



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE HISTÓRIA**

ÂNGELA MARIA ROSSETTI

**GESTÃO NO “MUNDO DA LUA”:
O Discurso Médico-Psiquiátrico sobre o TDAH na
Imprensa Leiga (1998-2013)**

**Florianópolis
2013**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
DEPARTAMENTO DE HISTÓRIA**

Ângela Maria Rossetti

**GESTÃO NO “MUNDO DA LUA”:
O Discurso Médico-Psiquiátrico sobre o TDAH na
Imprensa Leiga (1998-2013)**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Departamento de
História da Universidade Federal de
Santa Catarina, como requisito parcial
para obtenção do Título de Licenciado
e Bacharel em História.

Orientadora: Prof^a. Renata Palandri Sigolo Sell, Dra.

Florianópolis
2013



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
COLEGIADO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM HISTÓRIA

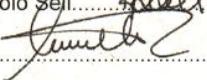
ATA DE DEFESA DE TCC

Aos vinte e nove dias do mês de novembro do ano de dois mil e treze, às dez horas, no Laboratório de História, Saúde e Sociedade do Departamento de História, Centro de Filosofia e Ciências Humanas – Universidade Federal de Santa Catarina, reuniu-se a Banca Examinadora composta pela Professora Renata Palandri Sigolo Sell, Orientador e Presidente, pela Professora Sandra Caponi, Titular da Banca, e pelo Doutorando Oscar Gallo Vélez, Suplente, designados pela Portaria nº66/HST/13 do Senhor Chefe do Departamento de História, a fim de arguirem o Trabalho de Conclusão de Curso da acadêmica **Ângela Maria Rossetti**, subordinado ao título: **“Gestão no Mundo da Lua: o discurso médico-psiquiátrico sobre o TDAH na imprensa leiga (1998 – 2013)”**. Aberta a Sessão pela Senhora Presidente, a acadêmica expôs o seu trabalho. Terminada a exposição dentro do tempo regulamentar, a mesma foi arguida pelos membros da Banca Examinadora e, em seguida, prestou os esclarecimentos necessários. Após, foram atribuídas notas, tendo a candidata recebido da Professora Renata Palandri Sigolo Sell, a nota final **10**, da Professora Sandra Caponi, a nota final **10**, e do Doutorando Oscar Gallo Vélez, a nota final **10**, sendo aprovada com a nota final **10**. A acadêmica deverá entregar o Trabalho de Conclusão de Curso em sua forma definitiva, impresso de acordo com as normas da Biblioteca Universitária e em formato digital, ao Departamento de História, até o dia seis de dezembro de dois mil e treze. Nada mais havendo a tratar, a presente ata será assinada pelos membros da Banca Examinadora e pela Candidata.

Florianópolis, 29 de novembro de 2013.

Banca Examinadora:

Prof.a Renata Palandri Sigolo Sell.....

Prof.a Sandra Caponi.....

Doutorando Oscar Gallo Vélez.....

Candidata Ângela Maria Rossetti.....

Ao Lucas, meu estímulo diário.
À minha família.

AGRADECIMENTOS

A Lucas, pelo sorriso incondicional e singelo.

A Moacir Martins da Silva Jr, pelo companheirismo e apoio constantemente renovados.

À Juvita Koempfer, Ana Paula Rossetti e Carlos Alberto Rossetti pelo eterno laço de amor e ternura.

À Renata Palandri Sigolo Sell, que orientou este trabalho de forma atenciosa, me indicando caminhos possíveis.

À Marta Martins da Silva e Maria Cristina Tezza pelo constante estímulo e carinho.

À Juliana Zanini pelo carinho, amizade e sensibilidade sempre presentes.

À Márcia Valério e Miriam Machado, companheiras da jornada universitária, e a todos (as) colegas que participaram dessa caminhada.

À Marília Mezzomo Rodrigues pelas conversas marcantes e saborosas.

Aos professores que marcaram minha formação acadêmica, notadamente Prof. Dr. Hermetes Reis de Araújo.

Aos funcionários da Biblioteca Pública do Estado de Santa Catarina, sempre atenciosos e dispostos em colaborar.

Mas a ciência tem o inefável dom
de curar todas as mágoas; o nosso
médico mergulhou inteiramente no
estudo e na prática da medicina.

Foi então que um dos recantos
desta lhe chamou especialmente a
atenção - o recanto psíquico, o
exame de patologia cerebral.

[...] Conquanto as lágrimas de D.

Evarista fossem abundantes e
sinceras, não chegaram a abalá-lo.

Homem de ciência, e só de ciência,
nada o consternava fora da ciência;

e se alguma coisa o preocupava

naquela ocasião, se ele deixava

correr pela multidão um olhar

inquieta e policial, não era outra

coisa mais do que a ideia de que

algum demente podia achar-se ali

misturado com a gente de

juízo.[...].

(Machado de Assis – O Alienista)

RESUMO

O presente trabalho objetiva dar visibilidade a um fenômeno relativamente recente em nossos dias que é a caracterização médica-psiquiátrica do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade – o TDAH. Este teve seu diagnóstico assente em um discurso neurobiológico a partir de sua inserção no DSM-IV, de 1994, que o definiu como um transtorno de ordem neural e genético. Assim designado, tal diagnóstico permitiu doravante a instauração de uma terapêutica medicamentosa para os quadros considerados passíveis de intervenções. No sentido de “desnaturalizar” tal diagnóstico, o estudo ora apresentado procura problematizar alguns elementos que o engendram, com intenção de apontar as condições históricas que possibilitaram seu aparecimento e alguns desdobramentos que acompanham o movimento no qual está inserido.

Palavras-chave: TDAH. Ritalina. Neurociências. Psiquiatria. Neuro-Imageamento.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABDA	– Associação Brasileira do Déficit de Atenção
ABP	– Associação Brasileira de Psiquiatria
AMA	– Associação Médica Americana
ANVISA	– Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APA	– Associação Psiquiátrica Americana
CFP	– Conselho Federal de Psicologia
DSM	– Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais
GEDA	– Grupo de estudos de déficit de atenção
IRM	– Imageamento por Ressonância Magnética
OMS	– Organização Mundial da Saúde
ONU	– Organização das Nações Unidas
PET	– Tomografia por Emissão de Pósitrons
SBP	– Sociedade Brasileira de Pediatria
TC	– Tomografia Computadorizada
TDAH	– Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	17
1 O CONTEXTO DAS CIÊNCIAS BIOMÉDICAS	21
1.1 A CONSTRUÇÃO DA RACIONALIDADE CIENTÍFICA MODERNA.....	22
1.2 A RACIONALIZAÇÃO DA SAÚDE ATRAVÉS DO DISCURSO MÉDICO	26
1.3 MEDICALIZAÇÃO DA VIDA COTIDIANA: A INFLUÊNCIA DO DISCURSO “AUTORIZADO”	28
2 REGIÕES LIMÍTROFES: O TDAH ENTRE A NORMALIDADE E A PATOLOGIA	37
2.1 TDAH: UMA CARTOGRAFIA DIAGNÓSTICA	41
2.2 A CONSOLIDAÇÃO DO DIAGNÓSTICO MÉDICO-PSIQUIÁTRICO DO TDAH	50
2.3 A DEFINIÇÃO “CIENTÍFICA” E “NEUTRA” DO TDAH	57
3 O DISCURSO MÉDICO-PSIQUIÁTRICO SOBRE O TDAH NA IMPRENSA LEIGA (1998-2013)	65
3.1 DEMANDAS SOCIAIS, SOLUÇÕES EMPRESARIAIS. TDAH: NORMALIZAÇÃO E LUCRO ECONÔMICO	67
3.2 EM BUSCA DO MARCADOR BIOLÓGICO	80
3.3 CONSIDERANDO DISCURSOS, ENQUADRANDO PRÁTICAS: NEUROBIOLOGIZAÇÃO DO COMPORTAMENTO?.....	89
CONSIDERAÇÕES FINAIS	97
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	101
ANEXO 1 - TDAH No Manual Estatístico Diagnóstico de Transtornos Mentais – DSM-IV	111

INTRODUÇÃO

Com a crescente difusão do discurso científico e tecnológico no âmbito social contemporâneo presenciamos uma popularização cada vez maior de descrições biológicas para aspectos outrora concebidos como sociais, mentais ou comportamentais. Em grande medida, isso é possível pelo desenvolvimento das atuais neurociências que permitiram fundir em uma disciplina de teor fisicalista a psiquiatria e a neurologia, buscando estabelecer em bases científicas o que tradicionalmente havia sido concebido com referência ao psicológico ou psicossocial.¹

Este movimento é tributário do desenvolvimento das tecnologias de neuro-imageamento que a partir da década de 1970 permitiu disponibilizar para o campo biomédico imagens anatômicas da estrutura cerebral *in vivo*, com propósitos diagnósticos.² A Tomografia Computadorizada (TC), o Imageamento por Ressonância Magnética (IRM) e a Tomografia por emissão de Pósitrons (PET) foram determinantes para a reorganização da atual psiquiatria e alargaram sobremaneira seu campo de atuação, permitindo a esta, por conseguinte, procurar abordar os problemas considerados de ordem mental a partir de seu substrato orgânico, bem como possibilitaram incluir em seu arcabouço investigativo o estudo das emoções, sentimentos, comportamentos.³

Este desenvolvimento biotecnológico conjugado à pesquisas na área da bioquímica cerebral e o desenvolvimento da psicofarmacologia, configuram o décor do atual exercício no campo médico-psiquiátrico, mas, a despeito de suas premissas e dos enormes investimentos financeiros destinados à pesquisas com intenção de descobrir as bases neurobiológicas dos transtornos psiquiátricos, até o presente momento inexistem resultados conclusivos que possibilitem e autorizem o diagnóstico por imagem de nosografias de comportamentos rotulados como patológicos.⁴

Inserido neste contexto está o processo de constituição científica do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade – o TDAH – assim

¹ EHRENBURG, Alain. **Le sujet cérébral**. Revue Esprit. Paris, 2004.

² ORTEGA, Francisco. **O corpo incerto**: corporeidade, tecnologias médicas e cultura contemporânea. Rio de Janeiro: Garamond, 2008.

³ EHRENBURG, A. Op. cit.

⁴ VENTURI, Camilo. **Entre crânios analógicos e imagens digitais**: alguns antecedentes históricos e culturais das tecnologias de neuroimageamento. Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2007.

conhecido desde sua inserção na 4ª edição do DSM, de 1994. Simultaneamente à emergência desta categoria diagnóstica que identifica crianças impulsivas e agitadas ou com dificuldade de concentração como portadoras de tal transtorno, surgiu o psicoestimulante metilfenidato – conhecido por seus nomes comerciais: a Ritalina, comercializado no Brasil a partir de 1998, e seu similar, o Concerta, lançado no país em 2004⁵ - indicado para o tratamento dos casos diagnosticados com o transtorno.

O discurso psiquiátrico criado em torno do TDAH atribui o problema às condições médicas desencadeadas por causas biológicas. Esta explicação acaba sancionando uma intervenção terapêutica medicamentosa, que é o tratamento com o metilfenidato acima mencionado. Para os defensores deste diagnóstico, o TDAH é uma condição médica neuropsiquiátrica, inscrita na anatomia cerebral, que nada tem a ver com fatores ambientais e sociais, donde a necessidade do tratamento com o psicofármaco.⁶

A Ritalina é o psicoestimulante mais consumido do mundo. Segundo um relatório da ONU de 2008, sua produção global passou de 2,8 toneladas no ano de 1990, para praticamente 38 toneladas em 2006, ou seja, um crescimento de mais de 1200%.⁷ No caso do Brasil, seu consumo passou de 23 Kg no ano de 2000, para 317 Kg em 2006.⁸ Dados referentes ao ano de 2011 apontam que os EUA produziu até setembro do referido ano mais de 55 toneladas, e o Brasil 740 Kg.⁹ Em termos de consumo, depois dos EUA o Brasil é o país que mais utiliza a Ritalina. Em 2000 foram 70.000 caixas vendidas, em 2009 o consumo chegou a 1.7000.000 caixas.¹⁰

Assente em uma abordagem neurocientífica, o TDAH tornou-se uma categoria diagnóstica totalmente vinculada à Ritalina. Inicialmente considerado um transtorno infantil, em meados de 2000, o mesmo

⁵ ITABORAHY, Cláudia. **A ritalina no Brasil**: uma década de produção, divulgação e consumo. Dissertação mestrado IMS/UERJ, 2009. p. 38.

⁶ CALIMAN, Luciana. **A constituição sócio-médica do “fato TDAH”**. Psicologia & Sociedade. Florianópolis: 2009, v.1, n.1. p. 140.

⁷ ORTEGA, Francisco et al. **A ritalina no Brasil**: produções, discursos e práticas. Interface. Comunicação, saúde, educação. V.14, n. 34, p.499-510, jul/set. 2010. p. 500.

⁸ ITABORAHY, C. Op. cit. p. 08.

⁹ RICHTER, Bárbara R. **Hiperatividade ou indisciplina?** O TDAH e a patologização do comportamento desviante na escola. Dissertação de mestrado em educação e ciência. UFRGS. 2012. p. 38.

¹⁰ Globo News. Edição das 10h. Globo vídeos – **O Brasil é o segundo maior consumidor mundial de ritalina**. 29/11/2010. Disponível em <<http://www.youtube.com/watch?v=MTFOb2bLjLA>>. Acesso em 26 ago. 2013.

passou a ser concebido como desordem que atinge também adultos, os quais trariam o transtorno desde a infância, um quadro crônico e de importância considerável, o que levou a uma relevante expansão diagnóstica do problema como também à adesão ao tratamento medicamentoso por muitos outros.

Além do uso propriamente terapêutico, o metilfenidato tem sido largamente utilizado para o aprimoramento cognitivo, sendo inclusive conhecido como “droga para turbinar o cérebro”. Este uso visa prioritariamente a melhoria da *performance* profissional e cognitiva, aumentando significativamente o desempenho intelectual.¹¹ Como a Ritalina é um estimulante do sistema nervoso central, seu uso promove a otimização e o desempenho das funções executivas cerebrais, auxiliando em atividades que demandam atenção e concentração.

Estes dados permitem vislumbrar alguns elementos que constituem a rede em que está entrelaçado tanto o diagnóstico psiquiátrico do TDAH quanto o uso do metilfenidato. Neste sentido, o presente trabalho tem como intenção apontar – nos limites respeitantes à produção deste - o entrelaçamento de algumas esferas envolvidas nesta complexa questão que conjuga controle, normalidade, interesses econômicos e políticos diversos, e indicar as bases sobre os quais estão erguidos os discursos oriundos do campo médico-psiquiátrico, que estão longe de serem neutros e despretensiosos. Infelizmente, por ora não será possível considerar outras perspectivas acerca da questão, que certamente mereceriam ser devidamente consideradas e enriqueceriam sobremaneira a presente pesquisa.

O trabalho é composto por três capítulos. O primeiro, intitulado “O contexto das ciências biomédicas” discorre sobre o modelo de racionalidade científica instaurada pela modernidade ocidental, que visou assentar em parâmetros objetivos a construção de conhecimentos acerca do mundo e da vida, e tornou-se matriz de inteligibilidade para o desenvolvimento das biociências posteriores. Neste movimento, o discurso e a prática considerados científicos, foram sendo revestidos de um valor de verdade e passaram a gozar um *status* social, na medida em que seus discursos se apresentam como “autorizados”, “neutros” e “objetivos”. Este paradigma abarca a constituição das inúmeras biociências existentes em nossa sociedade, estando na base da atual reconfiguração da psiquiatria de orientação biológica. Este capítulo

¹¹ ORTEGA, Francisco e BARROS, Denise. **Metilfenidato e aprimoramento cognitivo farmacológico**. Revista Saúde. São Paulo, v. 20, n 2, 2011. p. 350-362.

também almeja apontar alguns desdobramentos desta racionalidade no âmbito social e algumas implicações aí engendradas.

O segundo capítulo “Regiões limítrofes: o TDAH entre a normalidade e a patologia” pretende problematizar a existência médico-psiquiátrica do TDAH, apontando seu surgimento, desdobrando sua “história oficial”, e indicando alguns interesses envolvidos nesta constituição. Neste espaço, procura-se igualmente esboçar alguns determinantes sociais e culturais que recorrentemente estão na base das formulações de categorias biomédicas.

O último capítulo busca analisar como o discurso médico-psiquiátrico sobre o TDAH aparece na imprensa leiga brasileira, o conteúdo veiculado por esta modalidade discursiva e as características desta publicação. Para tanto, prevaleceu a escolha de trabalhar com as publicações do Jornal Folha de São Paulo, por este apresentar o maior número de reportagens sobre o assunto em relação aos outros periódicos nacionais, como também pelo seu alcance junto aos leitores. O período analisado foi de 1998, ano em que segundo a ANVISA, foi autorizada a comercialização do metilfenidato no Brasil, até agosto de 2013, data limite da pesquisa.

Assim como os anteriores, este capítulo apresentou a necessidade de dividi-lo, porém aqui, o procedimento não foi sem hesitações, pois os elementos apresentados durante os 14 anos de publicações sobre o assunto configuram um todo indissociável. Entretanto, por questões metodológicas, o capítulo foi dividido em três partes, que contemplam três importantes dimensões dos enunciados acerca do TDAH, que devem ser compreendidos em sua totalidade, uma vez que os mesmos estão intrinsecamente relacionados entre si e impassíveis de separação.

1 O CONTEXTO DAS CIÊNCIAS BIOMÉDICAS

A avalanche de avanços oriundos das ciências biomédicas em nossos dias e o crescente desenvolvimento da área biotecnológica têm promovido uma verdadeira transformação não só na compreensão acerca do funcionamento da vida, do corpo e do cérebro, como também a possibilidade interventiva que integra o atual exercício da atividade nas biociências. Entretanto, esses saberes, desenvolvimentos e tecnologias, extrapolam em muito o campo estritamente biomédico, dizendo respeito a toda conjuntura sociocultural contemporânea.

Com a difusão crescente do discurso científico e tecnológico na esfera social, que busca transpor os limites da experiência humana, visando, no limite, a manipulação da vida em sua realidade biológica, nos deparamos com uma popularização cada vez maior de descrições biológicas para aspectos outrora concebidos como sociais, mentais, comportamentais ou relacionais. É notório o esforço financeiro e intelectual despendido atualmente no campo da saúde mental, objetivando o avanço de pesquisas com intenção central de descobrir as bases neurobiológicas de transtornos considerados de ordem cerebral, prática resultante da relação cada vez mais estreita entre a ciência, a indústria e interesses econômicos.¹²

Apesar dos esforços atuais no sentido de localizar os marcadores biológicos de transtornos psiquiátricos – saga incessante almejada pela área médica-psiquiátrica - até o presente momento, inexistem resultados conclusivos que possibilitem e autorizem o diagnóstico por imagem de nosografias de comportamentos rotulados como patológicos.¹³ Malgrado a impossibilidade de marcar cerebralmente tais transtornos, o desenvolvimento de novas tecnologias como a TC (Tomografia

¹² MARTINS, Hermínio e GARCIA, José Luís. **O ethos da ciência e suas transformações contemporâneas, com especial atenção à biotecnologia.** Revista *Scientiae studia*. São Paulo, v.7, n.1, p.83-104, 2009.

¹³ Para a problematização do poder que reveste os discursos de neuroimagens com intenção diagnóstica no campo da saúde mental, ver interessante trabalho de VENTURI, Camilo. **Entre crânios analógicos e imagens digitais:** alguns antecedentes históricos e culturais das tecnologias de neuroimageamento. Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2007. Neste, o autor busca elucidar as possibilidades sócio-históricas que permitiram a emergência de um neo-localizacionismo cerebral na contemporaneidade, bem como o valor de verdade que este tipo de tecnologia de imageamento possibilita promover no discurso científico e leigo. Ver também: ZORZANELLI, Rafaela e ORTEGA, Francisco. **Corpo em evidência:** a ciência e a redefinição do humano. Rio de Janeiro: Ed. Civilização Brasileira, 2010.

Computadorizada), a IRM (Imageamento por Ressonância Magnética) e o PET- *scan* (Tomografia por Emissão de Pósitrons) contribuíram sobremaneira para a definição da doença mental como um defeito biológico, possibilitando às novas tecnologias de imageamento transformarem-se no “santo graal” da psiquiatria contemporânea.¹⁴

De acordo com Alain Ehrenberg, a atual psiquiatria encontra-se vinculada à neurologia, configurando uma disciplina de teor fiscalista no bojo do movimento do que o sociólogo denomina de “programa forte” das neurociências, empreendendo estabelecer em bases científicas o que tradicionalmente foi concebido a partir de um referencial psicológico ou psicossocial.¹⁵ Como veremos, a busca por parâmetros “objetivos” e “científicos” nas biociências faz parte do paradigma da racionalidade científica ocidental desde seu estabelecimento enquanto tal.

1.1 A CONSTRUÇÃO DA RACIONALIDADE CIENTÍFICA MODERNA

O modelo de racionalidade biomédico nascido na modernidade tornou-se matriz de inteligibilidade científica e forneceu a diversos ramos das biociências contemporâneas seus modelos e metodologias de construção de conhecimentos e aplicabilidades. Em nossa sociedade, o discurso considerado científico goza de um *status* e de um valor de verdade que beira o irrefutável; isso se torna problemático, na medida em que a crença irrefletida na ciência tende a naturalizar este tipo de discurso, desconsiderando-o enquanto produção social, em grande medida subordinado a interesses privados, econômicos e políticos.¹⁶ Existe igualmente a tendência de desconsiderar os efeitos que o saber científico pode ter sobre nosso estilo de vida, nossas inter-relações, bem como ao próprio entendimento do que é “ser humano”.

Pensando na constituição histórica da medicina moderna torna-se necessário marcar seu nascimento e o tipo de racionalidade por ela instaurada. A constituição do modelo biomédico centrado na anatomia patológica foi produto de um deslocamento epistemológico e clínico operado na disposição do saber médico que passou de uma arte de curar

¹⁴ ORTEGA, Francisco. **O corpo incerto**: corporeidade, tecnologias médicas e cultura contemporânea. Rio de Janeiro: Garamond, 2008. p. 142.

¹⁵ EHRENBURG, Alain. **Le sujet cérébral**. Revue Esprit. Paris, 2004. p.130-155.

¹⁶ Para uma crítica à noção de progresso e ciência, e a problematização de seus efeitos sociais, consultar: DUPAS, Gilberto. **O mito do progresso**. São Paulo: Editora UNESP, 2006.

indivíduos doentes para uma disciplina das doenças, que teve início no Renascimento, ganhando sua configuração formal no início do século XIX, quando a medicina transformou-se em ciência empírica e gerou conhecimentos tornados científicos.¹⁷ Esta medicina baseou-se na observação, e, criando novos objetos, métodos, conceitos, criticou veementemente seu passado predominantemente teórico e filosófico. Até finais do século XVIII, a medicina era estruturada pela visão humoralista do processo de saúde-doença, possuindo seus equivalentes terapêuticos (sangrias, purgantes, vesicatórios) em conformidade com a então utilizada teoria dos humores, paradigma médico dominante desde o século V a.C.¹⁸

A partir do início do século XIX, uma mudança de perspectiva se produz na medicina ocidental: uma nova concepção de doença torna-se a categoria central do saber e da prática médica, transformando a medicina em uma ciência das doenças.¹⁹ Nesta operação, ocorreu uma dupla objetivação: “do corpo humano que se torna a sede das doenças, e das doenças que se tornam entidades patológicas”. Destarte, a anatomia e a patologia tornaram-se as bases da clínica moderna e foram erguidas pela observação, descrição e classificação das doenças no corpo humano, configurando o saber médico como disciplina das doenças, tendo sua clínica orientada pela anatomia patológica, ou seja, como prática de localização precisa e eliminação de doenças.²⁰

Haveria espaço para condicionantes sociais nesta modalidade de conhecimentos? Isso implicaria pensar no enraizamento político e social da razão científica? Madel Luz chama a Medicina de “disciplina do social” problematizando a inserção política e social da ciência e questionando seus pilares: “sua ‘neutralidade’ em face da história, e sua ‘independência’ em face das paixões do sujeito”.²¹ A autora evidencia historicamente o campo de objetivações que a medicina científica instaurou:

¹⁷ FOUCAULT, Michel. **O nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 7ª edição, 2011.

