil na prática clínica. Além disso, considera que o termo “transtornos mentais” é uma ficção hipotética, uma suposição mediante observações empíricas, pois “não há observação empírica que se possa supor pura”, o que existem são observações mais suposições (BEKERMAN, 2011, p.25). Para o autor, toda observação empírica pode ser apenas uma suposição e os transtornos mentais não podem ser abordados na prática clínica apenas como objetos de observações empíricas.

Segundo Fendrik (2011), um dos problemas do DSM é a falta de controle do seu uso, o que ultrapassa o domínio da APA e invade outros territórios, como as escolas, consultórios psicopedagógicos, tribunais, hospitais e serviços sociais. Isto significa que o DSM está nas mãos de profissionais de outras áreas de atuação, que agora podem denominar às pessoas os

⁹ Autores citados por Caponi (2014): Roudinesco (2013); Pignarre (2006)

supostos transtornos baseados em um instrumento utilizado como “referência” para tal classificação. A autora salienta que a dificuldade de estabelecer o limite entre ordem e desordem, no que diz respeito ao DSM, está progressivamente se tornando mais difícil e a proliferação de categorias se presta a uma ridicularização, mas isto não diminui a onda expansiva. Fendrik (2011, p. 32) afirma que:

O Manual de Psiquiatria em suas últimas versões é, nem mais nem menos, um tratado behaviorista de patologização mental da vida privada, graças ao qual quase todo comportamento ‘desviado’ de uma normalidade intangível, estabelecida em relação ao ‘que se espera’ tem a possibilidade de ser definida – e medicada- como uma alteração da ‘Ordem’(disorder).

O DSM é elaborado com um caráter de dicionário enciclopédico, cujos autores são divulgados como “os melhores especialistas do mundo”. Assim, os novos rótulos aos comportamentos desviados com a finalidade de conceitua-los como “transtornos mentais” globalizados são prontamente aceitos. Paralelamente ao aumento das páginas do DSM (de 132 páginas no DSM-I para 948 no DSM-5), ou seja, à ampliação do número de transtornos mentais, aumenta também a impunidade para aqueles que indiscriminadamente classificam, medem e medicalizam os comportamentos inesperados como transtornos. O Manual mostra claramente que uma vez identificada uma desordem não há outra possibilidade para a cura, senão o comportamentalismo e o fármaco (FENDRIK, 2011).

Segundo Esperanza (2011), a psiquiatria propõe tratar uma realidade perturbada, cujo primeiro critério, obrigatoriamente, deverá ser o da realidade de quem observa, classifica e avalia. Realidade esta que o psiquiatra se encarrega de manipulá-la e de a impor a quem escape dela. Portanto, “à psiquiatrização dos atos e ações também corresponde a tentativa farmacêutica de psicofarmacologizar a própria vida, o que equivale a postular que cada ato da vida de um sujeito é possível de ser medicado ou medicalizado [...]” (Esperanza, 2011, p. 56).

Para Caponi (2014, p. 759), “o DSM opera, assim, como um dispositivo de segurança que reduz todos os nossos sofrimentos à lógica da intervenção biomédica, à lógica da prevenção e da detecção de riscos [...]”. O Manual não delimita até onde vai o “transtorno” e onde começa a “vida real” de responsabilidade do sujeito, não há assim um limite entre o moral e o patológico, entre a ação restrita do transtorno e suas consequências, isso promove o abandono do sujeito mediante o seu sofrimento (DUNKER, 2014).

Esperanza (2011) menciona que a inconsistência teórica dos DSMs não evitou que a psiquiatria vislumbrasse nos avanços das neurociências uma oportunidade para se reivindicar cientificamente. Esta foi a alternativa encontrada para solucionar os problemas que a afetaram,

principalmente a perda progressiva do valor e uso da clínica psiquiátrica, bem como o seu desalojamento no campo da medicina. Para Esperanza, (2011, p.55), “a psiquiatria do século XXI pretende afirmar sua pertença à medicina científica”.

4.3.5 Desvendando o diagnóstico do TDAH a partir do DSM-5

Dentre os aspectos apresentados pelos autores sobre os DSMs, destaca-se as críticas ao DSM-5, em função de transtornos mal formulados, pouco claros e inconsistentes (FRANCES, 2016), as controvérsias em relação a aposta da psiquiatria nas neurociências como base dos transtornos e os tratamentos com psicofármacos (IZAGUIRRE, 2011, DUNKER, 2014), bem como as conveniências de ser um Manual que viabiliza a comunicação entre diversas instituições em vários países. Mediante esses aspectos buscou-se analisar o diagnóstico de TDAH descrito no DSM-5 com intuito de compreender como se pode interpretar este transtorno de acordo com a sua descrição literal no Manual.

O TDAH está classificado no DSM-5 como um transtorno do neurodesenvolvimento. Porém, a princípio, isto não significa que haja de fato alguma alteração neurológica em determinada região do cérebro, ou algum déficit neurofisiológico, pois o Manual menciona que até o momento não foram encontrados marcadores biológicos para TDAH (APA, 2013). Para a Medicina, o termo “desenvolvimento” significa “o processo natural de progressão de um estado anterior, inferior, embrionário ou juvenil, para outro superior, posterior mais complexo, ou estado adulto” (REY, 2003, p. 240). No caso da criança, o desenvolvimento infantil é compreendido como um “processo de aquisição de conhecimento, no sentido mais amplo, incluindo percepção, memória, discernimento e raciocínio” (REY, 2003, p.241). O prefixo “neuro” está relacionado ao sistema nervoso, portanto, o termo “neurodesenvolvimento¹⁰” significa o “desenvolvimento do sistema nervoso, incluindo a motricidade, a manipulação, as competências sensoriais, a comunicação e a linguagem, os comportamentos, as competências cognitivas, os afetos e as emoções”.

Neurodesenvolvimento é um termo bastante abrangente que inclui diversos aspectos relacionados a todos os transtornos enquadrados nesta classificação, inclusive o comportamento que se refere ao TDAH. O modo como está descrito no DSM-5 talvez torne passível de interpretações que este termo se refira especificamente a problemas cerebrais. Entretanto, o

¹⁰ "neurodesenvolvimento", in Dicionário Priberam da Língua Portuguesa [em linha], 2008-2013, Disponível em: <<https://www.priberam.pt/dlpo/neurodesenvolvimento>> Acesso em: 11 abr. 2017.

neurodesenvolvimento está relacionado a vários aspectos. No próprio Manual está mencionado o “neurodesenvolvimento” como parte do desenvolvimento, “os transtornos do neurodesenvolvimento são um grupo de condições com início no período do desenvolvimento” (APA, 2013, p.31).

Diversas pesquisas estão investigando se há a relação entre o comportamento de crianças com TDAH e uma possível alteração no cérebro ou alguma contribuição genética, todavia, não está mencionado no DSM-5 como estudos conclusivos. Segundo Polanczyk et al (2012), atualmente não há marcadores biológicos, eletrofisiológicos, tampouco por neuroimagem que tenham utilidade clínica para fins de diagnóstico do TDAH.

Os problemas apresentados pelos transtornos do neurodesenvolvimento afetam na infância e, posteriormente, na idade adulta, nas relações pessoais, sociais, escolares e profissionais. Conforme mencionado no DSM-5, “os transtornos tipicamente se manifestam cedo no desenvolvimento, em geral antes de a criança ingressar na escola, sendo caracterizados por déficits no desenvolvimento que acarretam prejuízos no funcionamento pessoal, social, acadêmico ou profissional” (APA, 2013, p.31). Entende-se que neste período a criança se depara com adversidades peculiares ao seu desenvolvimento, que nada mais são do que etapas da sua vida a serem superadas, constituindo assim sua relação com o mundo.

De acordo com o DSM-5, o TDAH “é um transtorno do neurodesenvolvimento definido por níveis prejudiciais de desatenção, desorganização e/ou hiperatividade-impulsividade” (APA, 2013, p. 32). Observa-se que estes aspectos dizem respeito ao comportamento da criança, não estando necessariamente relacionados a algum prejuízo neurológico.

Ao aprofundar cada sintoma do TDAH, e, no caso dos sintomas de desatenção e desorganização, o DSM-5 descreve que “envolvem incapacidade de permanecer em uma tarefa, aparência de não ouvir e perda de materiais em níveis inconsistentes com a idade ou o nível de desenvolvimento” (APA, 2013, p. 32). Nota-se que não está descrito a que tipo de tarefa se refere, nem qual situação a criança aparenta não escutar, assim como, qual material se refere e em que níveis de desenvolvimento. Talvez essas sejam situações que não despertem o interesse da criança em prestar atenção ou se organizar para tal atividade.

Em relação aos sintomas de hiperatividade-impulsividade, está descrito que “implicam atividade excessiva, inquietação, incapacidade de permanecer sentado, intromissão em atividades de outros e incapacidade de aguardar; sintomas que são excessivos para a idade ou o nível de desenvolvimento” (APA, 2013, p. 32). O primeiro questionamento em relação a esses sintomas é como se pode ter a medida exata para estabelecer o comportamento de cada criança,

por exemplo, “inquietação, incapacidade de permanecer sentado”, bem como conhecer a dinâmica familiar de cada uma, pois há aspectos diretamente relacionados à educação, como: “intromissão em atividades de outros e incapacidade de aguardar” (APA, 2013, p. 32).

Na parte dos critérios diagnósticos do TDAH no DSM-5, estão estabelecidas as medidas para fundamentar o diagnóstico – seis sintomas durante um período de pelo menos seis meses – uma vez que os sintomas interfiram no funcionamento e no desenvolvimento, sejam inconsistentes com o nível do desenvolvimento, tendo impacto direto nas atividades sociais, acadêmicas e profissionais. O critério de medir pelo tempo para definir o diagnóstico nos lembra que, desde o século XIX, o tempo foi utilizado como medida para enquadrar os sujeitos dentro das normas, conforme ocorre nas prisões desde essa época. A pena é consolidada retirando-se o tempo do condenado por meio da privação de liberdade, como se existisse uma forma de medir em meses, dias, numa relação direta com o delito. No caso dos critérios para os transtornos mentais, o sujeito tem uma medida de tempo que se define como uma tolerância para que não seja enquadrado em algum diagnóstico. Passado esse tempo poderá ser contido em uma prisão química (medicação), em seu próprio corpo. A lógica é a mesma da prisão, tornar os sujeitos dóceis e úteis por meio de uma intervenção no corpo, conforme menciona Foucault (2008a, p.195):

A forma-prisão preexiste à sua utilização sistemática nas leis penais. Ela se constituiu fora do aparelho judiciário, quando se elaboraram, por todo o corpo social, os processos para repartir os indivíduos, fixá-los e distribuí-los espacialmente, classificá-los, tirar deles o máximo de tempo, e o máximo de forças, treinar seus corpos, codificar seu comportamento contínuo, mantê-los numa visibilidade sem lacuna, formar em torno deles um aparelho completo de observação, registro e notações, constituir sobre eles um saber que se acumula e se centraliza.

Em relação as características diagnosticas do TDAH pertinentes aos sintomas persistentes de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade, no DSM-5 estão descritas do seguinte modo:

a) “A desatenção manifesta-se comportamentalmente no TDAH como divagação em tarefas, falta de persistência, dificuldade de manter o foco e desorganização - e não constitui consequência de desafio ou falta de compreensão” (APA, 2013, p. 32). O DSM-5 deixa claro que é um sintoma comportamental, “manifesta-se comportamentalmente”, e não está relacionado à capacidade de aprendizagem “não constitui consequência de desafio ou falta de compreensão”.

b) “A hiperatividade refere-se à atividade motora excessiva (como uma criança que

corre por tudo) quando não apropriado ou remexer, batucar ou conversar em excesso” (APA, 2013, p. 32). Neste caso, refere-se à criança que realiza as atividades pertinentes à infância, mas sem apresentar qual o parâmetro para justificar o excesso, que, provavelmente, ficará sob o julgamento de quem convive com a criança, professores e familiares.

c) “A impulsividade refere-se a ações precipitadas que ocorrem no momento sem premeditação e com elevado potencial para dano à pessoa (p. ex., atravessar uma rua sem olhar)” (APA, 2013, p. 32). Nem sempre é possível medir o suposto conseqüente dano que talvez uma ação possa provocar. Por exemplo, o ato de atravessar uma rua de modo seguro vai depender de inúmeros fatores, como o movimento de veículos, se existe faixa para pedestres, semáforos, quantas faixas para tráfego de veículos há, em que área está localizada esta rua, urbana ou rural, em um bairro tranquilo ou movimentado, enfim, há inúmeras variáveis para analisar o exemplo “atravessar uma rua sem olhar”, dependendo desses fatores a idade para a criança atravessar a rua também vai influenciar. Consta também na descrição deste sintoma que “a impulsividade pode ser reflexo de um desejo de recompensas imediatas ou de incapacidade de postergar a gratificação. Comportamentos impulsivos podem se manifestar com intromissão social (p. ex., interromper os outros em excesso) [...]” (APA, 2013, p. 32). A necessidade de uma “recompensa imediata” vai depender muito de como a criança está acostumada no âmbito familiar; alguns pais atendem ao desejo da criança imediatamente e assim ela entende que em outros espaços também deve ocorrer desta mesma forma. A “intromissão social”, exemplificada como “interromper os outros em excesso”, também vai depender da educação que a criança recebe em casa e dos hábitos familiares.

Segundo consta no DSM-5, o TDAH começa na infância, os sintomas devem aparecer antes dos 12 anos de idade, entretanto, ressalta que não é possível diagnosticar em uma idade de início mais precoce “devido a dificuldades para se estabelecer retrospectivamente um início na infância”. Talvez por isso o TDAH é conhecido como o transtorno da idade escolar, detectado na escola e em casa. Conforme descreve o DSM-5 , a respeito do ambiente em que é identificado os sintomas do TDAH, “manifestações do transtorno devem estar presentes em mais de um ambiente (p. ex., em casa e na escola, no trabalho)”. A identificação destes comportamentos é realizada por informantes que observam as crianças: “a confirmação de sintomas substanciais em vários ambientes não costuma ser feita com precisão sem uma consulta a informantes que tenham visto o indivíduo em tais ambientes”. Ou seja, o parâmetro está sob o julgamento de quem observa a criança e não em uma avaliação direta de um profissional da saúde sobre o comportamento ou um exame, até porque o comportamento varia

também conforme a atividade de interesse ou não da criança e o ambiente favorável ou não à criança, devido a fatores que o próprio DSM-5 justifica:

É comum os sintomas variarem conforme o contexto em um determinado ambiente. Sinais do transtorno podem ser mínimos ou ausentes quando o indivíduo está recebendo recompensas frequentes por comportamento apropriado, está sob supervisão, está em uma situação nova, está envolvido em atividades especialmente interessantes, recebe estímulos externos consistentes (p. ex., através de telas eletrônicas) ou está interagindo em situações individualizadas (p. ex., em um consultório) (APA, 2013, p. 32).

Nesta situação, não se poderia deixar de mencionar Becker (1977, p.60), quando afirma: “[...] os grupos sociais criam o desvio ao fazer as regras [...] o desvio não é uma qualidade do ato que a pessoa comete, mas uma consequência da aplicação por outras pessoas de regras e sanções a um transgressor”. Ao estabelecer as regras, a sociedade procura classificar todas as pessoas, aqueles que se desviam deste sistema são rotulados e enquadrados nas normas.

É importante salientar características que não fazem parte do TDAH, são consideradas no DSM-5 como “características associadas que apoiam o diagnóstico”, mas não constituem sintomas para o diagnóstico do transtorno. Observa-se que está mencionado no Manual em situações de “atrasos leves no desenvolvimento linguístico, motor ou social não são específicos do TDAH, embora costumem ser comórbidos”. Portanto, a criança não pode ser diagnosticada com TDAH por apresentar estes sintomas, eles apenas podem ser considerados comórbidos uma vez que a criança já tenha recebido o diagnóstico de TDAH, ou seja, por sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade. O mesmo ocorre com relação às “características associadas”, as quais “podem incluir baixa tolerância à frustração, irritabilidade ou labilidade do humor” (APA, 2013, p. 32), ressaltando que são associadas, não que caracterizam o transtorno, pois são características normais durante o desenvolvimento da criança.

Outro fator importante é que a dificuldade de aprendizagem também não faz parte do diagnóstico do TDAH, até porque há uma classificação específica dentro dos transtornos do neurodesenvolvimento que é o “transtorno de aprendizagem”. Porém, o DSM-5 alerta: “mesmo na ausência de um transtorno específico da aprendizagem, o desempenho acadêmico ou profissional costuma estar prejudicado” (APA, 2013, p. 32). Salienta-se então que crianças apresentando apenas dificuldades de aprendizagem não podem ser diagnosticadas com TDAH.

Mesmo quando se refere aos sintomas específicos do TDAH, está mencionado no DSM-5 que os testes não são suficientes para validar o diagnóstico:

Comportamento desatento está associado a vários processos cognitivos subjacentes, e indivíduos com TDAH podem exibir problemas cognitivos em testes de atenção, função executiva ou memória, embora esses testes **não** sejam suficientemente sensíveis ou específicos para servir como índices diagnósticos (APA, 2013, p. 32).

A polêmica com relação à presença ou não de algum indício no cérebro que caracterize o TDAH, parece estar evidente no DSM-5: “**não** há marcador biológico que seja diagnóstico de TDAH”. Embora mencione algumas pesquisas comparativas, esclarece que não são evidências para tal diagnóstico.

Como grupo, na comparação com pares, crianças com TDAH apresentam eletroencefalogramas com aumento de ondas lentas, volume encefálico total reduzido na ressonância magnética e, possivelmente, atraso na maturação cortical no sentido pósterio-anterior, embora esses achados **não** sejam diagnósticos (APA, 2013, p. 32).

No que diz respeito à genética, o DSM-5 menciona que “nos raros casos em que há uma causa genética conhecida (p. ex., síndrome do X-frágil, síndrome da deleção 22q11), a apresentação do TDAH ainda deve ser diagnosticada” (APA, 2013, p. 32). Isto quer dizer que, nos raros casos em que se descobriu uma relação genética, como na síndrome do X-frágil, síndrome da deleção 22q11, caso haja manifestação dos sintomas relacionados ao TDAH – desatenção, hiperatividade e impulsividade - nestas pessoas (vítimas destas síndromes), elas devem também ser diagnosticadas com o transtorno. Não há nenhuma menção a que o TDAH possa ser diagnosticado por uma relação genética.

Inclusive no que se refere à prevalência, que indica cerca de 5% nas crianças e 2,5% nos adultos, o DSM-5 destaca que esta “ocorre na maioria das **culturas**”, de acordo com os levantamentos populacionais. O que leva a entender que fatores culturais são mais relevantes para determinar o diagnóstico ou não do TDAH.

Considera-se que, de acordo com o DSM-5, o TDAH é mencionado como um transtorno relacionado especificamente ao comportamento, que tem como alvo, principalmente, crianças em idade escolar, devido a seu diagnóstico necessitar do relato de informantes, mais precisamente professores e familiares. Isto demonstra que o diagnóstico é vulnerável, pois depende de questões sociais e culturais do contexto em que a criança vive. Portanto, diagnosticar uma criança com TDAH ou não, vai depender do que aqueles que a cercam consideram normal ou anormal no comportamento infantil, bem como da avaliação de

profissionais da saúde em analisar a situação de todo o contexto em que a criança está vivenciando no momento, inclusive dos informantes.

No que diz respeito à classificação minuciosa realizada no DSM-5, em relação aos transtornos do neurodesenvolvimento, pode-se dizer que o TDAH está caracterizado por sintomas pertinentes ao comportamento infantil e que esses mesmos comportamentos, de desatenção, hiperatividade e impulsividade, vão se tornar um transtorno a partir do olhar do adulto em relação a criança. Por isso, não se pode deixar de apontar a vulnerabilidade do diagnóstico e a imprudência do tratamento medicamentoso para governar a infância.

O fato de mencionar termos como “neurodesenvolvimento”, “marcador biológico”, exames como “eletroencefalogramas”, “ressonâncias magnética”, apontar “problemas cognitivos” em testes psicológicos, além de citar “causa genética conhecida”, é um modo de deixar registrado estes termos no DSM-5 com a pretensão de que no futuro, quiçá, estas pesquisas sejam comprovadas. O DSM-5 é um Manual de cunho científico, portanto, tem o dever de esclarecer a veracidade dos estudos citados. Talvez ficasse mais claro se o DSM-5 fosse constituído somente por estudos já concluídos e comprovados, pois parece desnecessário e confuso citar pesquisas, cujos resultados são inconsistentes, fato que é exposto no próprio Manual.

Considera-se que é necessário questionar que ciência está se produzindo “a serviço” da humanidade, mesmo que esta esteja presente nos mais reconhecidos ditames científicos, neste caso, o DSM-5. É imprescindível refletir sobre qual concepção de infância estamos criando, que sujeito estamos cultivando para prosseguir no caminho desta história.

4.4 TRANSTORNOS MENTAIS NAS MÍDIAS SOCIAIS: MARKETING INVISÍVEL

Discutiu-se até o momento as transformações no conceito de risco que o desvirtuaram para ideia exclusivamente de perigo e assim foi utilizado para imbuir o medo em relação a possíveis probabilidades de se desenvolver transtornos mentais. Apresentou-se também as transformações nas versões do DSM que aumentaram exorbitantemente o número de classificações de transtornos mentais, o que gerou um elevado número de diagnósticos destes ditos transtornos. O DSM se tornou a referência hegemônica no que diz respeito a transtornos mentais e traz explícito em seu conteúdo não somente as descrições dos comportamentos que embasam estas patologias, mas também a descrição do que possa ser o risco de desenvolver algum transtorno mental. O risco como técnica e o DSM como instrumento, conforme já exposto nos capítulos anteriores, são estratégias biopolíticas que determinam o parâmetro de normalidade por meio de cálculos estatísticos, os quais viabilizam a gestão da população.

Neste capítulo, busca-se compreender como as mídias e redes sociais (comunidades virtuais - facebook) são utilizadas para veicular as estratégias biopolíticas, para disseminar transtornos mentais da infância.

Verifica-se como as mídias sociais funcionam como estratégias de comunicação, possibilitando a divulgação de informações que induzem as pessoas a se identificarem com algum transtorno mental, ou identificarem outras pessoas, uma vez que grande parte destes transtornos são comportamentos cotidianos patologizados, isto é, transtornos da vida. Considera-se que a suscitação desta grande demanda dificulta a atenção às pessoas que realmente sofrem de alguma patologia mental, pois a confusão entre o normal e o patológico se faz presente no cotidiano dos profissionais da saúde, uma vez que, o DSM - manual referência em transtornos mentais – apresenta tal equívoco ao descrever suas classificações.

Acredita-se que esta ideia de divulgar informações sobre os transtornos mentais, que a princípio parece ter uma intenção de informar as pessoas, tem em seu cerne promover a identificação de transtornos mentais na população, tanto identificação pessoal ou de outros, quanto de modo que promovam a movimentação do mercado dos planos de saúde, profissionais, principalmente médicos, e conseqüentemente, a venda de medicamentos para os tratamentos, ou seja, a sustentação da indústria farmacêutica, que na realidade é a mola propulsora deste mercado.

4.4.1 Mídias e redes sociais

A disseminação de transtornos mentais nas mídias e redes sociais e o modo como este fenômeno influencia a população é o que pretende-se decifrar através do conhecimento de estratégias de comunicação e marketing. Portanto, adentra-se em um tema mais específico desta área.

A comunicação digital ocorre exclusivamente no ambiente tecnológico, onde promove as trocas, interações e relações de sociabilidade dentro de um contexto social, o que é, algumas vezes, determinante (TERRA, 2011).

As organizações precisam se preocupar com a sua imagem na rede. Por isso, geralmente, há um monitoramento para preservar a reputação *on-line*, os quais preconizam a proteção da imagem em si e o monitoramento permanente dos consumidores na internet. Assim, podem evitar que os usuários na web ressignifiquem, satirizem ou ovacionem os produtos ou serviços na rede. As ferramentas das mídias sociais são consideradas como megafones da era digital, em função do poder que o usuário possui em dar sua opinião sobre o produto ou serviço. Entretanto, estas opiniões podem ser coletadas, analisadas e filtradas pelos profissionais da comunicação, de modo que direcione futuras ações voltadas ao público em relação a empresa (TERRA, 2011).

As mídias sociais são os sites na internet com conteúdo social gerados pelas próprias pessoas e, geralmente, mediado por elas. Constituem-se como instrumentos em que as pessoas e organizações interagem no âmbito virtual com o intuito de propiciar vida em comunidade e cooperação e possibilitam também a transformação de conteúdos de terceiros, criando assim conteúdos próprios (COLNAGO, 2015).

As especificidades das mídias sociais estão relacionadas à apropriação da criatividade e à conversação, motivo pelo qual tornam-se associadas ao que denomina-se de “boca a boca das redes”, à diversidade de fluxos de informações e à emergência das redes sociais (RECUERO, 2008). Segundo Recuero (2009, p. 164), é fundamental estudar as redes sociais, bem como compreender “a apropriação da internet como ferramenta de organização social e informação contemporânea. É essencial para compreender os novos valores construídos, os fluxos de informação divididos e as mobilizações que emergem no ciberespaço”. Para a autora, as redes sociais na internet são formadas por representações, geralmente, individualizadas e personalizadas, dos atores sociais e de suas conexões.

A constituição dos laços, ou seja, os elos que estabelecem a ligação entre dois atores nas redes sociais são compostos por relações ou interações sociais e pelos denominados laços fortes

ou laços fracos. Estes são caracterizados por relações esparsas, em que não há proximidade e intimidade. Já os laços fortes são caracterizados pela intencionalidade de criar e manter uma conexão entre as pessoas, perdurando a intimidade e a proximidade (RECUERO, 2009).

As redes sociais no âmbito virtual são ambientes em que as pessoas se reúnem publicamente por meio da mediação da tecnologia, onde ocorre a interação e troca social, bem como se configura em um espaço em que as informações são disseminadas, amplificadas reverberadas, discutidas e repassadas (COLNAGO, 2015).

Vale salientar que a expressão “rede social” refere-se ao relacionamento de pessoas no âmbito de um grupo socialmente organizado, que se comunicam por algum interesse comum. Já a expressão “mídia social” refere-se ao ambiente que as relações ocorrem, ou seja, o cenário onde as pessoas se relacionam, o que transmite a ideia de veículo social (COLNAGO, 2015).

As mídias sociais são utilizadas para divulgação de conteúdos que permitem que haja alguma relação entre as pessoas, mas o objetivo principal é o compartilhamento destes materiais. Enquanto as redes sociais são sites de relacionamentos que buscam agrupar as pessoas e promover a integração entre elas. Desta forma, as mídias sociais envolvem as redes sociais (TELLES, 2010).

Segundo Recuero (2009), estes ciberespaços são caracterizados pela: persistência (aquilo que foi dito permanece); capacidade de busca (permite que atores sociais e informações sejam rastreadas); replicabilidade (aquilo que é publicado pode ser replicado por qualquer pessoa); e audiências invisíveis (há audiências que nem sempre participam, ou que aparecem após as publicações das conversações do grupo):

O importante, entretanto, é compreender que a relevância das mídias e redes sociais digitais não está nas ferramentas em si, e que o que realmente chama a atenção e interessa é o fato de que essas plataformas atualmente integram e são quase indissociáveis do cotidiano das pessoas e das empresas, fomentando discussões, alimentando a cadeia de valor de produtos e serviços, sugerindo grandes tendências e ditando comportamentos (COLNAGO, 2015, p. 11).

Salienta-se que as mídias e as redes sociais estão ocupando espaços essenciais na vida das pessoas, as quais se apoiam nestes recursos para estabelecerem seus relacionamentos, ou seja, reduzem o sentimento de solidão, buscam informações e aprendizado, analisam as opiniões de outras pessoas sobre determinado tema e principalmente a necessidade de pertencer a um grupo e manter interações com os demais participantes (COLNAGO, 2015).

A importância destas ferramentas está invertendo o poder de influência sob as pessoas, o qual passa a ser exercido pelos amigos, família, funcionários de empresas, que são atualmente

os mais importantes e confiáveis formadores de opinião, com mais credibilidade. A internet tornou-se a “mola propulsora para inversão de poder em comunicação”, o que pertencia exclusivamente aos emissores, grandes grupos de mídia e corporações, e, atualmente, também é espaço de poder de expressão e influência os usuários das mídias e redes sociais (COLNAGO, 2015, p. 15).

As redes sociais virtuais constituem-se no cenário onde se pode encontrar as pessoas, ouvir e ser ouvido, mostrar-se e ser visto, por isso, a cada dia, se amplia o número de perfis, pois este é o espaço em que se compartilha temáticas do cotidiano, fotografias, vídeos. Portanto, logo ganharam a adesão das organizações: “As relações institucionais e também comerciais passaram a entender que é preciso fazer parte desse mundo e tirar proveito dele, no sentido de reforçar a marca, alavancar a venda de produtos e serviços, construir redes de relacionamento [...]” (GONÇALVES; SILVA, 2015, p.70).

No Brasil, a rede social mais popular é o *Facebook* pelas possibilidades de divulgar fotos, vídeos, textos e a publicação de conteúdo institucional. É um meio interativo de contato com o público e a sociedade em geral. A interatividade é uma das principais características do ambiente virtual, portanto, quanto mais rápido ocorrer esta interação, melhor. Assim, as empresas que utilizam esta ferramenta atualizam constantemente seu conteúdo e emitem respostas rápidas ao público que mantém contato digital (EHRENBERG, 2015).

A pesquisa de Maio (2015) buscou conhecer os resultados das ações conjugadas entre as modalidades de interação no âmbito virtual e no âmbito presencial. Para isto, selecionou duas organizações que possuem redes sociais na internet e investem em contatos presenciais entre os participantes. A análise priorizou a perspectiva de comparação e complementariedade entre ambas. No que diz respeito à interação por meio das mídias sociais, a pesquisa demonstrou que esta possui suas peculiaridades e não tem a pretensão de se enquadrar na comunicação presencial, apesar de muitos usuários buscarem a substituição de uma pela outra (comunicação virtual no lugar de presencial), como se fosse possível superar os obstáculos da comunicação face a face pelo uso do computador. A comunicação humana face a face não pode ser substituída pela tecnologia, pois ela ultrapassa a simples transmissão imediata de conteúdos. O processo comunicativo humano está contemplado pela simultaneidade e a contiguidade, características que possibilitam aos sujeitos participantes da interação trocas simbólicas permeadas por signos ambientais e temporais, que se constituem como componentes do processo de comunicação. Dentre as vantagens e desvantagens das duas modalidades de interação, pode-se destacar nas redes sociais digitais o potencial para propiciar velocidade, instantaneidade, fácil localização,

rápida disponibilização de conteúdos, interface amistosa, entre outros benefícios. Entretanto, por este meio a comunicação fica limitada em função dos interlocutores não terem acesso ao cenário comunicacional, onde é possível ocorrer as trocas simbólicas. A comunicação face a face também apresenta empecilhos como dificuldade de locomoção, falta de tempo, comodismo, medo da violência, entre outros aspectos. Contudo, “[...] os contatos diretos são considerados mais sinceros e menos suscetíveis à manipulação. O olho no olho é uma característica valorizada por quem busca efetividade na comunicação” (MAIO, 2015).

Apesar do ambiente virtual ser considerado mais vulnerável à manipulação, autores como Gonçalves e Silva (2015) mencionam que os usuários das redes sociais virtuais deixam de ser objeto de manipulação para se converter em sujeitos que manipulam, no sentido de adotarem um caráter de transformar, de agir sobre a realidade.

Para Gonçalves e Silva (2015), o dialogismo no processo comunicacional ocorre por meio da linguagem, de modo que o sujeito está sempre em diálogo com outros sujeitos, um texto está em diálogo com outros textos. Então, por mais que a tecnologia promova mudanças na forma de interação, os efeitos de sentido acontecem por meio do diálogo entre os sujeitos considerando o seu contexto histórico e social. Assim, a compreensão das interações entre os sujeitos não se caracteriza apenas nas informações passadas, mas na produção de sentidos pelos sujeitos e pelo jogo de efeitos de sentidos, imbuídos por ideologias, as quais concebem o discurso:

[...] normas e convenções do comportamento linguageiros são fundamentais para o funcionamento da comunicação humana, haja vista que a vida do homem só adquire significância quando dentro de um sistema antropocultural, capaz de traduzir suas expressões, suas vontades, desejos e idiosincrasias nas interações sociais cotidianas; local em que múltiplas vozes dialogam e duelam no seio de uma sociedade que já não se resume a uma cotidianidade offline, mas também online, na qual sujeitos falam e são ouvidos, ouvem e respondem, ignoram e silenciam, manifestam-se, debatem, aceitam e rejeitam (GONÇALVES; SILVA, 2015, p.73-74).

As redes sociais virtuais são uma nova forma de subjetivação, ou seja, participam da construção da subjetividade do sujeito. Para Fígaro Paulino (2001 apud GONÇALVES; SILVA, 2015), este sujeito é individual e social, pois a constituição de sua subjetividade é demarcada por um corpo social, histórico, cultural, que se difere de outras sociedades, subjetividade esta que foi apropriada de modo singular e pessoal. Este indivíduo/sujeito universal que provém das relações sociais, das lutas de classe, ao mesmo tempo, é capaz de compreender e ser compreendido nos sentidos básico e inerentes ao ser humano.

González Rey (2002) considera que a subjetividade é a forma ontológica do psíquico quando passa a ser definido essencialmente na cultura, através dos processos de significação e

sentido subjetivo que se constituem historicamente nos diferentes sistemas de atividades e comunicações humanas. A subjetividade é algo dado que a priori determina o curso das ações humanas, implica de forma simultânea no interno e no externo, no intrapsíquico e no interativo, pois em ambos os momentos estão produzindo significações e sentidos dentro do mesmo espaço subjetivo e assim se integram o sujeito e a subjetividade social em múltiplas formas.

A subjetividade é construída na relação dialética entre o indivíduo e a sociedade e suas instituições, ambas utilizam as mediações das emoções, da linguagem, dos grupos a fim de apresentar uma objetividade questionável, responsável por uma subjetividade na qual estes códigos substituem a realidade. Assim, objetividade/subjetividade como unidade dialética é mediada por uma estrutura denominada 'Subjetividade Social' a qual, através de códigos afetivos e linguísticos garantem a manutenção do *status quo* (LANE, 2002, p. 17).

As falas postadas em formato de texto ou imagens nas redes sociais virtuais estão relacionadas a uma dimensão que constitui a linguagem de um modo aparentemente formal, mas, paralelamente, é algo perpassado por entradas subjetivas e sociais, oriundas de um sujeito dividido, delineado por subjetividades diversas, as quais compõem sua identidade. O campo discursivo viabiliza a articulação entre o extra-linguístico e o linguístico, uma vez que os significados são constituídos na relação entre as condições sócio-históricas e o texto. Neste sentido, “a linguagem é um modo de produção e interação social sem neutralidade, naturalidade ou inocência, nela há um espaço de concessão privilegiado à manifestação da ideologia” (GONÇALVES; SILVA, 2015, p.77).

As mídias e redes sociais caracterizam-se como um meio de construir relações, portanto, estão permeadas por questões subjetivas, sociais, culturais que ao mesmo tempo vão interagindo e se constituindo no âmbito virtual. Este espaço torna-se alvo das indústrias, pois é um campo vasto para contato com consumidores e divulgação de produtos. No caso da indústria farmacêutica e da prestação de serviços médicos, o produto a ser divulgado são as patologias, para então atingir a venda dos produtos reais que são os medicamentos prescritos pelos médicos.

Neste sentido, o campo virtual caracteriza-se também como um espaço de jogo de poderes, em que a população está suscetível a manipulações, cuja as articulações não ocorrem apenas individualmente, mas em comunidades virtuais, nas quais as informações e divulgações de produtos se propagam instantaneamente pelas redes. Este fenômeno emergente é denominado de marketing viral, que consiste na propagação rápida e massiva de uma mensagem por meio da rede virtual, cuja objetivo é promover um aumento do compartilhamento para divulgar a marca, um processo semelhante a uma epidemia. Conforme Tunes-Lopez; Garcia e

Guevara-Castillo (2011”, p. 57), “ o marketing viral tenta explorar as redes sociais preexistentes para produzir incrementos exponenciais em conhecimento da marca mediante processos de auto replicação viral análogos a expansão de um vírus informático”.

Diversos autores (WHITAKER, 2011; FRANCES, 2016) afirmam que há uma epidemia de transtornos mentais, sendo que, dentre os transtornos da infância, o TDAH apresenta uma prevalência bastante elevada neste público. Vale lembrar que o conceito operativo de epidemia se constitui em:

Alteração espacial e cronologicamente delimitada, do estado de saúde-doença de uma população, caracterizada por elevação progressivamente crescente, inesperada e descontrolada dos coeficientes de incidência de determinada doença, ultrapassando e reiterando valores acima do limiar epidêmico pré-estabelecido (PEREIRA, 2004, p.7).

A epidemia não é necessariamente a ocorrência de um grande número de casos da doença em uma certa população, mas um excesso de casos mediante a frequência esperada daquela patologia em um determinado espaço geográfico e período de tempo. Portanto, pode-se dizer que vivemos na contemporaneidade, para além de uma epidemia de TDAH, uma pandemia do transtorno, caracterizada por uma epidemia que ocorre em larga distribuição espacial, atingindo diversas nações, com dimensões continentais (MEDRONHO; PEREZ, 2002).

Assim, acredita-se que as redes sociais são utilizadas para promover o que denomino de contágio social de transtornos mentais, ou seja, uma disseminação de informações sobre estas patologias por meio de compartilhamentos nas redes sociais, em que milhares de pessoas se identificam com os sintomas e os identificam em outras pessoas, como amigos, familiares, estudantes, colegas de trabalho. As informações difundidas na internet, provavelmente, também afetam o campo profissional, de modo que os profissionais podem buscar informações para desempenharem seu trabalho e assim são influenciados por um saber que os induz ao modelo hegemônico biomédico.