¹⁸ CAMARGO JR, Kenneth Rochel de. **A Biomedicina**. Physis: Revista Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 1997. p.48.

¹⁹ Ibidem, p.49.

²⁰ LUZ, Madel T. **Natural, racional, social**. Razão médica e racionalidade científica moderna. Rio de Janeiro: Campus, 1988. p. 86.

²¹ Ibidem, p. VIII. Interessa marcar, que com este livro, Luz busca elucidar as continuidades e rupturas que participaram da construção da racionalidade científica moderna, e, nesse sentido, se reconhece tributária do pensamento de Canguilhem, Bachelard e Foucault, os quais serviram de base para o desenvolvimento de suas pesquisas.

Os corpos humanos, decompostos em elementos constituintes; o funcionamento e a desagregação desses elementos; as relações dos seres humanos com estes corpos; as mentes humanas; os sentimentos humanos; a sexualidade humana; o sofrimento humano; a morte humana. E também o comportamento e as atitudes humanas em relação aos aspectos citados.²²

Cumprir destacar que o problema constituído pela objetivação promovida por esta racionalidade é a tendência a naturalizar o objeto que é cientificamente teorizado, com utilização de conceitos biologizantes em detrimento de aspectos sociais significativos que a medicina dispõe em seu discurso. Outrossim, a racionalidade científica moderna deposita na razão médica objetos provenientes do âmbito social, e com seu discurso, disciplina relações que são eminentemente sociais.

Em seu livro *O Nascimento da Clínica*²³, Michel Foucault evidenciou como a constituição de um saber próprio no regime da discursividade médica obedece a uma alteração mais ampla e geral que diz respeito à própria disposição dos saberes modernos. Se a medicina anterior – chamada por Foucault de medicina classificatória²⁴ – era fundada na história natural, a medicina clínica moderna buscou seus fundamentos na biologia, deste modo explicitando que a ruptura operada naquele período foi na própria positividade do saber. Segundo o autor, esta transformação foi possibilitada pela emergência da anatomia patológica, que a partir de Bichat e Broussais irá identificar a doença com a lesão, tornando-a realidade no corpo. É o próprio corpo tornando-se doente, donde não haver doença sem sede referencial materializada no físico, de acordo com os novos preceitos então estabelecidos pela medicina moderna.²⁵

²² Ibidem, p. 5.

²³ FOUCAULT, M. 2011. Op. cit.

²⁴ Em *O Nascimento da Clínica*, Foucault mostra como a concepção de doença na medicina classificatória era fundada no modelo taxionômico da história natural, ou seja, a doença era uma essência, independente do corpo do doente, e, nesse sentido, ela deveria ser classificada conforme a semelhança entre os sintomas apresentados. O “olhar” do médico não se dirigia ao corpo concreto, mas a intervalos de natureza. Um olhar que não procurava a base empírica da doença, mas a entendia em uma disposição na ordem das espécies. FOUCAULT, M. 2011. Op. cit. p. 6-7.

²⁵ Ibidem, p. 154-155.

Foucault também articulou o regime discursivo do terreno médico com o extra-discursivo composto por instituições como a família, o hospital e a escola sublinhando assim o caráter estratégico de constituição desses espaços e os saberes formados a partir destes. Mostrou também como a medicina foi o primeiro campo da ciência que tomou o ser humano por objeto, e com seu conhecimento e sua institucionalização pôde atravessar e ocupar plenamente o espaço social a partir de então. Dessa forma, prepara-se o terreno para a medicalização da sociedade e da normalização de condutas orientadas para a adequação social. Nesse sentido, Foucault afirma:

Os anos anteriores e imediatamente posteriores à Revolução viram nascer dois grandes mitos, cujos temas e polaridades são opostos; mito de uma profissão médica nacionalizada, organizada à maneira do clero e investida, ao nível da saúde e do corpo, de poderes semelhantes aos que este exercia sobre as almas; mito de um desaparecimento total da doença em uma sociedade sem distúrbios e sem paixões, restituída à sua saúde de origem. A contradição manifesta de dois temas não deve iludir: tanto uma quanto a outra destas figuras oníricas expressam como que em preto e branco o mesmo projeto da experiência médica. Os dois sonhos são isomorfos: um, narrando de maneira positiva a medicalização rigorosa, militante e dogmática da sociedade, por uma conversão quase religiosa e a implantação de um clero da terapêutica; o outro relatando esta mesma medicalização, mas de um modo triunfante e negativo, isto é, a volatilização da doença em um meio corrigido, organizado e incessantemente vigiado, em que, finalmente, a própria medicina desapareceria com seu objeto e sua razão de ser.²⁶

Com o estudo das instituições, Foucault buscou destacar a determinação das estruturas de base da então nascente sociedade liberal ocidental que incide direta e pedagogicamente sobre o indivíduo, intervindo sobre seu corpo, normalizando comportamentos, fabricando condutas. O autor evidencia a impossibilidade de um saber neutro, na

²⁶ *Ibidem*, p. 34.

medida em que todo saber é fruto de relações de poder e atravessado pelos mais diversos interesses econômicos e sociais. Desta forma, o conhecimento só pode ganhar existência a partir de condições políticas concretas que permitem a formação de novos saberes e técnicas de controle e normalização sociais, daí o caráter estratégico possibilitado pelo estabelecimento das mais diversas instituições presentes no corpo social.²⁷

1.2 A RACIONALIZAÇÃO DA SAÚDE ATRAVÉS DO DISCURSO MÉDICO

Esse quadro histórico que alicerçou o saber e o fazer científico modernos desdobrou-se em inúmeras formações e especialidades técnicas, novos saberes e práticas que chegam aos nossos dias. Anne Marie Moulin nos diz que “a história do corpo no século XX é a de uma intervenção crescente da medicina, enquadrando os acontecimentos comuns da vida, deslocando os prazos e multiplicando as possibilidades”, observando igualmente que o domínio da medicina aumentou sobremaneira com “a extensão de suas intervenções fora do domínio da doença propriamente dita”.²⁸

Nas ciências médicas, a pesquisa no campo biológico e os avanços tecnológicos obtidos em algumas áreas, buscam apresentar-se como sinônimos de progresso. O desenvolvimento nas neurociências conjugado às novas tecnologias de visualização médica instituem novidades e alterações no quadro hodierno, redefinindo e reconfigurando a cada dia os saberes acerca da vida e ampliando as intervenções biotecnológicas já grandemente utilizadas no cenário atual.²⁹

²⁷ Estas problematizações acompanham Foucault ao longo de sua trajetória filosófica, e, serão posteriormente desenvolvidas e aprofundadas em seu projeto genealógico. Por ora, remeto à: FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979. FOUCAULT, M. **Ditos e Escritos I**. Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria, psicanálise. 3ª Ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

²⁸ MOULIN, Anne Marie. O corpo diante da medicina. In: CORBIN, Alain (et al). **História do corpo**: As mutações do olhar: O século XX. Vol. 03. Rio de Janeiro: Vozes, 2009. p. 79-80.

²⁹ AZIZE, Rogério. **A ordem cerebral e as “desordens” do cérebro**: uma etnografia da divulgação neurocientífica e da psiquiatria biológica. Trabalho apresentado na 26ª Reunião Brasileira de Antropologia, realizada em Porto Seguro, Bahia. Disponível em: <http://www.abant.org.br/conteudo/ANAIS/CD_Virtual_26_RBA/grupos_de_trabalho/trabalhos/GT%2019/rogerio%20lopes%20azize.pdf>.

O que assistimos na produção científica de nosso tempo abarca e conjuga resultados de vários campos além da biologia molecular, como a neurociência cognitiva, a biologia evolucionária, a genética do comportamento, a psicologia, a antropologia, a neurofarmacologia. Estas áreas do campo científico têm implicações sociais, políticas e culturais inquestionáveis na medida em que ampliam nosso conhecimento na busca da fonte de todo comportamento humano, e, por conseguinte, nossa possibilidade de manipulá-lo.³⁰

Com os diversos conhecimentos oriundos destas áreas, a razão técnica pretende agora oferecer “cura” aos mais variados problemas que concernem a existência. O fenômeno atual da medicalização social em níveis elevados evidencia o modo pelo qual a vida é apropriada pela área da saúde, especialmente pela medicina. A disseminação de novas doenças respeitantes a comportamentos e condutas cotidianas, bem como a produção incessante de novos fármacos pela indústria farmacêutica, colocam a necessidade premente de problematização ética acerca da saúde e da vida. Afinal, a prática de gestão comercial de esferas do mundo biológico concerne à sociedade como um todo, não devendo ser entendida exclusivamente na chave do “progresso” e do bem-estar, nem restringir-se à área biomédica.³¹

Gilberto Dupas observou que o homem contemporâneo, privado de um debate público que incluía a subjetividade, e da ação política decorrente, “se vê condenado a ser um consumidor de bens sociais normalizados, no qual a saúde foi transformada em objeto de consumo e o paciente, em cliente”, na medida em que a multiplicação de “máquinas de diagnosticar e curar industrializou e uniformizou as condutas médicas”.³²

É possível então perceber que no paradigma da medicina científica predominante em nossa sociedade, torna-se “legítimo” transformar conflitos sociais em questões puramente biológicas. Ao biologizar-se um problema, este torna-se “natural”, sem determinação social, isentando assim as instâncias nele envolvidas. Nesse contexto, problemas de ordem coletiva são muitas vezes deslocados para a esfera individual, bem como problemas políticos e sociais destinados ao campo médico. A intervenção médica enquanto dispositivo de controle social busca promover a limitação, regulação, modificação e eliminação das mais variadas “patologias” sociais em nome da saúde e do bem-estar.

³⁰ DUPAS, G. Op. cit.

³¹ Ibidem.

³² Ibidem, p. 183-184.

Destarte, a necessidade de se ampliar e promover o debate constitui-se como tarefa política e social premente, já que a medicina qualificada “é hoje impensável sem seus centros de pesquisa e seus hospitais universitários de alta tecnologia”.³³ Nesse sentido, a relevância do presente trabalho está em considerar a “máquina médica” contemporânea inserida no contexto de sua existência e de seu exercício, e, longe de desconsiderar os benefícios que nos são ofertados pelas áreas biomédicas, nem negar o valor que em muitas situações concretas a utilização de psicofármacos faz-se necessária, a proposição é de desconfiar dos discursos com pretensão à verdade, analisando sua economia interna em articulação com o entorno social do qual é dependente.³⁴

1.3 MEDICALIZAÇÃO DA VIDA COTIDIANA: A INFLUÊNCIA DO DISCURSO “AUTORIZADO”

A tentativa de reforma e de controle social do indivíduo não é algo novo na história da sociedade. A “engenharia social” constantemente buscou formular e pôr em prática os mais diversos dispositivos de normalização e enquadramento sociais, utilizando-se das mais variadas estratégias e espaços de sociabilidades. Porém, o inédito em nossa história é que hoje estes dispositivos extrapolam em muito os antigos – e ainda vigentes, sem dúvida – métodos de ortopedia social.

³³ PORTER, Roy. **Das tripas coração**: uma breve história da Medicina. Rio de Janeiro: Record, 2004. p. 186.

³⁴ Refiro-me aqui a constituição de discursos de verdades arrogadas pela ciência que se apresentam como o discurso autorizado e verdadeiro. Utilizo-me das análises foucaultianas acerca do discurso como vontade de verdade, elemento este que se tornou constituinte de legitimação dos discursos modernos com pretensão à cientificidade por meio de seu controle exercido reiteradamente: “suponho que em nossa sociedade a produção do discurso é ao mesmo tempo controlada, selecionada, organizada e redistribuída por certo número de procedimentos que têm por função conjurar seus poderes e perigos, dominar seu conhecimento aleatório, esquivar sua pesada e temível materialidade”. Para Foucault, a análise deve considerar as séries da formação efetiva do discurso: “procurar apreendê-lo em seu poder de afirmação, e por aí entendo não um poder que se oporia ao poder de negar, mas o poder de constituir domínios de objetos, a propósito dos quais se poderia negar ou afirmar proposições verdadeiras ou falsas. [...] Uma coisa deve ser sublinhada: 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. Rarefação e afirmação, rarefação, enfim, da afirmação e não generosidade contínua do sentido, e não monarquia do significante”. FOUCAULT, Michel. **A ordem do discurso**. Aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. São Paulo: Edições Loyola, 1996, 21ª edição. Respectivamente, p. 8-9, p. 69-70.

Existe atualmente a possibilidade de utilização de formas mais “sutis” de reforma e controle individuais afiançadas e promovidas pelo discurso e pelos avanços tecnocientíficos: trata-se da possibilidade de uma intervenção biotecnológica orientada a corrigir e normalizar os mais variados desajustes existenciais e inadequações comportamentais. A neurofarmacologia contemporânea, por exemplo, já dispõe de pílulas para uma vasta gama de mal-estares, prática inscrita na inserção de novas tecnologias disponíveis no mercado.³⁵

Atualmente, parece prevalecer a tendência pela busca de soluções imediatas para incômodos de toda ordem. O processo de medicalização da vida e do sofrimento em proporções generalizadas parece tender a banalizar e naturalizar os discursos pró-farmacológicos e a facilitar a adesão aos recursos provenientes da indústria farmacêutica.³⁶

O que torna criticável o discurso científico é o valor de autoridade do qual é revestido. “Discurso competente”, ele traz em si um caráter de objetividade e opera como valor de verdade implicando necessariamente a exclusão – ou no mínimo, desconsideração – de todos os outros discursos que não passam pelo seu estabelecido crivo de cientificidade, implicando que ao ser proferido, esta modalidade discursiva já possui em si o valor de verdade e o caráter de objetividade pregados pela ciência.³⁷ Este *status* parece imunizar a posição científica de possíveis objeções, muitas vezes não colocando em causa as condições de sua produção e os interesses econômicos, políticos e sociais nos quais os mesmos estão imbricados e o caráter tendencioso dos discursos que veiculam.

³⁵ Para a problematização do aspecto econômico das tecnociências da vida e a influência da biotecnologia na constituição de uma bioeconomia orientada para a reconfiguração, apropriação e gestão comercial do mundo biológico, consultar: GARCIA, José Luís. **Biotecnologia e biocapitalismo global**. Revista Análise Social. V. XLI (181), 2006. P. 981-1009.

³⁶ Para um aprofundamento crítico acerca da medicalização da existência e as implicações aí engendradas, ver: CAPONI, Sandra (et al.) **Medicalização da vida**: ética, saúde pública e indústria farmacêutica. Florianópolis: Ed. Unisul, 2010; ANGELL, Marcia. **A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos**. Rio de Janeiro/São Paulo: Editora Record, 2008.

³⁷ Jean Clavreul apontou que em nossa sociedade a ciência tornou-se sinônimo de verdade, e que a medicina, por invocar a ciência, se constitui em bastião resistente. Clavreul sugere falar da medicina como um discurso, que, enquanto tal, fabrica seu objeto – a doença. Neste sentido, assevera: “É, pois, o discurso médico que tornou possível a identificação mórbida, e não o contrário.”[...] “Falar da medicina como de um discurso nos permite não depender tão estreitamente da ideia de cientificidade que ela faz de si mesma.” CLAVREUL, Jean. **A Ordem Médica**: Poder e impotência do discurso médico. Rio de Janeiro: Brasiliense, 1983, p. 44 e 49, respectivamente.

Nesse sentido, o estatuto científico que reveste muitos discursos que transitam em nossa sociedade nos mais variados meios de comunicação, trazendo embutido seu “valor de verdade” produz consequências concretas no meio social, acarretando efeitos específicos de poder, já que os mesmos veiculam valores, delineiam condutas, prescrevem normas, classificam e interferem nos comportamentos.³⁸

Neste cenário de práticas e discursos, a tentativa é apontar, sucintamente, a elaboração, veiculação e distribuição dos discursos médicos acerca de problemas – agora transformados em doenças – ligados à constituição mental/psíquica do humano, para questionar seu valor de verdade, e indicar sua intrínseca ligação aos mais variados interesses e não lê-los ingenuamente como tradução das mais puras verdades e certezas adquiridas por supostos avanços da área médica-tecnológica.

Evidencia-se aqui a filiação teórica e metodológica aos trabalhos genealógicos de Michel Foucault, que reiteradamente buscou dar visibilidade às relações de força que possibilitam emergir práticas e saberes em determinados contextos históricos, com poder de produção de novos modelos de verdade e instauração de novas práticas sociais.³⁹

³⁸ Para uma problematização contemporânea que relaciona alguns discursos científicos e o alcance prático dos mesmos, consultar: PASSOS, Izabel C. F. (org.) **Poder, normalização e violência**: incursões foucaultianas para a atualidade. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2008.

³⁹ Refiro-me a alguns trabalhos de Foucault posteriores à 1973, quais sejam: FOUCAULT, M. **O poder psiquiátrico**. São Paulo: Martins Fontes, 2006; **Os anormais**. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010; **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009; **História da sexualidade I**: A vontade de saber. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2007. Nestes trabalhos, o filósofo evidencia sua percepção de como as tecnologias de normalização são parte indispensável da criação, classificação e controle das anormalidades existentes no corpo social. Foucault observou que o desenvolvimento deste controle e poder sobre a vida na sociedade capitalista moderna – o qual chamou de biopoder – nasceu juntamente com a proliferação das próprias categorias de anomalias, as quais as tecnologias de poder e saber teriam por função eliminar e corrigir. Em outras palavras, a normalização assim funcionaria através da criação de anormalidades, as quais as tecnologias do biopoder deveriam tratar e reformar. As tecnologias políticas da vida avançariam a partir de problemas políticos concretos convertendo-os em linguagem científica, que seria pretensamente “linguagem neutra”, tirando-as do discurso político. Deste modo, os problemas evadem do campo político e tornam-se problemas técnicos, que podem, ou melhor, que doravante devem ser tratados por “especialistas”.

1.4 A BIOLOGIZAÇÃO DA PSIQUIATRIA CONTEMPORÂNEA

Se hoje o discurso psiquiátrico busca amparo no campo da biologia molecular e é vinculada às neurociências, professando um vocabulário biológico⁴⁰ e com seus enunciados muitas vezes borrando as fronteiras entre as áreas epistemológicas das ciências da vida; e, se a psiquiatria busca gozar atualmente de um estatuto científico que a legitime, amparado principalmente pela difusão do neuro-imageamento funcional, cabe ressaltar que esta “conquista” é relativamente recente em sua história.

Como a psiquiatria, outrora ancorada por outros saberes, e influenciada por outros contextos, tornou-se psiquiatria de orientação biológica? Como a clínica psiquiátrica que, muitas vezes esteve associada ao caráter subjetivo de seus diagnósticos, recorrentemente fazendo uso de recursos terapêuticos calcados no autoritarismo do psiquiatra e na repressão dirigida aos doentes⁴¹, tornou-se psiquiatria “positiva”? É preciso historicizar sua nova configuração.

A tentativa de localizar biologicamente a etiologia dos transtornos mentais é um empreendimento nascido com a psiquiatria do século XIX, e que hoje parece reivindicar uma certeza científica que noutro período histórico nossa “incapacidade” cognitiva e “déficit tecnológico” supostamente não teriam permitido desenvolver. Esta perspectiva busca sua legitimação nos desenvolvimentos biotecnológicos de produção de imagens cerebrais como a tomografia computadorizada, a tomografia por emissão de pósitrons, a ressonância nuclear magnética, bem como, pelo mapeamento da atividade elétrica cerebral.⁴²

Este desenvolvimento biotecnológico conjugado à pesquisas na área da bioquímica cerebral e o desenvolvimento da psicofarmacologia, parecem fornecer um suporte material inequívoco de verificação dos transtornos mentais, desta feita, buscando instaurar a confiabilidade nos diagnósticos, muitas vezes empenhando-se em não deixar brechas para

⁴⁰ Segundo a psiquiatra e neurocientista Nancy Andreasen, editora de um dos mais respeitados periódicos de psiquiatria do mundo – o *American Journal of Psychiatry* – “a convergência destes dois domínios de conhecimento (a biologia molecular e o neuro-imageamento) é uma das coisas mais importantes que estão se passando atualmente na medicina e na saúde mental. Sua convergência já mudou a maneira de pensarmos as causas e o tratamento das doenças mentais”. Andreasen afirma que a finalidade é “encontrar uma ‘penicilina da doença mental.’” Apud VENTURI, C. Op. cit, p. 15.

⁴¹ A este respeito, consultar: FOUCAULT, M. **O poder psiquiátrico**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

⁴² ORTEGA, F. 2008. Op. cit. p. 134-149.

contestações. No entanto, a prática e utilização destas tecnologias nos revelam outras facetas, o lado equívoco de entender estes avanços tecnológicos como suporte incontestável de sua precisão e eficiência científica.

Esse novo regime de visibilidade possibilitado pelas neuroimagens no contexto da tecnociência contemporânea, apontam para um ideal de objetividade específico – que Anne Beaulieu chamou de *objetividade digital*⁴³ – que anseia salvaguardar a prática científica da interferência humana e das possíveis influências do contexto. No entanto, seus usos apontam para a necessidade de problematizações dos interesses envolvidos no campo, bem como, para desmistificar a ideia de neutralidade e objetividade de que estariam revestidas tais tecnologias. Certamente esta é uma discussão importantíssima e altamente relevante em nossos dias, cuja profundidade e complexidade do debate extrapolam em muito o escopo deste trabalho.⁴⁴

Todavia, gostaria de ressaltar que, no que concerne à especificidade dos transtornos mentais, como apontam diversos e importantes estudos, tais tecnologias não possibilitam localizar no cérebro os marcadores biológicos dos referidos transtornos, como tanto desejam grande parte da comunidade psiquiátrica, nem permitem tecer uma teoria biológica consistente e unificada, já que os achados provenientes da genética e das neurociências são isolados e demasiado fragmentários.⁴⁵

Adriano Amaral de Aguiar, médico psiquiatra atento aos novos contornos da psiquiatria contemporânea e preocupado em traçar um perfil desta nova configuração nos oferece um painel histórico da instauração destes recentes pilares do discurso e da prática psiquiátrica de orientação biológica. O autor nos informa que a chamada psiquiatria

⁴³ Anne Beaulieu indica que a emergência na atualidade do que ela denominou de *objetividade digital* corresponde à radicalização de um ideal que busca delegar as responsabilidades humanas de julgamento para aparatos automatizados de alta tecnologia, pretendendo com isso, alterar o estatuto das imagens produzidas tecnicamente em sua relação com a objetividade. Apud VENTURI, C. Op. cit. p. 54-55.

⁴⁴ Para análises críticas que problematizam a biotecnologia, suas interferências e utilizações, ver, entre outros: SANTOS, Laymert Garcia dos. **Demasiadamente pós-humano**. Revista Novos Estudos. São Paulo: CEBRAP, n.72. p. 161-175, jul. 2005. GARCIA, José Luís. Op cit. Estes trabalhos procuram evidenciar o quanto a ciência e a tecnologia estão subordinadas à acumulação capitalista de mercado, e como seus discursos associam sua expansão à ideia de “progresso”, para justificar seus desdobramentos e intervenções no espaço social.