Segundo Gramsci (1985), a hegemonia se manifesta na sociedade por meio da dominação de uma classe social sobre as demais, de forma que os saberes são filtrados em grupos subalternos, de modo que estes se identifiquem com os interesses das elites. Uma hegemonia que atua nos sistemas especializados, bem como nas concepções leigas ou profanas. Para o autor, o sujeito ativo da massa atua na prática, mas não tem uma clara consciência teórica do seu atuar que, contudo, é um conhecer perante o mundo pelo qual o transforma. O contraste entre o atuar e o pensar é como coexistência de duas concepções de mundo, em que uma é

expressa pelas palavras e a outra se manifesta no modo de atuar. Quando este contraste aparece na vida de amplas massas, representa a expressão de um contraste mais profundo de ordem histórico-social:

Significa que un grupo social, que tiene su propia concepción del mundo, aunque sea embrionaria, que se manifiesta en la acción, y por tanto sólo de forma ocasional y esporádica, o sea, cuando el grupo se mueve como un todo orgánico, ha adoptado, por razones de sumisión y subordinación intelectual, una concepción extraña, prestada por otro grupo, que es la que afirma con sus palabras, la que cree incluso seguir, porque la sigue en «tiempos normales», es decir, cuando la conducta no es independiente y autónoma, sino precisamente sometida y subordinada (GRAMSCI, 1985, p.3).

É possível pensar por meio do conceito de hegemonia de Gramsci como o sistema está entrelaçado e deste modo sustenta o contágio social. Neste contraste entre teoria e prática, os sujeitos são impregnados por um saber que é posto como verdade, cuja proposta parece que lhes convém, talvez por isso são facilmente capturados e envolvidos a pertencerem a grupos, os quais reforçam este contraste que vai se constituindo no contexto social.

Segundo Martínez-Hernández (2006), a indústria farmacêutica, por meio de suas estratégias biopolíticas, constrói a sua hegemonia de diversas formas, embora seja no âmbito de um saber especializado, como a biomedicina, e um conhecimento profano organizado ao ritmo intenso da economia global e seus interesses de consumo. Deste modo, Gramsci (1985) propõe a noção de hegemonia para demonstrar como as elites conseguem que seus valores filtrem para as camadas populares, de modo que sejam assumidas por estes grupos.

O contágio social de transtornos mentais ocorre como uma segunda volta da hegemonia que induz a um maior grau de desenvolvimento e disseminação. Neste sentido, pode-se constatar a hegemonia da indústria farmacêutica na interface com os diversos setores, conforme apresenta-se a seguir.

4.4.2 Interfaces da indústria farmacêutica

A indústria farmacêutica cresceu paralelamente ao desenvolvimento do capitalismo, ao nascimento da tecnicociência no século XX, bem como ao desenvolvimento da biotecnologia, das drogas biológicas e da bioinformática. Entretanto, de acordo com Sanvito (2012, p. 347), esta potência se configura por meio de diversas interfaces: a) **pesquisa e desenvolvimento** - ocorre principalmente através de ensaios clínicos. O autor ressalta que “os ensaios clínicos não desenvolvem a criatividade e a autonomia dos pesquisadores. É uma espécie de ditadura das

estatísticas”; b) **custos** – o gasto com o desenvolvimento de um novo medicamento varia entre US800 milhões a mais de um bilhão de dólares, segundo informações da indústria farmacêutica. Sanvito (2012) considera que estes valores talvez estejam subestimados, assim é possível justificar o alto preço na vigência da patente. Na realidade, é impossível saber o valor real destes custos, uma vez que não é permitido fazer auditorias nas indústrias privadas. Nos Estados Unidos, por exemplo, os laboratórios farmacêuticos desfrutam de favorecimentos fiscais, não regulação de preço e longa duração das patentes; c) **patentes** – estas se configuram como a propriedade intelectual de uma invenção, cujo inventor ou empresa poderá registrá-la e explorá-la durante determinado período de tempo até que seja de domínio público. Na indústria farmacêutica, pode durar de 10 até 20 anos. Caso outra empresa queira comercializar o produto deverá pagar royalties. As estratégias para prorrogar os prazos das patentes são inúmeras, compreendendo desde “a modificação da dosagem e combinação com medicamentos antigos e, pasmem, até pela cobertura e a cor das pílulas” (SANVITO, 2012, p. 347). Os grandes laboratórios podem também retardar a entrada de genéricos no mercado, pagando a estes laboratórios ou através de processos jurídicos, o que faz gerar lucros exorbitantes; d) **lobistas** – no Congresso Americano há inúmeros lobistas mantidos pela indústria farmacêutica, muitos laboratórios contribuem para as campanhas eleitorais americanas; e) **genética** – esta é a grande esperança para comprovar as causas primeiras das enfermidades, entretanto, a terapia genética ainda é uma promessa. “Cada gene interage com dezenas ou centenas de outros e muitas doenças são poligênicas, além do que o papel dos fatores ambientais é também importante e genes patológicos podem ligar ou desligar durante a vida de um organismo” (SANVITO, 2012, p. 347). No campo terapêutico, a genética é uma frustração até o momento; f) **marketing** – a indústria farmacêutica utiliza diversos canais para fazer marketing: propaganda direta ao consumidor através dos meios de comunicação, propaganda boca a boca aos médicos, anúncios em publicações médicas e não médicas, matérias na imprensa leiga, veiculando assuntos de interesse, *merchandising* (propaganda de modo ostensivo ou subliminar de um produto), financiamento de encontros, simpósios ou congressos médicos, patrocínio de palestrantes e ouvintes, marketing camuflado como educação médica (SANVITO, 2012).

É importante mencionar que o conceito de marketing, de acordo com a definição proposta por Las Casas (2001, p. 26), é:

[...] a área do conhecimento que engloba todas as atividades concernentes às relações de troca, orientadas para a satisfação dos desejos e necessidades dos consumidores, visando alcançar determinados objetivos de empresas ou indivíduos e considerando

sempre o meio ambiente de atuação e o impacto que essas relações causam no bem-estar da sociedade.

Enquanto a propaganda, segundo Las Casas (2001, p. 247), “é qualquer forma paga de apresentação não pessoal de ideias, produtos ou serviços, levada a efeito por um patrocinador identificado”.

Nesta direção, Nascimento (2010) desenvolveu um estudo para analisar questões éticas e de vigilância sanitária relacionadas ao marketing e à propaganda de medicamentos para o grande público. Para fundamentar seu trabalho, no que diz respeito ao marketing, utilizou autores como Philip Kotler, professor de marketing internacional da Kellogg Graduate School of Management, da Universidade de Northwestern (EUA), consultor de diversas empresas americanas e europeias, e Gary Armstrong, professor emérito de graduação na Kenan-Flager Business School, da Universidade da Carolina do Norte (EUA), também consultor e pesquisador de várias empresas, gerenciando estratégias de marketing. Esses autores ressaltam que “há muito mais sobre o marketing do que os olhos dos consumidores conseguem ver. Por trás dele há uma maciça rede de pessoas e atividades que disputam sua atenção e seu dinheiro” (NASCIMENTO, 2010, p. 3424). O marketing implica em ações que buscam respostas desejadas a determinado público-alvo em relação a serviços, produtos, ideias, etc. Além destas transações a curto prazo, é necessário que haja uma relação a longo prazo entre os profissionais de marketing com os clientes, distribuidores e fornecedores, de modo que construa vínculos sociais e econômicos (NASCIMENTO, 2010).

Conforme Martínez-Hernández (2006), a indústria farmacêutica utiliza diversas estratégias biopolítica e bioeconômicas para construir sua hegemonia, como: publicidade direcionada aos prescritores de receita (médicos); publicidade direta aos consumidores em alguns países (como Estados Unidos); publicidade indireta ao público em geral mediante o financiamento de campanhas sobre conscientização de determinada doença ou que mostram os benefícios de alguma substância ocultando os efeitos nocivos; criação de um clima favorável para os produtos em revistas médicas, geralmente financiadas pela indústria farmacêutica; financiamento de pesquisas com direcionamento a resultados satisfatórios das campanhas; financiamento de congressos científicos em que as marcas dos laboratórios estão destacadas no cenário, além das conferências que sensibilizam o público valorizando os benefícios dos produtos; financiamento de cursos de formação continuada direcionada aos médicos, em geral, como meio de compensação pelas negociações com instituições estatais, as quais são responsáveis pela validação de medicamentos, compra em grande quantidade para o sistema

nacional de saúde e a regulação de preços.

Martínez-Hernández (2006) salienta que o objetivo destas estratégias é a invenção de um “sentido comum” que propicie a incorporação das marcas comerciais nos mundos simbólicos dos prescritores e usuários. Nestas situações, os médicos são movidos pela promessa de que, desta forma, resolverão os problemas assistenciais mediante a grande demanda e terão uma posição de saber privilegiada na interação clínica. Já os usuários contarão com um recurso para resolver o seu mal-estar, mesmo que o preço seja a dessocialização de seus estados de ânimo, suas sensações corporais e suas aflições.

Os laboratórios farmacêuticos justificam que suas propagandas são também educativas e alegam que as pessoas aprendem sobre as doenças ao terem contato com anúncios diretos ao consumidor. O montante gasto em marketing é exorbitante, mas grande parte do orçamento é justificado como investimento em atividades educativas, mascarando que as despesas são para informação e não para promoção, assim, conseguem escapar da legislação imposta as atividades de marketing (ANGELL, 2007).

A educação médica continuada é uma forma de fazer chegar a informação no público que beneficiam seus produtos. A maioria delas ocorre por meio de congressos, cursos, especializações e conferências organizadas por empresas de comunicação e educação médica contratadas pela indústria farmacêutica. É possível constatar que, após estes eventos, os médicos prescrevem mais medicamentos dos patrocinadores. Claro, obviamente não investiriam tanto dinheiro em programas que não dessem retorno (ANGELL, 2007).

Para Angell (2007), os médicos fingem ou até mesmo acreditam que os laboratórios farmacêuticos estão interessados em proporcionar educação, simplesmente porque não querem deixar de receber os benefícios (viagens, brindes, entretenimento), o que já consideram como inerente à sua profissão. E alguns médicos ainda ficam indignados quando é mencionado sobre a influência da indústria farmacêutica na sua profissão.

Os laboratórios farmacêuticos alegam que produzem artifícios para educar o consumidor, mas na realidade não há como alertar as pessoas sobre a transição de atividades educativas e atividades voltadas ao marketing. Segundo Angell (2007), isso é impossível separar, pois, se consistisse em uma programação educativa, eles venderiam programas educacionais, mas no fundo tudo é marketing.

O conhecimento tornou-se um produto com a perspectiva de impulsionar investimentos da indústria, tanto no âmbito de “financiamento de projetos de pesquisa, quanto para a produção de bens científico-culturais. Por meio de uma dinâmica de publicação [...], a indústria

potencializa interesses econômicos na área biomédica, entrelaçando geração de lucro e prestígio científico” (MIGUELOTE; CAMARGO JR., 2010, p. 191).

As estratégias de marketing da indústria do conhecimento caracterizam-se como uma engrenagem fundamental aos interesses econômicos, entre elas, destaca-se o “financiamento de pesquisas na área de medicamentos, enviesamento de resultados, engendramento de doenças, e incentivo à produção e publicação de artigos científicos” (MIGUELOTE; CAMARGO JR., 2010, p. 191). Os investimentos em pesquisas acabam direcionados aos ensaios que apresentam resultados satisfatórios e promovem os laboratórios, uma vez que “financiar programas de pesquisa e produzir conhecimento científico – de acordo com seus interesses – passou a ser uma estratégia fundamental de marketing da indústria farmacêutica” (MIGUELOTE; CAMARGO JR., 2010, p. 191).

O marketing disfarçado ocorre também nos grupos de apoio aos pacientes, conforme nos esclarece Angell (2007, p. 167):

Muitos destes grupos não passam de fachadas para os laboratórios farmacêuticos. Pessoas sofrem de uma determinada doença acreditam que encontraram uma rede de apoio dedicada a aumentar a conscientização do público com relação à doença, mas, na realidade, essa rede é um meio para os laboratórios farmacêuticos promoverem seus medicamentos. Algumas pessoas nem sabem que há um laboratório por trás do seu grupo de defesa, outros acreditam que os laboratórios só querem ajudar as pessoas.

Segundo Angell (2007, p. 167), "os grupos de defesa têm grande probabilidade de aumentar as vendas ao tornar a doença mais conhecida e ao pressionar os planos de saúde para cobrir o tratamento. Isso pode ser positivo, mas o laboratório aparentemente manteve seu patrocínio sob grande sigilo".

Atividades educativas falsas são transmitidas aos médicos que, a partir delas, podem emitir milhões de prescrições baseadas em uma informação falsa, além de que "os médicos infelizmente foram muito bem treinados pela indústria farmacêutica, e o que aprenderam foi pegar o bloco de receituário" (ANGELL, 2007, p. 184). Os pacientes também aprendem muito com a indústria farmacêutica por meio dos anúncios e informativos, de forma que, ao adentrar à um consultório médico, é impreterivelmente necessário sair com uma prescrição, caso contrário, o médico não está desempenhando um bom trabalho (ANGELL, 2007).

Em uma pesquisa realizada na Argentina buscou-se conhecer de que modo a indústria farmacêutica consolida estratégias de marketing direcionadas aos psicofármacos para crianças, com intuito de analisar a articulação entre as estratégias, o diagnóstico e o tratamento do TDA/H. Os pesquisadores constataram que o marketing farmacêutico está direcionado em uma

parte à comunidade médica, por meio das conhecidas estratégias de incentivo e controle, e também pelos mecanismos de propagação da informação, através dos líderes de opinião. Detectaram ainda que a indústria farmacêutica investe em estratégias de marketing voltadas aos usuários e suas organizações de familiares, assim como à comunidade educativa, apesar de este tipo de ações ser proibido pela legislação argentina, porém, articulam formas de concretizá-las (FARAONE et al., 2010).

Os grupos de apoio relacionados ao TDAH, tanto virtuais quanto presenciais, são comuns nos Estados Unidos. Compostos por diferentes pessoas interessadas no tema, o seu alcance vai desde comunidades pontuais até associações internacionais (CONRAD; BERGEY, 2014). No Brasil, não temos a mesma tradição, entretanto, existem associações de familiares e pacientes com TDAH, autismo, entre outras patologias mentais, que desempenham um papel de divulgar informações e propiciar melhores condições de tratamento e cidadania (BIANCHI et al, 2016).

O grupo mais conhecido no Brasil é a Associação Brasileira de Déficit da Atenção (ABDA), uma entidade sem fins lucrativos, fundada em 1999, que tem como principal objetivo divulgar o conhecimento sobre o TDAH. Várias revistas e publicações científicas citam o site da ABDA (www.tdah.org.br), que tem em torno de 200 mil acessos por mês (BIANCHI et al, 2016).

A ABDA é composta não somente por familiares e pessoas diagnosticadas, mas também por médicos e pesquisadores internacionais que atuam fortemente no grupo. Esta Associação é um importante meio de difusão de informações para profissionais e leigos, com a predominância do discurso biomédico sobre o TDAH, bem como através de revistas que legitimam este transtorno como orgânico. Neste site, são divulgadas as causas, diagnóstico e tratamento do TDAH, conselhos para familiares e pacientes, atividades e considerações dos profissionais que atuam no campo, capacitação para profissionais da saúde e educação sobre o TDAH. O espaço virtual também é utilizado para responder questões sobre publicações não especializadas, registrando assim a opinião e posição sobre a legitimidade de tais conteúdos. Vale ressaltar que os patrocinadores desta associação são associações profissionais, federações e empresas nacionais e internacionais, os laboratórios farmacêuticos Novartis e Shire, entre outras instituições (BIANCHI et al, 2016; LIMA; CAPONI, 2011; COLLARES; MOYSÉS, 2014).

A marcante presença da saúde nos meios de comunicação é um tema que demanda a problematização deste fenômeno e seus desdobramentos. A mídia não é um espaço transparente

para mostrar a realidade, neste caso, a da saúde. A presença dela não pode ser considerada como um reflexo da importância da saúde na sociedade contemporânea, mas como parte constituinte do deslocamento dos sentidos da saúde. A mídia caracteriza-se como um espaço de produção de discursos sobre o mundo, os quais são articulados por meio da seleção, organização e transformação de fatos em acontecimentos jornalísticos ou outro produto midiático. Nesta construção, temos vários atores sociais envolvidos que podem ser especialistas, doentes, autoridades sanitárias, entre outros, que disputam a construção de sentidos sobre os temas em questão.

Um outro nível de problematização “envolve o entendimento da mídia como um lugar cuja organização e funcionamento incidiram sobre os modos de se viver a experiência e as interações sociais na contemporaneidade” (LERNER, 2013, p. 7). Fausto Neto (2008) relata que estes deslocamentos ocorridos na sociedade, os quais denomina de “processualidade da sociedade dos meios à sociedade da midiática”, geraram novos processos interacionais em função da tecnologia e ações institucionais, os quais tornaram-se fundamentais na produção ou como transportadores de algum sentido, bem como na interação entre produtores e receptores, enquanto uma racionalidade produtora e organizadora de sentido. Para o autor, na sociedade da midiática:

[...] como consequência da intensificação e da generalização das operações midiáticas de construção de práticas de sentidos, instala-se uma nova ambiência interacional, cujas práticas sociais são atravessadas por fluxos, operações e relações técnico-discursivas, constituídas por fundamentos midiáticos que, ao encerrarem em si mesmos – em suas lógicas e operações – as transações de discursos e de interações entre atores e instituições, redesenham os vínculos sociais que passam a se reger por novas ‘formas de contatos’ (FAUSTO NETO, 2008, p. 95).

No contexto da saúde, o papel da mídia pode influenciar a sociedade de diversas maneiras, como a chegada em um especialista, depois de ter conhecimento sobre os seus sintomas por meio de textos - leigos, jornalísticos ou científicos -, provenientes do âmbito virtual, impresso ou televisivo; a familiarização com alguma patologia em função de um programa televisivo ou cinematográfico; ou a propaganda de remédios. De acordo com Lerner (2013, p.8), este contexto é uma alternativa para explicar como “o ritual de constituição do indivíduo são em doente implica em processos de subjetivação que passam não apenas pela interação com o médico, mas por um circuito mais amplo que antecede e permeia essa relação” O autor complementa que:

Um breve exemplo desse ponto é retratado por Joseph Dumit em seu livro *Drugs for life*. Nele, o autor analisa as lógicas e os processos de construção da peça publicitária de medicamentos e destaca os mecanismos pelos quais os textos publicitários interpelam o consumidor, efetuando um processo de personalização (expõem a doença localizando-a no doente, e não como uma entidade abstrata ou científica), promovendo a identificação do consumidor em potencial com o personagem retratado e enfatizando a lógica do risco. Ou seja, mesmo que o indivíduo não tenha (aparentemente) a doença, ela pode estar presente de forma silenciosa. Há portanto um convite para que se vá ao médico investigar, mas isso ocorre já munido de uma “orientação” sobre sintomas e tratamentos (o remédio em questão). O convite é aparentemente para que se recorra à autoridade médica, mas isso se dá já imerso em um processo que lhe antecedeu, no qual o autodiagnóstico já ocorreu (Lerner, 2103, p.8-9).

A lógica do risco faz com que o sujeito já se sinta doente antes de recorrer ao médico, pois produz uma suposta doença abstrata em que o sujeito já tem pré-estabelecido o seu diagnóstico, necessita apenas do médico para legitimar a possível doença e do medicamento para tratá-la. Esta maneira de governar o sujeito é formulada estrategicamente para que possa atingir amplamente a população, de modo que cada um esteja enquadrado em uma classificação já determinada. O sujeito autoclassifica-se a partir do momento que se identifica com os sintomas.

O estudo de Payer (2006 apud MIGUELOTE; CAMARGO JR., 2010, p. 191) sobre o processo de construção de novas doenças ou disfunções, identificou dez táticas de manipulação de pesquisas:

- 1- atribuir a uma função normal algo de errado a ser tratado;
- 2- imputar sofrimento onde não existe;
- 3- definir ampla proporção da população como passível de sofrimento pela doença;
- 4- definir condição de deficiência ou desequilíbrio;
- 5- dar a voz a spin doctors, especialistas em comunicação (que interpretam resultados de acordo com os interesses em jogo);
- 6- particularizar enfoque sobre o tema;
- 7- exagerar benefícios do tratamento a partir de dados estatísticos seletivos;
- 8- pontuar de forma distorcida o objetivo;
- 9- promover tecnologias tratando-as como “magicamente” livres de riscos;
- 10- transformar um sintoma, sem maior significado, em sinal de doença séria.

Estas estratégias se constituem na busca por um desvio do normal que demanda um tratamento medicamentoso, pois, para o pensamento biomédico, a dualidade normal-patológico é estruturante. “Em função de inevitáveis componentes socioculturais, existe uma plasticidade na definição de “normalidade” – e, portanto, também de doença – que permite a transformação de fenômenos fisiológicos em “desvios”; ou seja, ao serem caracterizados como patologias, precisam ser tratados” (MIGUELOTE; CAMARGO JR., 2010, p. 191).

4.4.3 O caso da Ritalina e do TDAH: “uma droga em busca de um transtorno”

A invenção de doenças não teria sentido sem um objetivo prévio, tratá-las. Por isso, muitos medicamentos surgem antes mesmo da patologia, uma vez que são descobertos que efeitos tal droga promove nas pessoas, conforme a história da Ritalina descrita a seguir.

Atualmente, a Ritalina está associada ao tratamento de crianças e adultos diagnosticados com TDAH. Entretanto, esta droga foi prescrita pela primeira vez para tratar pacientes deprimidos e geriátricos, em quem o comportamento era muito diferente do de crianças hiperativas. A Ritalina foi aprovada pela primeira vez para uso em adultos durante a metade da década de 1950. O Laboratório Farmacêutico Ciba, atualmente denominado de Novartis, criou o medicamento que, na época, foi comercializado como "pep pill", uma pílula mais forte que a cafeína, todavia não tão poderosa quanto outros estimulantes, como a Benzedrina. Os anúncios mostravam pessoas intensamente deprimidas, que viveram em hospitais psiquiátricos, bem como fotos comparativas do antes e depois de pacientes idosos ou donas-de-casa. Apesar dos esforços da Ciba para comercializar a Ritalina, o medicamento não teve êxito. Entretanto, psiquiatras que trabalhavam em uma instituição psiquiátrica infantil, nos Estados Unidos, já haviam percebido, desde a década de 1930, que o estimulante poderia ter um efeito positivo no desempenho acadêmico e no comportamento das crianças problemáticas (SMITH, 2012).

Conrad e Schneider (1992) lembram-nos que, em 1937, Charles Bradley havia descoberto que as anfetaminas tinham um ótimo efeito na alteração de comportamentos ou problemas de aprendizagem. Dentre as 30 crianças que ele tratava, 50% apresentavam mais moderação no comportamento. Posteriormente, ao interromperem a medicação, retornaram a apresentar o mesmo comportamento anterior ao uso do medicamento.

Mas, somente em meados da década de 1950, o metilfenitado (Ritalina) vêm à tona como uma nova descoberta, um estimulante com muitas qualidades de anfetaminas sem alguns dos indesejáveis efeitos colaterais (CONRAD; SCHNEIDER, 1992). Assim, devido à preocupação com as habilidades educacionais das crianças americanas durante a Guerra Fria, a Ciba investiu em um novo público para o consumo da droga, crianças em idade escolar (SMITH, 2012).

Figura 1 - Garrafa de Ritalina de 1954



Fonte: Site internet¹¹.

Em 1961, a *Food and Drug Administration* (FDA) americana aprovou a comercialização da Ritalina para crianças, tornando-se um sucesso de vendas. A descoberta de outros medicamentos psiquiátricos para crianças, na mesma época, talvez tenha contribuído para a Ritalina tornar-se um tratamento aceitável. A princípio, a Ritalina era “uma droga em busca de um transtorno” e, posteriormente, parece que se tornou a droga “certa” para os tempos (SMITH, 2012).

Desde o início da década de 1960, houve um número significativo de publicações demonstrando preocupação com este tratamento medicamentoso da desordem do comportamento. Neste mesmo período, ocorreu um aumento significativo de publicidade da patologia nos meios de comunicação. Assim, a hiperatividade tornou-se o problema psiquiátrico mais comum na infância, o que propiciou o estabelecimento de clínicas especiais para o tratamento e uma quantidade significativa de verbas federais foi destinada para investigações etiológicas da doença e o desenvolvimento de pesquisas sobre o tratamento. Além disso, fora da profissão médica, os professores desenvolveram um conhecimento clínico dos sintomas da hiperatividade e o seu tratamento (CONRAD; SCHNEIDER, 1992).

A figura 2 retrata como a Ritalina é divulgada como um medicamento que torna mais fácil as relações familiares, principalmente, a criação dos filhos.

¹¹ Disponível em:

<<http://ewds.strath.ac.uk/View/Resource/tabid/6225/articleType/ArticleView/articleId/1007/Dr-Matthew-Smith-on-ADHD-and-Ritalin.aspx>> Acesso em: 20 de nov de 2016.

Figura 2 – Encarte publicitário da Ritalina



Fonte: Site internet¹²

A revolução no uso de drogas psicoativas vem ocorrendo na América desde a década de 1930, período em que começou a fabricação em grande escala destas drogas, fato que é significativo para o alavancamento do consumo destes medicamentos. A Ritalina, Benzedrina e Dexedrina, por exemplo, são medicamentos psicoativos que afetam diretamente o sistema nervoso central e tem sido utilizada com crianças consideradas hipercinéticas, mas são apenas algumas das centenas de drogas utilizadas (CONRAD; SCHNEIDER, 1992).

Antes dos anos 1960, praticamente não havia ações promocionais ou propagandas para o uso destes medicamentos com relação a desordens da infância. A partir da aprovação da Ritalina para crianças, algumas das maiores indústrias farmacêuticas iniciaram um processo de divulgação, direcionado e limitado principalmente ao setor médico. Porém, algumas das publicidades foram direcionadas ao setor de educação. Esta publicidade foi provavelmente significativa para dar visibilidade à nova desordem descoberta, trazendo informações sobre seu diagnóstico e tratamento.

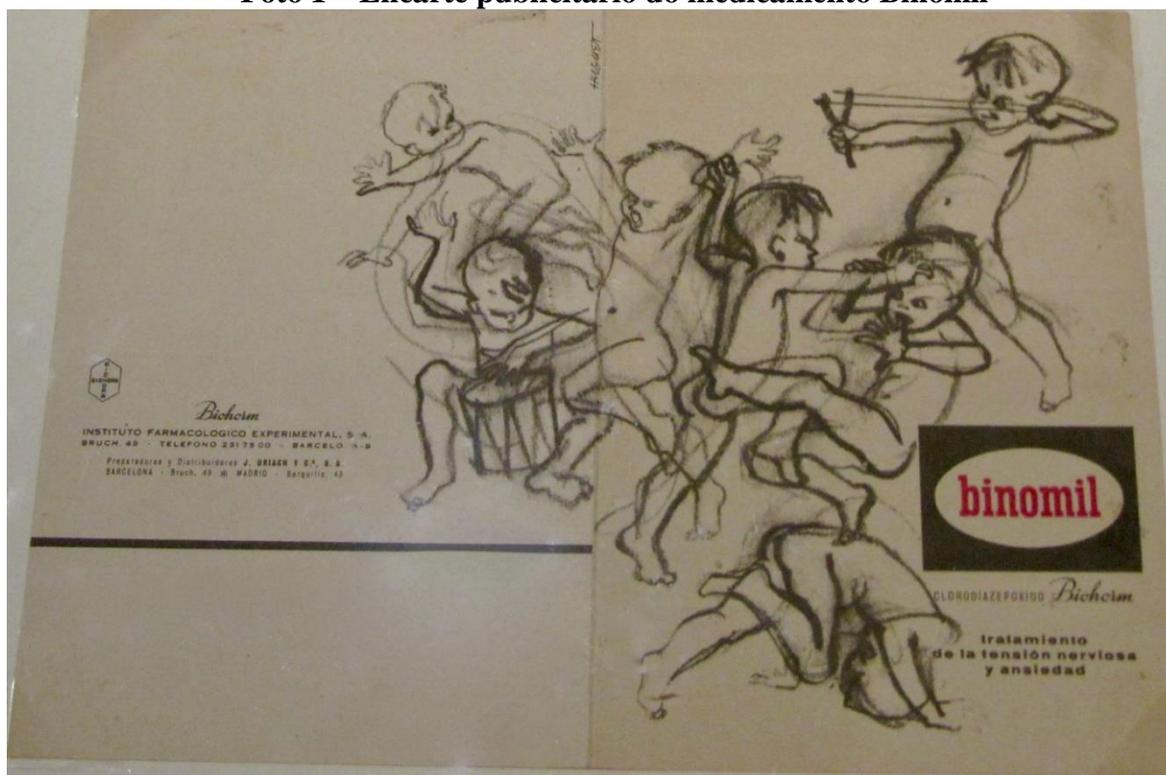
No *Museu del Disseny de Barcelona*¹³, foi realiza uma exposição sobre publicidade farmacêutica, onde foram expostos encartes publicitários de algumas destas drogas, referentes às décadas de 1960 e 1970.

Na foto 1 está a propaganda de 1963, do Binomil do Laboratório Uriach, usado para tratamento da tensão nervosa e ansiedade de crianças.

¹² Disponível em: <http://paradigmatrix.net/wp-content/uploads/2015/02/ritalin.jpg> Acesso em: 20 de nov de 2016.

¹³ Museu visitado pela pesquisadora em abril de 2015, em Barcelona.

Foto 1 – Encarte publicitário do medicamento Binomil

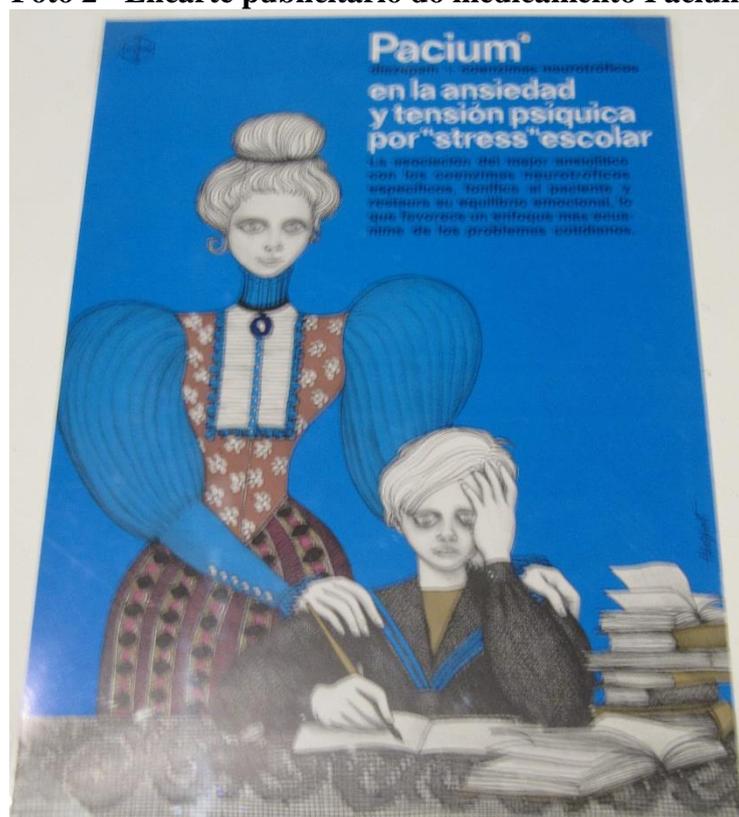


Fonte: Museu del Disseny de Barcelona

A foto 2 insinua a relação entre o medicamento e a possibilidade de intervenção para sanar o “estresse escolar”. Neste encarte publicitário, a propaganda é do medicamento Pacium do Laboratório denominado de J. Uriach e C^a, em 1971.

O texto abaixo do título principal diz que “La asociación del mejor ansiolítico con los coenzimas neurotróficos específicos, tonifica al paciente y restaura su equilibrio emocional, lo que favorece un enfoque más ecuánime de los problemas cotidianos”. Essas palavras retratam, claramente, que o medicamento é para amenizar problemas do dia a dia.

Foto 2 - Encarte publicitário do medicamento Pacium



Fonte: Museu del Disseny de Barcelona

Uma das principais tendências que motivaram o crescimento do diagnóstico e tratamento de hipercinesia, considerada a grande revolução farmacêutica em saúde mental, foi o uso de medicamentos psicoativos em pessoas com doenças mentais desde 1955, gerando confiança na indústria farmacêutica sobre a abordagem de problemas mentais e comportamentais. Nas décadas de 1960 e 1970, cresceu o interesse por saúde mental infantil, sob o argumento de que estas desordens em crianças vinham sendo ignoradas nos últimos anos. De acordo com Conrad e Schneider (1992), o aumento do interesse em problemas psiquiátricos infantis, provavelmente, está relacionado com a descoberta da hipercinesia em crianças. Se os problemas psiquiátricos infantis não forem procurados como desordem ou não houver modo de conceitualizá-los, eles, provavelmente, permanecerão não identificados ou não diagnosticados ou mesmo fora do âmbito da atenção médica (CONRAD; SCHNEIDER, 1992).

Desde a publicação do relatório do *U.S. Public Health Service* sobre a disfunção cerebral mínima, houve pelo menos duas publicações governamentais significativas preocupadas com a questão do tratamento de crianças em idade escolar, com medicamentos estimulantes para distúrbios de comportamento. Estas pesquisas vieram, direta ou indiretamente, como uma resposta à publicação nacional realizada pelo *Washington Post*, em 1970, segundo a qual 5% a

10% dos 62.000 escolares de Omaha, Nebraska, estavam sendo tratados com drogas de modificação de comportamento para melhorar o comportamento e aumentar o potencial de aprendizagem. Embora os números tenham sido considerados, posteriormente, um pouco exagerados, estimularam uma investigação pelo *U.S. House Committee on Government Operations*, em 1970, e uma conferência sobre o uso de drogas estimulantes no tratamento de crianças em idade escolar com comportamentos perturbados, em 1971, patrocinada pelo *Office of Child Development*. O *Congressional Subcommittee on Privacy* realizou reuniões para discutir a prescrição de drogas para crianças hiperativas em idade escolar. De modo geral, o comitê demonstrou preocupação com a facilidade com que a medicação era prescrita, mais especificamente, como algumas crianças estavam recebendo remédios de clínicos gerais, em que os diagnósticos eram baseados no relato de professores e pais, com a queixa de que as crianças estavam indo mal na escola. Houve preocupação também com a ausência de pesquisas e acompanhamentos sobre os efeitos a longo prazo (CONRAD; SCHNEIDER, 1992).

O *Department of Health, Education and Welfare* criou rapidamente um comitê de profissionais (a maioria médicos), muitos dos quais já tinham compromissos com tratamento medicamentoso para problemas de comportamento das crianças. Eles recomendaram que somente os médicos fizessem o diagnóstico e prescrevessem o tratamento e que os laboratórios farmacêuticos promovessem o tratamento da doença apenas por meio de canais médicos, de modo que os pais não fossem coagidos a aceitar qualquer tratamento, e que pesquisas de acompanhamento a longo prazo deveriam ser feitas. Este relatório serviu de aprovação da tarja azul para o tratamento da hipercinesia com medicamentos psicoativos (CONRAD; SCHNEIDER, 1992).

No decorrer da década de 1970, o uso da Ritalina foi crescendo gradativamente, alcançando em torno de 150.000 crianças nos Estados Unidos. Posteriormente, a publicação do DSM-III, em 1980, identificou pela primeira vez o Transtorno de Déficit de Atenção (TDA) como uma patologia, cujos sintomas principais já eram hiperatividade, desatenção e impulsividade. Na edição revisada do DSM-III, em 1987, a psiquiatria ampliou as fronteiras diagnósticas do transtorno, redenominando para Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade. Nesta época, a Ciba-Geigy ajudou a fundar um grupo de apoio a pacientes com TDAH, denominado Crianças e Adultos com Déficit de Atenção e Hiperatividade (CHADD – sigla em inglês). Este, por sua vez, começou a conscientizar a população sobre a patologia e pressionou o Congresso para que o TDAH se configurasse como uma incapacidade e fosse incluído na Lei de Indivíduos com Incapacidade para a Educação. Em 1990, havia quase um

milhão de crianças diagnosticadas, número que foi duplicando no decorrer dos anos seguintes. Estima-se em torno de 3,5 milhões o número de crianças nos Estados Unidos que tomam um estimulante em função do TDAH (WHITAKER, 2011).

Breggin (2001) menciona que, nos Estados Unidos, a ação coletiva *Ritalin* foi estabelecida contra a Novartis, CHADD e a APA, a qual alega “fraude” e “conspiração” tanto para a promoção excessiva do diagnóstico de TDAH, quanto para o seu tratamento com a medicação Ritalina. A Novartis é acusada de promover o diagnóstico e a venda de Ritalina por meio de literatura promocional e formação de representantes de vendas que não informaram aos consumidores (médicos, escolas, etc) sobre os perigos do metilfenidato. Este Laboratório, bem como a CHADD, também são cobrados por promover e apoiar (com uma suposta neutralidade) a implementação cada vez maior de diagnósticos de TDAH, aumentando significativamente as vendas de Ritalina. A APA sofre a acusação de conspiração por colaborar e cooperar ao receber contribuições financeiras da Novartis, entre outras indústrias farmacêuticas.

Vale ressaltar que, apesar das pesquisas até o momento não identificarem marcadores biológicos ou neurológicos para o TDAH, a Ritalina e outros fármacos atuam sobre os sistemas de neurotransmissores. O cérebro de uma criança que usa estes medicamentos realiza uma série de adaptações compensatórias, distintas do estado normal. Whitaker (2016) cita diversas pesquisas¹⁴, as quais apontam que crianças medicadas com estimulantes apresentam mudanças no comportamento global, como: aumento das brincadeiras solitárias e redução correspondente da iniciação de interações sociais; redução da curiosidade da criança em relação ao ambiente; às vezes, tornam-se apáticas, frequentemente, tornam-se passivas, submissas e isolam-se socialmente; a hiperatividade diminui devido à redução do número de respostas ao comportamento. Além disso, os estimulantes podem causar efeitos adversos, como:

Físicos: sonolência, perda de apetite, letargia, insônia, dores de cabeça, dor abdominal, anormalidades motoras, tiques, cerramento da mandíbula, problemas de pele, doenças no fígado, perda de peso, déficit de crescimento, hipertensão e morte súbita. *Emocionais:* depressão, apatia, fraqueza geral, mudanças de humor, crises de choro, irritabilidade, ansiedade e um sentimento de hostilidade do mundo. *Psiquiátricos:* sintomas obsessivos compulsivos, mania, paranoia, episódios psicóticos e alucinações (WHITAKER, 2016, p. 23).

A Ritalina está sendo consumida por milhões de crianças para tratar o TDAH, sendo que o seu fabricante, Novartis, afirma que esta droga é a “solução” para este problema

¹⁴ Barkley (1978); Fieldler (1983); Davy (1989); Granger (1993); Breggin (2001)

generalizado. Mas, por trás das relações públicas, está uma realidade devastadora, pois as crianças estão ingerindo uma droga, cujos efeitos negativos podem ser os mesmos da anfetamina e da cocaína que podem gerar distúrbios comportamentais, supressão de crescimento, tiques neurológicos, agitação, dependência e psicose (BREGGIN, 2001).

Parece que os resultados das pesquisas mostrando os malefícios da Ritalina não afugentaram as prescrições do medicamento para o tratamento do TDAH. Neste sentido, observa-se que a estratégia do risco se faz presente não somente para o risco de se desenvolver a patologia, mas também para o risco em caso de não ser tratado o suposto transtorno. Conforme consta no DSM-5, no que se refere às “Consequências Funcionais” do TDAH”:

O TDAH está associado ao desempenho escolar e sucesso acadêmico reduzidos, rejeição social e, nos adultos, a piores desempenho, sucesso e assiduidade no campo profissional e a maior probabilidade de desemprego, além de altos níveis de conflito interpessoal. Crianças com TDAH apresentam uma probabilidade significativamente maior do que seus pares para desenvolver transtorno da conduta na adolescência e transtorno da personalidade antissocial na idade adulta, aumentando, assim, a probabilidade de transtornos por uso de substâncias e prisão. O risco subsequente para transtornos por uso posterior de substâncias é alto, especialmente quando se desenvolve transtorno da conduta ou transtorno da personalidade antissocial. Indivíduos com TDAH são mais propensos a sofrer lesões do que seus colegas. Acidentes e violações de trânsito são mais frequentes em condutores com o transtorno. Pode haver probabilidade aumentada de obesidade entre indivíduos com TDAH. Autodeterminação variável ou inadequada a tarefas que exijam esforço prolongado frequentemente é interpretada pelos outros como preguiça, irresponsabilidade ou falta de cooperação. As relações familiares podem se caracterizar por discórdia e interações negativas. As relações com os pares costumam ser conturbadas devido a rejeição por parte daqueles, negligência ou provocações em relação ao indivíduo com TDAH. Em média, pessoas com o transtorno alcançam escolaridade menor, menos sucesso profissional e escores intelectuais reduzidos na comparação com seus pares, embora exista grande variabilidade. Em sua forma grave, o transtorno é marcadamente prejudicial, afetando a adaptação social, familiar e escolar/profissional. Déficits acadêmicos, problemas escolares e negligência pelos colegas tendem a estar principalmente associados a sintomas elevados de desatenção, ao passo que rejeição por colegas e, em menor grau, lesões acidentais são mais proeminentes com sintomas acentuados de hiperatividade ou impulsividade (APA, 2013, p. 63).

É neste espaço em que é possível identificar mecanismos de risco e segurança que a biopolítica está situada, possibilitando assim ver como a psiquiatria exerce o poder, por meio da ideia de que é possível evitar os riscos para prevenir futuros danos (CAPONI, 2014). É mediante a divulgação destes “riscos”, que se caracterizam como verdadeiras ameaças no decorrer da vida de um sujeito, que qualquer tratamento se torna válido uma vez que perdure a promessa de livrá-lo de todos estes males que possam ocorrer durante sua trajetória, desde sua infância. Caponi (2014, p.3) afirma que "o dispositivo de segurança, com seus estudos estatísticos de antecipação e prevenção de riscos, é o elemento central para compreender a

articulação entre biopolítica e psiquiatrização da sociedade no mundo contemporâneo". Nesta lógica, qualquer comportamento indesejado pode ser considerado como um desvio e indicativo de algum transtorno mental. É o alerta para o risco de desenvolver alguma patologia mental crônica, por isso a intervenção antes que ela ocorra.

Os interesses econômicos fazem valer qualquer jogo, inclusive o da indústria farmacêutica de promover forçadamente a visão de que os transtornos mentais têm uma origem biológica, e assim sugerem uma intervenção biológica, ressaltando que o metilfenidato é responsável por um lucro de milhões de dólares anualmente (WHITAKER, 2011; FRANCES, 2016).

O escritor e jornalista espanhol Miguel Jara (2015, p.1), que realiza pesquisas sobre marketing e a indústria farmacêutica, mencionou que “estamos tal vez ante la mayor campaña de marketing para medicalizar a la infancia de la historia de la humanidad”. Ele retrata o panorama contemporâneo, relatando que a estratégia do medo é utilizada para fazer o lobby e assim desencadear uma promoção de transtornos mentais. O conceito do transtorno é publicado no DSM, mediante a decisão de um grupo de psiquiatras, entre outros profissionais, bem como na publicação de artigos em revistas científicas por profissionais que tem relação com a indústria farmacêutica, interessada em vender tais medicamentos, o que caracteriza conflito de interesses.

Whitaker (2011) salienta que, há cerca de 20 anos, nos Estados Unidos, começou a se prescrever regularmente medicamentos psiquiátricos para crianças e adolescentes, o que resultou, atualmente, em que um a cada 15 estadunidenses sofram com alguma patologia mental grave, condenando assim, milhares de pessoas a patologias crônicas. Esse quadro mostra que este modelo de atenção à saúde faz mais mal do que bem.

Breggin (2001) afirma que cada vez mais crianças americanas estão consumindo drogas para que haja um controle de suas mentes e comportamentos. O autor ressalta que nunca na história de qualquer sociedade ou nação houve uma experiência em massa do uso de drogas em crianças, bem como nunca tantos pais receberam a informação de que seus filhos necessitam de medicamentos psiquiátricos para resolver as dificuldades na escola e no lar. É uma situação sem precedentes que talvez explique o porquê do aumento de transtornos mentais.

As associações para pacientes com transtornos mentais também é outro aspecto complicado, pois se apresentam com caráter de apoio, mas, na realidade, são financiadas pelos laboratórios farmacêuticos, o que também configura conflito de interesses. Assim, compactuam com a disseminação destas estratégias, atingindo um grande público pela sua atuação no campo

virtual, incitando a formação de comunidades e disseminando as informações fornecidas pelos seus apoiadores e financiadores.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo apresenta as temáticas constituídas mediante o material coletado durante o desenvolvimento da pesquisa e sua respectiva análise de acordo com o campo investigado.

5.1 CAMPO DE PESQUISA - ESCOLA

5.1.1 A escola e o lugar do TDAH

As dificuldades de aprendizagem escolar são explicadas pela confluência das ciências biológicas e da medicina do século XIX que denotam uma visão organicista das aptidões humanas, impregnadas de pressupostos racistas e elitistas. Os médicos foram os primeiros especialistas a se ocupar com os casos de aprendizagem escolar. O desenvolvimento das ciências médicas e biológicas, especificamente da psiquiatria, ocorreu no final do século XVIII e no século XIX, época em que surgem as classificações dos anormais e os estudos de neurologia, neurofisiologia e neuropsiquiatria, em laboratórios anexos aos hospitais psiquiátricos (PATTO, 1993). De acordo com Patto (1993, p.41):

Quando os problemas de aprendizagem escolar começaram a tomar corpo, os progressos da nosologia já haviam recomendado a criação de pavilhões especiais para os ‘duros de cabeça’ ou idiotas, anteriormente confundido com os loucos; a criação desta categoria facilitou o trânsito do conceito anormalidade dos hospitais para as escolas: as crianças que não acompanhavam seus colegas na aprendizagem escolar passaram a ser designadas como ‘anormais escolares’ e as causas de seus fracassos são procuradas em alguma anormalidade orgânica .

Nos primeiros trinta anos do século XX, a avaliação dos ‘anormais escolares’, circunscrita aos médicos, de acordo com os quadros clínicos da época, era baseada na avaliação intelectual, ou seja, os testes de QI tinham grande peso para os educadores. A incorporação de conceitos psicanalíticos provocou algumas mudanças não apenas na concepção de doença mental, mas também nas concepções sobre as causas de dificuldades de aprendizagem. Passou-se a considerar a influência ambiental sobre o desenvolvimento da personalidade nos primeiros anos de vida e a importância da dimensão afetivo-emocional no comportamento e seus desvios. Estes fatores promoveram uma mudança terminológica no âmbito escolar. A criança que apresentava problemas de comportamento ou aprendizagem escolar, chamada até então de ‘anormal’, passou a ser designada de ‘criança problema’. Esta expressão aparece nas

publicações da década de 1930, demarcada pela transformação na concepção das causas das dificuldades de aprendizagem escolar, as quais, anteriormente, estavam baseadas em instrumentos da medicina e da psicologia que as consideravam como anormalidades orgânicas e genéticas. A nova concepção da psicologia clínica, inspirada pela psicanálise, em que as causas também são provenientes do ambiente sócio familiar, amplia o espectro dos problemas que causam os desajustes infantis. Assim, as causas abrangem aspectos físicos, emocionais, de personalidade, perpassando pelos intelectuais. Este movimento gera uma rede de clínicas psicológicas escolares para diagnóstico e tratamento das crianças que apresentavam estes problemas de aprendizagem e desajustes escolares. “Estas clínicas ortofrênicas transformaram-se rapidamente em verdadeiras fábricas de rótulos” (PATTO, 1993, p.45).

Os rótulos desta época são transpostos aos transtornos mentais da infância na contemporaneidade. Observa-se que os professores participantes da pesquisa, ao descreverem os comportamentos que indicam o diagnóstico de TDAH, retratam um cenário muito semelhante à realidade descrita por Patto (1993).

Os discursos da maioria dos professores em relação a percepção sobre o TDAH apresentaram que tal transtorno está relacionado com dificuldades de concentração, de interação com colegas e professores. Entre estes participantes, duas professoras acrescentam que estas crianças são agitadas e agressivas com os colegas e consideram a manifestação destes comportamentos como um problema social. Uma delas menciona: *Entendo que o TDAH é muito complexo, pois me angustia muito como educadora, o não saber lidar com tantos problemas sociais* (Participante 1). Três professoras relacionam o TDAH com problemas de comportamento, uma mencionou como distúrbios do comportamento, mas não considera uma doença, outra professora como uma *manifestação “diferenciada” do comportamento* (Participante 5) e, por fim, como um transtorno de comportamento. Cinco professoras descreveram apenas a sigla do TDAH, o que, de certa forma, já significa os sintomas. Dez professores mencionaram que há crianças com TDAH ou com suspeita deste transtorno em sala de aula, com predominância de meninos.

Os fatores que geram estes comportamentos, de acordo com os relatos dos professores, são: sociais, políticos, econômicos, psicológicos, psicossociais, problemas familiares, ausência da família, famílias desestruturadas e uso de drogas. Estes fatores são exatamente o que caracteriza o processo de medicalização; são questões complexas de ordem social, cultural, afetiva, que são reduzidas há um transtorno mental na criança a ser tratado por um modelo médico. O lugar da patologia é justamente de mascarar a realidade, evitando que os fatos e os

seus detalhes sejam conhecidos (MOYSÉS; COLLARES, 2014).

Segundo os professores, estas crianças afetam a dinâmica em sala de aula, pois *atrapalham os encaminhamentos, explicações da matéria, principalmente as problemáticas que se criam psicologicamente, como o Bullying* (Participante 1). O discurso de outra professora mostra que estas crianças *modificam a dinâmica de trabalho na turma, fica muito difícil de trabalhar, visto que, pelas suas dificuldades de concentração atrapalham toda a turma* (Participante 4). Uma professora reconhece que os *professores não sabem como trabalhar e muitos encaminham para orientação* (Participante 10). Outra professora acrescenta que *são alunos que necessitam atendimento especial, um segundo professor* (Participante 6).

De acordo com Collares e Moysés (2014), a Educação no Brasil se constitui, desde o início, em uma história de como e pelo fracasso de alcançar objetivos e metas delineados em planos e discursos governamentais. Deste modo, a expressão “fracasso escolar”, que deveria representar o problema educacional crônico de modo geral, passa a construir representações que, direta ou indiretamente, remetem ao precário desempenho escolar das crianças. Entretanto, as autoras salientam que de acordo com a dimensão dos indicadores, o foco deve ser direcionado para a escola, para as políticas educacionais, as quais historicamente são causadoras da não aprendizagem dos estudantes. Deste modo, a expressão adequada deveria ser “fracasso da escola”. “Esta escola, historicamente produtora de fracassos, também é historicamente atravessada por processos medicalizantes, construídos e construtores de preconceitos” (COLLARES; MOYSÉS, 2014, p.51).

5.1.2 O olhar dos professores sobre os estudantes e suas famílias

Quando os professores são questionados sobre o que conhecem sobre a dinâmica familiar ou contexto social que as crianças estão inseridas, a maioria dos nove participantes não responde diz que não sabe ou que não consegue acompanhar. Dos que se manifestam, aparece em seus discursos: pobreza, pais separados, falta de estrutura familiar, família ausente e contexto social crítico. Uma professora relata que *a escola [...], desde sua criação, atende filhos de presidiários, além da comunidade do entorno, e isso já acarreta dificuldades, aliado à baixa renda e famílias “desestruturadas”* (Participante 2).

Observa-se que o modo como alguns professores compreendem a situação dos estudantes está relacionado a pré-conceitos oriundos do século passado. Os juízos de valor relacionados ao modo de pensar e viver dos grupos dominantes fazem valer a noção de que os

demais grupos são primitivos, atrasados, rudes, que não compartilham desta cultura dominante. Estas ideias influenciaram as pesquisas que investigaram as relações familiares e o modo como se educavam as crianças nos diferentes níveis sociais. Desta maneira, “a ausência, nas classes dominadas, de normas, padrões, hábitos e práticas presentes nas classes dominantes, foram tomadas como indicativas de atraso cultural destes grupos, o que os aproximaria do estado primitivo dos grupos étnicos de origem” (PATTO, 1993, p. 45). Patto (1993) refere-se ao conceito de raça, que passa a ser substituído pelo de cultura, no intuito de explicar as desigualdades sociais. Nesta direção, a autora observa que o que era considerado como raças inferiores ou indivíduos inferiores, passa a ser denominado de culturas inferiores ou diferentes, o que na realidade significaria o mesmo que dizer que as crianças desajustadas e problemáticas são provenientes de grupos familiares patológicos e de ambientes sociais atrasados.

Segundo Chauí (2008), as classes populares são impregnadas pelos estigmas da culpa, da suspeita e da incriminação permanentes. A ideologia de que a miséria é causa de violência, faz com que as classes ditas “desfavorecidas” sejam consideradas potencialmente violentas e criminosas. Assim, o preconceito atinge os habitantes das favelas que são estigmatizados, não somente pelas classes média e dominante, mas também pelos próprios dominados: “a cidade olha a favela como uma realidade patológica, uma doença, uma praga, um quisto, uma calamidade pública” (CHAUÍ, 2008, p. 73).

Na escola pesquisada, a percepção dos professores sob os seus estudantes corrobora as palavras de Chauí, ou seja, está permeada de preconceitos. O discurso dos professores sobre o contexto familiar e social dos estudantes, bem como sobre os comportamentos que eles manifestavam em sala de aula, são mencionados de modo superficial, não demonstram um entrosamento entre o professor e a criança. As dificuldades em sala de aula são atribuídas a problemas familiares e sociais exclusivamente dos estudantes, conforme consta nos discursos registrados durante a pesquisa de alguns professores sobre seus alunos (nomes fictícios):

Wilson (12 anos - 5º ano) - *falta bastante as aulas, não pára quieto em sala de aula, mas tem foco. Mora no Morro do Macaco (favela). Já foi expulso de outra escola. Pai é da Bahia, mora somente com a mãe, é acompanhado pelo CAPSi e pelo conselho tutelar, mas não sabe por qual motivo. Está na escola por ordem judicial* (Participante 15).

Luciano (11 anos - 5º ano) – *apresenta dificuldades de aprendizagem, tem uma professora auxiliar na sala, toma medicamento para não esquecer. Não sabe o diagnóstico. Desconhece informações sobre a família* (Participante 15).

Mathias (11 anos - 5º ano) – *apresenta dificuldades de aprendizagem, tem uma professora auxiliar na sala, mas não aceita a professora, apresenta um desvio*

moderado. Não sabe o diagnóstico. Desconhece informações sobre a família (Participante 15).

Danilo (15 anos - 5º ano) - *apresenta dificuldades em fazer as atividades. Pai estava preso, depois foi assassinado, mãe vive com o padrasto que bate nele. “Convívio complexo” (Participante 15).*

Jailson (12 anos - 6º ano) – *é uma criança que aprende, mas tem problemas de comportamento. É muito inquieto, porém, não falta o respeito com os demais colegas. É bastante pequeno (tamanho). Desconhece informações sobre a família (Participante 14).*

Renato (12 anos - 6º ano) – *apresenta dificuldades de aprendizagem, é mal-educado, não sabe ler. Desconhece informações sobre a família (Participante 14).*

Elton (12 anos - 6º ano) - *não sabe ler, inquieto. Desconhece informações sobre a família (Participante 14).*

Antônio (12 anos - 6º ano) - *não sabe ler, inquieto. Desconhece informações sobre a família (Participante 14).*

Adriana (12 anos - 6º ano) – *é uma menina quieta, mas não consegue se concentrar. O pai pediu um relatório para encaminhar a um especialista para conseguir um diagnóstico para tentar uma professora auxiliar (Participante 14).*

Ademar (9 anos - 3º ano) - *é muito inteligente, mas tumultua a sala, muito agressivo. É da Bahia está em Florianópolis há 3 anos. É de um nível social melhor. Apanha muito dos pais (Participante 12).*

Bruno (6 anos - 1º ano) - *é inteligente, mas atrapalha o andamento da aula, é hiperativo, fala muito alto, come giz escondido, ponta de lápis, papel de seda (pipa), cola. Ele aprende, mas não copia do quadro. Faz os exercícios, fica mais afastado dos outros. Filho da merendeira. Vai para a Casa da Criança (creche contra turno escolar) à tarde, tem um irmão de 2 anos. Respeita o pai que é do tráfico, a vó (mãe da mãe) também é do tráfico, não respeita a mãe. A mãe disse que não vai dar remédio para ele. Tem problema de vista. Ele atrapalha a turma toda. A mãe vive num mundo a parte do restante da família (Participante 13).*

Pedro (6 anos - 1º ano) - *não aprende, não para quieto, faz as atividades em pé, mexe nas coisas dos colegas. Quando tomava remédio só dormia. Mãe dá superproteção, ela perdeu um filho afogado, o outro filho que estuda na quinta série é gay. Pai estava preso por tráfico. A mãe teve presa por tráfico, hoje não sei do que vivem. A Escola conseguiu uma consulta no Hospital Infantil com a Psicóloga, mas não compareceram (Participante 13).*

Observa-se que, de modo geral, os professores se queixam de problemas relacionados ao comportamento dos estudantes, sendo que alguns mencionam o nível social e a dinâmica familiar como uma possível causa do comportamento “inadequado” dos estudantes. É

importante salientar que aqueles estudantes (Luciano e Mathias) que já possuem um diagnóstico e estão com o segundo professor¹⁵ para auxiliá-los, o professor regente sequer sabe qual é o problema dos alunos ou o diagnóstico que demanda deste segundo professor.

O caso do Danilo também chama atenção, um adolescente que perde o pai e sofre violência doméstica. Estas situações parecem invisíveis aos olhos de quem simplesmente enquadra as situações adversas da vida em um diagnóstico de transtorno mental. Qual ser humano poderia desempenhar normalmente suas atividades diante desta situação? E assim o sofrimento de várias crianças e adolescentes, que o manifestam em seu comportamento, vai sendo velado por um rótulo e contido por um medicamento.

Vale lembrar que as “palavras-chave” dos sintomas para o diagnóstico do TDAH – desatenção, impulsividade e hiperatividade – são comportamentos que estão implícitos nos discursos dos professores sobre os estudantes mencionados com suspeita de TDAH. Evidente que para efetivar o diagnóstico é necessário atender aos critérios diagnósticos descritos no DSM-5, mas mediante qualquer indício de um destes três comportamentos, o professor já está embasado para encaminhar o estudante para um profissional da saúde. Este na realidade, apenas legitima o diagnóstico e prescreve o medicamento, pois o diagnóstico é efetivado mediante as informações dos professores e familiares. No caso de Florianópolis, e possivelmente muitos outros municípios, o professor está amparado por Lei (Lei Nº 9.482 de 2014) para diagnosticar TDAH e dislexia. Por isso, dificilmente a criança escapará do diagnóstico e do tratamento medicamentoso, o qual promove o efeito imediato desejado pelo professor: a mudança no comportamento.

Gurgel (2014) cita uma pesquisa, publicada na Folha de São Paulo (2011), realizada com seis mil crianças e adolescentes (idade entre 4 e 18 anos) em escolas de 16 estados brasileiros, onde se constatou que apenas 23,7% destes estudantes receberam o diagnóstico de TDAH, de acordo com os critérios do DSM-IV, enquanto os outros 75% faziam tratamento medicamentoso sem sequer ter um diagnóstico fundamentado no DSM-IV. Vale lembrar que, em qualquer uma das versões do DSM, o diagnóstico de TDAH é bastante questionado pela comunidade científica.

¹⁵ O segundo professor é previsto em sala de aula em turmas que tenham crianças ou adolescentes com diagnóstico de TDAH.

5.1.3 Intervenção no “Fracasso Escolar”

Durante a pesquisa na escola, quando foi perguntado como poderia intervir no contexto da atual conjuntura escolar, 50% dos professores participantes acreditam que estas crianças necessitam de atendimento psicológico, uma professora menciona que é preciso assistência familiar, outra que é necessário prestar atenção integral às crianças. Outros três professores relatam, respectivamente, que precisava ter um psicólogo e uma assistente social em cada unidade escolar, há a necessidade de um segundo professor e, por fim, uma professora menciona que se deve intervir *atendendo professores, alunos e pais, possibilitando o conhecimento para que o professor tenha condição para melhor atender os alunos* (Participante 2). Outra professora mencionou que diagnosticar alguns casos poderia ajudar. Nos discursos não foi mencionada a necessidade de atendimento médico.

Salvo o participante 2, que menciona que o professor necessita de auxílio, os demais defendem que os problemas são decorrentes dos estudantes que necessitariam de intervenção individual por algum profissional. Neste sentido, Collares e Moysés (2015) argumentam que os professores não enxergam a possibilidade de ser a escola que não possibilita atender as necessidades dos estudantes, mas o contrário, a escola como vítima destes estudantes inadequados. Outro aspecto importante a ser mencionado é que a responsabilidade pelo processo de ensino-aprendizagem é atribuída à criança que não aprende e não ao adulto que ensina, motivo que é justificado por questões econômicas, culturais ou características biológicas. Já o sucesso daquela criança que aprende, geralmente, é tido como mérito de quem ensina (GARRIDO; MOYSÉS, 2015). Veras (2014) lembra-nos que só se ensina algo quando alguém aprende.

Talvez pelo fato de muitos professores não se disponibilizarem a prestar uma entrevista para a pesquisa e aqueles que se disponibilizaram focarem em dizer que os problemas são os estudantes e suas famílias, conforme descrito nos depoimentos, fica claro que não se identificam como parte do processo que conduz ao fracasso escolar.

Quando se pergunta se existe alguma política ou plano na escola direcionado aos estudantes com suspeita ou com TDAH, os discursos se voltam para o campo da saúde e é praticamente unânime a resposta de que os estudantes são encaminhados para as Unidades de Saúde, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Programa de Saúde Escolar, enfim, procuram auxílio médico. Apenas dois professores mencionaram algo que cabe ao âmbito da educação: *Chamamos os pais e muito diálogo com os alunos e pais* (Participante 1); e o outro professor

relata que *a política da SED (Secretaria de Estado da Educação) é oferecer um segundo professor para trabalhar com este aluno* (Participante 6).

Parece que assim como ocorreu no início do século XX, a atribuição das dificuldades de aprendizagem torna-se problema de ordem médica, criando a criança-problema, o anormal-escolar, entre outras nomenclaturas que designavam a estes estudantes. No Brasil, está cada vez mais frequente a ideia de que as dificuldades escolares ocorrem em função de problemas a serem tratados por médicos. Deste modo, amplia o espaço para os profissionais da saúde, exames, rótulos, diagnósticos, remédios, legitimando a criança enquanto um ser anormal (GARRIDO; MOYSÉS, 2015).

Incluir um segundo professor para atuar junto à criança diagnosticada com TDAH é visto como uma saída pelos professores para manter a ordem em sala de aula e o desempenho das atividades escolares. Vale salientar que esta atuação pode fazer com que a criança se sinta discriminada diante dos demais colegas (como no caso do Mathias), pois ela é classificada como aquela que não aprende, que necessita de um professor específico para que desenvolva as atividades. Já outras crianças não manifestam este incômodo, como é o caso do Luciano.

No que diz respeito a como a Escola poderia intervir com estes estudantes, os discursos apontam as dificuldades do corpo docente frente aos problemas enfrentados no âmbito da educação: *Não estamos preparadas para a grande demanda imposta* (Participante 10); e outra professora observa, *primeiro, precisa de capacitação dos profissionais e também uma psicóloga em cada escola* (Participante 4). Uma professora expõe a falta de intersetorialidade neste campo: *1) Qualificação/formação aos profissionais; 2) Esclarecimento destas questões para a comunidade; 3) Criar núcleos de estudo/debates; 4) Atuar com grupos “focais” integrados aos diversos setores públicos que tratam estas questões*. Uma professora acrescenta *[...] sem políticas públicas não há sonhos* (Participante 1).

O poder da Escola para intervenções é praticamente nulo, dada a precariedade em que se encontra a escola. Os professores mencionam apenas o que se deveria ter e nenhuma possibilidade existente de intervirem de fato na situação da escola.

A coordenadora pedagógica expôs que as intervenções ocorrem *chamando os pais, professores para em conjunto tentar resolver o problema* (Participante 3). Três professores afirmam que o encaminhamento para serviços especializados é a melhor alternativa, entre estes, um participante reforça a tentativa de conseguir um segundo professor. É uma instituição que busca resolver os focos de problemas que vão “incendiando” no decorrer do ano letivo, quase sempre voltados ao cumprimento de regras. “A escola é o lugar da disciplina. Ela serve para

ensinar obedecer às regras e seguir conhecimentos determinados por padrões curriculares nacionais” (Augusto, 2015, p. 13). Resende (2015, p.132) explica que:

Uma maquinaria escolar e seus complexos processos técnicos e cálculos de intervenção se instala para dar conta dos resultados que se preveem na direção da conduta infantil. Para conformar o comportamento das crianças na produção desta infância, toda uma parafernália disciplinar é estrategicamente montada na implementação de táticas e mecanismos em que se instalam regras normalizadoras que vão do uso de uniformes e introjeção de rotinas, passando para transmissão de conteúdos e pelo ensino de matérias, até a distribuição do tempo e do espaço operacionalizando determinadas formas de racionalidade que consubstanciam a subjetividade infantil.

A “indisciplina” dos estudantes é um aspecto bastante presente no discurso dos professores. No Brasil, desde o início do século XX, a organização disciplinar da escola segue uma tradição jesuíta de ensino, em que se estabeleceu uma hierarquia, na qual os comandos são transmitidos da diretoria ao aluno, perpassando inspetores, professores, entre outras autoridades que zelam pelo cumprimento das regras instituídas na escola. Quando o estudante transgredir estas regras, surge o problema a ser equacionado, que é identificado como indisciplina. E, para combater este aluno indisciplinado, instituíam-se os dispositivos disciplinares, cujo objetivo é governar a vida e a conduta de todos os alunos, independente de infringir as regras ou não (AUGUSTO, 2015).

É diante do cenário da escola, “uma instituição medicalizada, adoecida e adoecedora desde seu início” (COLLARES; MOYSÉS, 2014, p.51) que a psiquiatria e a indústria farmacêutica identificam um microssistema frágil, vulnerável a qualquer tipo de intervenção, um lugar fértil para semear fontes de controle e lucro, sem qualquer preocupação com gerações que passam a ser rotuladas, classificadas e medicalizadas. É a governamentalidade da infância, por meio de estratégias sórdidas, que penetra no cotidiano escolar disseminando transtornos mentais.

Em 2008, a Secretaria Estadual de São Paulo realiza um curso com especialistas, cuja finalidade era a de treinar professores para identificarem dislexia e TDAH em estudantes. Nesta direção, o Ministério da Educação é um dos apoiadores do Congresso Aprender Criança (2012) organizado por um instituto de neurologistas especialistas em TDAH e dislexia, com intuito de discutir a inclusão das crianças e adolescentes que possuem estes transtornos. As indústrias farmacêuticas Shire e Janssen são as patrocinadoras do evento, apoiado pelo MEC e outras instituições e associações relacionadas ao TDAH e dislexia (COLLARES; MOYSÉS, 2014).

Estas estratégias já são utilizadas nos Estados Unidos da América faz algum tempo, como este exemplo citado por Angell (2007). Ela relata que um dos casos de marketing mais

indigestos foi a campanha do laboratório Wyeth para “informar” estudantes universitários sobre a depressão. Foi divulgada uma condição para que os estudantes se identificassem e assim fossem convencidos facilmente que aqueles sintomas eram de uma depressão tratável com o medicamento Effexor, fabricado por este laboratório. A campanha, lançada em 2002, consistiu em um fórum de 90 minutos, nas universidades, denominado “Depressão na universidade: mundo real, vida real, questões reais”, patrocinado por esta indústria. Quatro universidades concordaram em sediar o fórum. Harvard recusou porque o Reitor, um psiquiatra que havia chefiado o Instituto Nacional de Saúde Mental, mencionou que havia risco de marketing impróprio. A questão exposta foi que milhões de estudantes universitários passam por diversas dificuldades neste momento que representa uma transição para a vida adulta: estão longe de casa, a universidade é um ambiente desconhecido e algumas vezes ameaçador, sentem falta de afeto. Estes jovens estão extremamente vulneráveis, por isso são alvo dos laboratórios farmacêuticos (ANGELL, 2007).

Esta mesma estratégia parece se repetir nas escolas, quando se faz campanhas para se identificar o TDAH em crianças e adolescentes, pois é o mesmo que identificar a depressão nos universitários. É bastante previsível a identificação de comportamentos de impulsividade, hiperatividade e desatenção em crianças, na atual conjuntura do contexto escolar.

Collares e Moysés (2014) ressaltam que parece ocorrer uma inversão dos papéis entre as entidades e a indústria farmacêutica. A Novartis (fabricante da Ritalina), demonstrando uma “preocupação” com a qualidade da Educação e das escolas no Brasil, lança o projeto “Atenção Professor”, com a finalidade de atualizar os professores sobre o TDAH e premiar escolas e professores que melhor atendem os estudantes com este transtorno. O projeto recebe apoio da Associação Brasileira do Déficit de Atenção (ABDA), entidade que é apoiada pelas indústrias Novartis, Janssen e Shire, fabricantes dos produtos Ritalina, Concerta e Venvanse.

Estes investimentos por parte das indústrias farmacêuticas em campanhas educativas e cursos para profissionais da saúde e educação, nos levam a questionar que lugar a escola ocupa neste emaranhado jogo de poder.

Reflexões: Escola versus TDAH

Entende-se que a escola se constitui como uma engrenagem fundamental para a existência do TDAH, pois é dali que vêm as queixas escolares, professores reclamando dos seus alunos, que são crianças inquietas, não prestam atenção nas aulas, que agem impulsivamente e

consequentemente não aprendem. Estes aspectos que compõem o ambiente escolar se configuram como fonte para a existência do TDAH, que se constitui como um transtorno médico, uma vez que há uma medicação que modifica este comportamento. O TDAH surge depois da descoberta que a Ritalina, droga que até então era para pessoas com depressão (década de 1950), modifica o comportamento das crianças em sala de aula.

A princípio, escola parece ser a instituição proliferadora do TDAH, devido ao número de encaminhamentos de estudantes aos serviços de saúde com indício deste diagnóstico, conforme mencionam diversos autores. Entretanto, quando se adentra na escola, a impressão é que se preserva ali uma instituição escolar nos moldes das décadas de 1960-1970, um lugar em que perdura o fracasso escolar, onde os professores trabalham insatisfeitos, com baixos salários, desprovidos de condições de trabalho, onde consideram as crianças sujeitos provenientes de classes pobres, filhos de traficantes do morro, de presidiários, das famosas “famílias desestruturadas”. Estamos falando da realidade de uma escola pública brasileira que talvez represente muitas outras mais. Diante deste cenário, a questão que emerge durante a trajetória da pesquisa é: será que estas instituições, como esta escola, arraigadas de preconceitos e com uma estrutura precária, teria poder para promover uma epidemia de TDAH?

Para investigar a influência da ABDA e a repercussão nos pais, adentramos em duas comunidades virtuais do Facebook, uma da ABDA e outra de pais de crianças e adolescentes com TDAH.

5.2 CAMPO DE PESQUISA – REDE SOCIAL - FACEBOOK

5.2.1 Comunidades Virtuais

As redes sociais e suas respectivas comunidades virtuais são lugares onde instituições e pessoas se encontram para divulgar e discutir informações, trocar ideias, compartilhar suas angústias e conquistas, enfim, um ambiente vasto em informações disponíveis publicamente. Assim, adentramos em duas comunidades virtuais públicas do Facebook – ABDA e Mães de crianças e adolescentes com TDAH -, para analisar os conteúdos postados sobre o TDAH. Para apresentar com maior exatidão o contexto em que foram postados os comentários em relação as imagens e como ocorreram as conversações entre os membros das comunidades virtuais, os conteúdos foram mantidos na íntegra, inclusive o modo de escrita e ilustrações dos participantes.

5.3 COMUNIDADE VIRTUAL ABDA

A Associação Brasileira de Déficit de Atenção (ABDA) é uma entidade que tem como missão: “Divulgar informações científicas sobre o Transtorno do Déficit de Atenção (TDAH), capacitar profissionais de saúde e educação, oferecer suporte através de grupos de apoio e orientações aos portadores e seus familiares.”¹⁶ Esta Associação defende princípios norteadores que foram instituídos com base na Carta de Princípios sobre TDAH da National Consumer's League (Liga de Defesa do Consumidor) dos Estados Unidos. Esta carta trata dos seguintes itens:

- I - Fundamentos científicos sobre o Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH)
- II - A criança, o adolescente e o adulto com TDAH têm responsabilidades e direitos
- III - Os familiares de portadores de TDAH têm igualmente responsabilidades e direitos
- IV - Profissionais de saúde têm responsabilidade
- V - Educadores têm responsabilidades e direitos
- VI - A mídia tem a responsabilidade

Vale destacar que no item I, que fala sobre os fundamentos científicos do TDAH, um dos itens que compõem este princípio aponta: “O tratamento do TDAH é feito através de medicamentos (na maioria dos casos), psicoterapia cognitivo-comportamental e psicoeducação (educação continuada sobre o transtorno para os portadores)”. Isto afirma que, uma vez diagnosticada com TDAH, a criança é praticamente obrigada a fazer o tratamento medicamentoso.

Destaca-se também os itens que compõem o princípio norteador VI, sobre a responsabilidade da mídia:

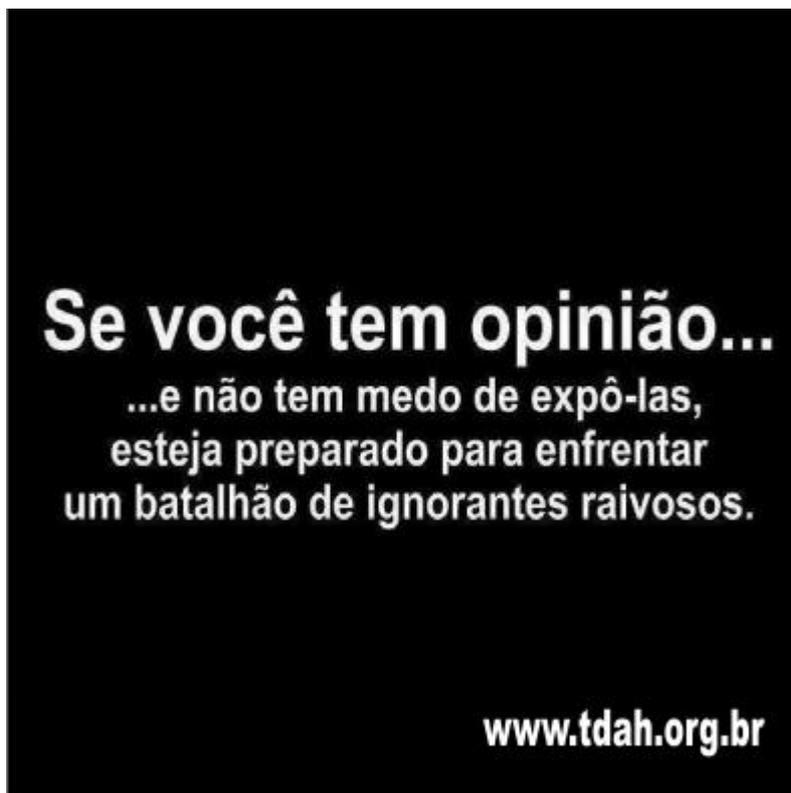
- 1) De relatar de modo preciso relatórios científicos e fatos médicos relevantes, apresentando aquilo que é consensual na comunidade científica.
- 2) De investigar adequadamente a credibilidade das fontes que alegam expertise no TDAH, bem como revelar possíveis conflitos de interesses comerciais ou profissionais naqueles que fazem declarações públicas ou são entrevistados.

No primeiro item, é importante salientar que as divulgações dos conteúdos realizados pela ABDA na mídia mostram apenas um lado do que a comunidade científica pensa sobre o TDAH. A entidade considera que esta fatia representa o todo, se colocando como a porta-voz do discurso verdadeiro. Entretanto, conforme mencionou Foucault (2004), este discurso surge

¹⁶ As informações sobre a ABDA foram pesquisadas no site da entidade. Disponível em: <<http://www.tdah.org.br/>>. Acesso em: 10 out. 2015.

na batalha entre os diversos saberes e, por enquanto, se continua a discutir as controvérsias. Inclusive, a ABDA faz uma menção desrespeitosa àqueles que pensam diferente do seu modo de conceber o TDAH, conforme a imagem 1.

Imagem 1 – Discurso da ABDA sobre TDAH



Fonte: Facebook ABDA, 2015

Postagem:

É o nosso caso, quando refutamos o que dizem alguns por aí, tipo, “TDAH NÃO EXISTE”...(ABDA, 13/08/2015).

É neste espaço em que a verdade e o mito se confundem, que o limite entre o normal e o patológico tornam-se invisíveis. Miguelote e Camargo Jr. (2010, p. 194) afirmam que “[...] na medida em que a ideologia científica é projetada como produtora de verdades absolutas, a ciência confere ao conhecimento a categoria de mito”.

Estas agressões impossibilitam qualquer forma de diálogo entre a diversidade de entendimentos que se pode encontrar na comunidade científica sobre o TDAH, muito menos chegar a um consenso. Entende-se que talvez a ABDA se sinta afetada pelas críticas em relação ao papel que desempenha em prol do TDAH, pois caso contrário não teria que fazer este

movimento contra a comunidade científica que questiona seu posicionamento sobre tal transtorno.