⁴⁵ SERPA JR, Octávio D. **O mal-estar na natureza**: estudo crítico sobre o reducionismo biológico em psiquiatria. Rio de Janeiro: Te Corá Editora, 1998.

biológica – também conhecida como movimento de remodelização - emergiu na década de 1970 como reação à desmedicalização predominante no campo psiquiátrico entre os anos de 1940 e 1970, devido sua orientação psicanalítica à época, calcada em uma concepção processual do adoecimento psíquico.⁴⁶

Este movimento visou romper com a antiga psiquiatria, buscando estabelecer um modelo baseado na biomedicina que pudesse fornecer a busca de entidades mórbidas universais para as doenças mentais. A psiquiatria biológica quis então demarcar e definir resolutamente seu lugar como uma especialidade médica, negando qualquer filiação à abordagens de cunho psicossocial sobre os transtornos.⁴⁷

Um fator importante que facilitou a reorganização do campo psiquiátrico foi o advento dos psicotrópicos descobertos na década de 1950 e ministrados em muitos casos psiquiátricos bem definidos em sua sintomatologia, como nas psicoses maníaco-depressivas. A utilização de psicotrópicos conviveu com o discurso teórico da psicanálise até a década de 1980, uma vez que era utilizado como “potencializador” da psicoterapia, seu tratamento principal. Mas para a ampliação da utilização de psicotrópicos faziam-se necessários critérios diagnósticos definidos, com fronteiras bem delimitadas entre os estados normais e patológicos. Destarte, os medicamentos psicotrópicos produziram a exigência de uma psiquiatria pautada em dados experimentais e empíricos, que se adaptasse às metodologias utilizadas nas ciências biológicas.⁴⁸

Assim, a grande virada da psiquiatria teria acontecido em 1980, ano de surgimento do DSM-III (Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais, terceira edição) que se tornou a bíblia dos psiquiatras – utilizado mundialmente como referência - e marcou o desdobramento da nova clínica. O DSM-I de 1952, e o DSM-II de 1968, estavam marcados pela psiquiatria psicodinâmica – oriunda da clínica psicanalítica – que entendia a doença como um processo e não como entidade nosográfica, o que deixava as fronteiras entre a saúde e a doença mental bastante imprecisas, dificultando a definição dos

⁴⁶ AGUIAR, Adriano A. **A Psiquiatria no divã**: entre as ciências da vida e a medicalização da existência. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2004.

⁴⁷ Ibidem, p. 31-39.

⁴⁸ SHORTER, Edward. Esplendor e decadência da psicanálise. In: MEYER, Catherine (org.). **O livro negro da psicanálise**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011. p. 97-111.

transtornos, evidenciando também a imprecisão do profissional de psiquiatria.⁴⁹

Ehrenberg e Lovell identificaram que a terceira versão do DSM foi criada em função das divergências acerca do diagnóstico de tais perturbações, que abarcava uma pluralidade de abordagens com relação à etiologia das patologias mentais,⁵⁰ o que resultou na possibilidade de padronização do diagnóstico, almejando, dessa forma, critérios objetivos de definição dos mais variados transtornos de ordem mental. Sua publicação impactou mundialmente a comunidade médica-psiquiátrica, tendo seus princípios reconhecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Associação Mundial de Psiquiatria.⁵¹

Com os psicotrópicos e o processo de globalização do DSM-III que possibilitou uma linguagem comum entre os mais diversos países, dada sua hegemonia e abrangência, a psiquiatria se estabeleceu enquanto clínica biológica, surgida como “efeito da presença cada vez maior de grandes corporações privadas no campo da psiquiatria, como a indústria farmacêutica e as grandes seguradoras de saúde”.⁵²

Doravante, a transformação do cenário é patente. Mudou a psiquiatria, mudaram os critérios diagnósticos. Surgiu essa poderosa ferramenta de detecção de anomalias mentais que é o DSM, hoje em sua quinta edição. Isso significa que agora o diagnóstico pode ser recebido de forma incontestada e objetiva? Entretanto, a despeito de algumas afirmações, não existe marcador biológico no campo psiquiátrico, uma vez que seus instrumentos diagnósticos são assentes sobre o interrogatório e a observação. Como inexiste sinal biológico específico de determinado transtorno, inexiste igualmente a possibilidade diagnóstica de exames complementares: “não há marcador biológico que permita o diagnóstico preciso de um transtorno mental, nem no nível de uma determinação causal, tampouco no de uma correlação entre marcadores biológicos.”⁵³

Tudo isso põe em questão a fragilidade diagnóstica sobre a qual é erigido o DSM e conseqüentemente a prática psiquiátrica contemporânea, calcada na terapêutica de intervenção medicamentosa. Sua obstinação em afirmar que o que pratica é ciência – e ciência comprovada – não resiste a uma boa análise. E, ainda que fosse “ciência” nos termos em que nossa cultura ocidental a concebe, isso

⁴⁹ Ibidem.

⁵⁰ Apud VENTURI, C. Op. cit. p. 122.

⁵¹ AGUIAR, A. Op. cit. p. 44-45.

⁵² Ibidem, p. 42.

⁵³ Ibidem, p. 75.

geraria outro importante debate – por ora impossível de desenvolvê-lo de forma abrangente - em torno da “objetividade” e da “neutralidade” arrogadas pela ciência ocidental.⁵⁴

Estes fatores explicitam – o que é grave e imprescindível que se destaque! - a aliança bem sucedida entre as diversas biociências atuais, a produção de conhecimento científico e a indústria farmacêutica na configuração contemporânea do conceito de vida, saúde e bem-estar. A mídia de modo geral exerce um papel relevante nos discursos sobre a saúde, servindo de suporte para a socialização em grande escala de informações sobre transtornos mentais, divulgação de diagnósticos e de indicações terapêuticas.

No caso dos psicotrópicos, a indústria farmacêutica não podendo vender o remédio ao consumidor de forma direta, coloca em funcionamento uma rede de interesses em seu benefício, ou seja, vende o “conceito de doença” financiando publicidades, e, o que é mais nocivo, financiando as próprias pesquisas científicas - certamente interferindo claramente em seus resultados – que serão a seguir veiculadas na mídia em linguagem leiga por “especialistas”, conhecedores do assunto e portadores do “discurso autorizado”, ou seja, o discurso com valor de verdade.⁵⁵

Assim reconfigurado o cenário atual, importa destacar que a querela em torno de questões relacionadas à saúde em geral, e à saúde mental em particular, não explicita unicamente a busca pelo monopólio discursivo acerca de transtornos atuais, mas sim, que esse discurso tornado científico licencia uma prática terapêutica específica que é necessariamente medicamentosa, ou seja, a posição teórica do discurso psiquiátrico sobre os desajustes comportamentais possibilita uma

⁵⁴ Embora aqui prevaleça a impossibilidade de discutir profundamente o estatuto da ciência contemporânea ocidental e suas afirmações de neutralidade e valor de verdade, enfatizo que esta crítica se pretende atravessada na totalidade do presente trabalho, que longe de entender a ciência sob a égide da neutralidade e objetividade a concebe comprometida com os mais diversos interesses. Para uma discussão aprofundada sobre o assunto ver: LATOUR, Bruno. **Ciência em ação**: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora. São Paulo: Editora UNESP, 2000.; COLACIOS, Roger D. **Latour para historiadores**: premissas, conceitos e metodologia. Rio de Janeiro: Revista Eletrônica Boletim do Tempo, Ano 4, n.8, Rio, 2009.

⁵⁵ Sobre o financiamento de pesquisas científicas por laboratórios farmacêuticos e o uso do conhecimento científico como ferramenta de marketing desta indústria, ver: ANGELL, M. Op. cit. MIGUELOTE, Vera Regina S. **A indústria do conhecimento, o médico e a indústria farmacêutica**: uma co-produção de técnicos e técnicas de poder. 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2008.

intervenção precisa, que é o tratamento com psicotrópicos. Isso denota a importância dos interesses em jogo.

Todavia, onde passam as fronteiras? Quem determina as categorias do normal e do patológico? A legitimidade da teoria e da prática psiquiátrica tornada biológica não facilitaria um possível deslizamento de limites, tornando os estados de ânimos e as aflições nossas de cada dia passíveis elas também de intervenções medicamentosas? O discurso generalizado que tende a patologizar muitas das condutas cotidianas não seria ele mesmo construído do tempo presente, imanência do atual *modus operandi*?

Para enfatizar a dimensão histórica deste quadro, segue apenas um exemplo, grandemente divulgado pelas controvérsias que gerou, aqui tomado como emblemático da constituição social e histórica de categorias de anomalias: a homossexualidade, figurado no DSM II como doença.⁵⁶ Concebida como conduta desviante naquele contexto, e diagnosticada como doença, só foi excluída do manual em 1973 em decorrência de pressões oriundas de organizações que defendiam os direitos dos homossexuais e que mobilizou parte considerável da opinião pública de então. Este breve exemplo deixa explícita a relação entre diagnósticos psiquiátricos e a construção social das categorias de anormalidades o que implica questionar o valor de verdade “científica, neutra e objetiva” que ancora e autoriza o discurso proveniente dos campos biomédicos.

⁵⁶ AGUIAR, Op. cit. p. 36.

2 REGIÕES LIMÍTROFES: O TDAH ENTRE A NORMALIDADE E A PATOLOGIA

O principal nesta minha obra da Casa Verde é estudar profundamente a loucura, os seus diversos graus, classificar-lhe os casos, descobrir enfim a causa do fenómeno e o remédio universal. Este é o mistério do meu coração. Creio que com isto presto um bom serviço à humanidade.

— Um excelente serviço, corrigiu o boticário.

— Sem este asilo, continuou o alienista, pouco poderia fazer; ele dá-me, porém muito maior campo aos meus estudos.

— Muito maior, acrescentou o outro.

E tinha razão. De todas as vilas e arraiais vizinhos afluíam loucos à Casa Verde. Eram furiosos, eram mansos, eram monomaniacos, era toda a família dos deserdados do espírito. Ao cabo de quatro meses, a Casa Verde era uma povoação.

[...]

Era decisivo, Simão Bacamarte curvou a cabeça juntamente, alegre e triste, e ainda mais alegre do que triste. Ato contínuo, recolheu-se à Casa Verde.

— A questão é científica, dizia ele; trata-se de uma doutrina nova, cujo primeiro exemplo sou eu. Reúno em mim mesmo a teoria e a prática.

— Simão! Simão! meu amor! dizia-lhe a esposa com o rosto lavado em lágrimas.

Mas o ilustre médico, com os olhos acesos da convicção científica, trancou os ouvidos à saudade da mulher, e brandamente a repeliu. Fechada a porta da Casa Verde, entregou-se ao estudo e à cura de si mesmo.⁵⁷

Este jocoso trecho extraído do conto *O Alienista* de Machado de Assis, é tomado aqui como exemplo emblemático da correspondência existente entre a determinação social e cultural das categorias de anormalidades em cada sociedade e os ideais de objetividade professados pela ciência positiva de cada época. Embora seja outro

⁵⁷ ASSIS, Machado. **O alienista**. São Paulo: Martin Claret, 2005. Respectivamente, p. 17 e 76.

tempo e contexto, poderíamos aqui – pela lógica que orienta o raciocínio – recorrer ao exemplo da objetivação da loucura trazido pelas análises de Foucault.

O que esteve no horizonte de interesse do filósofo e o guiou em sua metodologia histórica não foi a recusa da existência do louco – o que seria um absurdo, dado a prova empírica e inquestionável de sua existência. Seu empreendimento foi mais ambicioso e profundo. Sua questão/problema foi buscar entender historicamente como a loucura – que sempre existiu – foi “objetivada” em doença mental pela modernidade. Para tanto, não pretendeu fazer uma história “interna” da psiquiatria ou o desenvolvimento “positivo” da loucura. O que sua pesquisa evidenciou foi a ingenuidade de entender a doença mental como positividade dedutiva, mostrando que a patologização do louco foi produto de práticas de controle social e não fruto de descobertas científicas. Para Foucault, esse novo estatuto “científico” outorgado ao louco teve como objetivo a dominação da loucura para sua integração à ordem da razão, visando com isso fundar modos estabelecidos de intervenção.⁵⁸

A partir de então [meados do século XVIII], a loucura não é mais uma coisa que se teme, ou um tema indefinidamente renovado do ceticismo. Tornou-se objeto. No próprio movimento que a objetiva, ela se torna a primeira das formas objetivantes. [...] tendo-se tornado agora coisa para o conhecimento, ela representa como que a grande estrutura de transparência; o que não significa que pelo trabalho do conhecimento ela se tenha tornado inteiramente clara para o saber, mas que, a partir dela e do estatuto de objeto que o homem lhe designa, ela deve poder, pelo menos teoricamente, tornar-se inteiramente transparente ao conhecimento objetivo. [...] Na ordem dessa pesquisa, há algo de profundamente fiel às estruturas que foram elaboradas ao final do século XVIII, e que faziam da loucura a primeira figura da objetivação do homem.⁵⁹

⁵⁸ FOUCAULT, Michel. **História da loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 2010.

⁵⁹ *Ibidem*. p. 456-457.

Seguindo esta lógica, teríamos aí o nascimento objetivo das definições classificatórias dos “deserdados do espírito”, para falar com Machado, possibilitados e construídos pelos “olhos acesos da convicção científica”. Machado de Assis foi incontestavelmente um perspicaz leitor de seu tempo, tendo sido grande crítico da ciência de sua época, ele ironizou em diversos trabalhos as pretensões deste campo bem como as práticas decorrentes das novas demandas instauradas por esta modalidade discursiva de verdade. No presente caso, *O Alienista* oferece um painel inteligível dos ideais professados pela ciência de então e os procedimentos práticos postos em funcionamento por este novo saber-poder.

Sabe-se que hoje a psiquiatria não está confinada ao “asilo psiquiátrico”, nem seu discurso tem como objeto a exclusividade de práticas intramuros. A nova psiquiatria biológica - de orientação orgânica e neurológica - possibilita pôr em movimento uma engrenagem de alcance global que com seu novo regime de verdades e práticas correspondentes atravessa o tecido social, alterando não só a economia de discursos acerca do sofrimento humano, como também, a economia de práticas que o concerne.

Não havendo na história psiquiátrica, um critério universal que determine quando uma condição psíquica deve ou não ser considerado transtorno psiquiátrico, fica a questão: quem determina a condição mórbida e patológica de um problema? Como são estabelecidas as fronteiras entre o normal e o patológico? São questões complexas e que envolvem necessariamente os valores morais, interesses econômicos, políticos e sociais específicos de um contexto.

Com Georges Canguilhem aprendemos que a norma não é reflexo de uma lei natural e atemporal, um conceito estático; ela é, antes, construída na trama das relações sociais, através de dispositivos nos quais a ideia de normalidade vai ganhando forma, ou seja, a norma é construída na cultura, como também a anormalidade.⁶⁰ O TDAH, assim como outras desordens relacionadas ao comportamento e à ação, é um exemplo de problema que habita as indecidíveis fronteiras do normal e do patológico.

Os diagnósticos endereçados à constituição patológica deste tipo de desordem promovem um intenso debate sobre estas regiões limítrofes, e longe de estabelecer consensos, transformam-se muitas vezes em embates insolúveis. Aqui entra a especificidade do discurso

⁶⁰ CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

neurobiológico sobre os transtornos: é ele que em nossa cultura procura se estabelecer enquanto discurso competente e autorizado, e, sob a legitimidade do campo científico e da pretensa objetividade das tecnologias de neuroimagem cerebral, outorgam a si a validade de seus diagnósticos. No entanto, como veremos, as bases sobre as quais estão erguidos estes discursos estão longe de serem neutros e despretensiosos.

É notório que o discurso biomédico recorrentemente figura e reconfigura as esferas da experiência humana, expandindo os limites de sua intervenção, como também, agregando em seu discurso os problemas que outrora ficavam fora de sua alçada. As possibilidades introduzidas “pelas biotecnologias a partir do advento da biologia molecular agregaram um leque ainda maior de potencialidades, tanto em termos de investigação como de mercado”.⁶¹ Nesse sentido, lembrar que a indústria farmacêutica se desenvolveu e alcançou o segundo lugar, no mundo, em termos de concentração de capital⁶² é aqui relevante. Como destacou Hernáez:

Como consequência das contradições da modernidade e dos interesses da indústria farmacêutica, percebe-se nos últimos anos um aumento mais que considerável de casos diagnosticados de depressão, ansiedade e outros transtornos afins. Segundo o informe anual de 2001 que a Organização Mundial da Saúde (OMS) dedicou à saúde mental, a depressão pode ser considerada a quarta doença em termos de prevalência mundial e uma das primeiras causas de incapacidade e mortalidade causada por suicídio.⁶³

Nesta conjuntura interessa considerar as dimensões envolvidas neste território que delimita os contornos da normalidade. Parece indispensável expor a trama social constitutiva desses males, e arriscar pensar nas relações sociais que geram estas aflições. No que tange aos discursos sobre o TDAH, habitante destas zonas fronteiriças, as pesquisas mostram que ele vem se integrando a um discurso de dimensão mais ampla em nossos dias, que é o da biologização e

⁶¹ HERNÁEZ, Ángel M. A medicalização dos estados de ânimo. O consumo de antidepressivos e as novas biopolíticas das aflições. In: CAPONI, S. (et al.). Op. cit. p.113.

⁶² Ibidem, idem.

⁶³ Ibidem, p. 117.

invenção do homem cerebral, na qualidade de candidato à processos de otimização.⁶⁴ Este diagnóstico “se constituiu no cerne de uma sociedade na qual o indivíduo bem-sucedido, produtivo e feliz é o autogestor atento, consciente, racional e prudente”. Por seu turno, e concomitante a este movimento, a psicofarmacologia atual afirma que logo não haverá limites para a intensificação da atenção.⁶⁵

2.1 TDAH: UMA CARTOGRAFIA DIAGNÓSTICA

Considerando que os diagnósticos utilizados nas diversas áreas biomédicas não nascem espontaneamente, também não são necessariamente frutos de “descobertas” possibilitadas pelos avanços científicos na busca de entidades universais nosografáveis, interessa marcar que cada categoria diagnóstica tem como base e possibilidade um tempo e lugar precisos, cujos contornos e desdobramentos lhe são fornecidos pelas condições históricas concretas, o que implica pensar o terreno de seus nascedouros e os diversos atores e interesses envolvidos na trama.

No que concerne ao diagnóstico médico de depressão, por exemplo, Sandra Caponi evidencia como esta pôde ser transformada em epidemia do século: “foi necessária a criação de uma rede de pequenas interações entre sujeitos com frustrações e sofrimentos cotidianos e um aparelho estatístico e médico cada vez mais sofisticado de classificação de sintomas, de localização cerebral, de diagnósticos por imagem”.⁶⁶

Na impossibilidade de encontrar o marcador biológico como garantia ao diagnóstico de depressão, Caponi observa a impossibilidade de transferir os sofrimentos humanos para o universo do laboratório, acrescentando: “os psicotrópicos permitem criar a ilusão de que as patologias mentais em geral, e os sofrimentos psíquicos em particular, ingressaram na lógica da localização, própria dos estudos anatomopatológicos”.⁶⁷ Introduzido no mercado em 1987, o Prozac – nome comercial da fluoxetina – droga indicada para os casos

⁶⁴ FREITAS, Cláudia Rodrigues de. **Corpos que não param**: criança, “TDAH” e escola. Tese de doutorado em Educação, UFRGS, 2011. p. 174.

⁶⁵ CALIMAN, Luciana V. **O TDAH**: entre as funções, disfunções e otimização da atenção. *Revista Psicologia em Estudo*. 2008. v. 13, p. 565.

⁶⁶ CAPONI, Sandra. O diagnóstico de depressão, a “*petite biologie*” e os modos de subjetivação. In: ____ (et al.) **Medicalização da vida**: ética, saúde pública e indústria farmacêutica. Florianópolis: Ed. Unisul, 2010. p. 136.

⁶⁷ *Ibidem*, p. 138.

diagnosticados como depressão, até o ano de 1992, ou seja, em menos de cinco anos, alcançou 8 milhões de consumidores do medicamento.⁶⁸

No que tange à formulação médica do diagnóstico do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade – TDAH -, Luis Augusto Rohde⁶⁹, professor do departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) declara:

O transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) caracteriza-se, basicamente, por três sintomas: desatenção, hiperatividade e impulsividade. A primeira descrição do quadro de hiperatividade em crianças foi apresentada pelo médico alemão Heinrich Hoffman, em 1854. Desde então, ocorreram diversas modificações na nomenclatura da síndrome, até se chegar à designação atual do TDAH. Sinais clínicos: As crianças com TDAH são facilmente reconhecidas. A desatenção consiste numa dificuldade em prestar atenção a detalhes ou na propensão a cometer erros por descuido nas atividades escolares e de trabalho. Também é comum a falta de atenção em tarefas ou atividades lúdicas. O portador do transtorno parece não escutar quando lhe dirigem a palavra, costuma não seguir instruções e não terminar tarefas escolares, domésticas ou deveres profissionais. Normalmente tem dificuldade em organizar atividades e evita ou reluta em envolver-se em exercícios que exijam esforço mental constante. Além disso, o indivíduo é facilmente distraído por estímulos alheios e apresenta esquecimento das atividades diárias. A hiperatividade constitui-se de hábitos como agitar as mãos ou os pés ou se remexer na cadeira, abandonar o assento na sala de aula ou outras situações nas quais se espera que permaneça sentado, correr ou escalar em demasia, em situações inapropriadas e falar em demasia.

⁶⁸ PORTER, Roy. Op. cit. p. 121.

⁶⁹ Luis Augusto Rodhe é atualmente considerado um dos psiquiatras mais influentes do Brasil. Ele foi o único brasileiro convidado para a força-tarefa da Associação Psiquiátrica Americana que revisou os critérios de definição dos transtornos mentais para o DSM-V, de maio de 2013, atuando no setor responsável pela revisão dos critérios diagnósticos sobre o TDAH. In: **Uso da neurociência é o próximo desafio dos psiquiatras, diz médico brasileiro**. Jornal Folha de São Paulo, 07-01-2013.

Como o portador do TDAH tem dificuldade em brincar ou envolver-se silenciosamente em atividades de lazer, frequentemente se mantém em constante atividade, como se estivesse “a todo o vapor”. Já a impulsividade caracteriza-se por atitudes precipitadas, como dar respostas antes que as perguntas tenham sido concluídas, interromper ou se meter em assuntos alheios e não conseguir esperar a vez em filas.⁷⁰

Com intenção de dar legitimidade à definição contemporânea sobre o TDAH, o psiquiatra recorre ao passado, situando em 1854 a primeira descrição médica do transtorno. Como veremos, esta é uma prática que diz respeito às intenções de cada momento histórico, que busca construir a partir do presente com suas problemáticas uma coerência e inteligibilidade apropriando-se do passado como “garantida” para determinadas afirmações.⁷¹

A tentativa de localizar historicamente a emergência do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade – TDAH – como uma doença neuropsiquiátrica de base biológica, apontou para a necessidade de construir, simultaneamente, a história do medicamento indicado para tratamento deste diagnóstico, ou seja, o metilfenidato – conhecido por seus nomes comerciais: a Ritalina (mais amplamente conhecida e utilizada) e seu similar, o Concerta, lançado no Brasil em 2004. Este posicionamento se justifica pelas próprias circunstâncias históricas que evidenciam estas duas histórias como indissociáveis, pela ligação simbiônica construída ao longo dos anos em torno do transtorno e seu tratamento medicamentoso, comprovando assim a indissociabilidade entre TDAH-Ritalina.

O processo de constituição científica e social do TDAH data das últimas décadas do século XX. Tendo surgido no DSM-III, de 1980, como Desordem do Déficit de atenção (DDA) era designada – como o próprio nome indica - uma desordem da atenção, num momento em que a psiquiatria estava redefinindo suas bases e se constituindo enquanto psiquiatria biológica, contexto que vimos no capítulo anterior. O diagnóstico de TDAH assente no discurso neurobiológico atual que o estabeleceu e o definiu como um transtorno de ordem neural e genética

⁷⁰ Disponível em: < <http://www.neurociencias.org.br/pt/570/transtorno-de-deficit-de-atencao-e-hiperatividade-tdah/>>. Acesso em 20 out. 2013.

⁷¹ Sobre as formas de construção do saber histórico no presente, consultar: PORTO JR. Gilson. (org.) **História do tempo presente**. Bauru, São Paulo: Edusc, 2007.

apareceu oficialmente quando incluído no DSM-IV, de 1994.⁷² A definição do transtorno e seus critérios diagnósticos propostos na edição de 1994 continuam vigentes no recém-lançado DSM-V, de maio de 2013, que endossa a formulação anterior, sendo poucas as alterações nos critérios diagnósticos com relação àqueles.⁷³

Além da definição fornecida acima pelo psiquiatra Luis Rodhe, reproduzo o que consta no Manual DSM-IV a respeito da categoria diagnóstica TDAH:

A característica essencial do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade é um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade, mais frequente e severo do que aquele tipicamente observado em indivíduos em nível equivalente de desenvolvimento (Critério A). [...] A desatenção pode manifestar-se em situações escolares, profissionais ou sociais. Os indivíduos com este transtorno podem não prestar muita atenção a detalhes ou podem cometer erros por falta de cuidados nos trabalhos escolares ou outras tarefas (Critério A1a). [...] A desatenção pode manifestar-se por frequentes mudanças de assunto, falta de atenção ao que os outros dizem, distração durante as conversas e falta de atenção a detalhes ou regras em jogos ou atividades. [...] A hiperatividade pode manifestar-se por inquietação ou remexer-se na cadeira (Critério A2a), por não permanecer sentado quando deveria (Critério

⁷² CALIMAN, Luciana. V. **A constituição sócio-médica do “fato TDAH”**. Psicologia & Sociedade. Florianópolis: 2009, v.1, n.1. p. 135-144.

⁷³ “Alguns diagnósticos psiquiátricos pouco ou nada mudaram na quinta edição. [...] No caso do TDAH, foram poucas as modificações. A lista de 18 sintomas, sendo 9 de desatenção, 6 de hiperatividade e 3 de impulsividade (este dois últimos computados conjuntamente) permaneceu a mesma que na edição anterior. O ponto-de-corte para o diagnóstico, isto é, o número de sintomas acima do qual se faz o diagnóstico, também permaneceu o mesmo (6 sintomas de desatenção e/ou 6 sintomas de hiperatividade-impulsividade). No caso de adultos, este número passou para 5 sintomas, o que é um novo critério. A lista de sintomas de desatenção e hiperatividade-impulsividade compreende o critério A. Todos estes sintomas, para serem considerados clinicamente significativos, devem estar presentes pelo menos durante 6 meses e serem nitidamente inconsistentes com a idade do indivíduo (ou seja, ser muito mais desatento ou inquieto do que o esperado para uma determinada idade).” Informações disponíveis no site da ABDA – Associação Brasileira do Déficit de Atenção. Disponível em <<http://www.tdah.org.br/br/textos/textos/item/964-entenda-o-tdah-nos-crit%C3%A9rios-do-dsm-v.html>>. Acesso em 02 set. 2013.

A2b), por correr ou subir excessivamente em coisas quando isto é inapropriado (Critério A2c), por dificuldade em brincar ou ficar em silêncio em atividades de lazer (Critério A2d), por frequentemente parecer estar "a todo vapor" ou "cheio de gás" (Critério A2e).⁷⁴

Importante ter em vista que o surgimento da 4ª edição do DSM e a definição do TDAH nos termos supracitados, aconteceu no contexto da expansão do Tolerância Zero, na década de 1990, do Departamento de Polícia de Nova York, que, visando reduzir os índices de criminalidade naquela cidade adotou critérios e políticas de segurança pública, o que corroborou para o aumento de investimentos em pesquisas neurobiológicas com vistas a “descobrir” a “origem” assinalável para inúmeros comportamentos “inadequados” em crianças e adultos.⁷⁵ No Brasil, a recepção a este programa foi bastante favorável, o que contribuiu igualmente para o reforço de estereótipos comportamentais julgados desviantes e psiquiátricos.⁷⁶

Assim inserido no DSM, o TDAH, que até então havia sido considerado um transtorno infantil, conheceu doravante uma expansão diagnóstica, passando a ser concebido como uma desordem no desenvolvimento que persistiria na fase adulta, um quadro crônico e de importância considerável. Para os defensores deste diagnóstico, esta é uma condição médica real – neuropsiquiátrica – que nada tem a ver com o contexto sociocultural circunstancial e se àquele se assemelha a desordens desta natureza, isso seria apenas em sua sintomatologia.⁷⁷

⁷⁴ Descrição presente no DSM-IV. Disponível em < <http://www.tdah.net.br/dsm.html>>. Acesso em 28 ago. 2013. Utilizo aqui o DSM-IV, que é, até o momento, a versão que está disponível para consulta na internet.

Consta em anexo, no final do trabalho, a definição completa do TDAH presente na 4ª versão do Manual.

⁷⁵ BELLI, Benoni. **Polícia, “Tolerância Zero” e exclusão social**. Novos Estudos CEBRAP. Nº 58, 2000. p. 157-171.

⁷⁶ Não foi só o comportamento hiperativo e impulsivo que neste momento recebeu rótulo médico-psiquiátrico. O conceito de transtorno abarcou então inúmeras tipologias que permitiram psiquiatrizar vários comportamentos sociais, no momento em que pesquisas neurobiológicas aliadas ao programa tolerância zero relacionaram violência à comportamentos inadequados e indesejáveis. Sobre o assunto, consultar: OLIVEIRA, Salete. **Psiquiatria da ordem: neurociências, psiquiatria e direito**. In: RAGO, M., VEIGA-NETO, A. **Para uma vida não fascista**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009. p. 339-348.

⁷⁷ CALIMAN, 2009. Op cit.p.140.

Dada a gravidade do “transtorno”, que inclusive tem figurado em discussões políticas elevado a problema de saúde pública – pelo grande número de portadores – principalmente nos Estados Unidos, interessa ressaltar o pano de fundo social que sustenta a existência deste transtorno como sendo neurobiológico - reconhecido e legitimado cientificamente – e tratado de forma medicamentosa. O que os estudos apontam é a inexistência de consensos, a pluralidade de vozes acerca do problema, as questões econômicas, políticas e sociais que o atravessam – isso denota o tamanho da questão, e a impossibilidade de abarcá-la e considerar suas variantes.⁷⁸

Com a ampliação diagnóstica do TDAH, e o monopólio da abordagem neurocientífica do problema, em grande medida propiciada pela “explosão publicitária”⁷⁹ em escala global a partir do final dos anos 1980, o TDAH seria doravante uma categoria diagnóstica totalmente vinculada à Ritalina. Esta vinculação diagnóstica ao uso do psicoestimulante metilfenidato possibilita entender a razão de seu

⁷⁸ Minha primeira intenção havia sido considerar as diferentes perspectivas acerca do TDAH, que o entendem enquanto fenômeno social, psicológico e decorrente de fenômenos sócio-históricos. No entanto, a brevidade do presente trabalho impossibilitou-me estabelecer este diálogo, e forçou-me a um recorte mais justo. Interessa, entretanto, enfatizar que as diferentes abordagens sobre o assunto oriundas de outros campos epistemológicos como a Pediatria, a Educação, a Psicologia, a Psicanálise, a Sociologia, enriqueceriam sobremaneira esta monografia, e ofereceria outras perspectivas de abordagens e tratamentos do quadro em questão. Também cogitei utilizar algumas entrevistas que realizei, porém igualmente não será possível, por ora, inseri-las neste. Somente a título de menção e com intenção de dar relevo à existência de outros posicionamentos, reproduzo um pequeno trecho de uma entrevista que realizei junto a uma médica pediatra homeopata que atende crianças há mais de 20 anos, e atualmente trabalha em uma clínica médica na cidade de Florianópolis: Pergunta: A senhora já me apresentou sua perspectiva acerca do problema. Gostaria de saber qual o tratamento que a senhora realiza com as crianças que aqui chegam com um diagnóstico de TDAH? Resposta: “Árvore, família, atenção. As crianças com diagnóstico de TDAH? Eu prefiro pensar em pais “com TDAH” (risos e pausa). Eu simplesmente desconsidero esse diagnóstico. A impulsividade não é doença mental. Uma criança que não consegue se concentrar direito e não para quieta não é doente. Ela é só uma criança. E crianças têm energia, não é!? Não dou tratamento nenhum, a não ser alertar os pais para as necessidades das crianças, que precisam de atenção, espaço e consideração todos os dias. Crianças com limites e atenção de qualidade administram melhor, digamos assim, sua energia.” Entrevista realizada em 27 junho de 2013.

⁷⁹ Mary Eberstadt em artigo publicado pela *Heritage Foundation* em 1999 descreveu o “cenário TDAH” da década de 1990, apontando para uma explosão publicitária sobre o TDAH e a Ritalina naquele momento. Apud CALIMAN, Luciana V. **O TDAH: entre as funções, disfunções e otimização da atenção.** Revista Psicologia em Estudo. 2008. v. 13, p. 549-556.

exagerado uso na atualidade, que alcançam números exorbitantes de consumo:

O Brasil é o segundo maior consumidor mundial de Ritalina, uma droga indicada para crianças diagnosticadas com algum distúrbio no aprendizado escolar. Só no ano passado [2009] foram consumidas quase 2 milhões de caixas, situação que preocupa os especialistas em educação. [...] Depois dos Estados Unidos, o Brasil é o país que mais usa Ritalina, por aquietar crianças diagnosticadas como hiperativas o medicamento ganhou um apelido: “a droga da obediência”. Foram 70.000 caixas vendidas em 2000, nove anos depois [2009] o consumo chega a 1.700.000 caixas.⁸⁰

Ritalina é o psicoestimulante mais consumido do mundo. Segundo um relatório da ONU de 2008, sua produção global passou de 2,8 toneladas no ano de 1990, para praticamente 38 toneladas em 2006, ou seja, um crescimento de mais de 1200%.⁸¹ No caso do Brasil, o primeiro metilfenidato vendido no país foi em 1998, e seu consumo passou de 23 Kg no ano de 2000, para 317 Kg em 2006.⁸²

O metilfenidato – que é um derivado da anfetamina – foi sintetizado em 1944 na Suíça pelo farmacêutico Leandro Panizzon, da antiga empresa CIBA (atual Novartis SA), sendo patenteado no ano de 1954. Durante os anos 1950, este estimulante era utilizado para a narcolepsia e a fadiga crônica, sendo comercializado na Suíça, e na Alemanha, a partir de 1954, sem necessidade de prescrição médica. O psicoestimulante chegou aos Estados Unidos em 1956, no Canadá em 1979, e em 1998 no Brasil.⁸³ A Ritalina é um estimulante do sistema nervoso central, e seu uso otimiza o desempenho de funções executivas auxiliando em atividades que demandam atenção, concentração e

⁸⁰ Globo News. Edição das 10h. Globo vídeos – **O Brasil é o segundo maior consumidor mundial de ritalina**. 29/11/2010. Disponível em <<http://www.youtube.com/watch?v=MTFOb2bLjLA>>. Acesso em 26 ago. 2013.

⁸¹ ORTEGA, Francisco (et al.). **A ritalina no Brasil**: produções, discursos e práticas. Interface. Comunicação, saúde, educação. V.14, n. 34, p.499-510, jul/set. 2010. p. 500.

⁸² ITABORAHY, Cláudia. **A ritalina no Brasil**: uma década de produção, divulgação e consumo. Dissertação mestrado IMS/UERJ, 2009. p. 08.

⁸³ ITABORAHY, C. Op. cit. p. 61.

empreendimento intelectual.⁸⁴ Pela “eficácia” de sua precisão interventiva no cérebro, podemos inferir que a adesão ao medicamento muitas vezes se justifica pelos seus resultados, o que acaba corroborando para a interpretação neuropsiquiátrica do problema.

Além do uso propriamente “terapêutico”, o psicoestimulante tem sido grandemente utilizado para aprimoramento cognitivo, sendo conhecido como “droga para turbinar o cérebro”, prática correntemente nomeada como “neuroaprimoramento farmacológico”, “neurologia cosmética”, etc. Este uso visa prioritariamente a melhoria da *performance* profissional e cognitiva, e coloca concomitantemente em questão seu uso indiscriminado, bem como aponta para novos desafios e dimensões acerca desta prática, que está relacionada ao ideal social do atual momento histórico, que tende a supervalorizar o desempenho, desconsiderando as possíveis consequências de seu uso.⁸⁵

Como já vimos, a psiquiatria se consolidou na crença de uma etiologia orgânica da patologia mental, e nesse movimento, a desatenção e a hiperatividade entraram para o campo médico como doenças neurobiológicas que necessitam de tratamento medicamentoso, ou seja, foram objetivadas cientificamente. Muitos pesquisadores da área médica-psiquiátrica têm realizado estudos com intenção de investigar e garantir a existência biológica do transtorno; e, as afirmações que atrelam o TDAH a uma disfunção cerebral, de origem genética e neurológica, são amplamente veiculadas na mídia, sem que se observe conjuntamente, a impossibilidade de detecção das referidas bases neurológicas do transtorno:

Nem sempre é dito que os estudos sobre as imagens cerebrais são constituídos de dados imprecisos e quase sempre contraditórios. Nem sempre é explicitado que a substituição da mente

⁸⁴ Para visualizar a “eficácia” produzida pela intervenção medicamentosa de metilfenidato em uma criança diagnosticada portadora de TDAH, ver **Découverte – Le déficit d’attention**, vídeo produzido e veiculado na TV aberta canadense que mostra o comportamento da criança antes e depois da ingestão do medicamento. A experiência acontece entre o 6º e o 10º minuto da reportagem. Vídeo postado no *youtube* em 28/10/2008. Disponível em <<http://www.youtube.com/watch?v=qn55QexvyXg>>. Acesso em 25 ago. 2013.

⁸⁵ Sobre o estudo destas práticas e o impacto sociocultural das neurociências neste contexto, consultar: ORTEGA, Francisco e BARROS, Denise. **Metilfenidato e aprimoramento cognitivo farmacológico**. Revista Saúde. São Paulo, v. 20, n 2, 2011. p. 350-362. ORTEGA, F. **Neurociências, neurocultura e autoajuda cerebral**. Interface. Comunicação, saúde, educação. V.13, n. 31, p. 247-260, out/dez. 2009.

pelo cérebro resulta de transformações morais que extrapolam o discurso da prova científica. Além disso, paradoxalmente, ninguém comenta porque as tecnologias de imagem cerebral não são usadas no dia-a-dia da clínica do diagnóstico. Ninguém explica porque, na clínica, elas não são consideradas ferramentas auto-suficientes quando se trata de “provar” a existência real do diagnóstico.⁸⁶

Simultaneamente, as pesquisas priorizam a intervenção medicamentosa, sendo raros os estudos acerca dos efeitos de longo prazo decorrentes do tratamento medicamentoso, e aos riscos efetivos envolvidos neste modelo de tratamento. A própria bula da Ritalina evidencia esta debilidade:

[...] Ritalina é um estimulante do sistema nervoso central. Seu mecanismo de ação no homem **ainda não foi completamente elucidado**, mas **presumivelmente** ele exerce seu efeito estimulante ativando o sistema de excitação do tronco cerebral e o córtex. **O mecanismo pelo qual ele produz seus efeitos psíquicos e comportamentais** em crianças não está claramente estabelecido, nem há evidência conclusiva que demonstre como esses efeitos se relacionam com a condição do sistema nervoso central.⁸⁷ (Grifos meus)

Como podemos perceber, além de inexistirem estudos conclusivos e suficientes acerca de consequências do uso prolongado da Ritalina, “o mecanismo pelo qual ele produz seus efeitos psíquicos e comportamentais” denota que a intervenção – feita de forma neurocerebral – tem como objetivo claro resultados na ordem do comportamento, do controle e gerenciamento de emoções, ou seja, do devido e sóbrio governo de um corpo e uma mente “fora de controle”. Este aspecto normalizador proporcionado pela Ritalina, possibilita pensá-la como mais um dispositivo de controle e normalização de

⁸⁶ CALIMAN, Luciana V. **A Biologia Moral da Atenção**: a construção do sujeito desatento. Tese de doutorado em Saúde Coletiva, UERJ, 2006, p. 96.

⁸⁷ Ritalina®. Bula. **Novartis Biociências S/A**. Disponível em <<http://WWW.bulas.med.br>>. Acesso em 23 ago. 2013.

condutas, presente em nossa sociedade tão afeita em delegar à medicina questões eminentemente sociais.⁸⁸

2.2 A CONSOLIDAÇÃO DO DIAGNÓSTICO MÉDICO-PSIQUIÁTRICO DO TDAH

Considerando que os Estados Unidos são os maiores consumidores de metilfenidato do mundo, consumindo cerca de 80% da produção mundial⁸⁹, e que o Brasil atualmente segue um caminho crescente de diagnósticos de TDAH vinculados ao tratamento medicamentoso; e, levando em conta que as publicações brasileiras sobre o assunto estão em grande medida vinculadas aos jornais e revistas estrangeiras, principalmente norte-americanas e inglesas, acarretando que “todas as publicações que apresentam resultados de pesquisas se referem a pesquisas internacionais”⁹⁰, cabe atentar para a especificidade daquele contexto no cenário de emergência do TDAH, e as implicações aí envolvidas.

Com o fortalecimento da nova psiquiatria na conjuntura norte-americana, a busca pela compreensão dos mecanismos cerebrais do transtorno ganhou novo impulso no decorrer dos anos 1990, anunciada como a “década do cérebro”⁹¹, em grande medida impulsionada pelos

⁸⁸ Intervenções desta natureza não se caracterizam fatos inéditos na história. Poderíamos apontar o surgimento, a partir da década de 1960, do Gardenal - nome comercial do Fenobarbital – medicamento grandemente utilizado com função sedativa e anticonvulsiva. Na época, a nomenclatura utilizada para a designação do que hoje é o TDAH, era a Disfunção Cerebral Mínima (DCM), e já contava com a tentativa de localização cerebral através do eletroencefalograma. Naquele momento, o Gardenal e o DCM foram objetos de inúmeras pesquisas científicas, e o medicamento, pelo seu efeito sedativo, visava tratar os estados ansiosos e a insônia rebelde. Atualmente, o medicamento não é mais indicado para diagnósticos como o de TDAH. In: FREITAS, C. Op. cit. p. 20.

⁸⁹ ITABORAHY, C. Op. cit. p. 49.

⁹⁰ *Ibidem*, p. 79.

⁹¹ Por proclamação presidencial, a década de 1990 nos EUA foi declarada como a “década do cérebro”. Esta proclamação denota as preocupações socioeconômicas que circundavam as pesquisas em transtornos de ordem mental. Segue um trecho do discurso presidencial: “Para aumentar a consciência pública dos benefícios provenientes de pesquisas sobre o funcionamento do cérebro, o Congresso, por meio da Resolução 174 (...), designou a década que se inicia em 1º de janeiro de 1990 de a “Década do Cérebro”, autorizando e requerendo do presidente que ele decreto que essa ocasião seja amplamente comemorada. Portanto, eu, George Bush, presidente dos Estados Unidos da América, proclamo a década começando em 1º de janeiro de 1990, como Década do Cérebro. Eu solicito a todos os funcionários públicos e ao povo dos Estados Unidos da América que

desenvolvimentos nas áreas da psicofisiologia e da neurociência, período que marcou tanto o aumento de pesquisas como também a proliferação de diagnósticos de TDAH em todo país.⁹²

Buscando soluções para a epidemia de violência que os EUA assistiram na década de 1990, o Instituto Nacional de Saúde Mental daquele país lançou então uma Iniciativa Nacional contra a violência, empreendimento que conjugou a crença efetiva na existência biológica e neuroquímica dos comportamentos violentos e impulsivos ao ideal de prevenção da lógica do risco. Os psiquiatras estavam então incumbidos da missão de “identificar” crianças com propensão à comportamentos criminosos e a desenvolver estratégias de prevenção neste sentido. O relatório oficial recomendava que se realizassem pesquisas sobre os determinantes biológicos e genéticos da criminalidade, incentivando também que se investigasse sobre a farmacologia potente na redução do comportamento impetuoso.⁹³

Em 2003, o Departamento de Saúde e Serviços Humanos do Centro Americano para o Controle e Prevenção da Doença publicava um mapa alertando uma possível epidemia do transtorno TDAH. Suas estatísticas eram de viés econômico, baseando-se nos custos médicos e sociais da doença. Assim, inúmeras pesquisas que vieram à tona naquele momento relacionavam o portador TDAH à criminosos, desempregados, irresponsáveis, fracassados na profissão, pessoas que acarretariam um grande impacto na economia do país e que, por isso mesmo, deveriam ser vistos e tratados como um “fator de risco, como uma ameaça para os ideais de segurança e de produtividade individual e social do país”.⁹⁴

Foi neste contexto que surgiu o interesse pela caracterização do TDAH e a urgente necessidade de seu tratamento, dado que as estratégias preventivas às ameaças virtuais aparecem como as mais eficazes. Assim, o TDAH com sua terapêutica medicamentosa tornou-se necessidade ligada ao gerenciamento econômico e social da nação, já *objetivada* como transtorno, pois “ele está aparentemente vinculado ao

celebrem essa década com programas, cerimônias e atividades condizentes”. Apud AGUIAR, A. Op. cit., p. 19.

⁹² CALIMAN, 2009. Op. cit. p. 137.

⁹³ Ibidem, p. 139.

⁹⁴ Ibidem, p. 138. Interessante marcar que a prática de relacionar portadores de “comportamentos indesejáveis” à desajustes de ordem psiquiátrica não é fato inédito. No Brasil, por exemplo, a emergência, no final do século XIX, do conceito de anormal como uma forma de psicopatologia fará com que a psiquiatria abranja todo e qualquer desvio do comportamento normal, como o dos epiléticos, criminosos, sífilíticos, alcoólatras. In: PORTOCARRERO, Vera. **Arquivos da loucura**: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

desenvolvimento de futuros problemas médicos, sociais e econômicos”, sendo em 2004 reconhecido como “um dos problemas mais graves e importantes da saúde pública americana”.⁹⁵

Cabe destacar que a legitimidade médica da condição TDAH – que mobiliza uma complexa rede social para estabelecer sua validade – precisa ser analisada para além de sua pretensa garantia científica. Na particularidade do discurso neurológico que professa a existência patológica do TDAH, este aponta como justificção os danos individuais sofridos pelos acometidos pelo transtorno como também os riscos à sociedade e às possíveis ameaças à coletividade. Neste tipo de discurso, o que determina a qualidade de vida é a manutenção da ordem social, a eficiência profissional, como também o enquadramento do indivíduo nas políticas liberais da segurança.