No segundo item, a ABDA alerta para que seja investigada a fonte para consultar sobre o TDAH, o que demonstra o seu receio de que as pessoas passem a acreditar em outras possíveis verdades que não sejam as preconizadas pela entidade. Outra questão é a ABDA salientar para averiguar os possíveis conflitos de interesses comerciais ou profissionais, uma vez que esta entidade é apoiada e patrocinada por laboratórios farmacêuticos e associações de profissionais, em que diversas publicações (BIANCHI et al, 2016; COLLARES; MOYSÉS, 2014) denunciam os conflitos de interesses entre estas organizações.

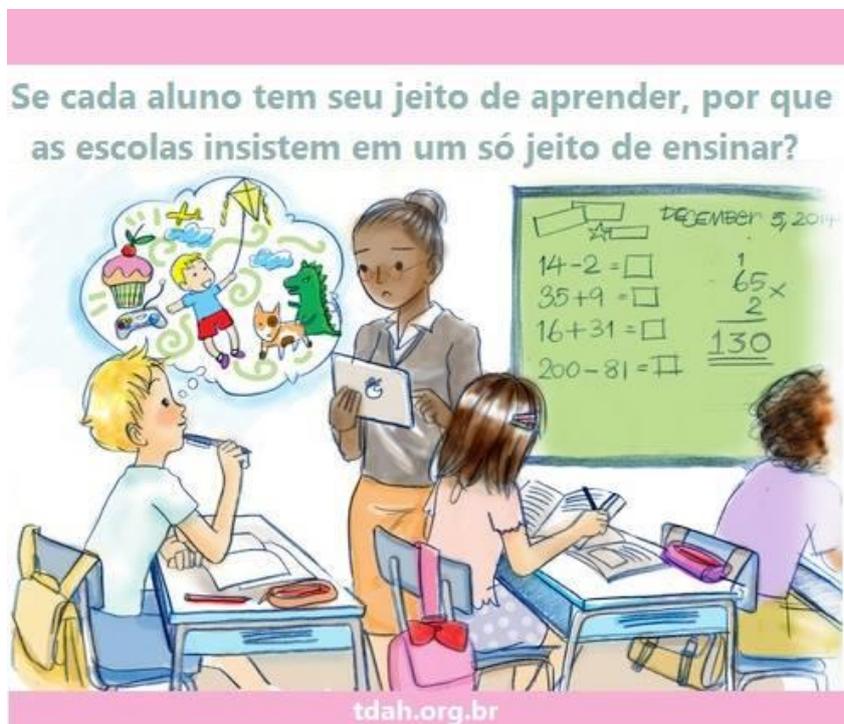
Vale mencionar que a ABDA busca uma boa reputação diante do público, para isso divulga que está baseada nos seguintes valores: “Ética, Cientificidade, Solidez, Transparência, Responsabilidade Social, Inclusão, Igualdade de oportunidades, Cidadania”. Segundo Terra (2011, p. 34), “construir uma reputação é criar uma imagem na percepção do público. [...]. A imagem, portanto, depende da percepção. Esta, por sua vez, está ligada aos valores associados à imagem”.

Todavia, a ABDA menciona que a sua “visão”, enquanto organização, é “Ser a referência na divulgação do TDAH na América Latina”. Enquanto entidade que pretende ser referência na divulgação do TDAH, esta utiliza as mídias e redes sociais para alcançar este objetivo, pois são excelentes meios para se propagar informações.

O campo virtual é bastante amplo, podendo disseminar informações por diversos países ao mesmo tempo. Deste modo, ter uma comunidade virtual é extremamente importante para atingir este objetivo. Segundo Terra (2011, p. 34) “[...] ter uma comunidade oficial ajuda a disseminar mensagens das organizações nas redes sociais *on-line*, a se posicionar bem nos motores da busca, a promover o diálogo e a personificar a marca”.

5.3.1 A relação escola – professor - família

Imagem 2 – Sala de aula - ABDA sobre TDAH



Fonte: Facebook ABDA, 2016

Comentários:

Eu vejo aqui um monte de gente falando mal das escolas e dos professores e ninguém para defender... Não somos mágicos, não temos apenas um aluno na sala, às vezes não damos conta.... O que temos na realidade são escolas sem uma estrutura mínima, professores imotivados, salas absurdamente lotadas.... O TDAH é uma coisa seríssima, não é preguiça ou falta de atenção, o governo não quer pagar por alguém especializado em educação especial para auxiliar essas crianças... Nós professores precisamos de apoio tanto da escola, dos pais, do governo quanto da sociedade em geral. A grande maioria dos professores tenta mas sozinhos não somos capazes... (VA, 22/07/2016)

Na maioria das vezes o jeito de ensinar vem dos sistemas educacionais quem cria esses sistemas nunca sequer entrou em uma sala de aula. Não consultam os profissionais de educação p fazer parte. Simplesmente criam e empurram p as escolas o jeito e ser trabalhado (HLS, 23/07/2016).

Quem diz que a escola tem só uma forma de ensinar está totalmente por fora dos assuntos e dos sistemas educacionais. Há muitos professores que criam diversas metodologias e diversas formas p ensinar. Principalmente os pedagogia. Que carregam a maior carga. Vai as escolas e conheçam melhor as metodologias que são trabalhadas. Quem criou a tal frase está fora mesmo da casinha (MS, 23/07/2016).

Eu também não entendo porque os professores tem tanta resistência em ensinar de um jeito diferente, talvez eles nem saibam ensinar de outra forma, porque não foram preparados, ou não querem mudar o jeito de ensinar porque dá trabalho e é mais fácil seguir o padrão de ensino de séculos, ou preferem fazer de conta que eles não tem nada, que somos nós pais que estamos inventando doenças para nossos filhos, já ouvi de uma diretora de escola particular, com 40 anos de profissão que era eu que precisava de tratamento porque meu filho não tinha nada, detalhe: eu tinha levado laudo médico do neurologista, neuropsicóloga, fonodíloga, terapeuta (RS, 01/09/2016).

A imagem 2 mostra uma sala de aula em que um dos estudantes não está prestando atenção no conteúdo em que a professora está passando. A professora parece não saber como fazer com que este menino preste atenção no conteúdo, e não em outras coisas, que talvez sejam mais atrativas para as crianças, conforme as figuras do balão. A frase em que diz que as escolas têm apenas um jeito de ensinar causa uma discussão polêmica entre os participantes.

No primeiro comentário, VA, que se identifica como professora, relata sua angústia em não dar conta de modificar esta realidade; sente-se só, sem apoio da sociedade, do governo, vendo uma escola sem qualquer estrutura para dar suporte ao trabalho dos professores, os quais sofrem muitas críticas.

HLS (segundo comentário) ressalta que o “jeito de ensinar”, muitas vezes, é imposto aos professores pelos sistemas educacionais que repassam estes métodos para a escola e as pessoas que o elaboram, geralmente, não vivenciaram a prática em sala de aula. A imposição de um método de ensino é uma forma de classificar os estudantes como aqueles que se enquadram naquela forma de aprender e aqueles que não aprendem. Estes são considerados “anormais” e estão vulneráveis a receber um rótulo psiquiátrico.

O terceiro comentário é uma crítica a frase da figura, pois, para este participante, o professor desenvolve muitos métodos para ensinar. Portanto, de acordo com MS, é uma frase que não condiz com a realidade.

E o quarto comentário se refere a uma crítica aos professores, em seu modo de ensinar retrógrado, em como não assumem as suas dificuldades e culpam os pais, alegando que estes inventam doenças para seus filhos. RS tenta provar à diretora que seu filho tem uma patologia mostrando o laudo de quatro profissionais, mas parece que a diretora acredita que as dificuldades são mais dos pais do que dos estudantes.

Este quadro se parece muito com o cenário da escola investigada, em que as relações circulam de modo que uns atribuem aos outros as causas do fracasso escolar. E, em meio este emaranhado de acusações, a criança torna-se o “bode expiatório”, ou seja, aquela que carrega

toda a culpa de um sistema falido.

Imagem 3 – Professores ABDA sobre TDAH



Fonte: Facebook ABDA, 2016

Comentários:

Ótimas dicas! Uma pena em que existam professores que entendem que o aluno faz "corpo mole". Além disso, essas dicas servem para ensino superior e pós-graduação stricto sensu? Pois o tdah persiste e má vontade de alguns professores tb... (CC, 02/03/2016).

Eu sofri minha infância inteira e sofro ainda um pouco hoje por causa disso. Na infância eu era taxado de "lesado", muitas ofensas partiam de professores que não tem conhecimento sobre isso. Hoje eu enxergo, embora gostaria de fazer um tratamento mas estou sem coragem pra isso (FV, 02/03/2016).

Concordo q necessitam de ajuda sim mas não que sejam tratados como não capacitados pq todos são inteligentes e capazes só necessitam de ajuda na concentração q e o ponto crucial do tdah (AA, 03/03/2016).

As dicas para professores, que aparece na imagem 3, se referem a um texto escrito pela ABDA com estratégias para serem utilizadas em sala de aula, com intuito de diminuir os prejuízos decorrentes dos comportamentos referentes ao TDAH. Por exemplo, estabeleça rotinas, crie regras da sala de aula, sentar na frente na sala de aula, etc.

A imagem 3 apresenta uma professora com uma régua na mão, objeto que representou um instrumento de punição no âmbito escolar por um longo período, com uma expressão e postura de poder em relação a um aluno que não presta atenção. As famosas palmatórias eram o método de disciplina escolar para os alunos considerados indisciplinados, para os quais hoje se dá o diagnóstico de TDAH.

O cenário da figura talvez transpareça mais com um quadro que se refere à infância de décadas passadas, o que estaria mais relacionado aos pais das crianças e às possíveis dificuldades e angústias que estes passaram durante a sua infância. Parece que este aspecto é proposital na figura, pois geralmente são os pais que entram nas comunidades para obter informações. Ao se identificarem com o quadro, talvez estejam projetando a cena em seus filhos. O fato de ver os filhos passarem pelas mesmas angústias escolares que passaram em sua infância, possivelmente facilite para acreditar que, nos tempos contemporâneos, com o “avanço” da ciência, haja uma medicação para resolver esta questão. Por que deixariam os filhos sofrerem se já existe um remédio para isto? O que provavelmente muitos pais não se dão conta é que medicam seus filhos por um sofrimento que é deles, que revivem isto com os filhos. Como FV revela no segundo comentário, “*Eu sofri minha infância inteira e sofro ainda um pouco hoje por causa disso [...]*”, ele relata o quanto sofreu na infância e como era discriminado pelos próprios professores, e ainda pensa em fazer um tratamento.

A psiquiatria está resgatando uma infância, a qual ela mesma construiu como problemática, a partir do momento em que busca por meio desta constituir as patologias mentais, transmitindo a ideia de que é na infância que os traumas se constituem. “Corrigir, educar, controlar, medicalizar a criança é evitar o descaminho do adulto virtual que nela há” (CARVALHO, 2015, p.25). Conforme Foucault (2002a), qualquer desvio normativo do adulto é buscado na sua infância a origem destes desvios, portanto, ela é o foco das estratégias de governo.

A escola tem como função ensinar a obedecer às regras e imbuir conhecimentos determinados por padrões curriculares, ou seja, é um espaço disciplinador. Há pouco tempo atrás, os castigos físicos faziam parte do modo como se obtinha uma boa formação. “A palmatória, a humilhação diante dos colegas, as separações e as demarcações claras entre bons e maus alunos no interior das salas de aula compunha os castigos de toda sorte” (AUGUSTO, 2015, p. 13). Segundo Augusto (2015), estes castigos ainda estão presentes no imaginário dos

adultos escolarizados e de alguns professores simpatizantes a estas práticas, pois, no passado, esta rigidez pedagógica representava o progresso e o acesso à educação universal.

Nos comentários, pode-se observar que CC desacredita na atuação dos professores, por alguns deles não reconhecerem o TDAH, conforme relata: *“Pois o TDAH persiste e a má vontade de alguns professores também”*. No segundo comentário, FV se identifica com o quadro, lembrando o sofrimento em sua infância: *“Na infância eu era taxado de “lesado”, muitas ofensas partiam de professores que não tem conhecimento sobre isso”*. E no terceiro, AA reforça que as crianças com TDAH são capazes e inteligentes, mas precisam de tratamento: *“[...] são inteligentes e capazes só necessitam de ajuda na concentração que é o ponto crucial do TDAH”*. Todos os comentários relativos à imagem remetem à importância do reconhecimento do TDAH e seu tratamento. O contexto educacional torna-se um espaço para o desenvolvimento de tecnologias normatizadoras, cuja função é enquadrar as crianças em classificações. Aquelas que escapam às normas estão sujeitas a receber um rótulo psiquiátrico e, uma vez que se identificarem com o diagnóstico, jamais deixarão de ser consideradas como anormais, pois passarão a agir de acordo com o transtorno e as pessoas que fazem parte do seu contexto passarão a tratá-las sempre considerando a sua situação patológica (HACKING, 2000).

A engrenagem escolar põe em funcionamento uma série de mecanismos disciplinares, cujo efeito é a conformação da infância. A organização pedagógica faz o tempo e o espaço se articularem de forma meticulosamente calculada, o que possibilita o controle das atividades, compondo o maquinário escolar moderno atravessado por dispositivos científico-disciplinares (RESENDE, 2015, p.135).

Estes dispositivos científico-disciplinares dão embasamento para que o comportamento das crianças seja transformado de normal para patológico.

5.3.2 Transformando o normal em patológico

Imagem 4 – Cotidiano - ABDA sobre TDAH



Fonte: Facebook ABDA, 2016

Comentários:

Isso acontece com todo mundo, não vale usar isso como único pra dizer que é TDAH (VZ, 25/07/2016).

Sim acontece com todo mundo! a diferença é que com pessoas com TDAH, 'pequenas bobagens' como esta, acontecem com muito mais frequência. Nós que temos TDAH, bem sabemos o quanto é irritante e desgastante, passar o dia TODO, o tempo TODO, refazendo coisas, indo e voltando várias vezes aos lugares para fazer o que esquecemos. De vez em quando, tudo bem, mas elevando exponencialmente essas pequenas coisas cotidianas, resulta em muito tempo perdido. É bem cansativo VZ :) (ABDA, 25/07/2016).

A imagem 4 representa uma cena comum do cotidiano de qualquer pessoa, em que vamos buscar algo e logo não lembramos o que vamos buscar. Entretanto, está mencionado na parte de cima “a pessoa com TDAH...” indicando que é uma cena de uma pessoa com o transtorno. Desta maneira, algumas pessoas que acessam esta comunidade e mediante a

credibilidade por ser uma Associação que orienta as pessoas sobre o TDAH, passam a acreditar que este sintoma é um indício da patologia.

Apesar de a figura ser questionada (primeiro comentário), a intervenção da pessoa que monitora as mensagens (segundo comentário) na comunidade virtual da ABDA incita a uma inversão do que seria uma enfermidade. Conforme relata Frances (2016), não se deve converter em pacientes pessoas que são saudáveis e ignorar aquelas que estão realmente doentes. A intervenção deveria ser justamente o contrário; alertar que as pessoas que não necessitam de tratamento que o evitem, e para aqueles que realmente estão enfermos que o procurem. Muitas pessoas são prejudicadas por excesso de tratamento médico e outras são negligenciadas. A questão é: em que parâmetros os profissionais estão se baseando para definir o que é patológico ou não?

Carvalho (2015, p.31) nota que o ser considerado “normal” é incapaz para determinadas tarefas, bem como o sujeito tido como “anormal” é capaz de fazer aquilo que aquele não poderá fazer. Esta postura significa “politizar a vida em sua condição humana”, lembrando sempre da diferença entre cada sujeito e sua espontaneidade, sua singularidade.

Assim, é imprescindível que se desenvolva o senso crítico em relação às teorias que suscitam diagnósticos falsos-positivos, as quais apresentam embasamento científico duvidoso, como o DSM (DUNKER, 2014; CAPONI, 2014; FRANCES, 2016). Frances (2016) defende que a medicina e a psiquiatria precisam de controle, de reformulação e redirecionamento.

Imagem 5 – Leitura - ABDA sobre TDAH



Fonte: Facebook ABDA, 2016

Comentários:

Descobri minha TDAH aos 10 anos. Foi quando comecei a ler, e hoje leio cerca de 5 livros por mês. É uma das poucas coisas que me acalma, posso ler por horas e nem sentir, me sinto ótimo! (DM, 27/05/2016)

Desde pequena sou assim, preciso ler várias vezes Pq minha mente viaja, penso em várias coisas ao mesmo tempo (SK, 27/05/2016)

Eu consegui estudar para concurso e fui aprovada na segunda colocação. É possível!!! (RC, 28/05/2016)

A imagem 5 representa um aspecto comum quando as pessoas vão ler, algumas se distraem com facilidade, o que depende também do interesse pela leitura, não caracterizando uma cena anormal. As pessoas nos comentários se identificam com o cenário da figura, entretanto, lembram os êxitos que tiveram no decorrer de suas vidas, mesmo com esta dificuldade.

Imagem 6 – Memórias - ABDA sobre TDAH



Fonte: Facebook ABDA, 2016

Comentários:

Até as gavetas que guardam as memórias no meu cérebro são bagunçadas...É uma confusão achar a memória certa no momento certo (ABDA, 21/07/2016)

O meu pequeno mal sai da escola e já esquece tudo que aprendeu kkkkk vou a loucura.. (CNSN, 21/07/2016)

Eu ia numa analista q dizia q meu cérebro é como uma grande biblioteca com mtas mas mtas informações.... Sei de mta coisas. Livros, apostilas, imagens... Mas essa

grande biblioteca está uma bagunça com pastas jogadas no chão e livros fora do lugar... rrsrrsrs... E eu me sinto assim msm! Qdo eu era criança vivia tendo aulas particulares. Hj, adulta, confesso que ainda sofro mas no trabalho, nos treinamentos. Tenho cadernos para anotações, onde anoto realmente tudo! Planilhas.... E assim tento me organizar (FV 23/07/2016).

A imagem 6 retrata a criança vendo um conteúdo e no outro dia sente-se confusa em saber exatamente o que tinha visto. É importante lembrar que somente se ensina quando alguém aprende. Esta responsabilidade sobre a criança retrata o fracasso escolar, o problema está na criança que não aprende e não naquele que pensa que ensina e no sistema educacional precário (COLLARES; MOYSÉS, 2014).

O fato de no outro dia a criança não lembrar do conteúdo é interpretado como: “as gavetas que guardam as memórias no meu cérebro são bagunçadas[...]” (ABDA). Há coisas que até o momento faziam parte do campo mental, passam então para o campo cerebral, como a tentativa de localizar a memória, “é uma confusão achar a memória certa no momento certo”. Transmite a ideia de que é possível uma organização cerebral, de modo que, caso a criança não demonstre tal organização, pode indicar um sintoma do TDAH.

Nos comentários, surge a identificação, provavelmente da mãe em relação ao seu filho, bem como de uma pessoa adulta que confessa seu sofrimento, mas que utiliza estratégias para se organizar.

Imagem 7 – Organização - ABDA sobre TDAH



Fonte: Facebook ABDA, 2016

Comentários:

é desse jeitinho? tudo é extremamente interessante no meio de uma bagunça, como se cada objeto tivesse uma história (PMAG, 12/08/2016).

Meu filho é exatamente assim, quando passo pra arrumar os brinquedos ele leva uma eternidade, para pra brincar com coisas como se nunca tivesse visto ali (MEM, 24/08/2016).

Meu filho ele se distrai com o pensamento dele imagina com os brinquedos (AF, 11/08/2016).

Volto a insistir sobre a relatividade das coisas e a importância de não culpar o TDAH por toda distração (já polemizei uma postagem aqui sobre isso). Nem toda criança que tiver a distração citada nesta postagem será portador de TDAH e nem todo TDAH terá essa distração. Exemplo? Quem tem TDAH aqui em casa sou eu, mas quem tem esse tipo de distração aí é o meu filho que NÃO tem TDAH (AA, 11/08/2016).

Bem o meu Matheus, dai ele fica brincando, e depois vai me perguntar o que ele ia fazer... (LM, 15/08/2016).

Olha pq nunca termino as coisas aqui DD e AB(TG, 11/08/2016).

Eu sempre ?; Tão eu! kkkk; Meu Deus assim mesmo ??; Bem assim rrsr - ?; Tipo eu! Sei bem o que é isso; Eu tb!! Kkkkk (Outros comentários que se repetem)

Na imagem 7 a criança tenta arrumar seu quarto, mas se distrai com os brinquedos e demais objetos. Um quadro comum no mundo infantil, aliás, não somente as crianças, mas muitos adultos também revivem momentos passados ao arrumar seus pertences. Mediante esta cena, temos muitas pessoas comentando que se identificam e que também seus filhos agem desta maneira. AA alerta nos comentários que este tipo de distração não significa ter TDAH.

As pessoas de modo geral estabelecem uma relação com seus pertences pessoais que as remetem a lembranças, sentimentos, que são aflorados ao contato com este objeto. Isso faz parte de sua constituição enquanto sujeito, e obviamente cada objeto representa algo que talvez faça, neste caso, a criança reviver ou criar em seu imaginário cenas que sejam adversas à atividade que está realizando ao arrumar o seu quarto. O sujeito é constituído por subjetividades, por isso não é possível que seja tratado como uma máquina, um robô, em que se identifica um defeito e busca-se em um manual como consertá-lo. Parece imprescindível demarcar que a subjetividade existe e que é necessário preservá-la, em tempos em que o ser humano parece ser tratado apenas como um ser biológico, passível de intervenções no corpo para modificar o seu comportamento.

Imagem 8 – Frustração - ABDA sobre TDAH



Fonte: Facebook ABDA, 2016

Comentários:

A pessoa passa a infância, sendo rotulada, porque é diferente, principalmente seja porque não para quieto, ou por viver no mundo da lua, sendo comparado com outros da sua faixa etária ou com os irmãos... Aquilo que a maioria faz naturalmente, e para nós TDAH é uma guerra. Ou seja, por fim estamos cansados, desestimulados...gerando adultos frustrados e confusos (RFC, 10/08/2016).

Falou por mim tudo sou Tachado que não posso fazer isso nunca pude representar minha sala em nada e outra o pior que nos acabamos por se acostumar a utilizar a doença para fugir de tudo falo porque fiz muito isso (GJ, 24/08/2016).

A imagem 8 retrata o sofrimento da criança por não ter muita tolerância à frustração. De modo geral, as pessoas sofrem quando se sentem frustradas por algum motivo. O nível de tolerância à frustração pode ter relação a como essa criança é acostumada em casa com seus familiares, quando, muitas vezes, ela é atendida imediatamente em todas as suas vontades. Deste modo, nas ocasiões em que não pode fazer algo ou ganhar alguma coisa que deseja, sente-se irritada, sofre, tendo baixa tolerância à frustração. Isto não significa ter TDAH. É importante esclarecer que, de acordo com o DSM-5, a frustração é considerada uma característica associada e não específica do TDAH.

Vale salientar que, mesmo se sentindo frustrada, por qualquer que seja o motivo, a criança precisa aprender a superar este sentimento. Transformar isto em um problema médico,

e pior se tratado com medicamentos, faz com que todos sejam desresponsabilizados e a criança perca a capacidade de superar as adversidades da vida. Frances (2016, p. 55) observa que “superar problemas sozinho normaliza a situação, ensina novas habilidades e traz o indivíduo para perto daqueles que o ajudaram. Tomar um remédio o rotula como diferente e enfermo, mesmo que ele não seja de fato”. O autor complementa que raramente estas situações são enfermidades e necessitam de comprimidos para saná-las.

Nos comentários, as pessoas fazem um desabafo da discriminação que sofreram na infância, o preconceito por um comportamento tido como “anormal”, a impossibilidade de escapar do rótulo e a doença como fuga desta situação. O diagnóstico de um transtorno mental desresponsabiliza o sujeito, a família, os professores de qualquer modo de intervenção que não seja o tratamento da patologia (DUNKER, 2014; BRZOZOWSKI; CAPONI, 2009). Troca-se apenas de rótulo; aquele que era considerado incapaz, inquieto, no mundo da lua, passa a receber o rótulo de uma pessoa com transtorno mental. Para Frances (2016, p. 55), “a inflação diagnóstica ocorre quando confundimos as perturbações típicas da vida com um verdadeiro transtorno psiquiátrico [...]”.

5.3.3 O risco de não tratar o TDAH



Fonte: Facebook ABDA, 2016

Comentários:

Começar várias coisas e não conseguir concluir nenhuma, deixar os amigos no vácuo porque lembrou que deixou a panela no fogo, desligar a panela e lembrar que esqueceu de estender a roupa no varal... (NG, 19/07/2016).

Desde que sejam tarefas mentais tipo estudar vários assuntos tudo OK não consigo é executar diversas tarefas pq minha coordenação não possui a mesma velocidade do meu raciocínio (AP, 18/07/2016).

A imagem 9 representa o risco de não tratar o TDAH, “acha que consegue”, ou seja, vai tentar fazer e nada vai dar certo. No exemplo, o risco de colocar fogo na casa, de estragar equipamentos, inclusive riscos que poderiam levar a uma fatalidade, como um acidente grave. Neste caso, pode-se refletir com base na concepção de biopolítica em que os “dispositivos de segurança são pautados por uma economia do risco e da intervenção, onde não se trata mais de adestrar ou disciplinar” como na era dos dispositivos disciplinares (SILVEIRA, 2015, p. 59). Foucault (2008b) explica que os dispositivos de segurança atuam maximizando aspectos positivos de modo que tenham visibilidade e minimizam aspectos como o risco e o inconveniente, mesmo cientes de que estes nunca serão suprimidos. O risco se constitui como a probabilidade de o sujeito sofrer algum dano, de maneira que o outro lado, aquele pertinente à probabilidade, ou seja, o de não sofrer um dano, permanece obscuro.

Nos comentários, as pessoas identificam-se com suas próprias tarefas do dia a dia e alguns episódios recorrentes em seu cotidiano. Nada que possa caracterizar uma patologia.

Imagem 10 – Brincadeiras - ABDA sobre TDAH

Crianças com TDAH tem mais propensão a sofrer acidentes, por causa da distração e impulsividade



Fonte: Facebook ABDA, 2016

Comentários:

Agora o João Pedro sossegou mas teve uma época que ele era freguês do pronto socorro (ARF, 01/09/2016).

Sofri acidentes demais, não sei como estou vivo. Quando criança, caí muito de cabeça, ainda bem que sou cabeça-dura. Hoje em dia, tenho sofrido muitos acidentes de trânsito, quase não dirijo mais. É impossível controlar os picos de desatenção e impulsividade, a melhor coisa a se fazer é evitar atividades que incrementem o risco (MG, 01/09/2016).

Pura vdd (OM, 01/09/2016); eu q o diga kkk (MR, 01/09/2016); Ah como sei disso (02/09/2016).

A imagem 10 remete a uma cena que raramente encontramos nos dias atuais: uma criança retirando um brinquedo de uma árvore. Os adultos, que vivenciaram estas brincadeiras, se recordam de sua infância, de seus acidentes, ou melhor, seus “tombos”, novamente projetando isso em seus filhos. Na contemporaneidade, as brincadeiras ao ar livre, em contato com a natureza, são muito restritas, em função de grande parte das crianças viverem em um mundo mais urbanizado. A tentativa de tornar esta prática um risco para as crianças é extremamente perversa, digna do poder disciplinar, em que se estabelece uma fronteira rígida entre o proibido e o permitido, é tornar a criança em um corpo dócil.

Nos comentários, há tanto a identificação com o comportamento do filho como a identificação pessoal, pois é uma figura que deveria inclusive trazer boas recordações e não se referir ao perigo de um acidente. Por isso, atualmente, parece não ser possível mais arriscar ser criança.

Imagem 11 – Menino com Catavento - ABDA sobre TDAH



Fonte: Facebook ABDA, 2016

Comentários:

Realmente as pessoas não entendem como é incapacitante o TDAH em grau elevado, afinal se trata de um transtorno dimensional. (TT, 23/08/2016)

Vdd. Exatamente !!!! (outros comentários)

A criança na imagem 11 está em um gramado brincando com um catavento, um retrato comum da vida. Obviamente, não se vê sequer qualquer indício de um transtorno mental. Entretanto, a frase na figura transmite a ideia de que há um transtorno mental em que não se pode ver, em que há o risco de não diagnosticar uma criança que possa estar com TDAH, ou seja, o risco de ocorrer o subdiagnóstico. Como se pode entender e aceitar um transtorno mental que é invisível? Vale ressaltar que na imagem se denomina de um “transtorno médico”, o que induz a acreditar que o médico pode diagnosticar o transtorno, mesmo que as outras pessoas não percebam a sua existência.

O problema que o discurso científico, neste caso do médico, tido como “discurso verdadeiro”, pode estar permeado por interesses econômicos e políticos. Neste sentido, Veras (2014, p. 195) nos alerta que:

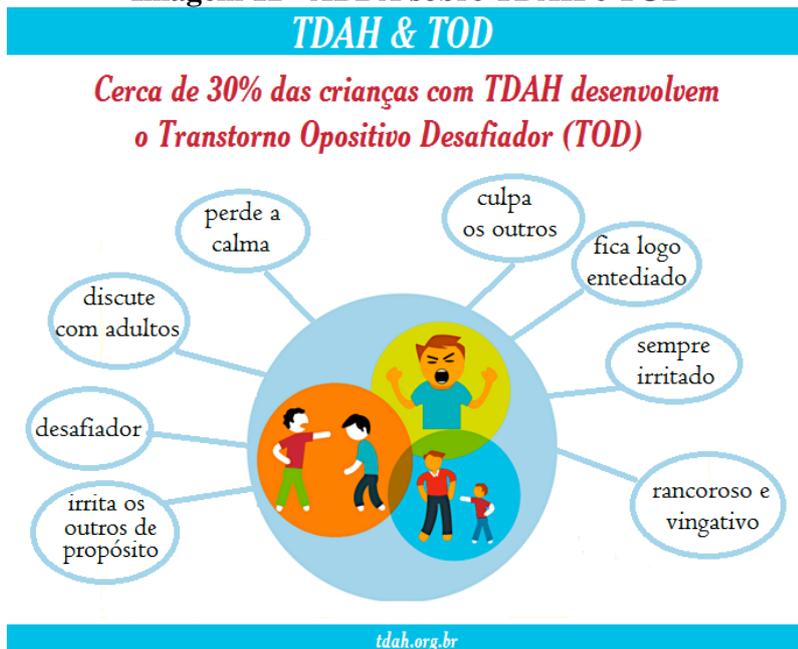
[...] o preocupante é que estamos longe de pensar que a febre de diagnósticos da infância se faz em um ambiente de neutralidade científica. [...] O peso assumido neste processo por diversas empresas farmacêuticas de atuação global, multinacionais, que são parte interessada da farmacologização de toda experiência humana.

Nos comentários, as pessoas identificam como um transtorno incapacitante, em que os outros não compreendem. Parece que acreditam fielmente no discurso posto como verdadeiro.

5.3.4 TDAH e suas Comorbidades

O DSM-5 apresenta separadamente os transtornos intelectuais dos transtornos de comportamento que iniciam na infância. Porém, faz um agrupamento quando se trata de comorbidades.

Imagem 12 - ABDA sobre TDAH e TOD



Fonte: Facebook ABDA, 2016

Postagem:

Cerca de 30% das crianças com TDAH, desenvolvem também o Transtorno Opositivo Desafiador (TOD). Essa combinação é extremamente desgastante para a família. Conheça os principais sintomas do TOD (ABDA, 17/08/2016).

Comentários:

*Realmente, é exatamente isso!! Minha filha tem TDAH e ela é assim. Agora entrando na adolescência então... muito desgastante mesmo!!
O pior, é que tem pessoas que não entendem e julgam tanto...
☹☹ (NL, 17/08/2016)*

Eu gostaria de saber se algum médico(a), seja neuro, psicóloga ou psiquiatra utiliza algum método de imagem (ressonância magnética) para ajudar no diagnóstico/tratamento do TDAH?! (JR, 18/08/2016)

Meu filho de 07 anos tem também o TOD. Muito complicado de lidar, precisamos de ter muita paciência e compreender. Tem hora que tenho vontade de sumir, mas Deus dá coragem para continuar (APZ, 17/08/2016)

Aí gente,!!! Dei uma olhada nos comentários, e cheguei a conclusão "que estamos todos no mesmo barco!!!! Só muda mesmo os endereços!!". Rss tem que rir, porque, Deus é mais!!!! Afff (EG, 17/08/2016)

Sofro muito com meu filho agora na adolescência, como é frustrante na escola, tem horas que você pensa em desistir da sua própria vida! (AL, 17/08/2016).

Puxa, apesar de ler e estudar muito a respeito, não sabia... tenho 3 filhos e a mais velha e o caçula têm altas habilidades e TDAH... muito desgastante e gera muitos incômodos na escola e outros ambientes.... preciso de ajuda, pq eu estou entrando em parafuso!!!!!! (JF, 17/08/2016)

Observa-se na imagem 12 uma criança irritada, outras duas brigando fisicamente, outra desafiando um adulto e a descrição dos comportamentos que compõem o TOD. Além disso, o TDAH é comorbido com o Transtorno de Oposição Desafiante (TOD) em 30% das crianças diagnosticadas. O TOD está descrito no DSM-5 (APA, 2013, p. 462), com o respectivo código número 313.81, como:

um padrão de humor raivoso/irritável, de comportamento questionador/desafiante ou de índole vingativa com duração de pelo menos seis meses, evidenciado por pelo menos quatro sintomas de qualquer das categorias seguintes e exibido na interação com pelo menos um indivíduo que não seja o irmão.

Os sintomas que o Manual (APA, 2013, p. 462) apresenta para diagnosticar são:

- Humor raivoso/irritável: com frequência perde a calma; é sensível ou facilmente incomodado; é raivoso e ressentido.
- Comportamento Questionador/ Desafiante: frequentemente questiona figuras de autoridade ou, no caso de crianças e adolescentes, adultos; desafia acintosamente ou se recusa a obedecer a regras ou pedidos de figuras de autoridade; incomoda deliberadamente outras pessoas e culpa a outros por seus erros ou mau comportamento.
- Índole vingativa: foi malvado ou vingativo, pelo menos duas vezes nos últimos seis meses.

Para Caponi (2016), o conteúdo apresentado para definir o TOD se caracteriza como um discurso “ubuesco”. A autora utiliza este termo a partir do livro *Os Anormais* de Foucault (2002a), em que ele analisa os discursos jurídicos com pretensão de verdade, os denominando discursos “ubuescos”. Ele utiliza este termo para mencionar os discursos, cuja pretensão é designar a verdade. Todavia, podem parecer grotescos e engraçados, mas as consequências são trágicas. Caponi (2016, p. 36) afirma que “é a partir desses discursos que se legitimam estratégias de poder que podem determinar, direta ou indiretamente, decisões sobre normalidade e patologia, sobre terapêuticas farmacológicas, enfim, decisões sobre a vida e o futuro das crianças classificadas nessa categoria”.

Estes comportamentos descritos tanto na imagem 12 como no DSM-5, fazem parte da infância, aspecto que é reconhecido no próprio DSM-5, conforme está descrito “os sintomas do transtorno de oposição desafiante podem ocorrer em alguma medida entre indivíduos sem esse transtorno” (APA, 2013, p. 463).

Estas situações com certeza não são agradáveis e causam, sem dúvida, um transtorno aos pais e professores. Contudo, não deveriam ser consideradas como um problema médico. Além do mais, estes comportamentos das crianças podem estar relacionados a causas muito diversas. O próprio Manual aponta que os sintomas podem ocorrer somente em ambientes como a casa, a escola, com colegas, ou seja, em lugares específicos, e que produz um sofrimento aos outros de acordo com o contexto.

Neste sentido, pode-se observar nos comentários as dificuldades dos pais e professores em lidarem com a infância na contemporaneidade, preferindo aceitar a ideia de a criança ter um transtorno mental a enfrentar os desafios de educar.



Fonte: Facebook ABDA, 2016

Comentários:

Não disse isso, pra tu?? Eu devo ter dislexia tb, sei lá (ABT, 12/08/2016)

Eu!!(WS, 12/08/2016)

A imagem 13 retrata um menino tentando juntar as sílabas em um rio de letras. Anuncia também que o TDAH praticamente não existe isoladamente, pois 70% das pessoas com este transtorno tem comorbidades. É interessante observar que esta informação sobre o TDAH, geralmente, se constitui junto a outro transtorno, ou seja, parece que ele em si, isoladamente, não se sustenta. Isto é, o fato da criança não prestar atenção ou ficar inquieta pode ser causado por uma dificuldade de aprendizagem.

De acordo com o DSM-5:

Dislexia é um termo alternativo usado em referência a um padrão de dificuldades de aprendizagem caracterizado por problemas no reconhecimento preciso ou fluente de palavras, problemas de decodificação e dificuldades de ortografia. Se o termo dislexia for usado para especificar esse padrão particular de dificuldades, é importante também especificar quaisquer dificuldades adicionais que estejam presentes, tais como dificuldades na compreensão da leitura ou no raciocínio matemático (APA, 2013, p.67).

É interessante perceber que os transtornos mentais da infância vão sendo ampliados a cada nova versão do DSM, afetando principalmente crianças em idade escolar. Segundo Veiga-Neto (2000, p. 189), “é fácil ver que a escola é o locus onde novas tecnologias são tanto inventadas quanto aplicadas; ela é, além disso, a instituição que mais amplia e precocemente se encarrega de capturar os indivíduos e disseminar tais tecnologias”.

Nos comentários, duas pessoas se identificam com a figura, mas não há repercussão.

5.3.5 O TDAH na família

Imagem 14 – Pai e filha - ABDA sobre TDAH



Fonte: Facebook ABDA, 2016

Imagem 15 – Mãe e filho - ABDA sobre TDAH



Fonte: Facebook ABDA, 2016

Comentário:

foto daqui de casa (RN, 11/08/2016)

Meu filho tem déficit de atenção com hiperatividade. Pior q o pai tbm tem! ☹ Só Deus p me ajudar! (LE, 11/08/2016).

Estou na mesma situação. Marido e filho tem. Eu e minha filha estamos aprendendo a lidar com isso no dia a dia (TS, 12/08/2016)

Aqui em casa é de pai e mãe! (JA, 11/08/2016)

Eu nunca fiz exame mas acho que tbm tenho minha filha herdou de mim rsrs (RFF, 11/08/2016)

Eu e meu filhote rsrs. Eu e Arthur... É nós. Desse jeitinho...rs. Vitor Moura... nós. Eu e o Vinícius...rs (outros comentários).