Este quadro histórico nos possibilita ponderar acerca da validade científica de que se outorga o discurso psiquiátrico sobre o TDAH, que procura se legitimar pelo discurso da pretensa objetividade e pela suposta evidência tecnológica.⁹⁶ Entrementes, aprendemos com Canguilhem que a ciência não deve ser lida como um fenômeno natural e neutro, como um objeto dado. Canguilhem evidencia a historicidade das ciências mostrando os procedimentos envolvidos na produção de conhecimentos tornados científicos e as relações inseparáveis entre sua prática e as práticas econômicas e sociais de um dado momento histórico. Para ele, a ciência, assim como os conceitos e as terminologias criadas por ela, forma um conjunto articulado de proposições que produzem um discurso com pretensão de verdade.⁹⁷

A história oficial que busca legitimar a existência biológica de problemas ligados à atenção e à atividade, contada pelos especialistas da psiquiatria infantil e da neurologia, remonta ao início do século XX.

⁹⁵ CALIMAN, 2009. Op. cit. p. 139.

⁹⁶ Joseph Dumit chamou o poder persuasivo das neuro-imagens de “retórica da autoevidência”, na medida em que estas imagens fazem parecer óbvio que o cérebro de alguém considerado portador de transtorno mental seja diferente do cérebro de uma pessoa julgada normal. Apud VENTURI, C. Op. cit. p. 17 e 108.

⁹⁷ CANGUILHEM, G. Op. cit. As análises de Canguilhem elucidam a formação histórica da criação dos conceitos, explicitando que os mesmos não são traduções de um suposto refinamento progressivo alcançado pela ciência, nem manifestação de uma racionalidade enfim tornada possível que traria inteligibilidade ao objeto cientificizado, antes, a história de um conceito é a sua própria constituição, ou seja, a articulação dos diversos campos de construção e de validação sociais que possibilitam sua emergência, e estabelecem seus usos e um regime de discurso próprio ao objeto tornado científico. Com sua epistemologia histórica, Canguilhem possibilita compreender a operação de constituição “científica” a partir de práticas e interesses “não-científicos”.

Nesta história, a criança TDAH teria surgido na literatura médica na primeira metade do século XX, tendo sido, desde então, batizada e rebatizada inúmeras vezes:

Ela foi a criança com defeito no controle moral, a portadora de uma deficiência mental leve ou branda, foi afetada pela encefalite letárgica, chamaram-na simplesmente de hiperativa ou de hipercinética, seu cérebro foi visto como moderadamente disfuncional, ela foi a criança com déficit de atenção e, enfim, a portadora do transtorno do déficit de atenção/hiperatividade. Desde os últimos 20 anos do século XX, ela é marcada por um defeito inibitório que afeta o desenvolvimento das funções executivas cerebrais.⁹⁸

Esta história oficial, contada por médicos pesquisadores do TDAH – os quais Colman Nefsky chama de “historiadores internos” – se caracteriza pela tentativa de estabelecer uma retrospectiva histórica dos quadros precursores do que hoje é definido como TDAH, buscando, com este movimento, legitimar a definição científica acerca do problema. Segundo esta versão, que nasce no interior do campo biomédico⁹⁹, teria havido precedentes clínicos garantidores da etiologia orgânica do TDAH, embora com outros nomes em épocas anteriores, os quadros patológicos e a sintomatologia apresentada pelos doentes constituiriam prova efetiva e irrefutável da existência *essencial* do transtorno.

No entanto, esta história “científica” deixa à margem os contextos históricos específicos das épocas abordadas, silenciam as vozes que interagiram na pesquisa e na constituição dos quadros patológicos estudados e simplesmente desconsideram as especificidades e as orientações sociais, políticas e morais aos quais estavam subordinados os referidos contextos e pesquisas. A história do diagnóstico do TDAH encontra no inglês George Still seu marco inicial. Teria sido Still o primeiro formulador metódico da descrição médica do transtorno. Em 1902 com *Algumas condições psíquicas anormais em crianças* Still teria postulado a existência biológica do transtorno e desenvolvido sua teoria

⁹⁸ CALIMAN, Luciana V. **Notas sobre a história oficial do transtorno do déficit de atenção/hiperatividade TDAH**. Psicologia, ciência e profissão. Brasília, 2010, v. 30, n. 1, p. 49.

⁹⁹ Ibidem, idem.

acerca dos determinantes cerebrais para o que à época era chamado de defeito no controle moral.¹⁰⁰

Todavia, através de um sério estudo desenvolvido por Caliman¹⁰¹, é possível vislumbrar outros dados. A autora analisa os discursos constitutivos da história diagnóstica do TDAH ligando-os aos contextos aos quais estavam inseridos, demonstrando as especificidades e propósitos que orientavam as definições clínicas acerca de problemas mentais de natureza indefinida e duvidosa, bem como as formulações teóricas dos autores “precursores” da leitura biológica do transtorno. Longe de endossar a história médica oficial, o estudo demonstrou – com riqueza de informações históricas e sutilezas na análise – que as categorias diagnósticas dirigidas anteriormente às “crianças perigosas” obedeciam necessariamente à especificidade histórica de sua inserção.

No caso de Still, o que orientava a definição patológica dos comportamentos infantis descontrolados e desviantes, nomeados à época de *defeito no controle moral*, era a decisão social do que era ou não tolerado naquela conjuntura, do que se adequava ou não àquela racionalidade. As tentativas de fazer de Still pioneiro das leituras científicas dos transtornos mentais infantis, além de esbarrar em inúmeros equívocos históricos, também evidenciam a impossibilidade de encontrar nele a prova científica do defeito neurofisiológico de bases cerebrais da moral e da vontade, uma vez que “nenhuma prova empírica oriunda da pesquisa neurofisiológica sustentava sua hipótese”.¹⁰²

Outro capítulo tomado como referência para a história do transtorno foi a encefalite letárgica, uma misteriosa epidemia infecciosa surgida no final da 1ª Guerra Mundial – e, naquele contexto reconhecida como patologia do momento – e que desapareceu por volta de 1940. A encefalite é tida como uma importante classificação precursora do TDAH por incluir em sua descrição uma sintomatologia bastante similar ao TDAH. Outra semelhança entre as duas patologias reside no fato da importância pública adquirida por ambas. As duas desordens entraram na pauta da agenda de saúde pública, sendo foco de grande investimento financeiro, impulsionando enorme produção científica sobre as possíveis bases cerebrais dos transtornos, ambas igualmente fazendo uso de tecnologias de visualização cerebral na tentativa de sua legitimação científica.¹⁰³

¹⁰⁰ Ibidem, p. 49-52.

¹⁰¹ CALIMAN, L. 2006. Op. cit.

¹⁰² CALIMAN, L. 2010. Op. cit. p. 53.

¹⁰³ Ibidem, p. 57-59.

No entanto, esta dimensão de sua história não é contemplada nos discursos oficiais sobre o transtorno, como também as outras abordagens e leituras referentes ao quadro patológico da encefalite são deliberadamente deixadas à margem. Outro “silêncio” diz respeito ao seu desfecho: após anos de controvertidas investigações clínicas, disputas políticas, e a inexistência de comprovação de suas premissas científicas, este quadro gerou o desinteresse pela doença. A ineficácia da vacina e do tratamento utilizado, além de criar a desconfiança acerca dos diagnósticos propostos ao problema, também pesou sobre as pessoas acometidas pela desordem, pois “grande parte das vítimas da encefalite ainda era tratada em instituições para epiléticos, mentalmente fracos e doentes de Parkinson”. Por fim, a encefalite recebeu a descrição de uma “síndrome de origem indeterminada, vinculada obscuramente à fisiologia patológica cerebral”.¹⁰⁴

Fica patente a tentativa empreendida pela recente psiquiatria de viés biológico em unificar sob a mesma rubrica diferentes processos e singularidades históricas que fizeram parte de outras conjunturas e responderam à outras demandas. No entanto, no que concerne aos diagnósticos incluídos na historiografia oficial sobre o TDAH, existe um ponto em comum entre eles: todos dizem respeito a tentativa de patologização de indivíduos considerados incapazes de atender satisfatoriamente as expectativas de suas épocas, fossem elas expectativas morais, políticas ou econômicas.¹⁰⁵ Ainda que cada momento histórico tenha definido suas especificidades acerca dos indivíduos em questão, em todos eles, “as descrições biológicas das patologias da atenção e da vontade permitiram que os valores morais dominantes em cada época fossem naturalizados e inscritos no corpo”.¹⁰⁶

No recente fenômeno da patologização da desatenção e da hiperatividade o que a análise histórica evidencia é um quadro amplo, que atravessa a sociedade, estabelecendo novos contornos oferecidos

¹⁰⁴ Ibidem, p. 58.

¹⁰⁵ Em um estudo sobre a história conceitual do que hoje é designado como TDAH, Adam Ravalovich observou que as diferentes nomenclaturas utilizadas ao longo do século XX denominavam um conjunto de sintomas similares que definiam o comportamento infantil concebido como desviante. Para Ravalovich, a história da compilação desses sintomas em um diagnóstico formal representa um movimento crescente de medicalização do comportamento não convencional. Apud RICHTER, Bárbara R. **Hiperatividade ou indisciplina?** O TDAH e a patologização do comportamento desviante na escola. Dissertação de mestrado em educação e ciência. UFRGS. 2012. p. 47-48.

¹⁰⁶ CALIMAN, L. 2010. Op. cit. p. 59.

pela atual psiquiatria conjugada à ciência genética e à psicofarmacologia. Segundo Nikolas Rose, o novo paradigma instaurado a partir da atuação conjunta destas novas áreas do conhecimento diz respeito à constituição de identidades somáticas flexíveis e manipuláveis em sua própria biologia.¹⁰⁷

Esta nova perspectiva molecular e neuroquímica apresenta uma “natureza” passível de manipulação, modificação e correção, e, segundo autores como Rose, Hans-Jorg Rheinberger e Paul Rabinow, o novo olhar e o novo *ethos* que sustentam a interpretação biológica dos comportamentos humanos na atualidade diferem enormemente da leitura proposta por alguns estudiosos que veem na atual psiquiatria um renascimento dos reducionismos eugênicos de outrora.¹⁰⁸

Como podemos perceber, o discurso das biotecnologias contemporâneas reside na pretensão de apresentar o corpo e o cérebro em sua maleabilidade e flexibilidade, onde os mesmos doravante inserem-se num processo de cerebrização da moral e da vontade, em que o sucesso e o fracasso tornam-se dependentes do funcionamento cerebral de sua neuroquímica com seus ajustes e correções pontuais¹⁰⁹, movimento este que é amplo e está na base do que Fernando Vidal chama de “sujeito cerebral”.¹¹⁰ Assim, figura-se inegável a descrição apresentada por Eric Hobsbawm em seu *Era dos Extremos*, de que a ciência do século XX transformou sobremaneira sua imagem da vida e do mundo, muitas vezes possibilitando leituras reducionistas acerca da mente humana, permitindo a cientistas do fim do século XX falarem “do cérebro como se fosse um elaborado sistema de processamento de informação”.¹¹¹

É possível inferir que, a despeito das premissas *essencialistas* e biologizantes das descrições de fenômenos e comportamentos humanos, estes estão imbricados em sua historicidade e nos processos conjunturais

¹⁰⁷ GIMENES, Gabriel F. **Os problemas biopolíticos contemporâneos em Nikolas Rose**. Mediações – Revista de Ciências Sociais. Universidade Estadual de Londrina. Vol. 17, n. 1, 2012, p. 274-278.

¹⁰⁸ Apud CALIMAN. 2009. Op. cit, p. 137.

¹⁰⁹ CALIMAN. 2010. Op. cit, p. 51.

¹¹⁰ VIDAL, Fernando. **Le sujet cérébral**: une esquisse historique et conceptuelle. Psychiatrie, sciences humaines, neurosciences. v.3, n.11, p.37-48, 2005. Para Vidal, é na medida em que o cérebro define a pessoa, que somos um “sujeito cerebral”. Este impõe-se como uma figura antropológica cuja importância tem aumentado desde meados do século XX, criando um novo paradigma que concebe o que somos e como agimos com base naquilo que nosso cérebro é capaz de desempenhar.

¹¹¹ HOBBSAWM, Eric. Feiticeiros e aprendizes. In: _____. **Era dos extremos**. O breve século XX: 1914-1991. São Paulo: Companhia das Letras, 1995. p. 529.

que dão forma à vida e ao mundo, como também estabelecem suas inter-relações no contexto social. Destarte, o processo de medicalização do comportamento humano entendido em sua chave histórica e sociocultural parece apontar para leituras outras acerca desse processo de conversão patológica de resultantes históricos precisos.

2.3 A DEFINIÇÃO “CIENTÍFICA” E “NEUTRA” DO TDAH

Preocupado em esclarecer a existência do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade, o médico psiquiatra Paulo Mattos¹¹², grande pesquisador e divulgador do TDAH no Brasil, elucida em vários artigos científicos, em jornais leigos, na mídia de uma forma geral, a existência médica do transtorno e a necessidade do tratamento adequado. Tem também publicado um famoso livro abordando o assunto: *No mundo da lua: Transtorno do déficit de atenção com hiperatividade*, onde busca desenvolver sua abordagem sobre a doença. Nele o autor, buscando dar fundamentação teórica ao seu argumento, reproduz o que a Associação Médica Americana (AMA) declarou em 1998 a respeito da validade diagnóstica do TDAH:

O TDAH é um dos transtornos mais bem estudados na medicina e os dados gerais sobre sua validade são muito mais convincentes que a maioria dos transtornos mentais e até mesmo que muitas condições médicas.¹¹³

O autor defende categoricamente a necessidade de entender o TDAH como um transtorno de forte determinação genética, e declara: “o TDAH é considerado claramente um transtorno mental, do mesmo modo que depressão, ansiedade, alcoolismo etc”.¹¹⁴ Seus argumentos, como recorrentemente reivindica o próprio autor, estão todos pautados na validade da ciência, na autoridade das pesquisas científicas, chegando mesmo a qualificar os discursos de profissionais de outras áreas que

¹¹² Paulo Mattos é médico psiquiatra e professor adjunto da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Mestre e doutor em psiquiatria e pós-doutor em bio química. Coordenador do GEDA – Grupo de Estudos do Déficit de Atenção do Instituto de Psiquiatria da UFRJ. Presidente do Conselho científico da ABDA – Associação Brasileira do Déficit de Atenção. Também membro da Associação Brasileira de Psiquiatria.

¹¹³ MATTOS, Paulo. **No mundo da lua: Perguntas e respostas sobre o Transtorno do déficit de atenção com hiperatividade**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira do Déficit de Atenção. 2012, 11ª edição. p. 18.

¹¹⁴ MATTOS, P. Op. cit. p. 65

abordam o TDAH em perspectivas diferentes da sua de “palpites”. Vale reproduzir suas palavras:

Inacreditável mesmo foi uma reunião recente (fartamente propagandeada e com apoio de órgãos oficiais) onde diversos profissionais foram dar sua opinião sobre o TDAH. Na verdade, o termo correto seria “palpite” e a sua relevância é mínima ou nula em medicina. Fiz questão de procurar o currículo de cada um deles: nenhum – você leu certo – nenhum deles jamais havia participado de qualquer pesquisa sobre o assunto. Alguns haviam escrito textos teóricos sobre o assunto (ou seja, novamente palpites), outros ainda haviam supervisionado teses acadêmicas teóricas (de novo, de novo...). Pesquisa que é bom, nada!¹¹⁵

Suas recomendações científicas:

Procure saber se aquilo que você leu é baseado em informações científicas, resultado de pesquisas publicadas por pesquisadores reconhecidos em revistas científicas.¹¹⁶

O TDAH permanece como sendo um diagnóstico com forte embasamento científico, diagnosticado em países muito diferentes culturalmente (como o Irã, Estados Unidos, China, Brasil, México etc.).¹¹⁷

Segundo esta economia de discursos, a existência do TDAH concebido como transtorno mental tem sua validade outorgada pela ciência. No entanto, cabe destacar que este valor de verdade, ou seja, o TDAH enquanto doença a ser devidamente tratada, tem seu diagnóstico fornecido por meio de entrevista – isso mesmo! – “por meio de uma entrevista clínica com um especialista, utilizando-se critérios definidos”.¹¹⁸ Vale marcar que os “critérios definidos” com pretensão de serem solidamente científicos são baseados na sintomatologia apresentada pelos acometidos do transtorno: “os sintomas clínicos do

¹¹⁵ Ibidem, p. 67.

¹¹⁶ Ibidem, p. 60.

¹¹⁷ Ibidem, p. 17.

¹¹⁸ Ibidem, p. 56.

TDAH (desatenção, hiperatividade e impulsividade) são a própria doença”.¹¹⁹ Ainda: “não há exames genéticos disponíveis para o tratamento do TDAH. Também não há exames para se avaliar a falta deste ou daquele elemento químico no sangue”.¹²⁰

Fazendo uso dos argumentos do próprio autor que evidencia a necessidade de se considerar como verdadeiros os discursos resultantes de pesquisas científicas, não podemos deixar de marcar a especificidade de suas pesquisas e os critérios “positivos” dos quais se utiliza para estabelecer o discurso “oficial” sobre o TDAH. Em outras palavras, as condições objetivas de fabricação destes discursos de verdade, as relações de interesses que atravessam a produção de suas pesquisas, o que obviamente, interferem no conteúdo de seus resultados.

O GEDA – Grupo de estudos de déficit de atenção – ligado ao Instituto de Psiquiatria IPUB da UFRJ, foi criado em 1999 e recebe suporte de pesquisa do Laboratório Janssen-Cilag, fabricante do Concerta. O GEDA é responsável pela maior parte das publicações sobre o metilfenidato no Brasil, devido suas inúmeras publicações acerca do TDAH nos periódicos científicos. Paulo Mattos, que é membro do comitê consultivo, participa ativamente da maior parte das publicações e recebe financiamento de pesquisa das indústrias Janssen-Cilag, Eli Lilly, GlaxoSmithKline e da Novartis (fabricante da Ritalina®). Mattos é também presidente do conselho científico da ABDA – Associação Brasileira do déficit de atenção - que por sua vez conta igualmente com patrocínio da Novartis e Janssen-Cilag.¹²¹

O que aqui está em questão não é unicamente o financiamento das pesquisas, pois sabemos que as mesmas precisam de recursos financeiros para acontecer. O problema decorrente desta prática é a possibilidade de controle e direcionamento dos resultados produzidos pelas mesmas – amplamente direcionadas por laboratórios farmacêuticos. Em seu sério estudo sobre a *Ritalina no Brasil*, Cláudia Itaborahy, pesquisando e analisando cada artigo científico sobre o TDAH, cada autor envolvido nos mesmos, chegou à surpreendente – e assustadora, principalmente pelas questões éticas que deveria suscitar – conclusão de que 87% destes artigos científicos recebem financiamento dos laboratórios, ou mesmo possuem co-autoria dos fabricantes farmacêuticos.¹²² Esses dados deveriam, no mínimo, questionar a

¹¹⁹ Ibidem, p. 71.

¹²⁰ Ibidem, p. 57.

¹²¹ ITABORAHY, C. Op.cit. p. 69

¹²² Ibidem, p. 108.

aceitação dos resultados propagados por estas publicações, e pôr em xeque a propalada validade científica deste tipo de produção.

Assim explicitadas as concretas condições de possibilidade do discurso médico-psiquiátrico acerca do TDAH – que reivindica a si o monopólio discursivo deste problema – que traz à tona os interesses envolvidos na sua fabricação, faz-se necessário ponderar acerca de seus desdobramentos. Este regime de verdade onde o TDAH é constituído como doença, como transtorno “objetivado” gera um regime de práticas decorrentes de tal objetivação. Neste caso, a existência do TDAH como doença médica, instaura uma prática interventiva corretiva e precisa que é a intervenção medicamentosa com utilização do metilfenidato, tido como solucionador do problema.

Isso incita a pensar com Foucault¹²³ acerca da objetivação mesma da categoria TDAH como doença, ou seja, das relações e discursos que permitiram que o TDAH recebesse *status* de objeto, sendo nomeado cientificamente, com isso, colocando em movimento uma série de práticas que circundam o discurso – agora tornado “objetivo” e “autorizado” – do transtorno. As informações acima permitem perceber as dimensões deste problema, e as relações de interesses envolvidas na questão.

Neste contexto, para além das definições médicas de problemas que concernem à existência humana de um modo geral, importa questionar os ritmos e as demandas sociais que compõe o contemporâneo. Assim, seria possível indagar: o que demanda nosso tempo? Como se vive este tempo? Em que medida estas questões são colocadas ou problematizadas em nossos dias? Existe tempo para o “tempo” ou somos atropelados por ele na mesma medida em que o atropelamos? São questões complexas e de difícil solução, que abarcam o coletivo social, dizendo igualmente respeito à vivência individual e singular. No entanto, cumpre marcar que o crescente processo de medicalização em nossos dias parece ser fruto de um duplo movimento: a padronização diagnóstica operada pela área biomédica que cria a ilusão de se considerar verdadeiros seus enunciados, como também a

¹²³ Michel Foucault, na *Arqueologia do saber*, procurou mostrar como são as regras dispostas por um discurso que definem o regime de um objeto, com isso delimitando um campo de ação definido e práticas determinadas com relação a este campo. “O objeto não espera nos limbos a ordem que vai liberá-lo e permitir-lhe que se encarne em uma visível e loquaz objetividade; ele não preexiste a si mesmo, retido por algum obstáculo aos primeiros contornos da luz, mas existe sob as condições positivas de um feixe complexo de relações”. FOUCAULT, Michel. **A Arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009. p. 50.

adesão deliberada a tais diagnósticos e a conseqüente adoção aos “comprimidinhos milagrosos”, convencidos que estamos de sua eficácia, feitos para “facilitar” a vida, “otimizar” o tempo, “aprimorar” a cognição.

Neste sentido, é preciso destacar a especificidade – nada indulgente – desta engrenagem global capitalista que cria ritmos, necessidades e imperativos sociais aos quais, em grande medida, estamos subordinados. Certo é, igualmente, que este ritmo social e as necessidades e condições materiais manipulam as probabilidades das escolhas humanas. Entrementes, cabe destacar a faceta ambígua e paradoxal deste movimento: geralmente a demanda possibilita criar regimes de consensos, onde a “facilidade” parece prevalecer sobre outros valores.

Gilles Lipovetsky chama a atenção para esta dimensão contemporânea da experiência humana na qual prevalece a aceleração e o imperativo da eficiência como valor dominante, onde a constante obrigação do movimento conjugada ao culto da modernização técnica cria ritmos ininterruptos na vivência da temporalidade humana.¹²⁴ Neste cenário, a medicalização ocupa papel central da própria dinâmica em sociedade, já que a atual prática médica extrapola as intervenções propriamente “terapêuticas”, intervindo também no tecido social antes do aparecimento de sintomas, com sua moral do culto à saúde que estimula práticas de monitoramento, vigilância e precauções constantes.¹²⁵

¹²⁴ LIPOVETSKY, Gilles. **Os tempos hipermodernos**. São Paulo: Editora Barcarolla, 2004. p. 57.

¹²⁵ *Ibidem*, p. 73.

Minha hipótese é que com o capitalismo não se deu a passagem de uma medicina coletiva para uma medicina privada, mas justamente o contrário; que o capitalismo, desenvolvendo-se em fins do século XVIII e início do século XIX, socializou um primeiro objeto que foi o corpo enquanto força de produção, força de trabalho. O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade bio-política. A medicina é uma estratégia bio-política.¹²⁶

¹²⁶ FOUCAULT, Michel. O nascimento da medicina social. In: **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979. 29ª reimpressão, 2011. p. 80.