A imagem 14 mostra o pai correndo, sobrecarregado de atividades, com a filha bebê no colo, e a frase relatando ser uma cena de quando pai e filha tem TDAH.

A imagem 15 mostra a mãe andando com o filho, sendo que ambos estão distraídos, deixando cair livros, com a frase mencionando que se trata de uma cena de quando mãe e filho tem TDAH.

Apesar do DSM-5 mencionar que o TDAH é frequente em parentes de primeiro grau, no próprio Manual (APA, 2013, p.62) consta que “enquanto genes específicos foram correlacionados com o transtorno, eles não constituem fatores causais necessários ou suficientes”. Portanto, não há comprovação genética. Parentes de primeiro grau podem apresentar o comportamento semelhante pela própria convivência, principalmente, quando se trata de pais e filhos.

Nos comentários, as pessoas se identificam com o cenário ou identificam seu cônjuge e/ou seus filhos. Suscitar a questão segundo a qual o suposto TDAH do filho ou filha pode ter uma relação com o comportamento dos pais, parece se caracterizar como uma estratégia para ampliar o diagnóstico para além da infância. No DSM-5 (APA, 2013), consta que na maioria das culturas cerca de 2,5% de adultos e 5% das crianças tem o transtorno. Se nesta situação pode-se falar em herança, a expressão adequada seria herança cultural, pois “também as relações com a aprendizagem, a leitura e a escola são apreendidas e aprendidas no interior da família e do grupo social a que se pertence” (MOYSÉS; COLLARES, 2015, p. 97).

5.3.6 Propaganda institucional do TDAH

Conforme explica Frances (2016), quando os laboratórios farmacêuticos colocaram no mercado novos medicamentos para o TDAH e foram liberados para divulga-los diretamente entre os pais e professores, a venda do TDAH como diagnóstico estava presente em revistas, na televisão e em consultórios dos pediatras. Em razão disso, surgiu uma epidemia, triplicando os índices do transtorno.

Como chama a atenção Las Casas (2001), a propaganda institucional tem como objetivo a divulgação da imagem de empresas ou marcas de produtos com intuito de venda indireta. O autor cita, por exemplo, a divulgação de imagem do antitérmico e analgésico Anador, que se tornou popular e conseqüentemente um sucesso em vendas, devido à campanha descrita a seguir:

[...] o fabricante, por meio de sua agência de publicidade, procurou desenvolver uma campanha institucional sob o tema “saúde é o melhor presente” dirigido principalmente ao mercado do Sul, como parte do projeto “criança e saúde” criado para a empresa. O objetivo principal era alertar os pais, educadores e população em geral dos principais problemas que geralmente acometem crianças na faixa de 0 a 10 anos de idade e sobre os cuidados que devem ser tomados para evitá-los (LAS CASAS, 2001, p.247).

A campanha feita para aumentar as vendas do Anador é um exemplo de como a indústria farmacêutica utiliza o marketing para vender seus medicamentos. No caso da Ritalina e do Concerta, são utilizadas estratégias semelhantes para a divulgação dos sintomas do TDAH, principalmente, pela mídia.

Outras estratégias de marketing também são utilizadas para divulgar o TDAH. A Coca-Cola, maior empresa de bebidas do mundo, criou um aplicativo da Coca-Cola Zero em que as pessoas criam uma latinha personalizada e compartilham nas redes sociais. Esta ação de marketing teve grande sucesso, interagindo com as pessoas conectadas, tornando-se uma mania no Facebook, com milhares de compartilhamentos. O aplicativo vem com a pergunta “E aí? Para você e seus amigos, quanto mais o que melhor?” Geralmente as pessoas incluem seus nomes ou algo que gostam, como tipo de música, cidade, etc.

Imagem 16 – Aplicativo da Coca-Cola Zero



Fonte: Site do Aplicativo da Coca-Cola Zero, 2012¹⁷

¹⁷ <http://cliquetando.xpg.uol.com.br/2012/09/aplicativo-latinha-da-coca-cola.html>

Imagem 17 – Postagem da ABDA sobre o TDAH e educação



Fonte: Facebook ABDA, 2016

A ABDA também criou a sua latinha. O curioso é que preencheu o espaço com a palavra “educação” e, acima, com a mesma cor, vermelho, incluiu TDAH, insinuando uma relação direta entre TDAH e educação. O caráter educativo é uma das roupagens que aparece nas campanhas de marketing da indústria farmacêutica. A latinha compartilhada nas redes sociais ficou com a seguinte frase “TDAH quanto mais educação melhor”, conforme imagem 17. Ora, o que faz a criança com TDAH produzir mais é a Ritalina. Então, é quase que dizer “quanto mais Ritalina melhor”. É difícil afirmar que nesta imagem não haja intenção de uma propaganda do TDAH, e, nas entrelinhas, da Ritalina. Frances (2016, p. 51/52) relata que “o modelo de negócio da indústria farmacêutica se vale da extensão do âmbito da doença, usa o marketing criativo para expandir seu número de clientes, convencendo os provavelmente sadios de que estão pelo menos levemente enfermos”.

Imagem 18 – Atleta olímpica - postagem da ABDA sobre o TDAH



ABP
Associação
Brasileira de
Psiquiatria



PSICOFOBIA É UM CRIME!
APOIE A ABP NESTA CAMPANHA

Fonte: Facebook ABDA, 2016

A imagem 18, apesar de não ter sido elaborada pela ABDA, foi compartilhada em sua comunidade virtual. Simone Biles, estadunidense, com 19 anos, é destaque nas Olimpíadas Rio 2016, conquistando 5 medalhas e entrando para o grupo de maiores medalhistas na história da ginástica.¹⁸ O depoimento dela assumindo que tem TDAH e que toma medicação para tratar o transtorno, junto a foto com uma medalha de ouro, associa o tratamento ao sucesso. Esta imagem pode transmitir a ideia de que as pessoas diagnosticadas com TDAH e que tomam medicamentos podem obter sucesso em suas atividades. A estratégia de marketing de utilizar a imagem de pessoas famosas para divulgar o seu produto não é nenhuma novidade no âmbito da publicidade.

É interessante mencionar que o metilfenidato é um dos estimulantes que consta na “Lista proibida 2016 – Código de Antidopagem”¹⁹ como uma substância proibida. Entretanto, no

¹⁸ Disponível em: <<http://globoesporte.globo.com/olimpiadas/ginastica-artistica/noticia/2016/08/simone-biles-brilha-no-solo-conquista-quinta-medalha-e-vira-rainha-no-rio.html>> Acesso em: 15 out. 2016.

¹⁹ Disponível em: <<http://www.consultalista.abcd.gov.br/Home/DOCPDF?pdfName=lista.pdf>> Acesso em: 15 out. 2016.

documento “Informação médica para apoio das decisões da Comissão de Autorização de Uso Terapêutico (CAUT) - Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade em crianças e adultos²⁰”, do Programa Mundial de Antidopagem WADA-AMA/IOC (*World Anti-Doping Agency/International Olympic Committee*), consta no item (3) Boas Práticas no Tratamento Médico, no subitem (C), sobre “Dosagem e Frequência”:

Deve-se ter em atenção que não existe necessidade de cessar o tratamento durante os períodos de competição. É considerado, atualmente, que a cessação do tratamento poderá causar um conjunto de efeitos negativos, incluindo, o efeito adverso no controle dos sintomas, o que poderá levar algum tempo a restabelecer. Esta desestabilização no controle de sintomas poderá propiciar os atletas a apresentarem comportamentos de risco e aumentar o seu envolvimento em situações de conflito (exemplo: alterações com árbitros) (WADA-AMA/IOC 2014, p.2).

É importante ressaltar que, se informado o uso para tratamento médico e autorizado pelas autoridades esportivas, não será considerado doping. Observa-se que o argumento para constar nesta lista de tratamento médico é o risco, conforme mencionado no documento da WADA-AMA/IOC.

O doping é considerado quando há o uso de substâncias ou métodos capazes de aumentar artificialmente o desempenho físico, seja prejudicial à saúde do atleta, além de ser contrário aos valores do esporte. Assim, o que caracteriza o doping é constar na lista de proibições da WADA-AMA/IOC (RUBIO; NUNES, 2010).

Na bula da Ritalina (p.2) consta: “Teste para drogas. A Ritalina® LA pode dar resultado falso positivo em testes para o uso de drogas. Isto inclui testes utilizados no esporte. Este medicamento pode causar doping”. O metilfenidato é um estimulante do sistema nervoso central que é indicado para aumentar a concentração, fator bastante exigido a uma ginasta olímpica. Os efeitos do metilfenidato podem causar um desempenho de atividades melhor às pessoas que fazem uso deste medicamento em relação as demais. Mediante estes fatos, como podemos ensinar crianças e adolescentes a adentrar neste mundo competitivo honestamente, uma vez que seus “concorrentes” estão autorizados a fazer uso de drogas que promovem um alto rendimento? Além disso, este “sucesso” é divulgado pela mídia como propaganda do TDAH, o que propicia cada vez mais que a lógica medicalizante torne-se usual na contemporaneidade.

²⁰ Versão em português da Autoridade Brasileira de Controle de Dopagem (ABCD). Disponível em: <<http://www.consulitealista.abcd.gov.br/Home/AUTPDF?pdfName=Transtorno%20do%20D%C3%A9ficit%20de%20aten%C3%A7%C3%A3o%20com%20Hiperatividade%203B%20Mar%C3%A7o%202014>> Acesso em: 15 out. 2016

A campanha que a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) lançou - “Psicofobia é Crime” - acompanha estas propagandas como forma de inibir que as pessoas critiquem o uso destes medicamentos, com o discurso de proteção às pessoas que são diagnosticadas com transtornos mentais. Isto representa uma distorção do conceito de psicofobia, que é o preconceito contra quem tem transtornos mentais, cujo sentido é muito diferente da crítica à um modelo biomédico que torna pessoas saudáveis em pessoas diagnosticadas com transtornos mentais e induz a um tratamento medicamentoso. É importante esclarecer que as críticas aqui realizadas são voltadas àqueles que compactuam com estas práticas medicalizantes e jamais às pessoas que por ventura tenham algum transtorno mental.

Durante a pesquisa nas redes sociais, encontrou-se outras comunidades virtuais que discutem a temática do TDAH. Foi selecionada uma comunidade virtual pública de pais de crianças e adolescentes com TDAH, em que o material da ABDA é frequentemente compartilhado neste grupo, principalmente, pela fundadora e mediadora da comunidade. Adentra-se a seguir nesta comunidade virtual, cujo nome mencionado é fictício com intuito de preservar o sigilo.

5.4 COMUNIDADE VIRTUAL MÃES DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM TDAH

Observou-se que uma comunidade virtual de familiares é muito diferente de uma comunidade virtual de uma instituição. Nesta comunidade, especificamente, todos os depoimentos selecionados para a análise são de mães. Aqui, as pessoas dialogam mais, contam suas angústias e compartilham com as demais os desafios e as vitórias de cada conquista com seus filhos. Segundo Terra (2011), pode-se dizer que as comunidades virtuais funcionam como as pequenas comunidades, onde todos se conhecem, sabem em quem podem confiar, a pessoa que é importante e quem decide quem é importante. As relações entre os atores sociais acontecem por meio das conexões e redes formadas entre os membros das redes sociais *on-line*.

5.4.1 Objetivo do Grupo

Postagem da mediadora:

Sejam bem-vindas ao nosso grupo. É com muito carinho e alegria que recebemos vcs aqui. Nosso grupo foi criado para interagirmos sobre o TDAH. Quase todas têm filhos ou parentes com esse transtorno e aqui tentamos nos ajudar, dividimos as angústias.

E publicamos também, coisas que possam nos ajudar com nossos filhos. Sintam em casa! Deus as abençoe e obrigada por escolherem esse grupo! (LES, 12/05/2015).

Comentários:

Obrigada. tenho certeza que tenho muito a aprender e entender melhor como lidar com o tdha. Meu filho tem tdha e sera muito importante participar desse grupo. :-)
(PO, 12/05/2015).

Meu filho de 11 anos foi diagnosticado agora e começou a medicação essa semana. Isso me deixou muito insegura e resistente. Espero encontrar aqui um espaço para, como você mesma falou, dividir minhas angustias e aceitar melhor a medicação (VM, 12/05/2015).

A medicação é tranquila e vc vai ver como a vida do seu filho vai mudar para melhor! Deus cura através dos remédios também e com o tempo e o amadurecimento, seu filho aprende a lidar melhor com o transtorno e fica mais fácil. Tenha fé, vá rezando e pedindo a Deus a cura definitiva dele (LES, 13/05/2015).

LES (mediadora) recebe os novos membros com boas-vindas e afirma que quase todos tem um familiar com TDAH e o grupo foi formado para compartilharem as angústias e ajuda-mútua. A vulnerabilidade dos critérios diagnósticos do TDAH faz com que sintomas leves e transitórios (desatenção, impulsividade e hiperatividade) possam induzir as pessoas a pensarem que em quase toda família há um membro com a patologia.

O depoimento de PO “[...] *tenho muito a aprender e entender melhor como lidar com o tdha*”, é um exemplo do que nos alerta Hacking (2000): uma vez consolidado o diagnóstico, a pessoa será tratada pelos demais de acordo com o seu transtorno mental.

A medicação é também causadora de angústia aos pais, não somente o TDAH, conforme relata VM. Mesmo ciente dos males causados pela medicação, o tratamento medicamentoso torna-se inevitável mediante os riscos apresentados à criança que não é tratada. Entre os riscos citados no DSM-5, estão: prejuízo no rendimento escolar e acadêmico, rejeição social, transtorno da conduta na adolescência, transtorno da personalidade antissocial quando adulto, probabilidade de transtornos por uso de substâncias e prisão.

5.4.2 A Ritalina e o “sucesso” escolar

O uso da Ritalina por crianças e adolescentes, como forma de tratamento para o TDAH para se adequarem às exigências das escolas, é bastante frequente em diversos países, sendo os Estados Unidos o principal consumidor. Mas esta prática extrapola os limites estadunidenses.

Em 2012, o consumo de Ritalina em países fora dos Estados Unidos já representava 34% do uso mundial (WHITAKER, 2011).

Postagem:

Foram 2 anos de idas e vindas a neurologistas, acompanhamento por um ano com psicopedagoga, acompanhamento com terapeuta, reforço escolar; e apesar de todo esforço nosso, muito pouco resultado para minha filha, que estava sofrendo na escola com as dificuldades, notas baixas, cadernos incompletos. Venci a resistência inicial da minha parte em medicar minha filha e este ano, após consulta com a Neurologista resolvemos iniciar o tratamento com a Ritalina. Há 1 mês ela toma todos os dias pela manhã, Ritalina 10mg, antes da escola. Quero deixar meu relato que em alguns casos específicos a Ritalina é necessária e benéfica sim! Esta semana minha filha recebeu esta mensagem no caderno, da professora de Português. Estamos felizes e aliviados, é uma nova etapa que se inicia. Deixamos bem claro para ela que a medicação é apenas uma ajuda, e não a cura para todas as suas dificuldades, que sem o esforço dela nada adianta, então continuamos com o acompanhamento neurológico, a terapia e o reforço escolar, mas com muito mais confiança e minha filha com muito mais autoestima (ICV, 01/07/2016) + Postagem do bilhete da professora.

Comentários:

Parabéns por ter aceitado a terapia medicamentosa. Ainda existe muito preconceito em relação a ela e é muito sofrimento para a criança ou adolescente com TDAH conseguir sucesso na aprendizagem sem ela. Temos que entender que o cérebro dessas crianças precisam dessa química para funcionarem de forma adequada. O sucesso vai sempre da terapia combinada, terapia + medicação (JGL, 04/07/2016).

Também tive essa resistência no medicamento, mas confesso que meu filho não ficou o robôzinho que muitos falaram que a criança fica, ele se deu super bem com a ritalina 10mg e só ficou mais centrado, nas férias vai ficar sem o medicamento pois também só dou antes dele ir à escola e a evolução dele foi surpreendente. Claro que ele não falta na terapia toda semana, e eu como mãe fico menos frustrada (SBF,01/07/2016).

Mães, a resistência ao uso do medicamento e o preconceito que nós mães temos com relação a ele é o maior sofrimento que nossos filhos passam. PRECISAMOS ENTENDER QUE A MEDICINA É COISA DE DEUS. Muitos têm sofrido muito por não aceitarem a medicação. E com isso a vida dos nossos filhos não melhoram. A ritalina não deixa ninguém dependente e nem como um robô. Eles, que tomam têm vida normal e vida com qualidade (LES, 01/07/2016).

Mamães, eu tinha receio do diagnóstico raso, precipitado e a indicação da Ritalina sem tentar outras intervenções, pois hoje também é comum a generalização do TDAH, disto que eu tinha medo e os primeiros neuros que fui não me passaram segurança. Até a pediatra dela foi contra. Agora, depois de tudo que fizemos, o diagnóstico TDA foi fechado (nela não se manifesta a hiperatividade) e estamos mais seguros com a medicação (ICV, 02/07/2016).

Atualmente usamos a sigla TDAH para todos os subtipos. O de apresentação

predominantemente desatenta (que é o caso da sua filha), de apresentação combinada (desatenção + hiperatividade) e apresentação predominantemente impulsivo(quando a impulsividade aparece). Não usamos mais a sigla TDA. Infelizmente as crianças do tipo desatenta são as que tem o diagnóstico mais tarde, pois normalmente não causam transtorno na sala de aula, passando despercebido pelo professor. No entanto, aquela criança hiperativa e impulsiva recebe o diagnóstico muito cedo. Sou mãe de adolescente com TDAH e profissional da área e na minha prática clínica percebo que os pediatras são os que menos entendem dos transtornos dos desenvolvimentos, precisam se atualizarem. Recebo crianças autista que fazem diagnóstico tardio porque os pediatras dizem que a criança não tem "nada", mesmo a mãe sinalizando o comportamento diferente do filho. Nem todo profissional está capacitado para fazer o diagnóstico de TDAH, gosto muito de trabalhar com os Neurologistas e psiquiatras infantis (JGL, 01/07/2016).

A adesão ao tratamento medicamentoso por parte dos pais das crianças não se restringe apenas a este grupo de mães. Dantas et al (2015) realizaram uma pesquisa no *Facebook* sobre os discursos que tratavam sobre crianças, TDAH e Ritalina. Observaram que os discursos são fortemente influenciados pelo poder-biomédico, e a Ritalina é considerada como a “salvação” para as adversidades da vida, um alívio dos sofrimentos existenciais.

Nesta pesquisa, nos deparamos com esta mesma realidade; pais encontram na medicação para seus filhos, seja Ritalina ou Concerta, um alívio para o sofrimento daquela família. Mediante os resultados imediatos da Ritalina, ficam esquecidas as suas reações adversas e o comprometimento futuro que esta droga pode causar às crianças. Afinal, o “sucesso” escolar é o que garante o futuro daquela geração e esta é a promessa deste medicamento. Prova disso é a indicação de usar apenas durante o período escolar, ou seja, tempo em que a droga produz o efeito desejado pelos professores e pais.

A persuasão de médicos e outros profissionais da saúde e da educação, que por sua vez foram influenciados de algum modo pelas indústrias farmacêuticas, faz com que os pais acreditem cegamente que seus filhos necessitam de uma “química” para o funcionamento do cérebro, conforme mencionou JGL: “*Temos que entender que o cérebro dessas crianças precisam dessa química para funcionarem de forma adequada*”.

A conversação reporta-nos ao que Benevides (2015, p.45) considera como “indústria de normalização pela infância”, a qual se constitui pelo atrelamento entre o eixo “cultura do consumo - cultura do empreendedorismo” com o eixo “disciplinas-biopolíticas”. A indústria de normalização da infância começa incutindo nos pais a crença de que eles não sabem cuidar de seus filhos, causando um “estado de incerteza, de anomia, de instabilidade e de liquidez dos valores, das crenças e das funções hierárquicas no âmbito próprio da família” (BENEVIDES,

2015, p.44). Desta forma, as funções dos pais estão atravessadas pelas formas de saber dos especialistas:

A incrustação de um saber no âmago das relações familiares, tal como encarnada na figura da autoridade conselheira do expert, implica, desde já, na obtenção de efeitos de ignorância, incerteza, intranquilidade e dependência no que tange a família. Este estado de vulnerabilidade é precisamente o solo propício não somente para este conjunto de serviços profissionais das áreas médico-pedagógico-psi [...], mas também para a invasão das logomarcas, das megaempresas e das tecnologias digitais como jubilosos suportes para pais e filhos (BENEVIDES, 2015, p.44).

Estamos diante de um sistema que corrompe os profissionais, que corrói o sujeito, despotencializa a infância e medica as populações. Cenário ilustrativo do que nos disse Foucault sobre a biopolítica e que, nas palavras de Benevides (2015, p. 39), significa “a codificação de um conjunto de problemas e/ou acontecimentos relacionados à vida e a espécie humana a partir de uma racionalidade governamental que possui a população como alvo, os dispositivos de segurança como instrumento e a otimização da vida como fim”.

Vale ressaltar como a medicina é elevada ao status do divino, conforme relata a mediadora (LES) em letras maiúsculas, “[...] *MEDICINA É COISA DE DEUS*”. Na conversa anterior LES também relata “*Deus cura através dos remédios*”. Crença que atribui um poder à medicina, muito além de qualquer outra possibilidade de intervenção. A fusão entre valores culturais predominantes como a ciência (aqui representada pela medicina) e a religião fortalecem este entrelaçado jogo de poder.

Szasz (1974) lembra-nos que o homem na Idade Média tinha como objetivo a salvação. A santidade e a salvação formavam parte do jogo cristão, enquanto a bruxaria e a danação constituíam a outra parte, sendo que ambas pertenciam a um mesmo sistema de regras e crenças. Assim, sanções positivas ou negativas, recompensas ou punições, constituem pares complementares e compartilham do mesmo modo a forma e conteúdo do jogo. O jogo é composto por suas regras, caso alguma destas regras sejam modificadas, o jogo também sofrerá alteração. Se a preservação do jogo é desejada, ou seja, a manutenção do *status quo* social (religioso), o melhor a fazer é jogar o jogo do modo como é. Neste sentido, Szasz (1974, p. 184) conclui que “[...] procurar e encontrar bruxas constituía uma importante manobra no jogo religioso da vida, da mesma forma que procurar e encontrar a doença mental é uma tática importante do jogo médico-terapêutico contemporâneo”.

Postagem:

Boa tarde a todos.

Venho compartilhar com vocês a minha experiência.

Tenho uma filha com TDAH.

Na infância a nossa luta procurando médicos, fonoaudiólogos e psicólogos foi muito grande. Ela era discriminada em colégios particulares pelos alunos e pelas mães dos alunos. Sofri muito assistindo a tudo isso. Sua filha ser rejeitada, sofrer com deboches de adultos e de outras crianças foi horrível.

Aos poucos, com o passar do tempo ela foi melhorando e com a ajuda de Deus hoje ninguém diz ao olhar para ela que ela sofre de TDAH.

Encontramos um psiquiatra que foi recomendado pelo próprio colégio e ele receitou um medicamento que estava chegando nas farmácias naquele ano. Até hoje ela faz uso desse medicamento "CONCERTA".

Hoje minha filha tem 24 anos, está se formando na faculdade com notas excelentes, passou no ENEM para universidades públicas. Portanto, lutem por seus filhos, não desistam de procurar o médico certo, o medicamento correto e tenham fé em Deus.

Desejo a todas as crianças que sofrem como minha filha sofreu um futuro feliz e próspero juntamente com seus papais. Essa luta eu e meu marido vivenciamos e posso dizer que somos vencedores.

Felicidades a todos (MTM, 29/09/2015).

Os méritos que deveriam ser atribuídos aos filhos, nos discursos das mães, parecem frutos do resultado de uma fórmula “*médico certo + medicamento correto + fé em Deus = sucesso*”. O que talvez os pais e professores não se dão conta é que “o corpo das crianças na escola [...] é submetido a uma série de técnicas corporais de adestramento disciplinar. Trata-se de fabricar um corpo produtivo, maximizando-o enquanto uma ‘máquina de produção’ de riquezas, uma fonte de trabalho ou unidade de batalha” (SILVEIRA, 2015, p.57).

Este depoimento é a descrição da família feliz com o uso do medicamento, retrato que foi divulgado como propaganda da Ritalina, nos anos 1960. A criança, nesta situação, é considerada como um ser anormal. Ao entrar na escola, começa a manifestar defeitos e torna-se motivo de deboches, rejeição, um sofrimento para a família e tudo isso é resolvido com o uso do medicamento “Concerta”. Um símbolo de sucesso e felicidade para toda a família. Um comprimido mágico que resolve todos os problemas. Como acreditar nesta falácia? Mas nem todos apresentam este mesmo cenário com o uso destes medicamentos, como se pode ver a seguir.

5.4.3 Reações adversas da Ritalina e do Concerta

Postagem:

Queridas mães,

Boa noite!

Meu filho tomava Ritalina de 20 mg e agora toma de 10mg. A Ritalina o ajuda muito a focar e melhora o desempenho na Escola. Entretanto, o emagrece demais e também tira o sono.

Ele tem 11 anos e gostaria de tirar o medicamento dele. Parece que tem que ser feito sob orientação do médico. Certo?

Alguém já passou por essa situação de dar e depois tirar o medicamento?

E alguém conhece algum medicamento ou suplemento que ajude a criança a ter mais apetite e evite que perca peso durante o uso da Ritalina?

Ele não quer parar de tomar de jeito nenhum. Diz que prefere ser magro do que se sentir burro.

E eu realmente não sei o que fazer. Me aperta o coração de vê-lo magrinho assim e comendo mal.

Realmente não sei o que fazer. Por isso quero saber se alguém já passou por essa situação e resolveu tirar o medicamento e como foi.

Meu filho tem o Déficit de Atenção do tipo desatento e tem um leve grau de ansiedade. Não tem hiperatividade. Meu único problema com ele, é a falta de atenção, ritmo mais lento que os outros e um pouco de impulsividade.

Se puderem dividir suas experiências comigo, agradeço.

Será que a Ritalina causa dependência? (LC, 19/04/2016).

Comentários:

Sim, realmente volta ao normal com o tempo. Não tire, pois a qualidade de vida deles melhora muito (SL, 20/04/2016).

Ola, minha filha emagreceu tomando ritalina, mas isso só aconteceu nos primeiros meses, depois ela voltou ao normal (LES, 05/05/2016).

Postagem:

Ola maes,

ah 3 meses meu filho d 7 anos foi diagnosticado cm tdah...

No 1 mes ele tomou ritalina 10ml nao adiantou...

2 mes ritalina 20ml um pouquinho mais d atencao, mas muito agitado e nervoso, mas sentia muita dor abdominal e as vezes vomito, falta d apetite e perdeu 5 kilos.

Agora o medico passou CONCERTA 18 (Acho q assim)

mas ele tmb ta reclamando d dor e sem apetite nenhuma,

o dr falou q esse medicamento nao dava efeitos colaterais,

lí a bula e quase surtei...

Alguma criança aqui faz uso desse Remedio? (VL, 22/08/2015)

Comentários:

A minha filha tomou ritalina e a única coisa que aconteceu foi perder o apetite, mas foi muito bom para a concentração e conheço alunos da escola que trabalho que tomam CONcerta e reagem bem a medicação (LES, 22/08/2015).

Não fique lendo bula de remédio, faz a gente surtar (LES, 22/08/2015).

Concordo com vcs meninas, ficamos fragilizadas e em dúvida, mas não podemos negar que sem o remédio é muito pior para eles, se sentem deslocados e que são de outro mundo (LES, 27/09/2015).

A durabilidade da ritalina é de até 4 horas o que obriga a criança a tomar pelo menos 3 ou 4 comprimidos por dia. O Concerta, embora seja caro, começa o efeito em uma hora e vai sendo liberado pelo organismo por mais umas seis ou oito horas (MTT, 01/10/2015).

Postagem:

Tenho uma filha de 5 anos e 9 meses e há um ano foi diagnosticada com tdah toma ritalina e risperidona. Tenho me sentido perdida pq to muito indesejada qto a medicação pq todos falam que ela e saudavel que os medicos hoje ganham de laboratorio e tacam ritalina :(ela é chorona, tem crises de nervos, não aceita frustraões, não tem atenção e e agressiva não tem convívio com outras crianças, briga muito to desesperada não sei o que pensar paro de x a medicação ou vou ate o fim :((AAM, 10/10/2015).

Comentários:

Faça o tratamento é melhor vc se arrepender de ter tentado ,do que pagar o preço pra ver o resultado na adolescência (CPJ, 10/10/2015).

Na minha opinião e experiência, vc não deve deixar de fazer o tratamento, a qualidade de vida dos nossos filhos melhora consideravelmente e eles param de se sentir deslocados. Tratamento, fé em Deus e muita oração, é o que mais precisamos fazer para ajudá-los. Força e lute por sua filha, ela merece e pode ser feliz! (LES, 10/10/2015).

Observa-se que várias crianças sofrem os efeitos colaterais da Ritalina ou do Concerta e, mesmo assim, os demais membros desta comunidade virtual apoiam as mães para que insistam com o uso do medicamento, pois esta é considerada a única alternativa para não se sentirem burros, como mencionou uma mãe (LC): “[...] *prefere ser magro do que se sentir burro*”, ou conforme relatou a mediadora (LES), que sem a medicação eles “[...] *se sentem deslocados e que são de outro mundo*”. A recomendação de outra mãe (SL) é: “*Não tire, pois a qualidade de vida deles melhora muito*”. Em relação aos efeitos colaterais, segundo LES é melhor nem saber: “*Não fique lendo bula de remédio, faz a gente surtar*”. Vale ressaltar que as bulas destes medicamentos são extensas (sete páginas) e descrevem todas as reações adversas que as pessoas podem sofrer ao fazer uso deste medicamento, mas parece que isto só causa mais sofrimento às mães. Por isso, melhor não saber. Nem a própria bula é suficiente para acreditarem que o medicamento faz mais mal do que bem aos seus filhos.

Os fatores de risco são um forte argumento para que as crianças continuem tomando a medicação. É praticamente uma ameaça aos pais, conforme menciona CPJ: “*Faça o tratamento é melhor vc se arrepender de ter tentado, do que pagar o preço pra ver o resultado na adolescência*”. Este “preço” está descrito no DSM-5 (APA, 2013 p. 63) como as “Consequências Funcionais” de crianças com TDAH, as quais apresentam: “[...] uma probabilidade significativamente maior do que seus pares para desenvolver transtorno da conduta na adolescência e transtorno da personalidade antissocial na idade adulta, aumentando, assim, a probabilidade de transtornos por uso de substâncias e prisão”. Mediante estas consequências, fica difícil os pais deixarem de fazer o tratamento recomendado pelos médicos.

Postagem:

Estou muito angustiada, pois minha filha tem Tdah e transtorno de humor ,ela toma ritalina 4 comprimidos de 10mg toma risperidona e toma lítio mas continua muito ansiosa não consegue aprender nada na escola ela tem 10 anos e está na terceira série , eles querem voltar ela pra segunda série ,eu não consigo ensinar a tabuada para ela ,tem dias na semana que ela fica nervosa a gente briga ela me responde e às vezes avança em mim. Está muito difícil. Eu me sinto uma fracassada impotente e desanimada. Ela sempre estudou em escola particular, que na verdade sempre foi jogar dinheiro no lixo. Que país é este que não nos apoia em nada (CPJ, 19/09/2015).

Esta última postagem de CPJ realmente impressiona:“*minha filha tem Tdah e transtorno de humor, ela toma ritalina 4 comprimidos de 10mg, toma risperidona e toma lítio, mas continua muito ansiosa não consegue aprender nada na escola, ela tem 10 anos*”. Talvez a questão pertinente para este caso seja saber como uma menina de 10 anos pode aprender algo na escola nesta situação? A mãe queixa-se do comportamento da filha: “*ela fica nervosa a gente briga, ela me responde e às vezes avança em mim*”. Será que alguma vez foi questionado o efeito dos medicamentos nesta criança? Não houve comentários sobre esta postagem, nem sobre a “qualidade de vida” que os medicamentos proporcionam para as crianças, nem sobre os médicos “especialistas”, muito menos sobre a “influência” de Deus.

O descaso com as reações adversas em decorrência do uso destas medicações aparece na investigação citada por Lima e Santos (2015), uma pesquisa realizada em 2013, pelo Núcleo de Farmacovigilância Sanitária da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, a qual constatou que o metilfenidato (princípio ativo da Ritalina e do Concerta) é a primeira opção para o tratamento do TDAH. Entre os anos de 2009 e 2011, o aumento do consumo destes medicamentos foi de 164%, tendo redução no período das férias e aumento no segundo semestre do ano letivo. Esta pesquisa também revela, com dados significativos, que estes medicamentos

causam reações adversas como taquicardia, hipertensão, depressão, psicose, dependência e contrações musculares involuntárias. Estas informações, na maioria das vezes, sequer são passadas pelos médicos aos responsáveis pela criança. Estes, quando informados, geralmente não questionam a prescrição do medicamento, devido à confiança no profissional médico. Além disso, a maioria dos médicos não faz a reavaliação anual da terapêutica do uso dos medicamentos para verificar a necessidade de seguir ou não com o tratamento medicamentoso (LIMA; SANTOS, 2015).

5.4.4 Dificuldades em lidar com os filhos sem medicação

Postagem:

Bom dia pessoal, tenho uma filha de 9 anos, cursando o 4º ano do Ensino Fundamental. Estamos lutando há dois anos com o Déficit de Atenção, mas não está fácil. Ela já passou por 02 neurologistas, uma psicóloga, uma psicopedagoga e faz aula de reforço 3 vezes por semana. Mesmo assim ainda não conseguimos uma melhora, ela ainda demonstra muita falta de interesses nos estudos, não realiza as tarefas na sala de aula, não gosta de fazer o Para Casa, só o faz sob muita negociação ou mesmo pressão. Ontem ficamos até tarde fazendo as tarefas da escola, pois ela não havia copiado as questões de um trabalho, que foi dado semana passada, e somente ontem a professora me enviou, aí juntou o trabalho com os Para Casas do dia! Diante disto, o comportamento dela também só tem piorado, não gosta de seguir regras, não obedece ou nos atende quando solicitamos, só quer saber de assistir desenhos na TV! Sexta-feira desta semana ela inicia as sessões com uma Terapeuta Comportamental. Eu comecei a fazer terapia também, no mesmo local onde ela faz acompanhamento, para aprender a lidar com ela, pois estamos nos afastando... com ajuda de todos os profissionais envolvidos vamos tentar mudar de tática com ela, vou tentar passar mais tempo sozinha com ela, somente nós duas (tenho outra filha de 3 anos), a psicóloga me aconselhou muito isto, pois ela vê na minha filha uma necessidade afetiva muito grande! E a nossa rotina é muito dura e difícil, trabalho o dia inteiro, enfim... o problema não está somente nela, não é? Por causa desta questões, ainda não administrei qualquer medicação, pois conforme disse, acho que o problema não está só nela, estamos tentando todos nos ajustar. Mas se realmente não conseguirmos sucesso, estou começando a aceitar a possibilidade de medicá-la. Gente, é muito difícil, todos estamos sofrendo muito, me preocupo muito com ela, quero tanto que minha filha seja feliz, se ajuste na escola... desculpem o longo desabafo! (ICV, 07/04/2016)

Comentários:

Tenha fé I, aos poucos achamos o caminho, a minha filha tbem tem TDAH...optamos por nao entrar com medicação...ela acupuntura e toma homeopatia...ja esta com 12 anos...no 7 ano...é difícil...mas nao podemos esmorecer...tem horas que da desespero...mas o amor que sentimos supera todas as dificuldades...descobri que é muito dialogo....e esclarecer sobre as responsabilidades dela com os estudos...ai entra

o amadurecimento de cada criança...bom...falo como mãe...cada dia aprendendo....Boa sorte e força!!! Vocês vão conseguir! (GAS, 07/04/2016)

Aqui é bem parecido. Você pode tentar neurofeedback²¹ antes de medicar, aqui em casa ajudou bastante e segue sem medicação. Dá uma pesquisada em artigos no google acadêmico sobre neurofeedback e TDAH.. Cortamos as telas (TV, jogos, celular...) e liberamos com muito controle, isso deu resultado também! Tentamos a medicação por 3 meses e retiramos, cada criança reage diferente à medicação e precisa ser bem acompanhada (CM, 07/04/2016).

Parece até que você descreveu a minha filha. Ela era exatamente como a sua. Eu moro sozinha com ela, não aguentei a barra porque tmb tenho os meus problemas de saúde, então, a neuropediatra me sugeriu fazer uma experiência com a ritalina. Eu dou só um comprimido antes de ir para a escola, uso a dose mínima. Nossa! Como ela mudou! Ficou super atenta, faz tudo com facilidade, sem reclamar, lembra de tudo o que acontece na escola (antes nunca sabia de nada), parou de falar o tempo todo, só recebe elogios e o mais importante, recuperou a auto-estima que estava super abalada. Não teve efeitos colaterais e não mudou a personalidade dela, não ficou "lesada", etc (essa coisas que falam da ritalina). Enfim, com minha filha deu certo, mas cada caso é um caso. No início do ano que vem vou tirar a ritalina para ver como ela vai ficar. É lógico que não pretendo dar remédio para sempre, mas ela estava muito infeliz e eu também (RSIC, 07/04/2016).

Além de Neuropsicóloga sou mãe de um adolescente com TDAH, do tipo impulsivo e ainda tem uma comorbidade com Transtorno Opositor Desafiador que misturado com a rebeldia da adolescência não é fácil administrar. Não tenho nenhum preconceito quanto a medicação, e se ela veio para ajudar não há porque fazer uso desde que seja orientada por um profissional que conheça bem o transtorno. A medicação foi um divisor de águas na vida do meu filho. Palavras dele próprio. Conseguir se concentrar e ter foco. Com isso conquistou primeiro lugares em várias escolas técnicas. O comportamento trabalhamos com terapia cognitiva. Hoje apesar de todas as dificuldades posso dizer que ele está bem melhor e mais ajustado para os desafios da vida (JGL, 08/04/2016)

Olá, tenho um filho de 8 anos com TDAH, passei pela mesma coisa pois relutava muito em medicar o meu filho (não aceitava que meu filho teria que tomar um tarja preta), no entanto só depois que aceitei essa parte é que ele melhou, claro que teve altos e baixos até acertar o medicamento e dosagens, mas hoje em dia posso dizer que meu filho melhorou 50%, pra quem não aprendia nada tem demonstrado um ótimo recitador....rs A atenção e o afeto faz toda a diferença, meu filho as vezes fica agressivo quando tem a necessidade de tirar o desenho dele, trabalho com ele o fator merecimento, sempre incentivo ele a não desistir e elogio demais ele, porque uma palavra as vezes podemos derrubar sua alta estima. Acredite vai dar tudo certo (SBF, 08/04/2016).

²¹ Neurofeedback é uma técnica de intervenção que está sendo avaliada como alternativa para o tratamento de transtornos mentais, principalmente o TDAH. Trata-se de uma série de procedimentos que permitem a modificação de valores de forma voluntária, é uma técnica de autoregulação em que os pacientes aprendem a ter o controle voluntário do que se pensava ser involuntário (GAVIRIA LOAIZA; CALDERON DELGADO; BARRERA VALENCIA, 2014).

Augusto (2015), quando menciona que a cultura do castigo precocemente na infância é reforçada na experiência escolar, a qual está voltada também para transformar a criança arqueira em adulto ordeiro, salienta que tal transformação está designada aos saberes da Pedagogia e da Psicologia, que se desdobram em regras, preceitos e recomendações em torno do entendimento histórico-psicológico de crianças e adolescentes. Ele acrescenta que “mesmo em um momento em que se valoriza a liberdade e a criatividade dos pequenos entre os muros escolares, não se abre mão do governo dos corpos e das mentes para dar a justa medida da liberdade desse homem a ser formado e formatado” (AUGUSTO, 2015, p. 11). Nesta direção, Dantas (2015, p.49) faz a seguinte reflexão:

Vivemos um momento em que os imperativos do “que se deve fazer” e do “como se fazer” sejam talvez os mais paradoxais. Sob a justificativa liberal moderna, de liberdade e igualdade permitiriam o sujeito ser quem ele quisesse, vemos o início dos contornos da propagação da ideia de uma soberania individual, hoje tão claramente divulgada através do poder depositado no ato do consumo: você pode ser o que quiser, desde que faça uso dos saberes técnico-científicos disponíveis no mercado ou no consultório mais próximo de sua casa.

Observa-se no discurso das mães que elas confessam não saber como agir com seus filhos e, mesmo recorrendo ao auxílio de profissionais, parece insuficiente, conforme relata ICV sobre sua filha: “*Ela já passou por 02 neurologistas, uma psicóloga, uma psicopedagoga e faz aula de reforço 3 vezes por semana Mesmo assim ainda não conseguimos uma melhora [...]*”. Parece que a medicação se tornou uma necessidade para a convivência harmônica da criança na família e na escola, pois como se pode averiguar nos relatos, as mães que decidiram pelo uso da medicação para os filhos avaliam positivamente a experiência: “*A medicação foi um divisor de águas na vida do meu filho*” (JGL). Este discurso de “que se deve fazer” e “como se fazer”, conforme mencionou Dantas (2015), vai desde o castigo à medicamentação da criança, perpassada pelos saberes médico, psicológico e pedagógico. São formas de governar a infância, neste caso, por artifícios virtuais em que se constrói comunidades de pessoas adeptas a uma cultura que privilegia um mercado, bem como o controle desta população. Estas comunidades vão se constituindo e se multiplicando, movidas por um tipo de poder que intervém por meio de estratégias biopolíticas, as quais se expandem pela rede, promovendo o contágio social. Nessa direção, resgatar o conceito de hegemonia de Gramsci (1985), o qual preconiza que teoria e prática se unem por meio de uma força hegemônica, fazendo com que os valores e as tendências da elite sejam almeçadas pelas camadas populares e consideradas como

pertencentes a esses grupos.

5.4.5 Quando a escola não reconhece o TDAH

Postagem:

Estou muito perdida, meu filho d 7anos, faz acompanhamento com psicologa a pedido da escola, depois de 4 meses ela pediu q eu levase ele a um psiquiatra pediátrico, nao achei NEM UM, pediatra, fui um psiquiatra q atendia crianca, ele depois d muitas perguntas, e diagnosticou tdah.

Mas nao tou certa se ele tem, uma coordenadora d escola falou q ele nao tem, q ele e desobediente msm, a psicologa dele tmb diz q ele parece ter mas nao acredita q seja tdah.

Eu tmb tenho duvida q ele e bem relativo, tem dia q ta muito agitado tem dia q ta mas tranquilo, eu ainda nao tive coragem de dar a ritalina p ele, marquei uma neoro pediatra p ele.

O q vcs acham (VL, 12/06/2015)

Comentários:

oi VL é muito bom para ele se concetrar na escola (CS, 12/06/2015)

Mas se ele nao tiver msm o tdah? Tenho muitas reclamacoes da escola p causa d comportamento dele, sera q nao vai fazer mal ele tomar msm se nao tiver o tdah? Tem nivel o tdah, moderado, ou mais compusivo? (VL, 12/06/2015).

Olha e td isso meu filho tem tdah e tdo ele tomar ele ficar mais concertado com ritalina e so para ir escola o efeito dura 4 hora so quando ele esta na escola (CS, 12/06/2015).

VL eu tive que consultar 3 neurologistas para aceitar que minha filha tem TDA, ela não é hiperativa, mas sempre foi muito agitada e ritalina fez muito bem para ela. As professoras confundem falta de limites, de educação e falam que a criança não tem TDAH. mas pelo que fala, ele parece ter sim, leve a esse neuropediatra, mas se ele der o diagnóstico como TDAH, não espere mais para dar a ele ritalina. Ele vai parar de ser visto como o garoto-problema e as reclamações param e terá qualidade de vida, eles sofrem mais do que nós com esses transtornos. Não existe em dar ritalina, f=vai ver como será melhor para ele. Se ele não tiver, não vai fazer mal nenhum a ele (LES, 12/06/2015).

Alguns professores passaram sua trajetória profissional presenciando em sala de aula estes comportamentos, que hoje são considerados como sintomas do TDAH, e apesar das dificuldades com algumas crianças, não consideram que isto seja uma patologia. Pode-se dizer que a transformação não ocorreu na infância, mas no modo como as pessoas idealizam esta infância. Dantas (2015, p. 52) explica que “a condição de ser criança em sua magnitude e

espontaneidade e imprevisibilidade tornou-se problema e, com isso, psiquiatrizamos a infância”.

Postagem:

É triste vc escutar de professores do seu filho que eles não tem nenhuma ideia do que seja TDAH e não sabem nem como agir com crianças e adolescentes com esse transtorno. Por isso que a Educação no Brasil não tem o reconhecimento e o respeito que deveriam ter. Se não reconhecem as deficiências dos alunos, como podem fazer o melhor para eles? Me sentindo muito preocupada com o futuro de nossos filhos que não podem estar em uma escola particular para ter o acompanhamento que precisam para a evolução na escola e na vida (L, 08/05/2015).

Comentários:

Sim L, mas não se engane, a escola particular não é o paraíso, e pode até ser pior do que a escola pública na questão da inclusão, lembre-se que na escola particular eles querem os melhores alunos, para fazer o nome da escola! Em muitas o que conta é a competitividade! Há profissionais e profissionais, minha filha estuda em escola pública e graças a Deus as professoras entendem o que está acontecendo e elas mesmas que me alertaram sobre as dificuldades dela (ICV, 08/05/2016).

Sim, ICV, eu sei disso, sou professora e trabalho na escola que minha filha estuda, mas esse cuidado, muitas vezes, só as professoras dos anos iniciais são preparadas, quando chega no ensino médio como minha filha está, a coisa é bem pior (LES, 09/05/2015).

Nossa, imagino a cobrança, a dificuldade e são muitos professores, pois são mais matérias! Que Deus nos dê força e sabedoria para ajudar nosso filhos! (ICV, 08/05/2015).

O reconhecimento dos professores da presença do TDAH em seus estudantes é fundamental para a consolidação do diagnóstico, pois este se dá com base no que as outras pessoas, familiares e professores, falam sobre a criança. Nos consultórios médicos, segundo os próprios profissionais, não é possível diagnosticar o TDAH, pois as crianças não manifestam déficit de atenção, hiperatividade e impulsividade, não há exames, portanto, o diagnóstico provém daquilo que as pessoas julgam em relação ao comportamento da criança. Então, quando os professores consideram que estes comportamentos estão relacionados com outras questões que estão presentes na vida da criança é um fator dificultador para os pais que acreditam que os comportamentos são provenientes de um transtorno mental. Como explica Dantas (2015, p. 51):

[...] é fácil observar, até mesmo nas ações mais simples e cotidianas do homem contemporâneo, como o discurso da razão técnico-científica, têm tido o poder de mediar e dar sentido às experiências humanas, dando nome, sobrenome, significado e

explicação biológica a qualquer desconforto ou estranhamento que o indivíduo sinta em relação ao seu meio e/ou com relação a si próprio.

O ato de diagnosticar algum transtorno mental e de agir conforme esta classificação passou a fazer parte do campo da banalidade e, paradoxalmente, ao da normalidade (DANTAS, 2015). Assim, a escola ou o professor que não favorece o diagnóstico de TDAH passa a ser considerado como um profissional desqualificado para trabalhar com crianças, conforme mencionou uma mãe (L): “*se não reconhecem as deficiências dos alunos, como podem fazer o melhor para eles?*”. A medicalização é vista como uma forma de considerar os desconfortos e problemas pertencentes à existência humana em problemas do campo médico que precisam ser tratados e eliminados. Assim, nesse contexto, “o uso indiscriminado de psicofármacos surge como uma importante ferramenta utilizada para adequar o “estranho” àquilo que é estabelecido como “familiar” pelo discurso vigente (DANTAS, 2015, p. 52).

5.4.6 Rótulos psiquiátricos

Postagem

Vídeo: Psiquiatria: “El etiquetado de niños con falsos trastornos mentales” (1min:50seg)²²

O vídeo apresenta crianças e adolescentes em silêncio, com expressões tristes e cabisbaixas, vestidos com camisetas brancas com o nome de um transtorno mental na parte da frente da camiseta. Posteriormente, começa a tocar uma música e as crianças começam a arrancar os rótulos das camisetas (transtornos mentais). Eles eliminam aquele diagnóstico, substituindo por alguma profissão, ou apenas por criança, como no caso do TDAH. As crianças e adolescentes começam a apresentar expressões de alegria, descontração, satisfação, entre outras.

Comentários:

Se uma criança com TDAH tem dificuldade de passar pelo ensino fundamental, como vai ter condição de ser Filósofo, Ativista, Revolucionário, etc. Se não levarmos a sério os transtornos que os nossos filhos têm, eles serão adultos dependentes e infelizes. O vídeo é impactante, mas acho que os transtornos não devem ser minimizados e muitos menos negligenciados e sim tratados, senão essas crianças não terão condição de escolher qual papel irão exercer na sociedade. E quanto aos rótulos (etiquetas), qual

²² Disponível em: < <https://www.youtube.com/watch?v=yDhV4a4hPiE> > Acesso em: 20 nov 2015.

é o problema disso? Todas as doenças tem nomes, então porque esses transtornos não deveriam ter? (RS, 11/03/2016).

RS os transtornos devem mesmo ser tratados. Questionamos nossos filhos, mas nunca a educação. Eu sou portadora de TDAH. Tenho 55 anos e o diagnóstico não existia na minha infância. Sofri muito. Fui submetida a exames neurológicos e psiquiátricos na infância. Cheguei a tomar suspensão na escola por minhas distrações serem confundidas com rebeldia. Meu filho também é portador. E precisamos sim, questionar os métodos de avaliação do ensino. Não se pode medir a capacidade de alguém por seu desempenho escolar. A capacidade de pensar não está afeta ao que se aprende na Escola. A forma madura do meu filho reagir diante dos fatos impressiona à própria Escola. A Diretora me disse que em conhecimento e capacidade de expressar está muito acima dos colegas de classe, entretando, não consegue se concentrar em sala. O que o vídeo denuncia é esta forma de avaliação.

Eu sou a maior certeza disto, continuo saindo do ar, mas sou produtora cultural, escritora e poetisa. Minhas aptidões eram outras e a Escola acima de tudo não me atraía, não me interessava. E hoje, não medico meu filho para que ele se adeque ao mundo. Ele é um ser único e a decisão de não medicá-lo foi decisão acordada entre meu marido, minha filha que está se formando em psicologia e eu. Não aconselho ninguém a fazer isto. Foi uma decisão pessoal. Mas não me arrependo por ter passado pelo que ele passa (LC, 11/03/2016).

LC o vídeo não trata de educação e avaliação escolar, mas critica a rotulagem psiquiátrica de crianças. O que eu entendi do vídeo é que quando uma criança recebe um daqueles diagnósticos, ela fica estigmatizada e tem sua personalidade subjugada pelo diagnóstico. No final do vídeo um menino tira a faixa "TDAH" da camisa e aparece a palavra "Kid", insinuando que o TDAH é algo inerente à infância, ou seja, deixa isso pra lá que vai passar depois que ele crescer. Não concordo com esse pensamento, pois assim o transtorno é minimizado e o tratamento dispensado. A consequência disso você conhece bem, pois não teve a oportunidade de ser diagnosticada e tratada corretamente na sua infância. Mas atualmente, por que devemos deixar uma criança sofrer se existem recursos para tratá-la? Por que tanta preocupação com o rótulo? Uma criança com TDAH não tratada recebe rótulos muito piores, como "preguiçoso", "vagabundo", "não quer nada com estudo", "idiota" e por aí vai (RS, 12/03/2016).

A subjugação vem desses parâmetros estabelecidos pela avaliação do desempenho na educação. Existem escolas que estabelecem outros critérios de formação que não validam esta rotulação. A ignorância quanto ao diagnóstico me fez sofrer, mas não precisei de medicamentos para o meu aprendizado. Tive o que precisei - amor e atenção dos meus pais. Originariamente, este vídeo estava no perfil de um médico. TDAH com tratamento medicamentoso tem sido combatido por várias correntes médicas. E eu apoio. É fácil domesticar as crianças com eles. Não precisei deles em momento nenhum. E para mim, o vídeo é uma denúncia quanto a isto, sim. Concordo que o vídeo fale da rotulação e da subjugação a , mas elas são consequência e não causa; fui na causa. Acompanhei o diagnóstico de TDAH do meu filho, vi como é feito. O considerar algo diferente só ocorre porque houve comparação. Aprendi a lidar com o déficit de atenção e hoje ele não é obstáculo para mim, não é mais um " transtorno" rsrsrs. E o que precisa ser revisto neste caso, muito mais que a preocupação em ser normal, é o modelo de educação, que não é inclusivo e querer resolver o problema

usando medicamentos, com seus diversos efeitos colaterais. Perdoe-me se discordo. É só a minha opinião. Para mim que experimentei, na pele, há outras formas de se vencer o déficit e estamos trilhando isto, com meu filho. Este ano, ele está no 7º ano, aos 11 anos e sem medicamentos (LC, 12/03/2016).

Entendi o seu ponto de vista. Que bom que seu filho consegue ter um bom desempenho na escola mesmo sem o medicamento. Acho que a sua experiência pessoal com o transtorno fez toda a diferença. Mas a maioria dos pais não sabem como lidar com isso e o medicamento surge como uma saída viável na medida que diminui os problemas causados pela desatenção, melhorando o desempenho acadêmico e a autoestima da criança. Não sei dizer se medicar é a melhor saída, mas deixar a criança sofrer também não é uma boa opção (RS, 12/03/2016).

Te agradeço muito o diálogo. E te compreendo também, mas é hora de acordarmos. Pais e Escolas. Meu filho estuda em Escola Pública e agradeço muito aos professores, coordenadores e Diretoria porque abraçaram a causa junto conosco (LC, 12/03/2016).

Esta conversação se caracteriza como um diálogo interessante, duas mães que tem filhos diagnosticados com TDAH, inclusive uma mãe se identifica como portadora do transtorno. A partir do vídeo, elas discutem sobre os problemas relacionados ao TDAH. Ambas entendem a mensagem do vídeo do mesmo modo: *O que eu entendi do vídeo é que quando uma criança recebe um daqueles diagnósticos, ela fica estigmatizada e tem sua personalidade subjugada pelo diagnóstico (RS)*. Segundo a outra mãe: *“Concordo que o vídeo fale da rotulação e da subjugação, mas elas são consequência e não causa” (LC)*. A diferença entre elas é que uma concorda com a mensagem do vídeo e a outra discorda. RS diz: *“um menino tira a faixa "TDAH" da camisa e aparece a palavra "Kid", insinuando que o TDAH é algo inerente à infância, ou seja, deixa isso pra lá que vai passar depois que ele crescer. Não concordo com esse pensamento, pois assim o transtorno é minimizado e o tratamento dispensado”*. Já LC relata: *“TDAH com tratamento medicamentoso tem sido combatido por várias correntes médicas. E eu apoio. É fácil domesticar as crianças com eles. Não precisei deles em momento nenhum”*.

Dantas (2015, p. 51) afirma que: *“[...]o aparato técnico-científico, ainda que produtor de discursos e saberes que propõem solução para os problemas humanos, precisa ser problematizado como único lugar de verdade, como único saber correto sobre o viver humano”*. É este questionamento que LC propõe no diálogo: *“[...] o que precisa ser revisto neste caso, muito mais que a preocupação em ser normal, é o modelo de educação, que não é inclusivo e querer resolver o problema usando medicamentos, com seus diversos efeitos colaterais”*. O uso de medicamentos tornou-se a saída considerada como viável para enquadrar as crianças nas

exigências das escolas e amenizar o sofrimento das famílias e angústia de professores, conforme relata RS: “[...] *a maioria dos pais não sabem como lidar com isso e o medicamento surge como uma saída viável na medida que diminui os problemas causados pela desatenção, melhorando o desempenho acadêmico e a autoestima da criança*”.

Segundo Dantas (2015), o fanatismo na atualidade pelo bem-estar e pelo desempenho faz com que o mercado disponibilize produtos e serviços com a finalidade de alcançar estes objetivos. Deste modo, o uso de psicofármacos passa a ser uma das maneiras mais rápidas e, talvez, a mais requisitada na contemporaneidade.

Amarante e Pande (2015) relatam que o boom psicofarmacológico promoveu a ampliação do uso destes medicamentos, não apenas para tratamentos, mas para obter bem-estar e desempenho. Servem de exemplos o Prozac, que ficou conhecido como a “pílula da felicidade”, e a Ritalina, chamada de “pílula da inteligência” ou “pílula da obediência”.

Os psicofármacos ultrapassaram os limites dos tratamentos de transtornos mentais severos para o uso em decorrência de transtornos cotidianos, os quais passaram a ser considerados patológicos por meio das ameaças provindas da ideia do risco e a classificação e legitimação científica destes transtornos:

[...] uma vez que a racionalidade do saber científico é erigida como critério exclusivo da validade de todo saber e medida do verdadeiro, as ciências humanas carregam em seu próprio bojo o risco inalienável da redução do homem ao que ele pode “cientificamente conhecer”. O conhecimento “científico” sobre o homem torna-se não só o único saber qualificado e competente, aquele que tem o poder de decidir sobre o verdadeiro e o falso, o certo e o errado, o normal e o patológico; corre também o risco inalienável de se fazer sempre prescritivo, isto é, aquele que veicula as normas pelas quais são desqualificáveis quaisquer outros saberes e reduzido ao silêncio outros discursos (MUCHAIL, 2004, p.53).

Este então considerado “avanço” científico leva a população a questões que estão representadas na fala de RS: *“Mas atualmente, por que devemos deixar uma criança sofrer se existem recursos para tratá-la? Por que tanta preocupação com o rótulo? Uma criança com TDAH não tratada recebe rótulos muito piores, como “preguiçoso”, “vagabundo”, “não quer nada com estudo”, “idiota” e por aí vai*”.

A legitimação do risco está fortemente presente nos receios dos pais em relação à probabilidade do que possa ocorrer na vida dos seus filhos. Entre estes medos, estão o da exclusão social, o da falta de sucesso acadêmico, entre outros fatores descritos no DSM-5.

Observa-se que quase não há questionamentos quanto ao sistema que produz estes rótulos, uma vez que há uma “solução” médica para estes problemas. Parece que o rótulo de

ter um transtorno mental, ou seja, uma patologia, é mais aceitável pelos familiares, pelos professores e pela sociedade de uma maneira geral. Deste modo, a medicação torna-se o produto ideal para resolver este problema tido como individual da criança. Nas palavras de Foucault (2008, p.134):

A organização de um espaço serial foi uma das grandes modificações técnicas do ensino elementar. Permitiu ultrapassar o sistema tradicional [...] determinando lugares individuais, tornou possível o controle de cada um e o trabalho simultâneo de todos. Organizou uma nova economia do tempo de aprendizagem. Fez funcionar o espaço escolar como uma máquina de ensinar, mas também de vigiar, de hierarquizar, de recompensar.

Na fala de LC ainda resta uma esperança: “*existem escolas que estabelecem outros critérios de formação que não validam esta rotulação*”. Pensar que as crianças precisam ser diagnosticadas com um transtorno mental e ser medicamentalizadas para que a própria escola não rotule seu comportamento, que é inerente à infância, é um cenário catastrófico e um grande pedido de socorro à infância.

Gallo (2010, p. 120) alerta que “as crianças, nas escolas, estão sofrendo os jogos de poder que jogamos com elas, mas estão também jogando, estão fazendo seus próprios jogos, queiramos ou não vê-los e ouví-los”. Espera-se que seja dada voz às crianças e que tenhamos um pouco de sensibilidade e bom senso para compreender aquilo que a manifestação de seu comportamento nos tem a dizer e a ensinar.

Finaliza-se com a reflexão que propõe Dantas (2015, p. 53) sobre o alcance que o TDAH tem tido em nossa sociedade:

Em torno desse transtorno, sentidos de identidade têm sido construídos e redes sociais de pertencimento têm sido criadas, o que pode ser evidenciado no espaço em que a mídia tem lhe reservado. Como no mundo da lógica instrumental só noticiado aquilo que vende, que é de ordem da lucratividade, acreditamos que o sucesso midiático de um “transtorno psíquico” não pode ser encarado como um fato natural para aqueles que pretendem refletir sobre o contemporâneo. Assim, a realidade cotidiana dentro e fora dos consultórios tem nos mostrado que o TDA/H movimenta tanto o capital quanto nosso imaginário. E como consequência direta do aumento considerável da popularização do transtorno temos o quase onipresente consumo da Ritalina, nas mais variadas faixas etárias.

Reflexões: ABDA versus mães de crianças e adolescentes com TDAH

A escola é caracterizada como o espaço em que o TDAH parece ser evidente, pois as rugas na relação escola – professor – família estão explícitas, como se pode observar nos comentários. Cada um nesta relação tem uma queixa, seja por falta de estrutura no caso da

escola, seja por falta de apoio no caso do professor, seja pela dificuldade de lidar com a infância, por parte dos pais. O fato é que esta tríade parece apenas chegar a um consenso quando todos estes problemas são depositados na criança. Esta passa a ser o centro das atenções a partir do momento em que é diagnosticada uma patologia, que abarca os sintomas manifestados pela criança em função dos problemas que são nela depositados. Para legitimar esta patologia oriunda deste emaranhado jogo de poder, é necessário transformar o comportamento da criança em patológico, desde que haja um medicamento que possa mudar este comportamento. É importante observar que os comportamentos de desatenção, impulsividade e hiperatividade se tornam patológicos a partir do momento em que há uma medicação que “resolva” o problema, daí então as classificações nos DSMs, que denominaram de sintomas do TDAH. A medicina não tem outra função senão medicar, pois o que faria um médico à criança que não presta atenção na aula, não pára sentada na cadeira em sala de aula ou interrompe o professor frequentemente?

Aquilo que era do âmbito da educação e da família passa a ser do campo médico, que legitima o TDAH por meio de estratégias - risco e DSM - já com sucesso em outras patologias, como a depressão. As estratégias do risco, que induzem as pessoas a aderirem ao tratamento medicamentoso, somadas ao DSM, que legitima os transtornos cientificamente, fazem com que estas questões de cunho social, educacional, familiar, político passem a pertencer exclusivamente ao campo médico. Isso parece ocorrer devido à identificação da indústria farmacêutica de um nicho de mercado rentável.

A ABDA, com a função de disseminar as informações sobre o TDAH, posta em sua comunidade virtual imagens que explicam os supostos “sintomas” de tal transtorno. Observa-se que estas imagens captam bem as angústias e dificuldades vivenciadas na infância, o que promove uma identificação do público. Esta estratégia facilita o entendimento e a identificação de quem possa interessar saber sobre o TDAH. Como o campo virtual atinge amplamente a população, muitas pessoas buscam profissionais especializados para consultar se a criança que apresenta este comportamento tem este transtorno.

Uma vez diagnosticada com TDAH, uma forma de ampliar os diagnósticos é a possibilidade de comorbidade com outros transtornos. Assim, a consolidação do transtorno que apresenta a criança é respaldada também com outros sintomas pertencentes a outro transtorno que se faz presente em função do TDAH, como menciona a ABDA (imagem 13): “70% das pessoas com TDAH tem comorbidades”. Desta forma, a comorbidade funciona como uma congregação de transtornos que sustenta uns aos outros.

O âmbito da infância não é suficiente para um mercado que busca incessantemente a ascensão. Assim, para a ampliação do diagnóstico do TDAH, passa-se a investir no adulto. Para atingir este público, o investimento começa novamente pela infância, seja pela infância que os pais “sofreram” porque não trataram o suposto TDAH, ou pela infância dos filhos, suscitando a ideia de que provavelmente os pais destas crianças também devam ter TDAH, afinal, isto é mais frequente em parentes biológicos de primeiro grau, conforme descreve o DSM-5. O campo do adulto vai sendo ampliado por meio das mesmas estratégias. Na comunidade virtual da ABDA, são postadas imagens que retratam cenas cotidianas consideradas como sintomas do transtorno, além do conteúdo divulgado como material educativo sobre o TDAH. Segundo Angell (2007), esta é uma forma de marketing mascarado. Há também o marketing que se pode verificar no compartilhamento da latinha virtual da campanha de marketing da Coca-Cola Zero, bem como o depoimento de uma das atletas com maior número de medalhas nas Olimpíadas 2016 no Rio de Janeiro, ao ser diagnosticada com TDAH e usar medicamento para tratamento.

Os conteúdos postados na comunidade virtual da ABDA são compartilhados em outras comunidades. Por isso, selecionou-se uma destas comunidades para compreender como os pais das crianças são influenciados por este tipo de divulgação.

A comunidade virtual constituída por mães de crianças e adolescentes diagnosticados com TDAH discute principalmente o uso da medicação (Ritalina ou Concerta) para tratamento do TDAH em seus filhos. Causa muita angústia em algumas mães darem a seus filhos um medicamento tarja preta, ou seja, que pode causar dependência física ou psíquica. Observa-se que este grupo interage como apoio aos pais para superarem dita angústia e aceitarem a medicação.

As mães parecem acreditar que somente com o uso da medicação seus filhos conseguirão ter êxito na escola, apesar de passarem por inúmeros profissionais da educação e da psicologia. É inevitável a passagem pelo médico e a prescrição medicamentosa. Os depoimentos de mães que enaltecem o sucesso acadêmico dos filhos, “graças à medicação”, é um modo de encorajar as demais participantes a seguirem o mesmo caminho.

A crença que a medicina e os medicamentos são meios de intervenção divina, conforme mencionou a mediadora, parece influenciar para que haja mais adeptos a este modo de enfrentar as dificuldades com os filhos. A palavra “Deus” aparece frequentemente nos discursos, o que nos leva a compreender que muitas mães acreditam que talvez a ajuda divina contribua para a mudança no comportamento do filho.

O fato é que estes medicamentos causam reações adversas, fazendo com que as crianças

passem a sofrer em função disso. O mesmo ocorre com a família, para quem também é um sofrimento. Os membros da comunidade compartilham desse sofrimento e apoiam os demais com a justificativa de que seus filhos também passaram por esta fase, mas que compensa continuar o uso do medicamento. Observou-se que algumas crianças apresentam um estado crítico com o uso destes medicamentos e o depoimento das mães é um verdadeiro pedido de socorro. Considera-se que há um grande descaso com relação às consequências que estes medicamentos podem causar às crianças, tanto por parte dos familiares como dos profissionais.

A dificuldade dos pais de lidarem com seus filhos é um fato que impressiona, parece que a infância não cabe mais na contemporaneidade. Os pais recorrem aos diversos profissionais e técnicas para dar conta de uma função que, até pouco tempo atrás, era exercida naturalmente nas famílias. O sofrimento mediante esta dificuldade é provavelmente o que induz a pensar que há necessidade de uma solução médica, pois vivemos em uma era em que os percalços da vida tornaram-se patologias.

A escola, apesar de se configurar como uma instituição que justifica a existência do TDAH, pois é ali que os sintomas se manifestam, tem muitos professores que discordam dos diagnósticos de TDAH nos estudantes, pois, para eles, estes problemas continuam a ser dificuldades inerentes ao contexto da família e da educação. Observa-se que, apesar da pressão exercida pelas capacitações e informações da mídia sobre o TDAH influenciar grande parte dos profissionais da educação, muitos professores, que talvez devido à sua longa experiência profissional e seu senso crítico, apostam ainda na capacidade de seus estudantes.

Os rótulos que algumas crianças recebem na infância são terríveis. Pode-se dizer que são situações de sofrimento por bullying, ou seja, atitudes verbais agressivas que ocorrem cotidianamente e que precisam ser banidas da escola. Mas no lugar de transformar esta cultura de violência psíquica, alguns profissionais e familiares parecem considerar que o diagnóstico de TDAH é uma alternativa a estes rótulos que ocorrem na infância. O que talvez não se dêem conta é que o TDAH é um rótulo para toda a vida, pois uma vez diagnosticada, a criança segue sua trajetória como uma pessoa que sofre de um transtorno mental.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O fenômeno da medicalização da infância é articulado por estratégias biopolíticas, na medida em que tende a reduzir um conjunto complexo de problemas políticos, sociais, educativos, a causas que estariam circunscritas ao campo biológico. Nessa perspectiva, defende-se que problemas de comportamento estejam localizados no cérebro ou então que decorram de algum tipo de déficit nos neurotransmissores, afirmando-se que tais dificuldades poderiam ser resolvidas recorrendo a fármacos. Trata-se de modificar e controlar tanto comportamento como o pensamento por meio de intervenções medicamentosas, ou seja, a medicina intervém sobre o corpo, sobre os processos biológicos, de maneira que produza efeitos disciplinares e garanta uma regulamentação sobre a população.

Esta lógica de intervenção vai na contramão das propostas da Reforma Psiquiátrica brasileira que visa prestar atendimento aos sujeitos com sofrimento psíquico, de modo que possam superar essa dificuldade com o suporte da rede de atenção psicossocial. Teme-se que os dispositivos do Sistema Único de Saúde (SUS), criados para propiciar atenção às pessoas que possuem alguma patologia mental, tornem-se úteis para a implementação de estratégias de medicalização.

É importante pensar que, no âmbito do serviço público de saúde mental no Brasil, as estruturas físicas e recursos humanos não sejam suficientes para dar conta desta demanda criada pela psiquiatria. Acredita-se que isso gera sentimentos de angústia e impotência nos profissionais que atuam na lógica psicossocial, diante desta população gerida pelo corporativismo formado pela medicina (psiquiatria/neurologia) e indústria farmacêutica, em que somente a medicação torna viável atender tal quantidade de pessoas com transtornos mentais. Algumas vezes, as pessoas que realmente sofrem com algum transtorno mental ficam excluídas do tratamento devido a uma enorme demanda e recursos que são destinados a pessoas que são apenas “doentes de preocupação”, conforme denominou Frances (2016). Ele salienta que, enquanto algumas pessoas são prejudicadas por este tratamento indevido, outras sofrem pela negligência.

Os esforços para que houvesse uma reforma psiquiátrica, de modo que os hospitais psiquiátricos se tornassem desnecessários mediante aos serviços de atenção à saúde mental, foi e continua sendo uma enorme batalha em diversos países. A desinstitucionalização tem como proposta a desconstrução do paradigma problema-solução que, no âmbito da psiquiatria, se traduz no uso do diagnóstico como elemento definidor do sujeito. Desta forma, teme-se que as estruturas criadas para atender a demanda que antes era encaminhada para hospitais

psiquiátricos se tornem espaços de proliferação de diagnósticos de transtornos mentais e tenham como prognósticos somente a medicação, se curvando assim, novamente, aos interesses da medicina e da indústria farmacêutica. O mundo não pode se tornar uma grande “Casa Verde”, que na obra de Machado de Assis (2008) refere-se ao lugar onde o alienista abrigava e tratava as pessoas consideradas anormais. Devido à sua obsessão, aos poucos passou a patologizar os comportamentos cotidianos das pessoas da cidade e considerá-las anormais. Neste sentido, é importante destacar que talvez haja interesses em captar algumas fragilidades passíveis de existir nas políticas e serviços de saúde mental, a fim de se desenvolver um mercado em prol do capital e do lucro.

A estratégia do risco é fundamental para promover este mercado, pois observa-se que a concepção de risco foi se modificando no decorrer da história, conforme as estratégias políticas de governo, tornando-se um meio de controlar as populações, algo que já iniciou na era do biopoder e ampliou-se com o desenvolvimento da biopolítica até a contemporaneidade, ambos vinculados à ideia de governamentalidade. Neste contexto, diagnósticos como de TDAH, de depressão e do uso de álcool e outras drogas estão relacionados com a concepção de risco, assim como também outros transtornos mentais e problemas sociais. Para além destes exemplos, o importante é pensar como o risco vem sendo utilizado enquanto estratégia para ampliar o número de diagnósticos de transtornos mentais, promover o controle social e gerir a população, com base em classificações e medicamentação destes comportamentos, por meio da antecipação de supostas patologias graves no futuro.

O risco configura-se como uma estratégia biopolítica que funciona como uma técnica, ou seja, um modo de intervir na população sob a justificativa da lógica preventiva da doença. No caso do TDAH, como pode-se ver no DSM-5, não é possível comprovar efetivamente a existência dos riscos para este transtorno. O que está descrito são probabilidades que se tornam verdadeiras ameaças em todos os ciclos de vida do sujeito, induzindo a se começar o tratamento imediatamente após o diagnóstico. Além disso, as informações veiculadas na mídia alertando sobre os riscos do TDAH causam extrema preocupação aos pais que prezam pela saúde e o futuro de seus filhos e que acabam aderindo ao tratamento medicamentoso por receio que o pior aconteça com a criança. Por isso, embora não comprovado, o risco se torna real, uma ameaça futura, e se consolida como uma estratégia importante para ampliar o número de diagnósticos do TDAH.

A saúde mental é um campo frágil e por isso facilmente manipulado. Como menciona Canguilhem (2012), o limite entre o normal e o patológico é impreciso e o que é considerado

normal dentro de um contexto pode ser considerado patológico em outro. O estado patológico não é decorrente da falta de norma, pois a doença é uma norma inferior que não permite qualquer desvio que escape das condições em que é válida, justamente pela impossibilidade de se tornar outra norma. O sujeito diagnosticado com uma patologia está normalizado em categorias bem definidas, o que o torna incapaz de constituir novas normas em diferentes situações.

A prevenção baseada na estratégia do risco talvez seja um modo perspicaz de ampliar o campo da saúde mental e promover o controle social, uma vez que a saúde está voltada a interesses econômicos e políticos. Salienta-se que a dimensão desta área já foi ampliada na medida em que as emoções cotidianas, as dificuldades de aprendizagem, o uso de álcool e outras drogas foram incorporados aos problemas relacionados à saúde mental e, paralelamente, à introdução de medicamentos para sanar estas ditas patologias. A ampliação do número de transtornos mentais, por meio das classificações psiquiátricas, faz da saúde mental um vasto mercado em ascensão.

Desde o princípio, as classificações psiquiátricas já foram criadas com a finalidade de obter dados estatísticos sobre a população e também de buscar uma linguagem universal sobre as patologias mentais, de modo que suprisse as necessidades das organizações hospitalares, planos de saúde, atendimentos médicos e os indicadores para formulação de medicamentos. A psiquiatria moderna busca uma abordagem com características específicas da medicina, na qual o diagnóstico e a terapêutica se confundem. Para tornar o diagnóstico ainda mais objetivo, elabora uma classificação de patologias psiquiátricas, em que ouvir as angústias de sofrimentos das pessoas passa a ser desnecessário. A trajetória histórica das classificações psiquiátricas mostra-nos que houve uma fissura no modo de entender o sofrimento psíquico, quando então se esvaíram a subjetividade e a história de vida dos sujeitos. A partir desta proposta da psiquiatria, passou-se a considerar os seres humanos como corpos que manifestam comportamentos ditos desviantes e precisam de intervenções medicamentosas, sendo que qualquer outro tipo de intervenção, como a psicoterapia, é visto como mero apoio ao tratamento.

A ideia segundo a qual o ser humano é comandado por um cérebro e não por um sujeito, um ser biopsicossocial, facilita a gestão da população, uma vez que o medicamento é útil para controlar e delimitar seu comportamento. Conforme afirma Martínez-Hernández (2016), a cerebralidade parece estar em um desdobramento avançado de seu desenvolvimento, em que o indivíduo procura decifrar sua identidade e sua existência em um modo de subjetividade que é produto do social, porém, paradoxalmente mistificado. Começa-se a criar um novo sujeito, o

qual parece possível ser regido por um Manual - DSM -, que o classifica em um diagnóstico e o destina à prescrição de um medicamento, como se fosse uma máquina que, conforme o defeito apresentado, se identifica e se concerta. Parece que há uma supressão daquele sujeito composto pela subjetividade, que se constitui conforme o contexto social em que está inserido e suas relações, vigorando um ser regido pela tecnologia da medicação.

O DSM-5 apresenta uma classificação psiquiátrica que gera controvérsias na comunidade científica. Este Manual é utilizado como instrumento para legitimar de forma muito simplista e reducionista os transtornos mentais, cujos sintomas, em alguns destes transtornos, se confundem com comportamentos cotidianos que passam a ser considerados como desviantes, ocasionando assim uma inflação diagnóstica (FRANCES, 2016). O diagnóstico do TDAH é apresentado apenas com a descrição de comportamentos que podem ser oriundos da própria infância, o que pode comprometer significativamente o diagnóstico. Os outros aspectos apresentados como marcadores biológicos, genética e análises por encefalogramas são insuficientes ou nulos para embasar o diagnóstico do TDAH, conforme consta no próprio Manual.

Frances (2016) lembra-nos que há 100 anos a psiquiatria atuava somente nos hospitais psiquiátricos e era restrita aos doentes internados em estado muito grave. Atualmente, em torno de 20% a 25% da população é considerada com algum transtorno mental e há mais de meio milhão de profissionais para cuidar desta demanda. O fato é que não é possível decidir se traçamos a linha entre o normal e o anormal em 2,5% ou 25% da população. “Quanto maior o número de clínicos de saúde mental, maior é o número de condições de vida que acabam virando transtornos” (FRANCES, 2016). A partir das palavras de Frances, pode-se constatar a existência de um mercado que produz e vende transtornos mentais, cujos interesses de caráter comercial estão acima da saúde da população.