3 O DISCURSO MÉDICO-PSIQUIÁTRICO SOBRE O TDAH NA IMPRENSA LEIGA (1998-2013)

Se trabalhar com história do tempo presente pode redundar em equívocos nas análises - dado a ligação visceral com este tempo - a experiência possibilita acompanhar a história como um acontecimento vivo, colocando o pesquisador no “calor dos acontecimentos”. Neste sentido, problematizar a história atual, e tomá-la como objeto de análise e questionamento, aceitando o caráter aberto e inconcluso desta, toma aqui a forma de um posicionamento deliberado e mesmo político, entendendo com Huff Júnior que uma história do tempo presente “torna-se eminentemente política não apenas pelas escolhas do historiador, mas também porque sujeito e objeto da pesquisa habitam o mesmo tempo”.¹²⁷

E, neste tempo, inserido no amplo contexto do desenvolvimento das biociências contemporâneas e de seus inúmeros desdobramentos biotecnológicos, presenciamos a emergência de um fenômeno historicamente recente que é a aparição médica-psiquiátrica do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade – TDAH -, cujo diagnóstico está intrinsecamente vinculado ao tratamento medicamentoso com o psicoestimulante metilfenidato.

A intenção do presente capítulo está em analisar os dados empíricos desta pesquisa, problematizando-os. O contato com parte da produção bibliográfica sobre o tema, e a pesquisa acerca do assunto na imprensa leiga brasileira, possibilitou fazer um recorte enxuto, na tentativa de poder oferecer um tratamento algo coerente à temática, sem com isso extrapolar os componentes que fogem à minha competência e ao escopo do trabalho ora apresentado.

Importante ressaltar que a complexidade do tema em questão tem atualmente recebido inúmeras formulações – impossíveis de abordá-las aqui -, o que certamente repercute na formação de um quadro de resistência ao “discurso oficial” sobre o TDAH, reunindo vozes e posicionamentos contrários à formulação neurobiológica do problema, como também, alguns dados permitem perceber as divergências presentes até mesmo no interior da psiquiatria, área para o qual o sujeito desatento e hiperativo possui um transtorno de ordem genética e neurobiológica que necessita intervenção.

¹²⁷ HUFF JR, Arnaldo E. **Campo religioso brasileiro e História do tempo presente**. Revista Brasileira de História das Religiões. ANPUH. Maringá – PR. v.1, n.3, 2009, p.20.

Optou-se neste espaço, por analisar como o discurso médico-psiquiátrico sobre o TDAH aparece na imprensa leiga brasileira, ou seja, qual o conteúdo veiculado por esta modalidade discursiva e as características destas publicações. O período analisado foi de 1998, ano em que, segundo a ANVISA, foi autorizada a comercialização do metilfenidato no Brasil¹²⁸ até agosto de 2013, data limite desta pesquisa. Com base no número de publicações circulantes sobre o TDAH na imprensa leiga através das revistas *Veja* e *Época*, e do *Jornal O Globo* e o *Jornal Folha de São Paulo*, prevaleceu aqui a escolha de trabalhar com as publicações do *Jornal Folha de São Paulo*, pelo fato deste apresentar o maior número de reportagens sobre o assunto em comparação as outras referências supracitadas.

Outro dado determinante para esta escolha foi a extensão da circulação da *Folha de São Paulo*, com assinantes e leitores nas mais diversas regiões do Brasil, e a disponibilização, a partir de 1995, de grande parte de seu conteúdo na versão on-line, o que conduz muitos à sua leitura. Dados referentes a outubro de 2012 informam que a circulação média da *Folha* gira em torno de 301.299 exemplares, e, segundo as informações constantes no site do *Jornal*, o mesmo é o periódico mais vendido do país entre os diários nacionais. Os princípios editoriais que orientam o *Jornal* estão presentes no *Novo Manual da Redação*, vigente desde 2001, com suas normas orientadas para a valorização da iniciativa, discernimento e inventividade individuais, com vistas a promover - segundo o Grupo *Folha* - um jornalismo plural, apartidário, crítico e independente.¹²⁹

Pensando na impossibilidade de neutralidade das fontes, interessa marcar a especificidade deste tipo de publicação, a qual, para Lilian Zamboni não existe isolada e independentemente de seu entorno, antes, sua produção e a constituição de sua significação social engendra necessariamente seu destinatário. A reformulação discursiva operada nestas publicações visa tornar inteligível e acessível ao leitor o conteúdo de suas matérias, e neste sentido, com a intenção de tornar público e divulgar os conhecimentos científicos, a informação jornalística recebe nova configuração, compreendendo em sua composição, além dos *papers* científicos, informações oriundas de revistas científicas, dados de agências de notícias e as reportagens presentes em outras mídias,

¹²⁸ ITABORAHY, C. Op.cit. p. 72.

¹²⁹ Informações extraídas do site do *Jornal Folha de São Paulo*. Disponível em < <http://www1.folha.uol.com.br/institucional/>>. Acesso em 02 out. 2013.

como também a presença de comentários ou entrevistas com especialistas dos assuntos tratados.¹³⁰

Esta configuração jornalística evidenciada por Zamboni tem confirmação empírica nas fontes ora utilizadas, pois as mesmas são elaboradas com estes componentes, visando a facilitação na abordagem de assuntos da área científica, como também, a tentativa de dar credibilidade aos assuntos expostos.

Parece igualmente oportuno entender a abordagem jornalística acerca do objeto de análise nos termos observados pelo historiador Jean-François Sirinelli que enfatiza a dimensão alcançada pelo texto jornalístico e pensa a imprensa como espaço de sociabilidade, em torno do qual se delineiam discursos com valor de verdade, agregando conjuntos de pessoas em torno de crenças, ideias e valores.¹³¹ Desse modo, entender a imprensa inserida em seu contexto, considerando sua parcialidade enquanto dotada dos mais variados interesses é tarefa primeira aqui empreendida, para o desenvolvimento da subsequente análise.

3.1 DEMANDAS SOCIAIS, SOLUÇÕES EMPRESARIAIS. TDAH: NORMALIZAÇÃO E LUCRO ECONÔMICO

“EUA: 11% das crianças em idade escolar têm TDAH”. Atualmente conhecido como um transtorno psiquiátrico que atinge principalmente crianças em idade escolar, o diagnóstico de TDAH recomenda como terapêutica o tratamento medicamentoso através do uso do psicoestimulante metilfenidato, que, se em 2007 suas vendas alcançaram 4 bilhões de dólares, em 2012 atingiram a cifra de US\$ 9 bilhões. Esses dados foram divulgados pela *The New York Times*, no último 31 de março, dizendo respeito à realidade estadunidense, tendo recebido destaque na imprensa brasileira pelo Jornal O Globo de 01 de abril e pela Folha de São Paulo, no dia seguinte, 02 abril de 2013. No contexto brasileiro, resultados de pesquisas veiculadas na imprensa apontam 5% da população como atingida pelo transtorno, tendo aumentado o consumo de metilfenidato em 1500% de 2003 a 2011.¹³²

¹³⁰ ZAMBONI, Lílían M. S. **Cientistas, jornalistas e a divulgação científica**. São Paulo: Fapesp, 2001.

¹³¹ SIRINELLI, Jean-François apud PINSKY, Carla B. **Fontes históricas**. São Paulo: Contexto, 2006. p. 140.

¹³² Respectivamente: **EUA: 11% das crianças em idade escolar têm TDAH**. Jornal O Globo, 01-04-2013. **Nos Estados Unidos, 11% dos estudantes têm transtorno de déficit de atenção**. Jornal Folha de São Paulo, 02-04-2013. **Campanha reacende**

No início de 1999, a estimativa no número de casos com TDAH nos Estados Unidos era entre 3% e 6%, no Brasil a taxa era de 4%. Já em 1996, dois anos antes do metilfenidato ser comercializado no Brasil, 3 milhões de crianças norte-americanas utilizaram o psicoestimulante¹³³, com a justificação pautada na explicação neurobiológica do problema. Aterrissando na imprensa nacional, o TDAH chegou enquanto problema médico-psiquiátrico, tratado e explicado cientificamente: “a ciência aponta que existe uma base genética para o transtorno, que pode estar associada à algumas alterações neurológicas”¹³⁴, “os cientistas descobriram que o metilfenidato pode afetar os níveis de um transmissor chamado serotonina, presente no cérebro humano”, que “está relacionada ao controle da agressão e de comportamentos impulsivos”¹³⁵.

Suas primeiras aparições na imprensa já trouxeram a tentativa de elucidar o TDAH como transtorno da atenção e da hiperatividade, associando o problema à necessidade de tratamento medicamentoso. Segundo publicações da *Folha* em janeiro e fevereiro de 1999, o distúrbio seria mais comum do se imagina, e, pelas repercussões negativas que provoca na vida de seus “portadores”, o tratamento dessa condição é indispensável. Como a hiperatividade é caracterizada pela falta de atenção e concentração, segundo os cientistas, o recomendado é a utilização do estimulante Ritalina (metilfenidato) “que parece controlar bem algumas das alterações de comportamento das crianças com o distúrbio”.¹³⁶ Tem-se aqui a presença do discurso médico-científico acerca dos comportamentos alterados de crianças, que, pelo excesso de atividade e inquietude constante, tornar-se-iam detentoras de problema psiquiátrico. Consequentemente, pela força adquirida nesta economia de argumentação, cabe pensar o discurso médico como um discurso de poder, segundo demonstrou Jean Clavreul, que evidenciou como os significantes produzidos por esta competência atribuem valor e sentido a um sintoma.¹³⁷

debate sobre déficit de atenção. Jornal Folha de São Paulo, 14-07-2012. **Droga para déficit de atenção tem uso excessivo, diz estudo.** Jornal Folha de São Paulo, 03-05-2011.

¹³³ **Hiperatividade – estudo indica efeito de droga.** Jornal Folha de São Paulo, 15-01-1999.

¹³⁴ **Distúrbio afeta 4% das crianças.** Jornal Folha de São Paulo, 07-02-1999.

¹³⁵ **Hiperatividade – estudo indica efeito de droga.** Jornal Folha de São Paulo, 15-01-1999.

¹³⁶ **Distúrbio afeta 4% das crianças.** Jornal Folha de São Paulo, 07-02-1999.

¹³⁷ CLAVREUL, J. Op. cit.

O diagnóstico de Déficit de Atenção e Hiperatividade conheceu uma expansão a partir de meados dos anos 2000, quando o problema começou ser identificado também em adultos. Desta forma, o mesmo não atingiria somente crianças, como também inúmeros adultos estariam sofrendo com o transtorno. Este, obrigatoriamente começaria na infância, mas os sintomas se arrastariam ao longo da vida, e, segundo a neurobiologia, a sintomatologia apresentada pelo quadro patológico do problema muitas vezes seria confundida com as características da pessoa, com seu jeito e personalidade, donde a necessidade de perquirir atentamente estas condições, para o devido tratamento.¹³⁸ “Desligado, desorganizado, irrequieto, estabonado e inconsequente. Essas características [...] podem ser sintomas de um transtorno: o Distúrbio de Déficit de Atenção”. “Muitas pessoas ainda acham que a distração exagerada e a inquietação são apenas características da pessoa”.¹³⁹ Como o transtorno teria base genética, cuja causa seria o desequilíbrio de neurotransmissores que fazem a comunicação no cérebro, o recomendado é a intervenção medicamentosa, que proporciona o estímulo das regiões do cérebro responsáveis pela atenção.¹⁴⁰

Explicação assente no discurso científico, o argumento acima enfatiza a necessidade de distinguir características aceitáveis – da pessoa - de patologias psiquiátricas. Sua preocupação em acentuar o quadro patológico do problema denota a estratégia de se compreender os corpos e mentes ansiosos como portadores de problema médico, fazendo-se urgente o diagnóstico e o tratamento correlato.

Nos EUA, o uso abusivo do metilfenidato por crianças de 3 a 6 anos (500 mil crianças em 1995) desencadeou uma campanha contra seu uso no ano de 2000, contando com a participação da então senadora Hillary Clinton unida a inúmeros promotores de justiça e especialistas da área médica. Alarmados com a utilização do psicoestimulante em crianças de 3 anos, o protesto coletivo produziu um mal-estar geral onde os psiquiatras e a indústria farmacêutica foram acusados de formar complô estimulando o uso desnecessário da droga. Esta estaria sendo grandemente utilizada pelos efeitos químicos que proporciona, ou seja, como age no córtex cerebral, a droga turbinava a atenção, aumentando o fluxo de dopamina e noradrenalina na região, o que explica a melhora no desempenho escolar dos infantes. O que o protesto colocou em evidência foi o *boom* nas prescrições médicas do metilfenidato e a

¹³⁸ **Déficit de atenção também atinge adultos.** Jornal Folha de São Paulo, 23-04-2000.

¹³⁹ Ibidem.

¹⁴⁰ Ibidem.

necessidade de se debater sua utilização, considerando seus efeitos nocivos – que não são poucos.¹⁴¹

Entretanto, paralelamente à campanha, a comunidade médica-psiquiátrica pró-metilfenidato continuou reiterando a necessidade da terapêutica medicamentosa dos quadros hiperativos e sua explicação neurobiológica. De acordo com um relatório da ONU, divulgado em 2008¹⁴², sobre a produção e consumo de psicotrópicos, a produção mundial do metilfenidato chegou a quase 38 toneladas no ano de 2006, num contraste abissal com o ano de 1990 que produziu 2,8 toneladas. Das 38 toneladas, 34,6 foram produzidas pelos EUA, que além de serem os maiores fabricantes do psicofármaco, são também seus maiores usuários, cujo consumo representa atualmente 82,2% de todo metilfenidato consumido no mundo.¹⁴³

Concomitantemente, no Brasil, a psiquiatria se esforça em divulgar o transtorno como patologia psiquiátrica, buscando elucidar a necessidade do tratamento deste quadro médico, endossando a interpretação cerebral do problema. De acordo com esta perspectiva, “o distúrbio é caracterizado por uma tríade de sintomas: desatenção, hiperatividade e impulsividade”, e a utilização do metilfenidato se justifica por ser um estimulante dopaminérgico que permite a concentração nas atividades, e deixa a pessoa menos propensa à inquietude.¹⁴⁴ Segundo a explicação neurobiológica do transtorno “a área pré-frontal do cérebro dessas pessoas – responsável entre outras funções pela atenção seletiva – funciona em nível abaixo do normal”.¹⁴⁵

Com a expansão diagnóstica do TDAH e o surpreendente aumento no consumo do psicoestimulante metilfenidato, que passou de 71 mil para 1,2 milhão de caixas anuais entre os anos de 2000 a 2008¹⁴⁶, outras vezes entraram em cena nas publicações da *Folha*, a partir de meados de 2006, questionando o aumento no consumo da droga, como também desconfiando da existência psiquiátrica do problema. Para fazer frente a estas ofensivas, o discurso médico-psiquiátrico acentuou a explicação cerebral do problema, enfatizando reiteradamente seu caráter

¹⁴¹ **Americanos protestam contra ritalina.** Jornal Folha de São Paulo, 15-09-2000. **Uso de Ritalina é polêmico.** Jornal Folha de São Paulo, 15-02-2001. **Remédio infantil gera batalha nos EUA.** Jornal Folha de São Paulo, 21-08-2001.

¹⁴² ORTEGA, F. (et al). 2010. Op. cit. p. 500.

¹⁴³ Ibidem, idem.

¹⁴⁴ **“É preciso dizer que existe tratamento”.** Jornal Folha de São Paulo, 21-08-2001. **Adulto “elétrico” pode ter distúrbio.** Jornal Folha de São Paulo, 17-11-2002. **Droga em nova versão ajuda o hiperativo.** Jornal Folha de São Paulo, 25-03-2004.

¹⁴⁵ **Avoador tem distúrbio se há dano social.** Jornal Folha de São Paulo, 02-11-2003.

¹⁴⁶ **A era da desatenção.** Jornal Folha de São Paulo, 30-05-2010.

neurobiológico, refutando as abordagens que porventura pudessem desautorizar seu discurso “comprovadamente científico”.

Segundo esta perspectiva, haveria “falta de diagnóstico”¹⁴⁷ de TDAH, e não excesso. De acordo com um estudo estatístico realizado por Rodhe e Polanczyk, médicos psiquiatras do departamento de psiquiatria da UFRGS, a “construção social” do transtorno não tem correspondente empírico. Segundo os pesquisadores, “o componente cultural é refutado”. Rejeitam igualmente a ideia de que o aumento de casos TDAH seja produto das condições da vida contemporânea, e completam: não há evidências de que a cultura cause o transtorno.¹⁴⁸ Os referidos médicos reiteram o caráter clínico do problema, buscando promover a explicação neurobiológica do mesmo, para que este não seja erroneamente – segundo eles – interpretado como produto sócio-histórico.

Cumprido destacar, entretanto, que se pesquisas gerais apontam em torno 5% da população acometida pelo transtorno¹⁴⁹, e este – como querem os pesquisadores da área médica como os referidos acima – não deve ser entendido como fruto de condições sociais de existência, por que o mesmo dificilmente é comentado acerca de sua incidência nos grupos economicamente menos favorecidos? De acordo com estudos realizados em escolas específicas, localizadas em bairros pobres e marginalizados socialmente, os índices de prevalência do problema chegam a 26%.¹⁵⁰ Por que esses números não são discutidos? Obviamente porque eles denunciam o aspecto social e ambiental que abarca o problema, colocando em xeque a irrelevância destes aspectos na interpretação médica do quadro em questão.

Muitos pesquisadores assumidamente defensores da existência psiquiátrica do TDAH, e da necessidade de intervenção medicamentosa deste, pouco se incomodam com a acusação de serem remunerados pela indústria farmacêutica, tornando-se seus propagandistas. “O grupo de Rohde (psiquiatra já mencionado anteriormente e citado acima) recebe financiamento de pesquisa das empresas Bristol-Myers Squibb, Eli Lilly, Janssen-Cilag e Novartis. O psiquiatra também dá palestras sob

¹⁴⁷ Ibidem.

¹⁴⁸ Ibidem.

¹⁴⁹ **Genes ligados ao transtorno de atenção ainda são mistério.** Jornal Folha de São Paulo, 01-09-2011.

¹⁵⁰ Dados extraídos de VASCONCELOS, Márcio (et.al.). **Prevalência do Déficit de Atenção/Hiperatividade numa escola pública primária.** Arquivos de Neuro-psiquiatria. São Paulo: Vol. 61, n. 1, p. 67-73. 2003.

patrocínio das empresas, mas declara que a remuneração pessoal por serviços prestados à indústria não ultrapassa US\$ 10 mil anuais”.¹⁵¹

Com intenção de dimensionar economicamente a comercialização do metilfenidato no Brasil, interessa verificar o preço médio destes pequenos – e nada baratos – “comprimidinhos”: Ritalina LA® 20mg/30 comprimidos, R\$ 206,92; Concerta® 18mg/30 comprimidos, R\$ 295,54; Concerta® 36mg/30 comprimidos, R\$ 401,67.¹⁵² A Ritalina é produzida pelo Laboratório Novartis, sendo o Concerta produzido pela Janssen-Cilag, e, segundo informações da ANVISA, a Ritalina é responsável por praticamente 90% das vendas do mercado nacional.¹⁵³ De acordo com dados da ONU, divulgados no ano de 2008, as doses diárias estabelecidas para fins de estatística é de 30mg/dia de metilfenidato.¹⁵⁴ No Brasil, o psicofármaco não pode ser indicado para crianças com idade inferior a seis anos, procedimento permitido para o contexto estadunidense, onde a prescrição do medicamento é permitida para menores de cinco anos.¹⁵⁵

Estes dados permitem deduzir o tamanho do empreendimento criado em torno do metilfenidato, que movimenta uma rede considerável de interesses muitas vezes desconsiderada. Além do consumidor do psicoestimulante, no espaço que circunda este fenômeno, está alojada a poderosa indústria farmacêutica, o mercado empresarial global, o complexo médico-industrial, bem como os importantes centros de pesquisas – que não raro, tornam-se aliados de laboratórios farmacêuticos. Evidentemente, estas instâncias estão implicadas na construção do diagnóstico do TDAH, como também no movimento global que o concerne, que é a inclusão mercadológica de aspectos da vida biológica e psíquica na ordem do mercado.

Concomitante a este empreendimento altamente lucrativo, convém indagar acerca dos efeitos do metilfenidato, e de seu uso no contexto contemporâneo que legitima muitas práticas em nome da “qualidade de vida”. A definição de qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” foi feita pelo Grupo de Qualidade

¹⁵¹ **A era da desatenção.** Jornal Folha de São Paulo, 30-05-2010.

¹⁵² Optou-se por utilizar aqui o preço médio encontrado para o metilfenidato. Foram consultadas seis farmácias no centro da cidade de Florianópolis/SC, onde os preços variaram ligeiramente entre eles. Valores referentes a outubro de 2013.

¹⁵³ ITABORAHY, C. Op. cit. p. 39.

¹⁵⁴ Ibidem, idem.

¹⁵⁵ Ibidem, idem.

de Vida da Divisão de Saúde Mental da Organização Mundial da Saúde (OMS).¹⁵⁶

Essa definição demarcou os objetivos da OMS em delimitar parâmetros que pudessem medir a “qualidade de vida” em âmbito internacional, e no Brasil, a conexão com o projeto daquela Organização foi desenvolvida pelo Grupo de Estudos em Qualidade de Vida do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da UFRGS, em 1998, tornando-se referência e sendo considerado pioneiro na literatura médica, onde o conceito de qualidade de vida “passa a responder a uma subjetividade de equivalência entre direito e cidadania, saúde e segurança”.¹⁵⁷

Neste período em que o investimento nas neurociências conhece uma expansão significativa, multiplicam-se igualmente estudos propondo novos instrumentos avaliativos da qualidade de vida, e nesse contexto, o Programa de Tolerância Zero¹⁵⁸ fará uso do termo qualidade de vida para designar segurança e controle, visando reduzir a violência pela eliminação de comportamentos considerados indesejados. Os desdobramentos desse programa acabaram corroborando o investimento na política de controle social, que, juntamente aos desenvolvimentos em pesquisas neurobiológicas possibilitaram o redimensionamento de programas de segurança, visando responder a controles sociais alternativos.¹⁵⁹ Como visto, é justamente nesse contexto que emerge a definição psiquiátrica do TDAH, e a necessidade de tratá-lo de forma medicamentosa.

Atualmente, os mapeamentos genéticos biofuncionais acumulados em bancos de dados buscam superar a clássica definição de disfunção, operando com o conceito transfigurado de *transtorno*¹⁶⁰ que

¹⁵⁶ Apud OLIVEIRA, Salete. Desacostumar-se à vida: governo da verdade e qualidade de vida, exercícios atuais do poder psiquiátrico. In: CASTELO BRANCO, G. e VEIGANETO, A. (org.). **Foucault: filosofia e política**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2011. p. 351.

¹⁵⁷ Ibidem, p. 351-352.

¹⁵⁸ Esta questão foi discutida no capítulo anterior no que concerne o contexto estadunidense. Como ora observado, no Brasil a adoção dos parâmetros propostos pelas políticas de segurança daquele país foi bastante ampla, inclusive no que se refere à recepção dos resultados de pesquisas impulsionados por tais políticas.

¹⁵⁹ OLIVEIRA, S. 2011. Op.cit. p. 352-356.

¹⁶⁰ Este conceito permite o desenvolvimento de tipologias variáveis, tais como: Transtorno de Personalidade Anti-Social, Transtorno da Personalidade Borderline, Transtorno Psicótico, Transtorno Desafiador Opositivo, Transtorno de Conduto, Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, etc. Estas e outras tantas definições encontram-se inseridas no DSM-IV. Disponível em: <http://www.psiquiatriageral.com.br/dsm4/dsm_iv.htm>. Acesso em 10 nov. 2013.

permite abarcar uma enormidade de tipologias.¹⁶¹ Como observa Oliveira, o ponto de inflexão do conceito de transtorno permite trazer “para a tessitura do discurso médico-jurídico o respaldo das graduações de periculosidade que transitaram do conceito de delinquente para o atual conceito de transtorno de conduta”.¹⁶² Neste sentido, sob o parâmetro da segurança e da qualidade de vida outro conceito recorrentemente utilizado na configuração do cenário atual é o conceito de risco. Paul Rabinow aponta que este permite às atuais biociências caracterizarem a sociedade a partir de tecnologias sociais que atuam na prevenção, antes mesmo da terapêutica propriamente dita.¹⁶³ Estas “prevenções” estão intrinsecamente relacionadas ao conceito de risco, na medida em que esta “vulnerabilidade” social enfatizada pelas mais variadas pesquisas oriundas das áreas biomédicas permitirá a adoção de medidas preventivas no âmbito da vida social.

Inseridas nesta configuração, convém notar que as resistências a esta tendência existem, e que operam importantes deslocamentos de “desnaturalizações” neste sentido, como uma importante celeuma que colocou em xeque a validade diagnóstica do TDAH e ganhou as páginas da *Folha* em 15/09/2010: *Diagnóstico de Déficit de Atenção divide especialistas*, com a contundente assertiva de Maria Aparecida Moysés, professora de pediatria da Unicamp: “eu não estou nem mesmo convencida de que [o TDAH] seja uma doença. Não há nenhuma comprovação neurológica disso”. Moysés vê na medicalização infantil uma estratégia de controle das crianças e acrescenta: “aqueles que têm comportamentos diferentes passam a ser contidos, nem que seja quimicamente”, pois os efeitos das drogas nas crianças seriam reações adversas a eles: “a criança fica tranquila, quieta, presta atenção, mas isso é sinal de toxidade da medicação e não um efeito terapêutico”, conclui.¹⁶⁴

Servindo-se da autoridade científica, Maria Conceição do Rosário, professora de psiquiatria da Unifesp - nesta mesma publicação – recorre à competência do “discurso autorizado” para reiterar a validade diagnóstica do TDAH e combater afirmações contrárias.

¹⁶¹ OLIVEIRA, Saete. Psiquiatrização da ordem: neurociências, psiquiatria e direito. In: RAGO, M., VEIGA-NETO, A. **Para uma vida não fascista**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009. p. 343.

¹⁶² *Ibidem*, p. 344.

¹⁶³ RABINOW, Paul. Artificialidade e iluminismo. Da sociobiologia à biosociabilidade. In: _____ **Antropologia da razão**. Rio de Janeiro: Relume Dumará. 1999. p. 135-157.

¹⁶⁴ **Diagnóstico de déficit de atenção divide especialistas**. *Jornal Folha de São Paulo*, 15-09-2010.

Afirma Rosário: “existem mais de 17 mil artigos científicos publicados sobre o transtorno. Não dá para dizer que não existe”.¹⁶⁵ Com posicionamento semelhante a Joseph Sergeant - pesquisador holandês da Universidade Vrije, convidado a participar do simpósio internacional sobre TDAH, realizado pela Universidade Federal de São Paulo em setembro de 2010 - Rosário enfatiza a necessidade de considerar os fatores biológicos do transtorno e a importância da terapêutica medicamentosa. Ainda neste espaço, Sergeant afirma que o transtorno deve ser tratado o quanto antes: “um jovem portador de TDAH que não desenvolveu todos os seus potenciais por falta de tratamento pode nunca atingir objetivos como ingressar numa universidade”.¹⁶⁶

Pierre Bourdieu já evidenciou que a competência de um discurso implica o poder de imposição de sua recepção.¹⁶⁷ Através dos enunciados referidos acima, ancorados na pretensa veracidade e irrefutabilidade científicas, pode-se pensar no valor social adquirido pelos mesmos e o alcance por eles visado, na medida em que é perfeitamente identificável o tom estratégico utilizado para validar seus discursos, bem como a importância de levá-los a sério. Vide o prognóstico escatológico na sentença proferida pelo especialista de Vrije na citação acima.

De igual modo, Bourdieu problematizou o valor social dos produtos linguísticos – dentre estes, a autoridade do discurso científico – demonstrando como sua validade advém da relação que estabelece com o mercado, cuja competência não se reduz à capacidade propriamente linguística de uma fabricação discursiva específica, mas produz e reproduz produtores e receptores, criando condições de relação entre ambos.¹⁶⁸ Pode-se imaginar o incômodo gerado na área biomédica quando desafiada em seus fundamentos teóricos, precisando dividir seu “objeto” cuidadosamente fabricado.

As ofensivas seguem. Dois meses após este embate, a *Folha* publica matéria do *The New York Times* colocando o acento na interpretação neurocientífica do TDAH. Nesta ocasião, David K. Urion, da Universidade de Harvard, diretor do programa de deficiências e neurologia comportamental do Hospital Infantil de Boston, destacou que o TDAH não é uma metáfora. Preocupado em esclarecer as acusações de

¹⁶⁵ Ibidem.

¹⁶⁶ Ibidem.

¹⁶⁷ BOURDIEU, Pierre. **A economia das trocas linguísticas**. In: ORTIZ, Renato (org). Bourdieu – Sociologia. São Paulo: Ática. Coleção grandes cientistas sociais. 1983. Vol.39. p. 156-183.

¹⁶⁸ Ibidem.

que o TDAH seria uma fraude, um mito ou consequências do ritmo social contemporâneo, Urion ressaltou que o transtorno não é produto das distrações e demandas da vida atual, e, para dar peso a seus argumentos, evocou Sir George Still como primeiro profissional a ter identificado e caracterizado a síndrome já em 1902.¹⁶⁹

Segundo Urion, “as circunstâncias da vida moderna podem gerar a falsa ideia de que uma cultura repleta de eletrônicos e deveres amontoados cria o distúrbio”, e Bruce Pennington – especialista em genética e neuropsicologia dos distúrbios da atenção – engrossa o coro: “sabemos o bastante para dizer que se trata de um problema baseado no cérebro”.¹⁷⁰

De acordo com Pennington, estudos realizados com pessoas diagnosticadas TDAH, envolvendo imagens cerebrais, revelaram “um padrão consistente de atividade abaixo do normal nos lóbulos frontais, onde fica a chamada função executora”, donde a necessidade do tratamento medicamentoso que ajuda os circuitos a funcionar mais normalmente: “se você tem déficit de dopamina, é mais difícil se concentrar em comportamentos orientados por objetivos”, esclareceu Pennington, acrescentando: “os psicoestimulantes alteram a disponibilidade de dopamina nesses mesmos circuitos”.¹⁷¹

A desconsideração do contexto psicológico e sociocultural do indivíduo TDAH está entre as questões que preocupam muitos críticos que veem na visão neurobiológica do problema uma abordagem reducionista. Somado a isso, a inexistência de estudos que possam evidenciar as consequências de longo prazo decorrentes do uso de medicações que atuam diretamente no sistema nervoso central, como o metilfenidato, caracteriza-se como outro fator problemático.¹⁷² Ao tornar irrelevante fatores ambientais, e, recorrentemente tentando imprimir confiabilidade científica à seus discursos, a explicação neurobiológica sobre o TDAH parece nutrir-se dos efeitos produzidos pelos psicoestimulantes para validar seus enunciados de verdade, e reiterar seus diagnósticos.

¹⁶⁹ **Especialista desfaz mitos que envolvem distúrbios de atenção.** Jornal Folha de São Paulo, 20-12-2010.

¹⁷⁰ Ibidem.

¹⁷¹ Ibidem.

¹⁷² Para aprofundamento destas questões, ver: CAPONI, Sandra (et al.). **Medicalização da vida:** ética, saúde pública e indústria farmacêutica. Florianópolis: Ed. Unisul, 2010. Livro que reúne vários capítulos onde pesquisadores de diferentes áreas do conhecimento problematizam o modo como a vida cotidiana é apropriada pela área biomédica, as implicações destas intervenções, e os conflitos éticos advindos destas práticas.

Campanha “Não à medicalização da vida”, lançada em Julho de 2012 pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) contra o uso excessivo de psicofármacos – iniciativa aprovada pelo Ministério da Saúde - acirrou o debate em torno do TDAH e deixou a comunidade psiquiátrica estarecida. Marilene Proença, conselheira do CFP, argumentou não ser legítima a atual demanda pelo uso do psicoestimulante e se valeu dos dados que apresentam o aumento de mais de 1500% no consumo da droga em menos de 10 anos para justificar a Campanha.¹⁷³ Proença elucida o caráter subjetivo que determina o diagnóstico, não vendo no discurso psiquiátrico a ciência objetiva tão reivindicada por este: “os instrumentos de diagnósticos são duvidosos, muitos profissionais se baseiam em questionários. Qualquer criança traquina se encaixa”¹⁷⁴, sentencia Proença.

Em oposição à Campanha, 20 instituições, dentre as quais a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), lançaram dias depois um manifesto repudiando as informações “sem cunho científico” divulgadas na mídia sobre o TDAH, que levantam dúvidas acerca dos benefícios do tratamento medicamentoso, como questionam a própria existência do transtorno. Segundo Antonio Geraldo da Silva, presidente da Associação Brasileira de Psiquiatria, os estudos apontam que 5% da população é atingida pelo transtorno (o que significa 10 milhões de casos). “Muitos estão sem tratamento. O que se tem é desassistência psiquiátrica no setor público no país”¹⁷⁵, afirma.

Endossando a crítica supostamente infundada da Campanha “Não à medicalização da vida”, Iane Kestelman, psicóloga, presidente da diretoria da Associação Brasileira de Déficit de Atenção, e mãe de dois filhos com TDAH, reitera não haver dúvidas sobre a existência do TDAH. Segundo ela, a Campanha “só demonstra desconhecimento sobre o tema”, na medida em que não faz distinção entre crianças peraltas e crianças diagnosticadas portadoras do transtorno. De acordo com Kestelman, crianças com o transtorno têm prejuízos sociais em todas as áreas de suas vidas e desempenho sempre abaixo do esperado. “O diagnóstico é estabelecido pela intensidade, gravidade e discrepância, e nos assusta uma campanha que lança dúvidas sobre isso”, assevera.¹⁷⁶

¹⁷³ **Campanha reacende debate sobre déficit de atenção.** Jornal Folha de São Paulo, 14-07-2012.

¹⁷⁴ Ibidem.

¹⁷⁵ Ibidem.

¹⁷⁶ Ibidem.

Pensando no embate em torno da existência, ou não, do TDAH como problema psiquiátrico, convém atentar para a especificidade adquirida pela utilização do metilfenidato, ou seja, na medida em que é uma droga que “estimula o sistema nervoso central, melhorando a comunicação entre os neurônios, aumentando o foco e a concentração”¹⁷⁷, esta possibilita efeitos no regime atento dos que a utilizam, melhorando o desempenho cognitivo e acalmando estados ansiosos e a agitação corporal. Entrementes, estudiosos do assunto indicam que ao se converter problemas sociais em individualismo biológico, os comportamentos são recortados de seu ambiente de atuação, e explicados unicamente na chave da biologia cerebral. Este procedimento incide na aceitação facilitada da medicalização de quadros hiperativos, bem como, reveste de valor “científico” o discurso cerebral do problema. Esta crítica é importante e necessária, e compõe a pauta de muitos críticos da visão neurobiológica do TDAH, que se esforçam em oferecer alternativas interpretativas, como também estratégias terapêuticas distintas.¹⁷⁸

Um mês antes da publicação da quinta edição do Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais – DSM -, a *Folha* publicou uma matéria do *The New York Times* que trouxe dados referentes ao contexto estadunidense, informando a prevalência de TDAH em 11% de seus estudantes.¹⁷⁹ Número alarmante, segundo James Swanson, professor de Psiquiatria da Universidade Internacional da Flórida, e pesquisador do transtorno há 20 anos. Swanson – que não nega a existência do transtorno – chamou a atenção para uma possível e nefasta consequência decorrente da utilização indiscriminada de psicoestimulantes, como o metilfenidato: “se começarmos a tratar crianças que não têm o transtorno com estimulantes, uma porcentagem terá problemas previsíveis, como abuso e dependência”.¹⁸⁰

Como muitos especialistas descrevem o TDAH como “resultado de níveis químicos anormais no cérebro, que modificam o controle do

¹⁷⁷ *Ibidem*.

¹⁷⁸ Para distintas perspectivas e críticas à visão biologizante dos comportamentos, ver, entre outros: MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso. **A institucionalização invisível das crianças que não aprendem na escola**. Campinas: Mercado das Letras, 2008; CALIMAN, Luciana V. **A Biologia Moral da Atenção: a construção do sujeito desatento**. Tese de doutorado em Saúde Coletiva, UERJ, 2006; FREITAS, Cláudia Rodrigues de. **Corpos que não param: criança, “TDAH” e escola**. Tese de doutorado em Educação, UFRGS, 2011.

¹⁷⁹ **Nos Estados Unidos, 11% dos estudantes têm transtorno de déficit de atenção**. *Jornal Folha de São Paulo*, 02-04-2013.

¹⁸⁰ *Ibidem*.

impulso e habilidades relacionadas à atenção”¹⁸¹, enfatizando que o quadro sem tratamento oferece riscos ainda maiores como propensão ao desenvolvimento de dependência química na vida adulta, e também o alto risco de fracasso escolar e profissional, tal explicação e advertência podem acarretar uma banalização no diagnóstico médico culminando no aumento de casos TDAH e no uso abusivo do metilfenidato.

Especialistas consideram alguns fatores relevantes na busca de entender esse fenômeno:

Alguns médicos podem estar vendo qualquer reclamação de falta de atenção como um Transtorno de Déficit de Atenção, enquanto a publicidade das farmacêuticas enfatiza como a medicação pode melhorar substancialmente a qualidade de vida das crianças. Além disso, alguns pais têm pressionado os médicos a ajudá-los em relação ao comportamento problemático de seus filhos e suas notas baixas.¹⁸²

Essas informações denotam um movimento duplo nesse processo: de um lado, existe a divulgação do quadro TDAH enquanto problema psiquiátrico, e nesse sentido, muitos médicos buscam aumentar a conscientização sobre o transtorno reduzindo o medo em relação à intervenção medicamentosa; concomitantemente, em grande medida assiste-se a adesão deliberada tanto ao diagnóstico de TDAH, como ao seu tratamento psicofármaco. Não só existe a possibilidade de adesão, como é possível igualmente reivindicar tratamento medicamentoso para quadros em que a psicofarmacologia se mostre aliada.

O que parece preocupar os psiquiatras quanto ao excesso de diagnóstico do transtorno, não é o diagnóstico em si, mas a preocupação em fazê-lo de forma correta. Para muitos, como no exemplo acima citado, casos desnecessários estariam sofrendo rotulação médica – às vezes por indicação dos pais, professores, etc. – culminando em alta taxa no número de casos diagnosticados. Por outro lado, segundo os especialistas da área médica-psiquiátrica, seria premente a necessidade de se efetuar o diagnóstico de forma adequada, já que muitas crianças ainda estariam sem o diagnóstico e sem o devido tratamento médico.¹⁸³

¹⁸¹ Ibidem.

¹⁸² Ibidem.

¹⁸³ Ibidem.

Atualmente, cerca de dois terços dos casos diagnosticados TDAH recebem tratamento medicamentoso com metilfenidato.¹⁸⁴ Por conseguinte, o número de casos de abuso do psicoestimulante tem crescido muito nos EUA, país onde se tem registrado o maior número de diagnóstico do transtorno, maior consumo, e, conseqüentemente, maior abuso, haja vista que a droga tem sido utilizada tanto para tratamento do TDAH, aprimoramento cognitivo, como também para “usos recreativos”, principalmente por jovens nas “baladas”. Esta última parece ter sido a causa de inúmeras ocorrências hospitalares, já que muitas vezes utilizadas em combinação com álcool. Segundo levantamento feito com base em visitas ao Pronto-Socorro nos EUA, resultantes de abusos do psicoestimulante, as visitas emergenciais entre jovens de 18 a 34 anos subiu de 5.600 em 2005, para 23.000 em 2011.¹⁸⁵

Esses números informam não só o uso inadequado da droga (se é que existe o adequado!), como também comunicam a relativa facilidade com que a mesma circula em diferentes meios de sociabilidade. Inicialmente destinada ao universo infantil, seguida de novos adeptos – oriundos do meio adulto -, o metilfenidato hoje não só é utilizado para fins terapêuticos *stricto sensu*, como tornou-se aliado no aperfeiçoamento do desempenho cognitivo, e partidário do bem-estar psíquico. Para alguns estudiosos do assunto, o uso recreativo destas substâncias tem como objetivo principal não o “barato” das drogas, mas a busca por sentirem-se menos deprimidos, menos cansados, mais atentos qualitativamente; desse modo, tendo em ordem até as menores flutuações de humor.¹⁸⁶

3.2 EM BUSCA DO MARCADOR BIOLÓGICO

Como já apontado, a psiquiatria, no último quartel do século passado, buscou estabelecer-se enquanto psiquiatria biológica, e isto por determinações externas provenientes do contexto de então, e não pela “descoberta” do significante biológico das doenças mentais, nem pela “purificação” e “racionalização” de suas ferramentas de trabalho e aprimoramento de suas tecnologias diagnósticas. No entanto, malgrado a inexistência dos tão almejados biomarcadores, o discurso médico-psiquiátrico continuou afirmando as bases orgânicas de tais transtornos.

¹⁸⁴ **Os perigos da mente distraída.** Jornal Folha de São Paulo, 29-04-2013.

¹⁸⁵ **Nos EUA, abuso de estimulantes tem levado mais jovens a hospital.** Jornal Folha de São Paulo, 10-08-2013.

¹⁸⁶ **Remédios entre amigos.** Jornal Folha de São Paulo, 01-12-2005.

O TDAH afirmado enquanto transtorno de origem genética e neurológica percorreu as páginas do Jornal Folha de São Paulo por sete anos sem que houvesse maiores esclarecimentos acerca das propagadas bases cerebrais do problema, nem apresentação de resultados de pesquisas com neuroimageamento. A fragilidade diagnóstica acerca dos transtornos mentais ganhou espaço somente na edição de 23/10/2005 com o título *Cérebro em movimento*, e, a partir de então, vozes e interpretações dissonantes começaram a participar das publicações.

Segundo Steven Hyman, professor de neurobiologia de Harvard, a comunidade científica teria sido excessivamente otimista na tentativa de diagnosticar desordens psiquiátricas a partir das tecnologias de imagens cerebrais. Além de inexistir ferramenta padrão que possibilite o reconhecimento orgânico dos transtornos mentais, tais tecnologias teriam sido superestimadas pelo campo psiquiátrico, e não conseguiram responder às expectativas nelas depositadas na década de 1990.¹⁸⁷

No caso do TDAH, a grande justificativa para a utilização do metilfenidato sempre foi a explicação orgânica do transtorno. Com informações que remetem à explicações cerebrais do problema, como baixos níveis de serotonina, desequilíbrio de substâncias neurotransmissoras, insuficiência de dopamina, área pré-frontal do cérebro funcionando em nível abaixo do normal, a prescrição e utilização do psicoestimulante no Brasil adquiriu proporções que começaram a preocupar os questionadores desta visão biológica. Em 2005, o país conheceu um aumento de 25% no consumo de “drogas antiagitação” em relação ao ano anterior.¹⁸⁸ A partir de 2004, a Ritalina, do Laboratório Novartis deixou de ser o único psicoestimulante comercializado no país, com o lançamento do Concerta pelo Laboratório Janssen-Cilag¹⁸⁹, o que provavelmente corroborou para uma maior difusão do TDAH acompanhada à adesão medicamentosa.

A obstinação em encontrar o correspondente biológico para o TDAH levou um psiquiatra de Harvard, Martin Teicher, a criar um teste: o “Sistema de Quociente de TDAH”. Sua invenção é um esforço na busca de encontrar provas biológicas para o problema, e para tal, o psiquiatra faz uso de um aparelho eletrônico, similar a uma cabine de avião, onde a pessoa deve sentar-se à frente e, com um refletor colocado na testa olhar para a tela, e clicar o mouse cada vez que vir uma estrela com cinco ou oito pontas, mas não para as estrelas de quatro pontas. A

¹⁸⁷ **Cérebro em movimento.** Jornal Folha de São Paulo, 23-10-2005.

¹⁸⁸ **Remédios demais.** Jornal Folha de São Paulo, 05-10-2006.

¹⁸⁹ ITABORAHY, C. Op. cit. p. 38.

jornalista submetida ao “teste” de Teicher foi por ele indicada como “caso sutil de TDAH”.¹⁹⁰ Como o método de detecção do problema continua bastante subjetivo, isso ajuda explicar porque um teste objetivo virou o “cálice sagrado” da psiquiatria, comentou Stephen Hinshaw diretor do Departamento de Psicologia da Universidade da Califórnia, em Berkeley.¹⁹¹

Embora a tentativa de fazer do cérebro o protagonista do comportamento e atitudes humanas, e de localizar na anatomia cerebral indicadores responsáveis por ações as mais diversas não seja algo inédito¹⁹², a partir da década de 1970 esta tendência começa a se afirmar mais enfaticamente com o desenvolvimento da Tomografia Computadorizada (TC) que permitiu disponibilizar para o campo biomédico imagens anatômicas da estrutura cerebral *in vivo* com propósitos diagnósticos.¹⁹³ O desenvolvimento do Imageamento por Ressonância Magnética (IRM), em meados da década de 1980, seguido pela Tomografia por Emissão de Pósitrons (PET) foram determinantes na utilização das tecnologias de imageamento no campo psiquiátrico¹⁹⁴, alargando sobremaneira seu campo de atuação.

Alain Ehrenberg aponta que até a década de 1980, a neurologia se ocupava basicamente do estudo de determinadas patologias degenerativas como o Alzheimer e o Parkinson. De acordo com o autor, com o desenvolvimento das tecnologias de imagem supracitadas, o campo de pesquisas neurocientíficas conheceu um embaralhamento em suas fronteiras que até então determinavam, de um lado as doenças neurológicas (da lesão), e de outro as doenças mentais (da função). Doravante, isso permitiu que tanto as doenças neurodegenerativas como as doenças mentais passassem a ser abordadas a partir do substrato

¹⁹⁰ **Médicos procuram exame preciso para hiperatividade.** Jornal Folha de São Paulo, 04-06-2010.

¹⁹¹ *Ibidem.*

¹⁹² O cérebro concebido como base para a naturalização e objetivação de características comportamentais e de personalidade, é uma empreitada presente no Ocidente desde fins do século XVIII, com a elaboração dos projetos frenológicos e craniométricos com seus pressupostos de localização cerebral para traços de personalidade e comportamentos complexos. Sabe-se hoje, entretanto, que esta “ciência” localizacionista criada pelo austríaco Franz Joseph Gall (1758-1828) e seus vários desdobramentos, serviram à inúmeros interesses e justificações “científicas” de caráter excludente e normalizador, que atravessaram todo o século XIX, e no XX foram reconsideradas à luz de novas tecnologias e novos conhecimentos. Sobre o assunto, consultar: VENTURI, C. Op. cit. p. 57-83.