É importante pensar que lugar o DSM ocupa, uma vez que este Manual é fundamentado por pesquisas, as quais apesar de questionadas por uma parte da comunidade científica, transformaram o Manual em referência no âmbito da saúde mental para algumas abordagens. Deste modo, entende-se que a pretensão de ser atóxico com o intuito de se tornar universal não é de fato característica que obteve êxito no Manual, devido ao seu caráter descritivo e objetivo, portanto, a-subjetivo, distanciando-o de diversas abordagens que compõem o amplo campo da saúde mental. A partir de sua terceira edição, o perfil dos DSMs passa a atender as teorias referentes às abordagens cognitivo-comportamental e da psiquiatria biológica, em proximidade com as neurociências. Então, mesmo não estando explícitas as teorias no Manual, o que

fundamenta suas categorias e classificações são estas bases do conhecimento. A ambição de transformá-las no modelo hegemônico de compreender o sofrimento psíquico, ou melhor, o comportamento humano, denota uma justificativa para destacar a universalidade como êxito deste trabalho. Entende-se que esta perspectiva do DSM suprime a subjetividade da complexidade que é o ser humano. Entretanto, há lugares em que esta lógica do DSM é conveniente, pois este modelo aproxima a psiquiatria do âmbito da medicina, facilita a burocracia dos seguros de saúde, amplia o número de diagnósticos de transtornos mentais e, conseqüentemente, o consumo de medicamentos, entre muitos outros aspectos.

Vale ressaltar que transtornos mentais não significam doenças, alteração que estrategicamente a psiquiatria fez - de doenças mentais para transtornos mentais - por não conseguir comprovar a etiologia de tais manifestações. Portanto, neste aspecto, não se pode questionar o caráter científico de reconhecimento da psiquiatria em que não foram encontradas até o momento causas biológicas que caracterizem os transtornos como doenças. O DSM apresenta as descrições destes transtornos, sendo que alguns poderiam ser chamados de transtornos da vida, pois trata-se de dificuldades do cotidiano. Na contemporaneidade, identifica-se certa resistência em lidar com estas adversidades, e assim, áreas como a psicologia, a pedagogia, entre outras, que tem como proposta prestar atenção a população no que diz respeito aos problemas cotidianos, tornaram-se reféns destas áreas da medicina. Fato que se pode facilmente comprovar pelo alto consumo de medicamentos psiquiátricos pela população.

Atualmente, há diversos recursos para amenizar os sofrimentos psíquicos, como a arte, o esporte, a cultura, o trabalho, entre outras opções que vêm fazendo parte da vida das pessoas que buscam algo alternativo à medicação. Talvez a saída para tratar o sujeito seja focar no próprio sujeito e não em um diagnóstico. Cabe aqui reportar à Basaglia (1985) quando argumentava em favor de se deixar a doença mental entre parênteses, ou seja, suspensa, e olhar para a pessoa que está sofrendo.

O foco na doença é viável para a ascensão da medicina e da indústria farmacêutica, pois a partir do momento que se transforma o ser humano, o sujeito em apenas um corpo, parece que experimentos em prol de “avanços” científicos, mesmo que beneficiem uma lógica que favoreça este mercado, são aceitáveis socialmente. A identificação de algo no corpo parece ter um respaldo mais consistente para justificar a intervenção medicamentosa. Por essa razão, o corpo se torna um produto de excelência para a medicina e a indústria farmacêutica.

Pode-se constatar esta triste realidade com a psiquiatrização da infância. Desde a década de 1960, quando se descobriu o efeito da Ritalina no comportamento das crianças, este fármaco

tornou-se alvo de investimento pelo fabricante, como uma aposta no sucesso de vendas. Fato que começou nos Estados Unidos e, posteriormente, expandiu-se pelo mundo. Os diagnósticos de TDAH e o seu tratamento com a Ritalina aumentam cada vez mais na população de crianças e adolescentes, fenômeno que ocorre também em função do marketing invisível investido, principalmente, nas mídias e redes sociais.

O diagnóstico do TDAH está direcionado na manifestação de três sintomas – impulsividade, hiperatividade e desatenção –, principalmente, em crianças em idade escolar. É com base nestes comportamentos, considerados pela medicina como sintomas, que as escolas funcionam como uma engrenagem que sustenta e justifica este discurso, corroborando com os fatos descritos no DSM-5. Estes comportamentos sempre foram identificados em algumas crianças em sala de aula e/ou no ambiente familiar, sendo de fato considerados como um transtorno por alguns professores e familiares. As intervenções para mudar estes comportamentos das crianças ocorriam por meio de punições, como castigos, palmatória ou intervenções de profissionais da psicologia e da educação, os quais continuam intervindo na dinâmica escolar até hoje. No momento em se descobriu um medicamento que promovia a mudança deste comportamento, este transtorno passou a fazer parte do campo médico, classificado como um transtorno mental. A Ritalina é apresentada como o produto ideal, prometendo inclusão, ótimo desempenho escolar, bom comportamento, tudo que professores e pais precisam para aliviar a sua responsabilidade mediante a manifestação do indesejado comportamento das crianças. No lugar de punir a criança, é feito um tratamento medicamentoso, algo muito mais aceito pela sociedade.

A escola, cuja proposta é ensinar e educar crianças, formar cidadãos, está atravessada por processos medicalizantes, por dispositivos científico-disciplinares que a tornam um microsistema frágil, vulnerável a intervenções monstruosas. Acredita-se que a alta prevalência de TDAH não venha apenas dos encaminhamentos de escolas aos serviços de saúde, mas que estes, assim como a procura de profissionais de saúde por parte dos pais, sejam provenientes de um investimento significativo da indústria farmacêutica em marketing. Todavia, não se pode desconsiderar a busca dos pais e dos professores por uma “solução” imediata dos problemas cotidianos.

As formas de desenvolvimento e publicidade das pesquisas científicas foram se transformando no decorrer da história da humanidade. Na contemporaneidade, temos o advento da internet como facilitador para a divulgação de informações científicas e publicitárias. A miscigenação de informações, identificadas de caráter educativo, somadas à publicidade,

caracteriza uma vulnerabilidade do campo virtual. Essa constitui-se em estratégia bastante utilizada para promover a venda de medicamentos, uma vez que a publicidade destes não é permitida em alguns países.

Pôde-se constatar a existência de um significativo investimento em marketing por parte da indústria farmacêutica, promovendo o aumento das vendas de medicamentos (ANGELL, 2007; CONRAD; SCHNEIDER, 1992; FARAONE et al, 2010, BIANCHI et al, 2016; WHITAKER, 2011, FRANCES, 2016). Nesta direção, o campo virtual caracteriza-se como um meio apropriado para o amplo alcance da população. As informações sobre o TDAH são divulgadas nas mídias sociais didaticamente, de modo que as teorias científicas complexas fiquem bastante claras, literalmente desenhadas para o bom entendimento do público alvo (famílias e profissionais da educação e saúde). Desta forma, a “transmissão” do TDAH ocorre pelos milhões de compartilhamentos nas redes sociais de informações como: divulgação de pesquisas científicas, cartilhas para pais e professores, vídeos com entrevistas e depoimentos de profissionais alertando sobre os riscos e a importância do tratamento do TDAH, depoimento de pessoas famosas que assumem o diagnóstico e o tratamento medicamentoso, formação de fóruns de discussão e comunidades virtuais, onde ocorre a troca de informações entre os pais, professores, profissionais, que acabam reforçando as informações dos sites e compartilhando nas redes sociais, promovendo assim o contágio social.

O TDAH mascara muitos problemas, talvez por isso é tão bem aceito na sociedade. O marketing tem como função satisfazer as necessidades e desejos das pessoas. Deste modo, o investimento nessa área é inevitável para estabelecer o fluxo desde o fabricante até o consumidor. Neste sentido, a ABDA parece desempenhar um papel fundamental, como o cerne deste sistema que vai desde os fabricantes dos medicamentos, as associações de profissionais, entre outros interessados, até os consumidores do produto.

A ABDA é considerada um importante meio de difusão de pesquisas científicas, promotora de cursos para profissionais da saúde e educação, apoio e orientação aos pacientes e pais. Entretanto, esses conteúdos são embasados, exclusivamente, em um discurso biomédico. Além disso, esta entidade é apoiada e patrocinada por empresas, por associações de profissionais, por federações e pelas indústrias farmacêuticas que produzem os medicamentos Ritalina e Concerta (BIANCHI et al, 2016; COLLARES; MOYSÉS, 2014). Assim como nos Estados Unidos a CHADD é acusada de promover e apoiar a implementação cada vez maior de diagnósticos de TDAH, provocando um importante aumento nas vendas de Ritalina, no Brasil, a ABDA parece seguir o mesmo caminho.

Considera-se que a ABDA também se constitui como um microsistema frágil, pois aparece com esta roupagem de benfeitora, mas está suscetível a manipulações e condução de processos medicalizantes que são de interesses dos próprios mantenedores da entidade. Os materiais disseminados pela ABDA são um modo de explicar claramente e simplificar os conteúdos do DSM, cujo objetivo é atingir a população com estas informações ditas de cunho científico. A identificação das pessoas com as cenas descritas nas imagens divulgadas pela ABDA mostra como os problemas cotidianos são facilmente transformados em patológicos, e assim, as pessoas são induzidas a procurar um médico especialista, recebendo então o diagnóstico de TDAH e a prescrição do medicamento.

Na comunidade virtual de mães, onde circula as informações da ABDA, pode-se observar que esta estratégia de propaganda institucional, caracterizada pela influência indireta no consumidor, atinge o seu objetivo. Observa-se que as conversações das mães são compostas por neuronarrativas, conforme denomina Martínez-Hernández (2016). Elas discutem praticamente a necessidade de uma “química no cérebro” das crianças, ou seja, uso de medicamento pelos filhos, considerado indispensável para o tratamento do TDAH. Isto indica que a divulgação deste transtorno no campo virtual, que na realidade é uma estratégia de marketing, contribui para aumentar significativamente a incidência de TDAH, devido ao crescimento dos diagnósticos falso-positivos que promovem tratamentos desnecessários. Esta estratégia obtém resultados concretos para ampliar as vendas da Ritalina, caso contrário as indústrias farmacêuticas não fariam grandes investimentos em marketing (ANGELL, 2007; WHITAKER, 2011; FRANCES, 2016).

É evidente que não é possível decifrar todos os aspectos que nos levaram a chegar no século XXI com uma verdadeira epidemia de transtornos mentais. Porém, algumas transformações, como a tecnológica, nos indicam como é possível atingir grande parte da população com uma patologia causada por um “vírus” que foi midiaticamente criado.

Em épocas de “neuro”, considera-se importante demarcar que parte significativa desta epidemia de transtornos mentais possa ocorrer pelo contágio social. Nesse processo, a hegemonia atua fazendo com que estes saberes, oriundos da elite intelectual, sejam filtrados em grupos subalternos, os quais se identificam com estes interesses (GRAMSCI, 1985). Neste sentido, pode-se mencionar as necessidades culturalmente criadas para ampliar os horizontes de consumo, fazendo com que a sociedade contemporânea busque desenfreadamente o bem-estar, melhor desempenho, maior produtividade, enfim, exigências construídas no âmbito social. Esta cultura é transformada em produtos e serviços a serem vendidos no mercado

(CHAUÍ, 2008). Diante deste cenário, fica fácil introduzir produtos que atendam estas necessidades culturais criadas, principalmente, pela influência dos meios de comunicação de massa, e atualmente das mídias sociais, para transformar, culturalmente, o que era considerado normal em patológico. Assim, a medicamentação da sociedade transformou-se na saída viável para fazer parte deste sistema extremamente seletivo.

Há potencialidades no campo virtual que talvez ainda sejam desconhecidas, pois não se sabe até onde se pode manipular uma população por este meio. Além do TDAH, se encontrou também informações divulgadas na internet sobre a esquizofrenia na infância (Apêndice – C). Portanto, não podemos desprezar a potencialidade que há em manipular a população por meio do ambiente virtual, o qual promove um contágio social. Finalizo esta tese com uma inquietação: será a esquizofrenia na infância o próximo transtorno mental a tornar-se uma epidemia?

CONSIDERACIONES FINALES

El fenómeno de medicalización de la infancia es articulado por estrategias biopolíticas, en tanto tiende a reducir un conjunto complejo de problemas políticos, sociales, educativos, a causas que estarían circunscriptas al campo biológico. Desde esa perspectiva, se sostiene que los problemas de comportamiento están localizados en el cerebro o, sino, que resultan de algún tipo de déficit en los neurotransmisores, afirmándose que tales dificultades podrían ser resueltas recurriendo a fármacos. Se pretende modificar y controlar tanto el comportamiento como el pensamiento por medio de intervenciones farmacológicas, o sea, la medicina interviene sobre el cuerpo, sobre los procesos biológicos, de manera que produzca efectos disciplinares y garantice una regulación sobre la población.

Esta lógica de intervención va a contramano de las propuestas de la Reforma Psiquiátrica brasileña que busca brindar atención a los sujetos con sufrimiento psíquico, de modo que puedan superar esa dificultad con el soporte de la red de atención psicosocial. Es preocupante que los dispositivos del Sistema Único de Salud (SUS), creados para propiciar atención a las personas que poseen alguna patología mental, se tornen mecanismos para la implementación de estrategias de medicalización.

Es importante pensar que, en el ámbito del servicio público de salud mental en Brasil, las estructuras físicas y recursos humanos no sean suficientes para dar cuenta de esta demanda creada por la psiquiatría. Se cree que eso genera sentimientos de angustia e impotencia en los profesionales que actúan en la lógica psico-social, frente a esta población gestionada por el corporativismo formado por la medicina (psiquiatría/neurología) y la industria farmacéutica, donde solamente la medicalización torna posible atender tal cantidad de personas con trastornos mentales. Algunas veces, las personas que realmente sufren con algún trastorno mental quedan excluidas del tratamiento debido a una enorme demanda, así como a la asignación de recursos a personas que son apenas “enfermos de preocupación”, según las denominó Frances (2016), quien destaca que, en tanto algunas personas son perjudicadas por este tratamiento indebido, otras sufren por la negligencia.

Los esfuerzos para que hubiese una reforma psiquiátrica, de modo que los hospitales psiquiátricos devengan innecesarios mediante los servicios de atención a la salud mental, fue y continúa siendo una enorme batalla en diversos países. La desinstitucionalización tiene como propuesta la deconstrucción del paradigma problema-solución que, en el ámbito de la psiquiatría, se traduce en el uso del diagnóstico como elemento que define al sujeto. De esta forma, se teme que las estructuras creadas para atender la demanda, que anteriormente era

llevada adelante para hospitales psiquiátricos, se tornen espacios de proliferación de diagnósticos de trastornos mentales y tengan como pronósticos solamente la medicación, orientándose así, nuevamente, a los intereses de la medicina y de la industria farmacéutica. El mundo no puede tornarse una gran “Casa Verde”, que en la obra de Machado de Assis (2008) se refiere al lugar donde el alienista amparaba y trataba a las personas consideradas anormales. Debido a su obsesión, poco a poco pasó a patologizar los comportamientos cotidianos de las personas de la ciudad y considerarlas anormales. En este sentido, es importante destacar que tal vez haya intereses en captar algunas fragilidades pasivas de existir en las políticas y servicios de salud mental, con el objetivo de desarrollar un mercado en pro del capital y del lucro.

La estrategia del riesgo es fundamental para promover este mercado, pues se observa que la concepción de riesgo fue modificándose a lo largo de la historia, según las estrategias políticas de gobierno, tornándose un medio de controlar las poblaciones, algo que ya se había iniciado en la era del biopoder y que se amplió con el desarrollo de la biopolítica hasta la contemporaneidad, ambos vinculados a la idea de gubernamentalidad. En este contexto, diagnósticos como los de TDAH, de depresión o de uso de alcohol y otras drogas están relacionados con la concepción de riesgo, así como también otros trastornos mentales y problemas sociales. Más allá de estos ejemplos, lo importante es pensar cómo el riesgo viene siendo utilizado como estrategia para ampliar el número de diagnósticos de trastornos mentales, promover el control social y gestionar la población, basándose en clasificaciones y en la medicamentación de estos comportamientos a través de la anticipación de supuestas patologías graves en el futuro.

El riesgo se configura como una estrategia biopolítica que funciona como una técnica, o sea, un modo de intervenir en la población bajo la justificación de la lógica preventiva de la enfermedad. En el caso del TDAH, según se puede ver en el DSM-5, no es posible comprobar efectivamente la existencia de los riesgos para este trastorno. Lo que está descripto son probabilidades que se tornan verdaderas amenazas en todos los ciclos de vida del sujeto, induciendo a comenzar el tratamiento inmediatamente luego de haber sido realizado el diagnóstico. Además, las informaciones transmitidas en los medios de comunicación alertando sobre los riesgos del TDAH causan extrema preocupación a los padres que estiman la salud y el futuro de sus hijos y que acaban adhiriendo al tratamiento farmacológico por temor que lo peor pueda pasar con el niño. Por eso, incluso no siendo comprobado, el riesgo deviene real, una amenaza futura, y se consolida como una estrategia importante para ampliar el número de diagnósticos del TDAH.

La salud mental es un campo frágil y por eso fácilmente manipulado. Como menciona Canguilhem (2012), el límite entre lo normal y lo patológico es impreciso y aquello que es considerado normal dentro de un determinado contexto puede ser considerado patológico en otro. El estado patológico no se deriva de la falta de norma, pues la enfermedad es una norma inferior que no permite desvío alguno que escape a las condiciones en que es válida, justamente por la imposibilidad de tornarse otra norma. El sujeto diagnosticado con una patología está normalizado en categorías bien definidas, lo que lo torna incapaz de constituir nuevas normas en diferentes situaciones.

La prevención basada en la estrategia de riesgo tal vez sea un modo perspicaz de ampliar el campo de la salud mental y promover el control social, una vez que la salud está orientada a intereses económicos y políticos. Se destaca que la dimensión de esta área ya fue ampliada en la medida en que las emociones cotidianas, las dificultades de aprendizaje, el uso de alcohol y otras drogas fueron incorporados a los problemas relacionados a la salud mental y, paralelamente, a la introducción de medicamentos para sanar dichas patologías. La ampliación del número de trastornos mentales, por medio de las clasificaciones psiquiátricas, hace de la salud mental un vasto mercado en ascenso.

Desde el comienzo, las clasificaciones psiquiátricas fueron creadas con la finalidad de obtener datos estadísticos sobre la población, procurando así mismo buscar un lenguaje universal sobre las patologías mentales, de modo que supliera las necesidades de las organizaciones hospitalarias, planes de salud, atenciones médicas y los indicadores para la formulación de medicamentos. La psiquiatría moderna busca un abordaje con características específicas de la medicina, en la cual el diagnóstico y el tratamiento se confunden. Para hacer al diagnóstico todavía más objetivo, se elabora una clasificación de patologías psiquiátricas, en las que escuchar las angustias del sufrimiento de las personas se torna innecesario. La trayectoria histórica de las clasificaciones psiquiátricas nos muestra que hubo una fisura en el modo de entender el sufrimiento psíquico, en el momento en que se desvaneció la subjetividad y la historia de vida de los sujetos. A partir de esta propuesta de la psiquiatría, se pasó a considerar a los seres humanos como cuerpos que manifiestan comportamientos considerados desviados y que precisan de intervenciones farmacológicas, haciendo que cualquier otro tipo de intervención, como la psicoterapia, sea visto como mero apoyo al tratamiento.

La idea según la cual el ser humano es comandado por un cerebro y no por un sujeto, un ser biopsicosocial, facilita la gestión de la población, una vez que el medicamento es útil para controlar y delimitar su comportamiento. Según afirma Martínez-Hernández (2016), la

cerebralidad parece estar en un despliegue avanzado de su desarrollo, donde el individuo procura descifrar su identidad y su existencia en un modo de subjetividad que es producto de lo social, sin embargo, paradójicamente mistificado. Se comienza a crear un nuevo sujeto, el cual parece posible de ser regido por un Manual – DSM –, que lo clasifica en un diagnóstico y lo destina a la prescripción de un medicamento, como si fuese una máquina que, conforme el defecto presentado, se identifica y se repara. Parece que hay una supresión de aquel sujeto compuesto por la subjetividad, que se constituye conforme el contexto social en el que está inserto y sus relaciones, fortaleciendo un ser regido por la tecnología de la medicación.

El DSM-5 presenta una clasificación psiquiátrica que genera controversias en la comunidad científica. Este Manual es utilizado como instrumento para legitimar, de forma muy simplista y reduccionista, los trastornos mentales, cuyos síntomas, en algunos de estos trastornos, se confunden con comportamientos cotidianos que pasan a ser considerados como desviados, ocasionando así una inflación de diagnósticos (FRANCES, 20106). El diagnóstico de TDAH es presentado únicamente con la descripción de comportamientos que puede ser oriundos de la propia infancia, lo que puede comprometer significativamente el diagnóstico. Los otros aspectos presentados como marcadores biológicos, genética y análisis por encefalogramas son insuficientes o nulos para basar el diagnóstico de TDAH, según consta en el propio Manual.

Frances (2016) nos recuerda que hace cien años la psiquiatría actuaba solamente en los hospitales psiquiátricos y era restringida a los enfermos internados en estado muy grave. Actualmente, en torno del 20% a 25% de la población es considerada con algún trastorno mental y hay más de medio millón de profesionales para cuidar de esta demanda. El hecho es que no es posible decidir si trazamos la línea entre lo normal y lo anormal en 2,5% o 25% de la población. “Cuanto mayor es el número de clínicos de salud mental, mayor es el número de condiciones de vida que acaban tornándose trastornos” (FRANCES, 2016). A partir de las palabras de Frances, se puede constatar la existencia de un mercado que produce y vende trastornos mentales, cuyos intereses de carácter comercial están por encima de la salud de la población.

Es importante pensar qué lugar ocupa el DSM, una vez que este manual es fundamentado por investigaciones, las cuales, a pesar de ser cuestionadas por una parte de la comunidad científica, transformaron al Manual en una referencia en el ámbito de la salud mental para algunos abordajes. De este modo, se entiende que la pretensión de ser ateoórico con el objetivo de tornarse universal no es de hecho la característica que tuvo éxito en el Manual,

debido a su carácter descriptivo y objetivo, por tanto, a-subjetivo, distanciándolo de diversos abordajes que componen el amplio campo de la salud mental. A partir de su tercera edición, el perfil de los DSMs pasa a atender las teorías referentes a las abordajes cognitivo-comportamentales y de la psiquiatría biológica, en proximidad con las neurociencias. Entonces, incluso no estando explícitas las teorías en el Manual, lo que fundamenta sus categorías y clasificaciones son estas bases del conocimiento. La ambición de transformarlas en el modelo hegemónico de comprender el sufrimiento psíquico, o mejor, el comportamiento humano, denota una justificación para destacar la universalidad como éxito de este trabajo. Se entiende que esta perspectiva del DSM suprime la subjetividad de la complejidad que el ser humano es. Con todo, hay lugares en que esta lógica del DSM es conveniente, pues este modelo aproxima la psiquiatría al ámbito de la medicina, facilita la burocracia de los seguros de salud, amplía el número de diagnósticos de trastornos mentales y, consecuentemente, el consumo de medicamentos, entre muchos otros aspectos.

Conviene resaltar que trastornos mentales no significan enfermedades, alteraciones que estratégicamente la psiquiatría hizo – de enfermedades mentales para trastornos mentales – por no conseguir comprobar la etiología de tales manifestaciones. Por lo tanto, en este aspecto, no se puede cuestionar el carácter científico de reconocimiento de la psiquiatría en que no fueron encontradas, hasta el momento, causas biológicas que caracterizan los trastornos como enfermedades. El DSM presenta las descripciones de estos trastornos, siendo que algunos podrían ser llamados de trastornos de la vida, pues se trata de dificultades de lo cotidiano. En la contemporaneidad, se identifica cierta resistencia a lidiar con estas adversidades, y así, áreas como la psicología, la pedagogía, entre otras, que tienen como propuesta prestar atención a la población en lo que dice respecto a los problemas cotidianos, se tornan rehenes de estas áreas de la medicina. Este hecho se puede comprobar fácilmente por el alto consumo de medicamentos psiquiátricos por parte de la población.

Actualmente, hay diversos recursos para amenizar los sufrimientos psíquicos, como el arte, el deporte, la cultura, el trabajo, entre otras opciones que vienen haciendo parte de la vida de las personas que buscan alternativas a la medicación. Tal vez la salida para tratar al sujeto sea enfocar hacia el propio sujeto y no hacia un diagnóstico. Cabe aquí remitirse a Basaglia (1985) cuando argumentaba en favor de dejar la enfermedad mental entre paréntesis, o sea, suspendida, y mirar a la persona que está sufriendo.

El foco en la enfermedad es viable para el ascenso de la medicina y de la industria farmacéutica pues, a partir del momento en que el ser humano, el sujeto, se transforma apenas

en un cuerpo, parece que los experimentos en pro de “avances” científicos, incluso cuando éstos benefician una lógica que favorece este mercado, son socialmente aceptables. La identificación de algo en el cuerpo parece tener un respaldo más consistente para justificar la intervención farmacológica. Por esa razón, el cuerpo se torna un producto de excelencia para la medicina y la industria farmacéutica.

Se puede constatar esta triste realidad con la psiquiatrización de la infancia. Desde la década de 1960, cuando se descubrió el efecto de la Ritalina en el comportamiento de los niños, este fármaco se tornó objeto de inversión por el fabricante, como una apuesta para el suceso de las ventas. Este hecho comenzó en Estados Unidos y, posteriormente, se expandió por el mundo. Los diagnósticos de TDAH y su tratamiento con Ritalina aumentan progresivamente en la población de niños y adolescentes, fenómeno que ocurre también en función del marketing invisible invertido, principalmente, en los medios de comunicación y redes sociales.

El diagnóstico del TDAH está direccionado por la manifestación de tres síntomas – impulsividad, hiperactividad y desatención –, principalmente, en niños en edad escolar. Es con base a estos comportamientos, considerados por la medicina como síntomas, que las escuelas funcionan como un engranaje que sustenta y justifica este discurso, corroborando los hechos descritos en el DSM-5. Estos comportamientos siempre fueron identificados en algunos niños en salones de clase y/o en el ambiente familiar, siendo de hecho considerados como un trastorno por algunos profesores y familiares. Las intervenciones para cambiar estos comportamientos de los niños ocurrían por medio de sanciones, como castigos, palmatoria, o intervenciones de profesionales de la psicología y de la educación, los cuales continúan interviniendo en la dinámica escolar hasta hoy en día. En el momento en que se descubrió un medicamento que promovía el cambio de este comportamiento, este trastorno pasó a formar parte del campo médico, clasificado como un trastorno mental. La Ritalina es presentada como el producto ideal, prometiendo inclusión, óptimo desempeño escolar, buen comportamiento, todo lo que profesores y padres precisan para aliviar su responsabilidad debido a las manifestaciones del indeseado comportamiento de los niños. En lugar de castigar al niño, es hecho un tratamiento farmacológico, algo mucho más aceptado para la sociedad.

La escuela, cuya propuesta es enseñar y educar niños, formar ciudadanos, está atravesada por procesos medicalizantes, por dispositivos científico-disciplinares que la tornan un micro-sistema frágil, vulnerable a intervenciones monstruosas. Se cree que la alta prevalencia de TDAH no viene simplemente del referenciamiento de escuelas a los servicios de salud, sino que éstos, así como la búsqueda de profesionales de la salud por parte de los

padres, sean producto de una significativa inversión en marketing que realiza la industria farmacéutica. Incluso, no se puede desconsiderar la búsqueda de los padres y de los profesores por una “solución” inmediata a los problemas cotidianos.

Las formas de desarrollo y publicidad de las investigaciones científicas se fueron transformando a lo largo de la historia de la humanidad. En la contemporaneidad, tenemos la aparición de la Internet como facilitador para la divulgación de informaciones científicas y publicitarias. La mezcla de informaciones, identificadas como de carácter educativo, sumadas a la publicidad, caracteriza una vulnerabilidad del campo virtual. Esta vulnerabilidad se constituye en una estrategia altamente utilizada para promover la venta de medicamentos, una vez que la publicidad de éstos no es permitida en algunos países.

Se puede constatar la existencia de una inversión significativa en marketing por parte de la industria farmacéutica, promoviendo el aumento de ventas de medicamentos (ANGELL, 2007; CONRAD; SCHNEIDER, 1992; FARAONE et al, 2010, BIANCHI et al, 2016; WHITAKER, 2011, FRANCES, 2016). En esta dirección, el campo virtual se caracteriza como un medio apropiado para el amplio alcance de la población. Las informaciones sobre el TDAH son divulgadas de forma didáctica en las redes sociales, de modo que las teorías científicas complejas queden bastante claras, literalmente dibujadas para el buen entendimiento del público objetivo (familias y profesionales de la educación y la salud). De esta forma, la “transmisión” del TDAH ocurre por millones de actos de “compartir” en las redes sociales, publicando informaciones como: divulgación de investigaciones científicas, folletos para padres y profesores, videos con entrevistas y testimonios de profesionales alertando sobre el riesgo y la importancia del tratamiento del TDAH, testimonio de personas famosas que asumen el diagnóstico y tratamiento farmacológico, formación de foros de discusión y comunidades virtuales, instancias, todas estas, donde ocurre el intercambio de informaciones entre padres, profesores y profesionales, que acaban reforzando las informaciones en los sitios de Internet y compartiéndolas en las redes sociales, promoviendo así el contagio social.

El TDAH enmascara muchos problemas, tal vez por eso es aceptado tan fácilmente en la sociedad. El marketing tiene como función satisfacer las necesidades y deseos de las personas. De este modo, la inversión en esta área es inevitable para establecer el flujo desde el fabricante hasta el consumidor. En este sentido, la ABDA parece desempeñar un papel fundamental, como el núcleo de este sistema que va desde los fabricantes de medicamentos, las asociaciones de profesionales, entre otros interesados, hasta los consumidores del producto.

La ABDA es considerada un importante medio de difusión de investigaciones

científicas, promotora de cursos para profesionales de la salud y educación, apoyo y orientación a los pacientes y padres. Sin embargo, esos contenidos se basan, exclusivamente, en un discurso biomédico. Asimismo, esta entidad es apoyada y patrocinada por empresas, por asociaciones de profesionales, por federaciones y por las industrias farmacéuticas que producen los medicamentos Ritalina y Concerta (BIANCH et al, 2016; COLLARES; MOYSÉS, 2014). Así como en los Estados Unidos la CHADD es acusada de promover y apoyar la implementación cada vez mayor de diagnósticos de TDAH, provocando un importante aumento en las ventas de Ritalina, en Brasil, la ABDA parece seguir el mismo camino.

Se considera que la ABDA también se constituye como un micro-sistema frágil, pues aparece con este ropaje de benefactora, si bien es susceptible a manipulaciones y conducción de procesos de medicalización que son de interés de los propios mantenedores de la entidad. Los materiales difundidos por la ABDA son un modo de explicar con claridad y simplificar los contenidos del DSM, cuyo objetivo es alcanzar a la población con estas informaciones consideradas de cuño científico. La identificación de las personas con las escenas descritas en las imágenes divulgadas por la ABDA muestra cómo los problemas cotidianos son fácilmente transformados en patologías, y así, las personas son inducidas a procurar un médico especialista, recibiendo entonces el diagnóstico de TDAH y la prescripción del medicamento.

En la comunidad virtual de madres, donde circulan las informaciones de la ABDA, se puede observar que esta estrategia de propaganda institucional, caracterizada por la influencia directa en el consumidor, alcanza su objetivo. Se observa que las conversaciones de las madres son prácticamente compuestas por neuronarrativas, según la denominación de Martínez-Hernández (2016). Ellas discuten prácticamente la necesidad de una “química en el cerebro” de los niños, o sea, el uso de medicamentos por parte de sus hijos, considerándolos indispensable para el tratamiento de TDAH. Esto indica que la difusión de este trastorno en el campo virtual, que en realidad es una estrategia de marketing, contribuye con el aumento significativo de la incidencia de TDAH, debido al crecimiento de los diagnósticos falso-positivos que promueven tratamientos innecesarios. Esta estrategia obtiene resultados concretos para ampliar las ventas de Ritalina, pues en caso contrario las industrias farmacéuticas no harían grandes inversiones en marketing (ANGELL, 2007; WHITAKER, 2011; FRANCES, 2016).

Es evidente que no es posible descifrar todos los aspectos que nos llevan a llegar, en el siglo XXI, a una verdadera epidemia de trastornos mentales. Sin embargo, algunas transformaciones, como la tecnológica, nos indican cómo es posible alcanzar gran parte de la población con una patología causada por un “virus” que fue creado de forma mediática.

En épocas de “neuro”, se considera importante delimitar qué parte significativa de esta epidemia de trastornos mentales ocurre por contagio social. En este proceso, la hegemonía actúa haciendo que estos saberes, oriundos de la élite intelectual, sean filtrados en grupos subalternos, los cuales se identifican con estos intereses (GRAMSCI, 1985). En este sentido, se pueden mencionar las necesidades culturalmente creadas para ampliar los horizontes de consumo, haciendo que la sociedad contemporánea busque desenfrenadamente el bienestar, mejor desempeño, mayor productividad, en fin, exigencias socialmente construidas. Esta cultura es transformada en productos y servicios para ser vendidos en el mercado (CHAUÍ, 2008). Frente a este escenario, resulta más fácil introducir productos que atiendan estas necesidades culturales creadas, principalmente, por la influencia de los medios de comunicación de masa y actualmente de las redes sociales, para transformar, culturalmente, lo que era considerado normal en patológico. Así, la medicamentación de la sociedad se transformó en una salida más que viable para formar parte de este sistema extremadamente selectivo.

Hay potencialidades en el campo virtual que tal vez todavía sean desconocidas, pues no se sabe hasta donde se puede manipular a una población por este medio. Además del TDAH, se encontraron también informaciones divulgadas en Internet sobre la esquizofrenia en la infancia (Apéndice – C). Por lo tanto, no podemos menospreciar la potencialidad que hay en manipular a la población por medio de ambientes virtuales, lo cual promueve un contagio social. Finalizo esta tesis con una inquietud: ¿Será la esquizofrenia el próximo trastorno mental en devenir una epidemia?

REFERÊNCIAS

- ALARCON G, R.; D.; FREEMAN, A. M. Rutas ontológicas de la nosología psiquiátrica: ¿Cómo se llegó al DSM-5? **Rev Neuropsiquiatr**, Lima, v. 78, nº 1, enero, 2015.
- AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 2008.
- AMARANTE, P.; PANDE, M. N. R. Medicalização da educação ou pedagogização do comportamento? Um século de metamorfoses da relação entre saberes médico-psicológicos e pedagógicos. In: DANTAS, J. B. (Org.) **A infância medicalizada: discursos, práticas e saberes para o enfretamento da medicalização da vida**. 1 ed. Curitiba, PR:CRV, 2015. p.77-102
- ANGELL, M. **A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos**. Rio de Janeiro: Editora Record, 2007.
- ANGROSINO, M. **Etnografia e observação participante**. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- ANVISA. “Prescrição e consumo de metilfenidato no Brasil: identificando riscos para o monitoramento e controle sanitário”. SNGPC: **Boletim de Farmacoepidemiologia**, 2: 1-14. 2012.
- _____. **Portaria N°344**, de 12 de maio de 1998. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 1998.
- APA - American Psychiatric Association. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**, Fifth Edition (DSM-5). Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.
- _____. American Psychiatric Association. Disponível em:
<<https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/history-of-the-dsm> > Acesso em: 18 ago. 2016.
- ARAÚJO, Á. C.; LOTUFO NETO, F. A Nova Classificação Americana para os Transtornos Mentais – o DSM-5. **Rev. Bras. de Ter. Comp. Cogn.**, Vol. XVI, nº 1, p. 67-82, 2014.
- ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. 2ª.ed.[Reimpr.]. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 2012.
- ASSIS, M. **O alienista: casa velha**. Editora Martin Claret: São Paulo, 2008.
- AUGUSTO, A. Governando crianças e jovens: escola, drogas e violência. In: RESENDE, H. (Org) **Michel Foucault: o governo da infância**. Belo Horizonte: Autêntica, 2015, p. 11-24.
- BARBOSA, V. F. B.; MARTINHAGO, F.; HOEPFNER, A. M. S.; DARE, P. K.; CAPONI, S. O cuidado em saúde mental no Brasil: uma leitura a partir dos dispositivos de biopoder e biopolítica. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.40, p.178-189, 2016.

BARBOUR, R. **Grupos Focais**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

BARRIO, V. Raíces y evolución del DSM. **Revista de historia de la psicología**, Valencia, vol. 30, nº 2-3, p. 81-90, 2009.

BASAGLIA, F. **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BECK, U. Sobre a lógica da distribuição de riqueza e da distribuição de riscos. In: **Sociedade de Risco**: Rumo a uma outra modernidade. 2ª. Ed. São Paulo: Ed. 34, 2011, p. 23-60.

BECKER, H. S. **Uma Teoria da Ação Coletiva**, trad. Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes. Rio de Janeiro : Zahar, 1977.

BEKERMAN, J. “Não há classificação que não seja arbitrária e conjuntural”. In: JERUSALINSKY , A. FENDRIK, Silvia (Org.). **O livro negro da psicopatologia contemporânea**. São Paulo: Via Lettera, 2011, p.23-27.

BELTRAME & BOANINI, Saúde Mental e Infância: reflexões sobre a demanda escolar de um Capsi. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, 33 (2), p.336-349, 2013.

BENEVIDES, P. S. Governar através das crianças: notas sobre a indústria de normalização pela infância. In: DANTAS, J. B. (Org.) **A infância medicalizada: discursos, práticas e saberes para o enfrentamento da medicalização da vida**. 1 ed. Curitiba, PR:CRV, 2015, p. 35-48.

BENJAMIN, W.; **Rua de mão única**. Trad. Jose Carlos M. Barbosa e Rubens R. Torres Filho. 6ª ed. São Paulo: Brasiliense, 2012.

BERRIOS, G. **The History of Mental Symptoms**: Descriptive Psychopathology Since the Nineteenth Century. Cambridge: Cambridge University Press, 1996.

_____. Como o passado pode nos ajudar a prever o futuro? **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, 29 (1), p. 11-12, 2007.

_____. Classificações em psiquiatria: uma história conceitual. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, 35 (3), p.113-127, 2008.

BIANCHI, E. et al. Medicalización más allá de los médicos: marketing farmacéutico en torno al Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en Argentina y Brasil (1998-2014). **Saúde Soc.** São Paulo, v.25, n.2, p.452-462, 2016.

BOURDIEU, P. **Os usos sociais da ciência**: por uma sociologia clínica do campo científico. São Paulo: UNESP, 2004.

BOSI, M.L.M.; MERCADO-MARTINEZ, F. Introdução: notas para um debate. In: BOSI, M.L.M.; MERCADO-MARTINEZ, F. (orgs). **A pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. 2ª ed. Petrópolis,RJ: Vozes, 2007, p. 23-71.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088** de dezembro de 2011. Estipula o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, de 26 dez. 2011. Seção 1, p. 230-232, 2011.

_____. **Lei nº 8.069**, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Poder Legislativo*, Brasília, DF, Seção 1, Ed. 135, 16 jul. 1990, p. 13.563-13.577. 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº336/GM**, de 19 de fevereiro de 2002. <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf> Acesso em: 10 jun. 2014.

_____. Presidência da República. **Lei nº 10.216**, de 06 de abril de 2001. Brasília. http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm Acesso em: 10 jun. 2014.

_____. Presidência da República. **Lei nº 8.080**, 19 de setembro de 1990. Brasília. <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf> Acesso em: 18 ago. 2014.

_____. Presidência da República. **Lei nº 8.142**, 28 de dezembro de 1990. Brasília. <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf> Acesso em: 18 ago.2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2007

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

_____. Ministério da Saúde. **Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Presidência da República. **Decreto Nº 6.286**, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados** – 12, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2015. Disponível em <www.saude.gov.br/bvs/saudemental> Acesso em 03 dez.2016.

BREGGIN, P. R., **Talking back to Ritalin: what doctors aren't telling you about stimulants for children**. Cambridge: Da Capo Press, 2001.

BRZOZOWSKI, F. S.; CAPONI, S. Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade: classificação e classificados. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1165-1187, 2009.

BUENO, W.C. **Estratégias de comunicação nas mídias sociais**. Barueri (SP): Manoele, 2015

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 7a ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitaria, 2012.

CAPONI, S. Classificar e Medicar: a gestão biopolítica dos sofrimentos psíquicos. **Interthesis**, Florianópolis, v.9, nº2, Jul-Dez, 2012

_____. Un análisis epistemológico del diagnóstico de depresión. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v.13, nº 9, p. 327-38, abr./jun. 2009.

_____. Viejos y nuevos riesgos: en busca de otras protecciones. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(1):7-15, jan, 2007.

_____. O DSM-V como dispositivo de segurança. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 24, nº 3, p. 741-763, Sept. 2014.

_____. **Loucos e Degenerados**: uma genealogia da psiquiatria ampliada. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.

_____. Vigiar e Medicar – o DSM-5 e os transtornos ubuescos na infância. In: CAPONI, S.; VÁSQUEZ, M. F.; VERDI, M. (Org). **Vigiar e medicar: estratégias de medicalização da infância**. LiberArs: São Paulo, 2016, p. 29-45.

_____. CAPONI, Sandra. **Neuronarrativas**: A hipocrisia institucionalizada da medicalização da saúde mental. Entrevista especial com Sandra Caponi. Instituto Umanitas Unisinos, 2014. Disponível em: <<http://www.ihu.unisinos.br/entrevistas/531884-neuronarrativas-a-hipocrisia-institucionalizada-da-medicalizacao-da-saude-mental-entrevista-especial-com-s%E2%80%A6>> Acesso em 09 jun. 2014.

CARVALHO, A. F. **Por uma ontologia política da (d)eficiência no governo da infância**. In: RESENDE, H. (Org) Michel Foucault: o governo da infância. Belo Horizonte: Autêntica, 2015, p. 25-47.

CASADÓ i MARÍN, L. C. Trabajo de campo en comunidades virtuales pro self-harm. In: ROMANÍ, Oriol. **Etnografía, técnicas cualitativas e investigación en salud**: un debate abierto. Tarragona: Publicacions URV, 2013, p. 113-141.

CASTEL, R. **La Inseguridad Social**. ¿Qué es estar protegido? Buenos Aires: Manantial, 2011.

_____. **La gestión de los riegos**. Barcelona: Editorial Anagrama; 1984.

CASTIEL, Luis David and ALVAREZ-DARDET, Carlos. La salud persecutoria. **Rev. Saúde Pública** [online]. São Paulo, vol.41, n.3. Epub May 15, p.461-466, 2007.

CHAUI, M. Cultura e democracia. Crítica y emancipación: **Revista latinoamericana de Ciencias Sociales**. Buenos Aires: CLACSO, Año 1, no. 1 (jun. 2008), 2008.

CHIZOTTI, A. A pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais: evolução e desafios. **Revista Portuguesa de Educação**, Braga, ano/vol.16, número 002, 2003.

COELHO, A. Repensar o campo da educação de infância. **Revista Iberoamericana de Educación**, Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura. no 44/3, 2007.

COLLARES, C. A. L. E MOYSÉS, M. A. **A Transformação do Espaço Pedagógico em Espaço Clínico** (A Patologização da Educação). São Paulo: FDE, 23:25-31, 1994.

_____. Preconceitos no cotidiano escolar: a medicalização do processo ensino-aprendizagem. In: CRP-SP; GIQE (Org.). **Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2015, p.221-244.

_____. A Educação na era dos transtornos. In: VIÉGAS, L. S. et al. (Org.) **Medicalização da educação e da sociedade: ciência ou mito?** Salvador: EDUFBA, 2014.

COLNAGO, C. K. Mídias e redes sociais digitais: conceitos e práticas. In: BUENO, W.C. **Estratégias de comunicação nas mídias sociais**. Barueri (SP): Manoele, 2015, p. 3-22.

CONRAD, P. **The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders**. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2007.

CONRAD, P.; BERGEY, M. The impending globalization of ADHD: Notes on the expansion and growth of a medicalized disorder. **Social Science and Medicine**, [s.l.], v. 122, p. 31-43, 2014.

CONRAD, P.; SCHNEIDER, J. W. **Deviance and medicalization: from badness to sickness**. Philadelphia: Temple University Press, 1992.

CZERESNIA, D. Ciência, técnica e cultura: relações entre risco e práticas de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 20, n 2, mar-abr, p. 447-455, 2004.

DALGALARRONDO, P.; **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

DANTAS, J. B. A infância em pílulas: considerações sobre a patologização e a medicalização do ser criança na contemporaneidade. In: DANTAS, J. B. (Org.) **A infância medicalizada: discursos, práticas e saberes para o enfretamento da medicalização da vida**. 1 ed. Curitiba, PR: CRV, 2015, p. 49-65.

_____. et al. **Devotos da Santa Ritalina**: uma discussão sobre a infância medicalizada no contexto do Facebook. In: DANTAS, J. B. (Org.) **A infância medicalizada: discursos, práticas e saberes para o enfretamento da medicalização da vida**. 1 ed. Curitiba, PR:CRV, 2015, p. 167-182.

DELGADO, P. G.G.; LAURIDSEN-RIBEIRO, E. **Saúde mental na Infância e Adolescência**: Política Nacional de Saúde Mental Infanto-juvenil Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina, 2014.

DUFF, C. The importance of culture and context: rethinking risk and risk management in young drug using populations. **Health, Risk & Society**, (5)3, p.285-299, 2003.

DUNKER, C. I. L. Questões entre a psicanálise e o DSM. **J. Psicanal.**, São Paulo, v. 47, n. 87, dez, p. 79-107, 2014.

DUNKER, C. I. L.; KYRILLOS NETO, F. A psicopatologia no limiar entre psicanálise e a psiquiatria: estudo comparativo sobre o DSM. **Vínculo**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 1-15, dez, 2011.

ECHEBURÚA, E.; SALABERRIA, K.; CRUZ-SAEZ, M. Aportaciones y Limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica. **Ter Psicol** [online]. Santiago, vol.32, n.1, p. 65-74, 2014.

EHRENBERG, K. C. Nike e Adidas na rede: estratégias de marketing esportivo no ambiente digital. In: BUENO, W.C. **Estratégias de comunicação nas mídias sociais**. Barueri (SP): Manoele, 2015. p. 171-188.

ESCOBAR, A. “Bienvenidos a Cyberia. Notas para una antropología de la cibercultura”. **Revista de Estudios Sociales**. Bogotá, nº 22, p. 1535, 2005.

ESPERANZA, G. Medicalizar a vida. In: JERUSALINSKY , A. FENDRIK, Silvia (Org.). **O livro negro da psicopatologia contemporânea**. São Paulo: Via Lettera, 2011, p. 53-59.

FARAONE, S. et al. Medical discourse and marketing strategies of the pharmaceutical industry in the process of medicalization of childhood in Argentina. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, vol.14, n.34, p.485-498, 2010.

FAUSTO NETO, A. “Fragmentos de uma “analítica da midiatização”. **MATRIZES**, São Paulo, n. 2, abril p. 89-105, 2008.

FENDRIK, S. O DSM-IV: uma metafísica comportamentalista? In: JERUSALINSKY , A. FENDRIK, S. (Org.). **O livro negro da psicopatologia contemporânea**. São Paulo: Via Lettera, 2011, p.29-37.

FLORIANÓPOLIS. Câmara Municipal. **Lei nº 9.018**, de 24 de Julho de 2012. Institui a política municipal de prevenção e diagnóstico de distúrbios psico-mentais e da esquizofrenia na rede municipal de ensino. Florianópolis, 2012.

_____. Câmara Municipal. **Lei nº 9.482**, de 20 de março de 2014. Dispõe sobre a implantação do programa de diagnóstico e tratamento do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e dislexia, na rede municipal de ensino básico, e adota outras providências. Florianópolis, 2014.

FOUCAULT, M. **A ordem do discurso**. Aula inaugural no College de France, pronunciada em 2 de Dezembro de 1970. Tradução de Laura Fraga de Almeida Sampaio. Edições Loyola, São Paulo, 2004.

_____. **Dits et écrits III**. Paris: Gallimard, 1994.

- _____. **O poder psiquiátrico**. São Paulo: Martins Fontes, 2006
- _____. **História da sexualidade I: A vontade de saber**. 23ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 2013.
- _____. **Vigiar e punir: História da violência nas prisões**. 35ªed. Petrópolis: Vozes, 2008a.
- _____. **Segurança, Território, População**. São Paulo: Martins Fontes, 2008b.
- _____. **O nascimento da biopolítica**. São Paulo: Martins Fontes, 2008c.
- _____. **Os anormais: curso no Collège de France (1974-1975)**. São Paulo: Martins Fontes, 2002a.
- _____. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 2002b.
- _____. **Microfísica do poder**. 15ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 2000.
- FRANCES, A. **Voltando ao Normal**. Trad. Heitor M. Corrêa. Rio de Janeiro, 2016.
- _____. **Fundamentos do diagnóstico psiquiátrico: respondendo as mudanças dos DSM-5**. Porto Alegre: Artmed, 2015.
- FREITAS, F.; AMARANTE, P. **Medicalização em psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.
- GALIMBERTI, U. A emergência tecnológica e a passagem da cosmo-polis para a tecno-polis. Trad. S. Assmann. *Psiche e techne. L'uomo nell'età della tecnica*. Roma, Feltrinelli, 1999.
- GALLO, S. Infância e poder: algumas interrogações à escola. In: KOHAN, Walter Omar. **Devir-criança da filosofia: infância educação**. Belo Horizonte: Autêntica, 2010, p. 109-121.
- GARRIDO, J.; MOYSÉS, M. A. Um panorama nacional dos estudos sobre a medicalização da aprendizagem de crianças em idade escolar. In: CRP-SP; GIQE (Org.). **Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2015, p. 171-185.
- GAVIRIA LOAIZA, J.; CALDERON DELGADO, L.; BARRERA ALENCIA, M. ¿Es efectivo el entrenamiento en Neurofeedback para el tratamiento del TDAH? Resultados a partir de una revisión sistemática. *CES Psicol* [online]. Medellín vol.7, n.1, p.16-34, 2014.
- GONÇALVES, E.M.; SILVA, M. A comunicação organizacional em tempos de redes sociais digitais. In: BUENO, W.C. **Estratégias de comunicação nas mídias sociais**. Barueri (SP): Manoele, 2015, p. 69-85.
- GONZÁLEZ REY, F. L. La subjetividad: su significación para La Ciencia Psicológica. In: FURTADO, O.; GONZÁLEZ REY, F. L. (orgs). **Por uma epistemologia da subjetividade: um debate entre a teoria sócio-histórica e a teoria das representações sociais**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002, p.17-42.
- GRAMSCI, A. **Introducción al estudio de la filosofía**. Barcelona: Crítica, 1985.

GURGEL, I. A medicalização da vida cotidiana. In: VIÉGAS, L. S. et al. (Org.) **Medicalização da educação e da sociedade: ciência ou mito?** Salvador: EDUFBA, 2014, p. 105-117.

HACKING, I. **Múltipla personalidade e as ciências da memória.** Rio de Janeiro: José Olympio, 2000.

HINE, C. **Etnografia virtual.** Barcelona, Editorial UOC, 2004.

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

IZAGUIRRE, G. Elogio ao DSM-IV. In: JERUSALINSKY, A. FENDRIK, S. (Org.). **O livro negro da psicopatologia contemporânea.** São Paulo: Via Lettera, 2011, p. 13-22.

JARA, M. **Vivimos la mayor campana de marketing de la historia para medicar a la infancia.** Blog de la Escuela Lacaniana de Psicoanálisis, Espanha, 2015. Disponível em: <<http://blog.elp.org.es/all/cat19/vivimoslamayorcampaademarketingdelahistoriaparamedicaralainfanciamigueljara/>> Acesso em: 11 jul. 2016.

JERUSALINSKY, A. FENDRIK, S. (Org.). **O livro negro da psicopatologia contemporânea.** São Paulo: Via Lettera, 2011.

JOLY, M. **Introdução a análise da imagem.** Edições 70: Lisboa, 2007.

LANE, S.T.M. A dialética da subjetividade *versus* objetividade. In: FURTADO, O.; GONZÁLEZ REY, F. L. (orgs). **Por uma epistemologia da subjetividade: um debate entre a teoria sócio-histórica e a teoria das representações sociais.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002, p.11-17.

LAINING, R.D. **A voz da experiência: experiência, ciência e psiquiatria.** Petrópolis: Vozes, 1988.

LAS CASAS, A. L. **Marketing: conceitos, exercícios, casos.** 5ª ed., São Paulo: Atlas, 2001.

LE MOS, S. M. A.; GIODA, F. R.; MARTINHAGO, Fernanda; BUENO, R. C.; HERNAEZ, A. M. Pesquisadores brasileiros na pós-graduação de Antropologia Médica na Espanha: relato de experiência. **Interface** (Online). Botucatu, v.21, 2017, pp.199-207

LEONARDI, J. L.; RUBANO, D. R.; ASSIS, F. R. P. Subsídios da análise do comportamento para avaliação de diagnósticos e tratamento do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) no âmbito escolar. In: Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (Org.). **Medicalização de Crianças e Adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos.** 2ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2015, p. 127-150.

LERNER, K. Doença, Mídia e Subjetividade: Algumas Aproximações Teóricas. Intercom – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação. **Anais do XXXVI Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação.** Manaus, AM, 2013.

LIMA, A. F.; SANTOS, B. O. diagnóstico psiquiátrico como prática de reconhecimento perverso. In: DANTAS, J. B. (Org.) **A infância medicalizada: discursos, práticas e saberes para o enfretamento da medicalização da vida**. 1 ed. Curitiba, PR:CRV, 2015, p. 13-34.

LIMA, A.; CAPONI, S. A força-tarefa da psiquiatria do desenvolvimento. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 21 [4]: 1315-1330, 2011.

LORENZI, G. W. **Uma breve história dos direitos da criança e do adolescente**. 2007. Disponível em: <<http://www.promenino.org.br/Ferramentas/Conteudo/tabid/77/ConteudoId/70d9fa8f-1d6c-4d8d-bb69-37d17278024b/Default.aspx>>. Acesso em: 02 dez. 2016.

LUENGO, F. C. E CONSTANTINO, E. P. A vigilância punitiva: a postura dos educadores no processo de patologização e medicalização da infância. **Revista de Psicologia da Unesp**. Assis, 8(2). 2009.

MAIO, A. M. D. Das mídias sociais aos encontros presenciais: a opção pela comunicação face a face. In: BUENO, W.C. **Estratégias de comunicação nas mídias sociais**. Barueri (SP): Manoele, 2015, p. 23-36.

MALDONADO, G. G. et al . El DSM-V. Luces y sombras de un manual no publicado. Retos y expectativas para el futuro. **Salud Ment**. México, v. 34, n. 4, agosto, p. 367-378, 2011.

MANN, C.; STEWARD, F. **Internet Communication and Qualitative Research: A Handbook for Researching Online**, London: Sage Publications, 2000.

MARTÍNEZ-HERNÁEZ, A. Fora de Cena: a loucura, o obsceno e o senso comum. **Interthesis**. Florianópolis, v.9, n°2, Jul-Dez, 2012.

_____. La mercantilización de los estados de ánimo. El consumo de antidepresivos y las nuevas biopolíticas de las aflicciones. **Política y Sociedad**. Madrid, Vol. 43 Núm. 3: 43-56, 2006.

_____. **Antropología médica: teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad**. Rubí (Barcelona): Anthopos Editorial, 2008.

_____. “O segredo está no interior”. A neuropolítica e a emergência das neuronarrativas no consumo de antidepressivos. In: CAPONI, S.; VÁSQUEZ, M. F.; VERDI, M. (Org). **Vigiar e medicar: estratégias de medicalização da infância**. LiberArs: São Paulo, 2016, p. 61-70.

_____. **What's Behind The Symptom? On Psychiatric Observation and Anthropological Understanding**. New York: Taylor & Francis, 2000a.

_____. Anatomía de una ilusión. El DSM-IV y la biologización de la cultura. In: PERDIGUERO, E. COMELLES, JOSEP M. (Org). **Medicina y Cultura: Estudios entre la antropología y la medicina**. Barcelona: Edicions Bellaterra, 2000b, p. 249-275.

MARTINHAGO, F.; OLIVEIRA, W. F. (Des)institucionalização: a percepção dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial de Santa Catarina, Brasil. **Saúde e Sociedade** (Online). São Paulo, v.24, p.1273-1284, 2015.

_____. F.; OLIVEIRA, W. F. A prática profissional nos Centros de Atenção Psicossocial II (caps II), na perspectiva dos profissionais de saúde mental de Santa Catarina. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v.36, p.583-594, 2012.

_____. F.; FRASSÃO, M.C. G.O. O uso de drogas e a prática de delitos: um estudo com os detentos do Presídio Regional de Blumenau. **Saúde & Transformação Social / Health & Social Change**. Florianópolis, v.2, p.38-44, 2011.

_____. F.; CAPONI, S. Patologias mentais: uma breve história das classificações psiquiátricas. In: **Anais do 15º Seminário Nacional de História da Ciência e da Tecnologia**. Rio de Janeiro: MAST. V. II. 2016.

_____. F.; CAPONI, S. Medicalização da infância: reflexões sobre o Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) In: **Anais XX Seminário Acadêmico da APEC: O impacto das novas mídias sociais na produção acadêmica interinstitucional entre a Catalunha e a América Latina**. Barcelona, 2015.

_____. F.; CAPONI, S. Reflexões sobre a medicalização da infância e as políticas de saúde mental no Brasil In: **Anais VI Congresso Internacional en Gobierno Administración y Políticas Públicas**. Madri, v.6, 2015.

_____. F.; ROMANI, O. Saúde mental em risco: estratégias para intervenções preventivas In: CAPONI, S. et al **Vigiar e medicar: estratégias de medicalização da infância**. 1ª ed. LiberArs : São Paulo, 2016, p. 171-182.

MAYES, R.; HORWITZ, A. DSM-III and the revolution in the classification of mental illness. **J Hist Behav Sci**. New Jersey, n. 41, v. 3, p. 249-67, 2005.

MEDRONHO, R. PEREZ, M. A. Distribuição das doenças no espaço e no tempo. In: MEDRONHO, R. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2002.

MENÉNDEZ, E. L. Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes. **Estudios sociológicos**, Vol. 16, N°. 46 (ENE-ABR), p. 37-67, 1998.

MERCADO-MARTINEZ, F. O processo de análise qualitativa dos dados na investigação sobre serviços de saúde. In: BOSI, M.L.M.; MERCADO-MARTINEZ, F. (orgs). **A pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. 2ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007, p. 137-174.

MIGUELOTE, V. R. S.; CAMARGO JR, K. R. Indústria do conhecimento: uma poderosa engrenagem. **Rev. Saúde Pública** [online]. São Paulo, vol.44, n.1, p.190-196, 2010.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8ª ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MIRÓ, Gabriel. Daño social y políticas del Estado: un análisis de las políticas de drogas como causantes de grave daño social. **Revista Crítica Penal y Poder**. Barcelona, nº 7, p. 149-178, 2014.

MITJAVILA, M. Medicalização, risco e controle social. **Tempo soc.** São Paulo, v. 27, n. 1, p. Jun. 2015.

_____. O risco como recurso para a arbitragem social. **Tempo soc.** São Paulo, 12(2):129-145, out, 2002.

MITJAVILA, M.; VECINDAY, L. El enfoque de riesgo como dispositivo individualizador en el campo social. In: LORENTE, B. (org.). **Transformaciones del estado social: perspectivas sobre la intervención social en Iberoamérica**. Buenos Aires: Miño y Dávila, 2011, p.79-104.

MOYA i OLLÉ, J.; ANGUERA ARGILAGA, M.T.; Els problemes del comportament en els infants i adolescents de catalunya. Trastorn per dèficit d'atenció/ trastorn de conducta. Necessitats educatives que generen. **Educació Inclusiva**. Síntesi de l'estudi lliurat al Parlament de Catalunya el 30 de març de 2010.

MOYSÉS, M. A. A.; COLLARES, C. A. L. Dislexia e TDAH: uma análise a partir da ciência médica. In: CRP-SP; GIQE (Org.). **Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2015, p. 79-126.

_____. Medicalização do comportamento e da aprendizagem: a nova face do obscurantismo. In: VIÉGAS, L. S. et al. (Org.) **Medicalização da educação e da sociedade: ciência ou mito?** Salvador: EDUFBA, 2014, p. 21-43.

MUCHAIL, Salma Tannus. **Foucault, simplesmente**. São Paulo: Loyola, 2004.

NASCIMENTO, Álvaro César. Propaganda de medicamentos para grande público: parâmetros conceituais de uma prática produtora de risco. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. Rio de Janeiro, vol.15, suppl.3, p.3423-3431, 2010.

PATTO, M. H. S. **A produção do fracasso escolar: histórias de submissão e rebeldia**. São Paulo: T. A. Queiroz, 1993.

PEREIRA, S. D. **Conceitos e definições da saúde e epidemiologia usados na vigilância sanitária**. Centro de Vigilância Sanitária: São Paulo, 2004. Disponível em <http://www.cvs.saude.sp.gov.br/pdf/epid_visu.pdf> Acesso em: 19 fev. 2017.

PINTO, T. Crítica do empirismo aplicado à psicopatologia clínica: da esterilidade do DSM a uma saída pela psicanálise. **Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica**, vol. XV, dezembro, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. p. 405-420, 2012.

POMPEO, D. A.; ROSSI, L. A.; GALVAO, C. M. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. **Acta paul. enferm.** [online]. vol.22, n.4, p.434-438, 2009.

POLANCZYK et al. Transtorno de déficit de Atenção / hiperatividade: Uma perspectiva científica. **CLINICS**. São Paulo, 67(10), p.1125-1126, 2012.

QUINET, A. **Psicanálise e psiquiatria: controvérsias e convergências**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

RABINNOW, P. **Antropologia da Razão**. Relume Dumará: Rio de Janeiro, 1999

RECUERO, R. **Redes sociais na internet**. Porto Alegre: Sulina, 2009.

_____, **O que é mídia social?** Ponto Mídia, 02 out 2008. Disponível em http://www.raquelrecuero.com/arquivos/o_que_e_midia_social.html Acesso em: 22 set. 2016.

REY, L. **Dicionário de termos técnicos de medicina e saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

RESENDE, H. A infância sob o olhar da Pedagogia: traços da escolarização na Modernidade. In: RESENDE, H. (Org) **Michel Foucault: o governo da infância**. Belo Horizonte: Autêntica, 2015, p. 127-140.

RHEINGOLD, H. **La comunidad virtual: una sociedad sin fronteras**. Barcelona: Gedisa. 1996.

ROMANÍ, O. La reducció de riscos, entre l'experiència i els experts. **QuAderns-e Institut Catalá d'Antropologia**. Barcelona, número 18(1), p.52-64, 2013a.

_____. Reducción de daños y control social; De qué estamos hablando? In: MARTÍNEZ ORÓ, D. & PALLARÉS GOMEZ, J. **De riesgos y placeres. Manual para entender las drogas**. Lleida, Eds. Milenio, 2013b, p. 103-116.

ROMANÍ, O.; SEPÚLVEDA GALEAS, M. Conceptualización y políticas de la gestión del riesgo. In: MARTÍNEZ ORÓ, D. & PALLARÉS GOMEZ, J. **De riesgos y placeres. Manual para entender las drogas**. Lleida, Eds. Milenio, 2013, p. 89-102.

RUBIO, K.; NUNES, A.V. Comportamento de risco entre atletas: os recursos ergogênicos e o doping no Século XXI. **Rev. bras. psicol. esporte** [online]. 2010, vol.3, n.1, pp. 147-160. Disponível em: < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbpe/v3n1/v3n1a10.pdf> > Acesso em: 12 fev. 2017.

SANVITO, W. L. Indústria farmacêutica: uma abordagem crítica. **Rev Bras Clin Med**. São Paulo, jul-ago;10(4):346-50, 2012

SEPÚLVEDA GALEAS, M. Gubernamentalidad y riesgo en el campo de las drogas: cuando la chance deviene presagio, **El Cotidiano**, 163: 55- 65, 2010.

SILVEIRA, D. S. **Governamentalidades, saberes e políticas públicas na área de Direitos Humanos da criança e do adolescente**. In: RESENDE, H. (Org) Michel Foucault: o governo da infância. Belo Horizonte: Autêntica, 2015, p. 57-83.

SILVERMAN, D. **Interpretação de dados qualitativos: métodos para análise de entrevistas, textos e interações.** Porto Alegre: Artmed, 2009.

SMITH, Matthew. **Hyperactive: The Controversial History of ADHD,** London: Reaktion Books, 2012.

SPINK, M. Trópicos do discurso sobre o risco: risco aventura como metáfora na modernidade tardia. **Cad. de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, 17(6), p. 1277-1322, 2001.

STEDMAN, Thomas Lathrop. **Dicionário médico: ilustrado.** 23. ed. rev. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1979.

SZASZ, Thomas S. **Ideologia e doença mental: ensaios sobre a desumanização psiquiátrica do homem.** Rio de Janeiro: Zahar, 1977.

SZASZ, Thomas Stephen. **O mito da doença mental: fundamentos de uma teoria da conduta pessoal.** São Paulo: Círculo do Livro, 1974.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo/SP: Atlas, 1987.

TELLES, A. **A revolução das mídias sociais: cases, conceitos, dicas e ferramentas.** São Paulo: M. Books do Brasil, 2010.

TERRA, C.F. **Mídias Sociais...e agora? O que você precisa saber para implementar um projeto de mídias sócias.** São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora; Rio de Janeiro: Editora Senac Rio, 2011.

TUNEZ-LOPEZ, M.; GARCIA, J. S.; GUEVARA-CASTILLO, M. Redes sociales y marketing viral: repercusión e incidencia en la construcción de la agenda mediática. **Palabra Clave [online].** Colombia, vol.14, n.1, p.53-65, 2011.

OLIVEIRA, W. F.; MARTINHAGO, F.; MORAES, R. S. M. **Entendendo o processo da Reforma Psiquiátrica: a construção da rede de atenção à saúde mental.** Florianópolis: ABRASME, 2009.

VEIGA-NETO, A. Teoria e método em Michel Foucault (im)possibilidades. **Cadernos de Educação.** Pelotas [34]: 83 - 94, setembro/dezembro 2009.

_____. **Por que governar a infância?** In: RESENDE, H. (Org) Michel Foucault: o governo da infância. Belo Horizonte: Autêntica, 2015, p. 49-56.

_____. Educação e governamentalidade neoliberal: novos dispositivos, novas subjetividades. In: PORTOCARRERO, V.; BRANCO, G. C. **Retratos de Foucault.** Rio de Janeiro: Nau, 2000, p. 179-217.

VERAS, M. Da psicopatologia à patologia da vida cotidiana. In: VIÉGAS, L. S. et al. (Org.) **Medicalização da educação e da sociedade: ciência ou mito?** Salvador: EDUFBA, 2014, p. 191-200.

WADA-AMA/IOC (*World Anti-Doping Agency/International Olympic Committee*). Prohibited List: substances and methods prohibited in-competition. **World Anti-Doping Code**. International Standard for the Prohibited List. WADA, 2014. Disponível em: <<http://www.wada-ama.org>>. Acesso em: 10 jan. 2017.

WHITAKER, R. Transformando crianças em pacientes psiquiátricos: fazendo mais mal do que bem. In: CAPONI, S.; VÁSQUEZ, M. F.; VERDI, M. (Org). **Vigiar e medicar**: estratégias de medicalização da infância. LiberArs: São Paulo, 2016, p. 13-28.

_____. **Anatomía de una epidemia**: medicamentos psiquiátricos y el asombroso aumento de las enfermedades mentales, Trad. J. Manuel Álvarez. Madrid: Capitán Swing, 2011.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM CIÊNCIAS
HUMANAS/ DOUTORADO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Em acordo com a Resolução CNS 466/2012)

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa: **Medicalização da infância: estudo sobre o diagnóstico do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) em crianças da rede estadual de ensino de Florianópolis.** Esta pesquisa será realizada pela doutoranda Fernanda Martinhago, discente do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas.

Explicações da pesquisadora sobre a pesquisa:

1. **Justificativa e objetivo da pesquisa:** O principal objetivo é analisar o processo de identificação de sintomas e diagnósticos do TDAH realizados pelos professores e familiares em crianças de uma escola pública de Florianópolis. Este estudo possibilitará aos professores ampliar o conhecimento sobre o TDAH e refletir sobre a prática em relação as dificuldades de lidar com os estudantes em sala de aula.
2. **Procedimento de coleta de informações:** Se você concordar em fazer parte desta pesquisa, você participará de um encontro na escola com os demais professores participantes, no qual se discutirá o TDAH, e no final será aplicado um questionário sobre o tema. Você também poderá ser convidado a participar de uma entrevista com a pesquisadora que fará perguntas sobre o cotidiano em sala de aula com as crianças que apresentam sintomas do TDAH.
3. **Riscos:** Durante a pesquisa você poderá sentir algum desconforto, como timidez, ansiedade e constrangimento, ao falar sobre suas dificuldades em sala de aula. A

pesquisadora tentará evitar qualquer desconforto, mas caso isto ocorra, tende a ser passageiro e a pesquisadora estará, a todo momento, disponível a ajudá-lo com estes sentimentos, inclusive após o término da pesquisa.

4. **Benefícios:** Ao participar da pesquisa você será escutado com respeito e consideração, assim como você também poderá escutar e aprender com os demais participantes. O relato de sua experiência trará conhecimentos importantes sobre a prática cotidiana com as crianças com sintomas de TDAH.
5. **Sigilo e anonimato:** Ao participar da pesquisa você terá garantido o sigilo e privacidade em todas as etapas da pesquisa. Você também não será identificado em qualquer publicação que esta pesquisa possa resultar.
6. **Custos e indenização:** Para participar da pesquisa você não terá custos, ou seja, sua participação será gratuita e voluntária. O pesquisador garantirá indenização a qualquer dano decorrente da pesquisa.
7. **Esclarecimentos:** Você será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento, sem penalização ou prejuízo ao seu tratamento ou benefícios. Saliento que este TCLE atende a Resolução 466/2012 e suas complementares, bem como este projeto tem avaliação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC (CEP/UFSC), com seu endereço no Prédio Reitoria II, na rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC. Contato pelo telefone (48) 3721-6094 ou pelo email: cep.propesq@contato.ufsc.br. Este documento TCLE será impresso em duas vias assinadas e rubricadas, ficando uma em poder do participante. Em caso de dúvida fazer contato com as pesquisadoras principal e responsável: Fernanda Martinhago, domiciliada na rua Itapiranga, 156, apto 802A, bairro Itacorubi, Florianópolis/SC. Contato pelo celular (48) 9936-1440 e/ou email: martinhagofernanda@gamil.com e Sandra Caponi, domiciliada na rua Esteves Junior, 605, apto 1414, Centro Florianópolis/SC. Contato pelo (48) 9119-7821 e/ou email: sandracaponi@gmail.com.

Eu, _____ fui informado(a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e mudar minha decisão, se assim eu desejar.

Declaro que concordo em participar dessa pesquisa. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Florianópolis, _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura da pesquisadora
Fernanda Martinhago

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DE PESQUISA

Questionário de pesquisa	
Dados do participante:	
Nome (facultativo):	M F
Formação:	
Quanto tempo trabalha como professor(a):	
Informações sobre Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH):	
1- O que você compreende por TDAH?	
2- Há alguma criança em sua sala de aula com TDAH ou com suspeita de TDAH?	
Sim Não	
No caso de sim, descreva se é menino e/ou menina e a idade:	
3-Quais comportamentos identificam nestas crianças?	
4- Quais os fatores que você considera que geram estes comportamentos?	
5- Como as crianças com TDAH afetam a dinâmica das aulas?	
6- Como é a dinâmica familiar em que convive estas crianças? Como é o contexto social que ela está inserida?	
7- Como você pensa que se poderia intervir?	
8- Existe alguma política na escola, algum plano direcionado aos estudantes com TDAH?	
9- Como a escola poderia intervir?	

APÊNDICE C - ESQUIZOFRENIA NA INFÂNCIA

ESQUIZOFRENIA NA INFÂNCIA

Durante a investigação no campo virtual, encontrei dados que considero inesperados sobre a esquizofrenia na infância. Até o momento, a esquizofrenia nesta fase da vida foi considerada uma patologia rara e parece que as mesmas estratégias utilizadas para disseminar transtornos mentais em crianças, como ocorreu com o TDAH, começam a aparecer divulgando os sintomas da esquizofrenia na infância.

Em alguns sites, configurados como informativos ou manuais sobre a infância para pais, encontrei temáticas como esta (site do México²³): “Esquizofrenia infantil: Cómo detectar la esquizofrenia en los niños”. Esta matéria está divulgada na internet em vários idiomas e, obviamente, é acessada em diversos países. Nesses sites, aparecem de modo informativo os sintomas detalhados da esquizofrenia na infância. Nos comentários sobre esta matéria do site mexicano, os familiares relatam a identificação destes comportamentos em seus filhos e netos, conforme os exemplos a seguir:

*Tengo una **nietecita** de casi **2 años** que cambia de carácter fácilmente si juega polota Iminuto enseguida llora a gritos se tambalea al caminar después de llorar se enoja fácilmente a esta edad no agarra el biberón sola duerme muy poco desde que nació a veces se quiere menear ymenear y nos agarra de la mno dando vueltas y vueltas avienta los juguetes las cosas y siempre le gusta traer algo en la mano y a veces nos mira de reojo no puede caminar bien menos correr camina como sino tuviera equilibrio.le agradecería me contestara (A.M.13/01/2016)..*

*hola tengo un **nene de 4 años**, hace un año que empezo con un comportamiento distinto al que tenia, cada vez la situacion es peor, se hace encima, no distingue cuando se hice caca, tiene ataques de nervios, es agresivo con personas que antes adoraba, ultimamente no sabe decosas que ya las tenia por aprendidas como por ej: agarrar un tenedor, debido a esto no quiere comer si no lo obligas o tenes que enseñarle a agarrar los cubiertos, dice que ve cosas, como personas, o muchas veces pregunta porque se mueven las sillas cuando todo esta quieto, a veces se da cn niños otras veces los rechaza, rompe las cosas como si quisiera hacer daño, a veces lo llamas y tenes que llamarlo como 3 veces hasta que entiende que le hablas a el, si lo regañas o le pegas por algo que hizo mal, es de cuenta que nopaso nada, empezó a tartamudea y asi como un monton de cosas mas. quisiera saber que consejo me dan, lo lleve a una psicologa y dijo que todo es producto de ATENCION pero yo ya no lo veo asi. espero que me ayuden. Gracias (D. 06/10/2015).*

²³ Disponível em http://www.guiainfantil.com/salud/cuidadosespeciales/la_esquizofrenia_infantil.htm. Acesso em: 11 jul. 2016.

Assim como os relatos acima, há muitos outros em que os familiares identificam a esquizofrenia em crianças com menos de 5 anos de idade, contradizendo a literatura, pois seriam casos raros, já que a esquizofrenia começa a manifestar sinais depois dos dezesseis anos de idade.

Além desses sites, foi encontrado no campo virtual o documentário “Diagnóstico: Niña Esquizofrenica²⁴”. Veiculado pela Discovery Channel, publicado em 13 de outubro de 2012, para ser acessado pelo YouTube e está classificado na categoria educação. Até a presente data (19/04/2017), constava no site 4.764.366 visualizações.

O documentário conta a história de um casal, cujo bebê já havia sido diagnosticado com esquizofrenia e mostra como é possível identificar a patologia desde o nascimento. A criança no documentário está com sete anos, apresenta comportamentos que são considerados alucinações, ideias delirantes e uma violência incontrolável. O irmão da criança com esquizofrenia é diagnosticado com autismo. A história retrata como é o dia a dia da família e, principalmente, o tratamento medicamentoso. No final do documentário, os pais encontram na associação de apoio para crianças com esquizofrenia muitos outros casos semelhantes, onde todos recebem orientações e suporte para seguir suas vidas com filhos diagnosticados com tal transtorno mental. O documentário deveria ser questionado pelas cenas da criança que parecem ser peculiares à infância.

Mediante esses dados, acredita-se que, assim como ocorreu com o TDAH, as informações, ditas educativas, são divulgadas no campo virtual com intuito de proliferar diagnósticos falso-positivos da esquizofrenia na infância, promovendo um contágio social da patologia. Parece que esse é o novo investimento da indústria farmacêutica junto à medicina (psiquiatria/neurologia) para expandir os diagnósticos de transtornos mentais na infância. Portanto, saliento que esta é uma temática que necessita urgentemente ser investigada.

²⁴ Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=c2N2uvHVpxk>> Acesso em: 12 jul. 2016