¹⁹³ VENTURI, C. Op. cit. p. 100-101.

¹⁹⁴ ORTEGA, F. 2008. Op. cit. p. 134-142.

orgânico, expandindo consideravelmente o campo investigativo das neurociências que incluíram então em seu arcabouço de estudo as emoções, os sentimentos morais, etc.¹⁹⁵

No programa neurocientífico atual, ainda com Ehrenberg, o social, o mental e o cerebral se fundiram em uma disciplina unificadora - a neurociência cognitiva – que passou a construir mapas cerebrais de inúmeros aspectos da experiência humana.¹⁹⁶ Este programa, chamado pelo sociólogo de “programa forte” das neurociências visou fundir no plano clínico a neurologia e a psiquiatria em uma única disciplina, de teor fisicalista, com isso promovendo o estudo de outras tantas categorias nosográficas como os transtornos de humor, de ansiedade, anorexia, alcoolismo, etc., com expectativa de poder assinalar na anatomia cerebral as “anormalidades” responsáveis por tais perturbações.¹⁹⁷

Para Nikolas Rose, esta configuração recente do campo neurocientífico tornou nossos genes e cérebros não só abertos ao conhecimento, como também à intervenção. Para Rose, os programas de pesquisa em biologia, genética e neurologia, vêm buscando localizar processos biológicos com vistas ao desenvolvimento de técnicas que permitam identificar indivíduos “propensos” a apresentar características indesejáveis, com finalidade de intervenção preventiva, através de tratamentos adequados.¹⁹⁸ Este cenário é bastante ilustrativo das inúmeras implicações que envolvem o exercício da ciência contemporânea.

Se as publicações científicas circulantes nos meios acadêmicos da área médica-psiquiátrica e publicadas nos periódicos especializados são unânimes em afirmar a necessidade medicamentosa para os casos diagnosticados TDAH¹⁹⁹ – este “lido” como problema biológico -, nas publicações leigas ora analisadas, percebemos que este regime discursivo se obriga à moderação. Mara Helena Hutz, geneticista brasileira, diz ser o TDAH a doença psiquiátrica com maior

¹⁹⁵ EHRENBERG, A. 2004. Op. cit. p.130-155.

¹⁹⁶ Ibidem, p. 130-132.

¹⁹⁷ Ibidem.

¹⁹⁸ ROSE, Nikolas apud RICHTER, Bárbara R. **Hiperatividade ou indisciplina? O TDAH e a patologização do comportamento desviante na escola.** Dissertação de mestrado em educação e ciência. UFRGS. 2012. p.54. Já vimos anteriormente o quanto a tentativa em encontrar o determinante genético para características e comportamentos está atrelado ao ideal securitário que, sob a justificativa da prevenção e em nome da qualidade de vida, opera com os conceitos de risco e suscetibilidade, colocando em marcha uma rede de intervenções precisas.

¹⁹⁹ ITABOHARY, C. Op. cit. p. 80 e 109.

herdabilidade genética já descrita, no entanto, tem de reconhecer que até o momento não existe biomarcador para o problema. Hutz disse que desde 1995 existem estudos genéticos sobre o TDAH e reitera a validade das pesquisas com imagens que defendem que as crianças com o transtorno têm o lobo frontal cerca de 4% menor do que as outras sem o referido problema, porém reconhece que os resultados genéticos ainda são modestos.²⁰⁰

Mas, neste caso, a inexistência do biomarcador parece não colocar em dúvida a pesquisa genética, na medida em que “os geneticistas já sabem que o TDAH está relacionado com a manifestação de alguns genes que atuam na comunicação entre os neurônios”. Outro problema não resolvido neste campo são os fatores que influenciam a manifestação genética, mas essa questão não parece descaracterizar o posicionamento dos profissionais da área. A respeito dos condicionantes sociais e ambientais no que concerne o desenvolvimento do TDAH, Hutz declara: “isso não é determinismo genético, mas é estudo de risco”,²⁰¹ sugerindo a possível influência do ambiente, mas demarcando o peso genético presente no quadro.

A tentativa em estabelecer a prova física dos transtornos continuou, mesmo em meio a desestabilidades e imprecisões: “Precisamos desesperadamente de bons marcadores biológicos” disse o neurobiólogo Eric Kandel²⁰² à *Folha* em novembro de 2011. Questionado acerca da “objetividade” em torno do DSM, Kandel respondeu que a psiquiatria está em crise porque lhe falta comprovação biológica para seus conceitos. Segundo o neurobiólogo, sem esta “comprovação” a psiquiatria não chegará a lugar algum, independente de quantas edições do manual forem publicadas. Esta debilidade diagnóstica, no entanto, não impede que novamente o córtex pré-frontal apareça como protagonista de problemas psiquiátricos: “o córtex pré-frontal está muito relacionado à moralidade e ao julgamento de valores. [...] Uma lesão nessa região do cérebro pode tornar uma pessoa amoral, um psicopata”, declara Kandel.²⁰³

Cumpra então perguntar como são identificadas essas “anormalidades” na materialidade cerebral? Obviamente, pelas atuais

²⁰⁰ **Genes ligados ao transtorno de atenção ainda são mistério.** Jornal Folha de São Paulo, 01-09-2011.

²⁰¹ *Ibidem*.

²⁰² Eric Kandel foi ganhador do Prêmio Nobel de Medicina em 2000, pela descoberta dos mecanismos neurais responsáveis pela formação das memórias.

²⁰³ **Psiquiatria vive crise por falta de provas científicas, diz Nobel.** Jornal Folha de São Paulo, 02-11-2011.

tecnologias de neuro-imageamento. Entretanto, como estas imagens são produzidas e interpretadas? A despeito de sua pretensa objetividade, é preciso ressaltar que tais visualizações não são traduções transparentes do universo cerebral, nem estão livres da mediação humana. O suíço David Gugerli, historiador da técnica, cunhou a expressão “evidências sociotécnicas” para descrever como em inúmeros contextos as diversas categorias de imagens são revestidas por uma credibilidade científica que é produzida tecnicamente e sancionada culturalmente. Segundo Gugerli, essa evidência sociotécnica surge na interação das técnicas de visualização com a produção concreta das imagens, conjugada à regras sociais.²⁰⁴ Neste sentido, entender tais imagens destituídas de interpretação e sem a interferência das convenções sociais, é uma ficção.²⁰⁵

A crítica à suposta transparência e valor de verdade que reveste esta economia de imagens também chegou às páginas da *Folha*. Rafaela Zorzanelli²⁰⁶, pesquisadora do assunto, diz que “deslumbramento com tecnologias da medicina produz fé cega no corpo e corrida desumana pela saúde perfeita”.²⁰⁷ Zorzanelli acredita que imagens científicas que com frequência são veiculadas na mídia criam a ilusão de que a doença é um objeto tridimensional, localizado no cérebro em cores primárias. “É bonito, mas não sabemos nada sobre a produção dessas imagens”, sentencia a pesquisadora. “Em geral, o que se vê é um cérebro preto com uma área colorida em destaque, responsável por certa doença. Mas o cérebro nunca está preto, a não ser que esteja morto”. A despeito disso, existe a tendência de recebermos essas imagens com a certeza de que a doença está ali. Para Zorzanelli, entretanto, “estão sendo feitas inferências demais a partir de neuroimagens”.²⁰⁸

A pesquisadora também aponta o peso social na utilização de tecnologias da área médica que, muitas vezes, permite o

²⁰⁴ GUGERLI, D. apud ORTEGA, F. 2008. Op. cit. 2008. p. 122-123.

²⁰⁵ ORTEGA, F. 2008. Ibidem, p. 122.

²⁰⁶ Rafaela Zorzanelli é professora adjunta do Instituto de Medicina Social da UERJ, e, juntamente com Francisco Ortega, tem um livro publicado onde disserta sobre as complexas relações entre ciência, saúde e corpo na contemporaneidade. Neste livro, os autores discutem sobre a importância que tem sido atribuída ao corpo e às biociências, apontando os limites de uma compreensão estritamente biológica dos fenômenos que o envolvem. In: ZORZANELLI, Rafaela e ORTEGA, Francisco. **Corpo em evidência: a ciência e a redefinição do humano**. Rio de Janeiro: Ed. Civilização Brasileira, 2010.

²⁰⁷ **Pesquisadora diz que deslumbramento com tecnologias da medicina produz fé cega no corpo e corrida desumana pela saúde perfeita**. Jornal Folha de São Paulo, 07-03-2011.

²⁰⁸ Ibidem.

desenvolvimento de crenças em torno das respostas baseadas na fisiologia e alerta para o fato de que inúmeras condições da vida atualmente passaram a ser tratadas como doença, como a tristeza, a timidez, a falta de concentração e a impulsividade. Neste sentido, a atual disponibilidade de drogas eficazes para o tratamento destes casos unido ao desejo social de desempenharmos bem nossas atividades contribui para o processo de utilização ampliada de vários reguladores de humor em nossos dias, como também à adesão acrítica às diversas tecnologias de visualização, observa Zorzanelli.²⁰⁹

Por vezes, algumas ponderações neste sentido provêm do campo psiquiátrico. Questionado acerca dos critérios atuais adotados pelo DSM na definição de doenças psiquiátricas, Allen Frances²¹⁰ declara que ainda não existe teste neurobiológico que comprove objetivamente tais doenças. Segundo Frances, os critérios que o campo psiquiátrico utiliza para seus diagnósticos são subjetivos, o que corrobora para muitos abusos médicos, na medida em que, em sua opinião, o DSM-V²¹¹ é inconsequente “ao sugerir muitas propostas que vão rotular pessoas como portadoras de transtornos mentais que elas provavelmente não têm. Isso, com frequência vai resultar no tratamento com medicações que vão causar mais mal do que bem”.²¹²

Embora seja crítico com relação ao DSM-V, Frances se reconhece bastante favorável à psiquiatria e considera essencial o diagnóstico e o tratamento medicamentoso propostos pela área. Mesmo nesta posição, quando questionado acerca de quais doenças seriam mais propensas ao excesso diagnóstico, é assertivo: “as piores são o TDAH, a depressão, e o transtorno geral de ansiedade”. Frances também reconhece que a fronteira entre a normalidade e os transtornos mentais é nebulosa, e ainda não vê critérios objetivos que possam definir esse limite ao alcance da evidência científica.²¹³

²⁰⁹ Ibidem.

²¹⁰ Allen Frances foi um dos mais poderosos psiquiatras dos EUA. Foi o coordenador da quarta edição do DSM, publicado em 1994, e ajudou a criar critérios diagnósticos como o de TDAH. Atualmente, reconhece que o Manual ajudou a expandir a ocorrência de doenças mentais e se opõe ao monopólio que os psiquiatras têm sobre a redação do DSM. In: **Propostas de mudança no manual da psiquiatria são ‘inconsequentes’, diz especialista**. Jornal Folha de São Paulo, 05-02-2012.

²¹¹ Neste momento, o DSM-V estava sendo gestado. Sua publicação aconteceu em maio de 2013.

²¹² **Propostas de mudança no manual da psiquiatria são ‘inconsequentes’, diz especialista**. Jornal Folha de São Paulo, 05-02-2012.

²¹³ Ibidem.

Com o advento da publicação da quinta edição do DSM, Luis Augusto Rohde, professor titular de psiquiatria da UFGRS, e único brasileiro convidado para a força-tarefa da APA (Associação Psiquiátrica Americana) que revisou os critérios de definição dos transtornos mentais, atuando no setor responsável pelo TDAH, é entrevistado pela *Folha* em janeiro de 2013. Na ocasião, Rohde revelou que a tão esperada “mudança de paradigma” almejada pelos cientistas, ou seja, a de tornar a psiquiatria uma especialidade médica mais baseada em biologia, ainda não é possível.

Quando entrei no esforço de revisão do DSM, eu tinha o desejo e a fantasia de que seria possível ter uma modificação de paradigma na forma de se fazer diagnóstico psiquiátrico. Nós queríamos a inclusão de marcadores neurobiológicos na prática clínica. Queríamos aproximar a psiquiatria de um estágio de desenvolvimento onde está a oncologia, por exemplo. Então, o desejo entre 2000 e 2005, quando entramos no processo, era que, em algumas situações, o diagnóstico pudesse se basear em marcadores neurobiológicos. O que aconteceu foi que, ao revisar o que existia de evidência científica dentro da área de psiquiatria, constatamos claramente que ainda não estamos prontos para uma mudança de paradigma.²¹⁴

Malgrado essa impossibilidade, Rohde reafirma o valor científico do DSM, enfatizando que se trata de um processo “baseado em ciência” e garante que foram muitos os avanços na compreensão dos aspectos neurobiológicos genéticos e fenótipos dos transtornos mentais. Quando questionado acerca de uma possível epidemia de diagnósticos de TDAH com utilização de Ritalina, Rohde procura “esclarecer” a questão: “nessa área eu tive, de fato, uma participação direta no processo. [...] Algo que precisa ficar claro é que TDAH é um conceito dimensional na população. [...] O transtorno é um conceito gradual, como o de altura ou pressão arterial. O que fazemos com o TDAH é colocar um ponto de

²¹⁴ **Uso da neurociência é o próximo desafio dos psiquiatras, diz médico brasileiro.** Jornal Folha de São Paulo, 07-01-2013. Atualmente Rohde é um dos psiquiatras mais influentes do país e considerado um grande estudioso do TDAH. O psiquiatra já foi mencionado em outros momentos neste trabalho, e percebemos o alcance de sua influência pela recorrência com que aparece nas publicações, bem como pela sua atuação profissional, como apontado acima.

corde a partir do nível de intensidade em que os sintomas causam prejuízo funcional na vida do indivíduo”.²¹⁵

“TDAH é um conceito dimensional na população”. Ora, percebe-se aqui que o discurso em torno do problema ganha doravante uma noção mais flexível, mais ajustável, e por que não, mais “aceitável”. Logo adiante, endossando esta perspectiva, Rohde reafirma esta modificação que, segundo ele, já foi proposta no DSM-V com relação aos “transtornos de personalidade”, onde os diagnósticos procurarão tratá-los como uma “noção mais dimensional da questão da personalidade, para substituir os diagnósticos por categorias”. O psiquiatra diz ser importante o público leigo saber que o DSM-V é “o melhor esforço possível, dado o grau de evidência científica disponível no momento” no que tange ao exercício psiquiátrico de diagnosticar e tratar os problemas relacionados à saúde mental.²¹⁶

Percebe-se que, apesar dos esforços, a tão desejada “mudança de paradigma” não foi possível para o campo médico-psiquiátrico. Malgrado essa frustração, as indicações sugerem uma mudança de perspectiva deslocando o foco das até então utilizadas “categorias” dos transtornos para o conceito “dimensional” do problema, ou seja, as consequências trazidas pelo problema para a vida do indivíduo acometido pelo mesmo.²¹⁷ Bourdieu já alertou que “aqueles que têm a certeza de encarar a norma linguística podem se permitir transgressões que são uma maneira de afirmar seu controle da norma”.²¹⁸ Vemos bem essa “transgressão” aqui, transgredindo e reafirmando sua validade no controle do discurso, para o controle da norma.

Segundo um estudo publicado em fevereiro de 2013 no periódico médico *Lancet*, nos Estados Unidos²¹⁹, resultado de estudos por pesquisadores do Consórcio de Genética e Psiquiatria daquele país aponta que existem cinco transtornos psiquiátricos – autismo, depressão, TDAH, transtorno bipolar e esquizofrenia – que “compartilham fatores de risco genéticos”. O estudo indica que uma “via biológica específica relacionada aos canais de cálcio (“poros” celulares) contribui para a patogênese de diversos problemas psiquiátricos e reafirma o potencial

²¹⁵ *Ibidem*.

²¹⁶ *Ibidem*.

²¹⁷ Este deslocamento diagnóstico que permite adotar um “conceito dimensional” dos transtornos, encontramos presente na fala de Rohde já em 2010. In: **A era da desatenção**. Jornal Folha de São Paulo, 30-05-2010.

²¹⁸ BOURDIEU, P. 1983. Op. cit. p. 178.

²¹⁹ **Estudo acha riscos genéticos comuns a transtornos psiquiátricos**. Jornal Folha de São Paulo, 28-02-2013.

dessa via como um alvo para novas classes de remédios”. De acordo com os autores da pesquisa, as conclusões do estudo “oferecem evidências para que as bases biológicas sejam usadas no diagnóstico e para a classificação dos transtornos”. No entanto, como observa Emmanuel Dias Neto, pesquisador associado do Laboratório de Neurociências do Instituto de Psiquiatria da USP e cientista adjunto do Hospital A.C. Camargo, “ainda não há explicação prática do achado para quem tem uma dessas doenças”.²²⁰

Apesar dos constantes esforços empregados pela comunidade médica-psiquiátrica na busca pela etiologia orgânica dos mais variados transtornos de ordem mental, e aqui especificamente o TDAH, é possível perceber que, até o presente momento, os resultados são muito modestos e não permitem assegurar respostas conclusivas acerca da questão. Dias Neto, inclusive, evidencia que “estamos começando a conhecer a caixa-preta que é o genoma”. Estes dados iniciais e fragmentários, entretanto, não ofuscam o otimismo depositado pelos atuais cientistas nas neurociências, nem impedem seus prognósticos no porvir: “no futuro, cada transtorno será visto como uma alteração de determinadas moléculas, o que deve personalizar o tratamento”, sentencia Dias Neto.²²¹

3.3 CONSIDERANDO DISCURSOS, ENQUADRANDO PRÁTICAS: NEUROBIOLOGIZAÇÃO DO COMPORTAMENTO?

Não é de admirar que esses pobres pré-modernos fossem loucos, perversos e desventurados. Seu mundo não lhes permitia aceitar as coisas naturalmente, não os deixava serem sãos de espírito, virtuosos, felizes. Com suas mães e seus amantes; com suas proibições, para as quais não estavam condicionados; com suas tentações e seus remorsos solitários; com todas as suas doenças e intermináveis dores que os isolavam; com suas incertezas e sua pobreza – eram forçados a sentir as coisas intensamente. E, sentindo-as intensamente, como poderiam ter estabilidade?²²²

²²⁰ Ibidem.

²²¹ Ibidem.

²²² HUXLEY, Aldous. **Admirável mundo novo**. São Paulo: Ed. Globo, 2009. p. 81-82.

Que o uso do metilfenidato extrapolou as barreiras de idades ganhando novos adeptos a partir da expansão diagnóstica do TDAH operada desde o começo do século XXI, ficou evidente nas páginas anteriores. Todavia, sua utilização excede os usos terapêuticos *stricto sensu*, e já é usada para aprimoramento cognitivo, prática instalada em muitos meios, principalmente entre universitários norte-americanos, já que a droga aumenta o desempenho intelectual.²²³

Em 2004, a revista *The Economist* anunciava o desenvolvimento de 40 novas drogas cosméticas.²²⁴ Estas drogas – como a Ritalina – se situam nas fronteiras que distinguem as consideradas patologias da atenção, como o TDAH, e as novas tecnologias de otimização e *performance* cerebral. No espaço que aproxima e distancia indivíduos com TDAH e os que buscam otimização atenta residem interesses que extrapolam o discurso médico. Estes, dizem respeito ao controle e gestão do comportamento e da atenção reunindo vários personagens como a indústria farmacêutica, o universo empresarial e seu imperativo de sucesso e produtividade, o mercado esportivo, as instituições educacionais, bem como o próprio indivíduo consumidor de psicoestimulantes. O uso de drogas que habitam estas fronteiras entre o tratamento da desatenção e as estratégias de aprimoramento cognitivo evidencia a complicada caracterização médica, ética e social entre o funcionamento normal e patológico dos processos atentos e de autocontrole, como também demonstram as estratégias da neurociência contemporânea em superar os estados “normais” do desempenho, e disponibilizar a possibilidade de aperfeiçoamento.²²⁵

Uma enquête realizada em 2008 pela revista britânica *Nature*, feita com 1400 cientistas, indicou que 20% dos pesquisadores que responderam à enquête, fazem “uso instrumental” de psicofármacos para melhorar a concentração. A droga mais popular e utilizada entre os cientistas, como também a que mais circula na comunidade acadêmica, é a Ritalina. Segundo os entrevistados, pela significativa melhora na capacidade de concentração, vale a pena correr os riscos de eventuais efeitos colaterais.²²⁶

²²³ ORTEGA, Francisco e BARROS, Denise. **Metilfenidato e aprimoramento cognitivo farmacológico:** representações sociais de universitários. *Saúde Soc.* São Paulo. 2011. v.20, n.2, p.350-362.

²²⁴ CALIMAN, 2008. *Op.cit.*, p. 564.

²²⁵ *Ibidem.*

²²⁶ **Cientista usa drogas para “turbinar” desempenho.** *Jornal Folha de São Paulo*, 11-04-2008.

Ainda em 2008, um grupo de cientistas e pesquisadores de Universidades nos EUA e Reino Unido criou um manifesto pedindo a liberação de doping mental. O manifesto solicitava a regulamentação de drogas para “turbinar a inteligência”, e, segundo os cientistas, deveriam ser liberados para que a sociedade pudesse usufruir dos benefícios ofertados pelas mesmas. Como a Ritalina demonstrou ter efeito de melhora na concentração e na *performance* intelectual, os pesquisadores defenderam a legitimidade de seu uso também por pessoas saudáveis.²²⁷ Este manifesto foi endossado no ano seguinte por um bioeticista britânico que sustentou ser o momento de “abraçar o doping mental”, e seu posicionamento a favor da liberação do uso *off-label* destas substâncias foi a segunda manifestação de peso nesta direção. “A sociedade deve buscar turbinar a cognição, não é racional ser contra o aprimoramento”, disse o bioeticista, argumentando que drogas como a Ritalina “são uma extensão natural da educação”.²²⁸

Este quadro nos remete as contundentes reflexões que Michel Foucault empreendeu com relação ao novo modelo de racionalidade política instalada a partir da modernidade ocidental. O filósofo identificou o nascimento do que chamou de biopoder em ruptura à antiga ordem político-jurídica vigente até o final do século XVIII na Europa, cuja nova configuração tecnocientífica empresarial visa, sobretudo, o governo das condutas, e tem como finalidade a produção de corpos e subjetividades moldadas aos interesses históricos de cada contexto, já que sua atuação tecnológica é minuciosa, plural e subjetivante. Essa poderosa tecnologia política da vida, segundo o filósofo, encontra suporte nos mais variados campos do conhecimento sendo autorizadas pelas biociências que oferecem a legitimidade científica aos saberes por elas produzidas, permitindo dessa forma, a ação de diversos dispositivos cujo resultado é a produção constante de novas subjetividades e renovadas formas de normalização social.²²⁹

Este caráter normalizador possibilitado pelas constantes invenções biotecnológicas parece estar imbricado ao atual imperativo social que demanda incessantemente a autogestão eficiente e a devida otimização do tempo e dos recursos. Neste movimento, o aprimoramento cognitivo e o aperfeiçoamento ininterrupto constituem-

²²⁷ **Grupo de cientistas pede liberação de doping mental.** Jornal Folha de São Paulo, 08-12-2008. **Remédio para melhorar memória.** Jornal Folha de São Paulo, 08-12-2008.

²²⁷ **Cérebro turbinado.** Jornal Folha de São Paulo, 21-06-2009.

²²⁸ Ibidem.

²²⁹ FOUCAULT, Michel. **Nascimento da Biopolítica.** São Paulo: Martins Fontes, 2008.; **Os anormais.** São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010.

se como novas formas de gestão e empresariamento da vida, colocando em movimento novas estratégias e novos micropoderes, o que permite aos psicofármacos funcionarem como espécie de próteses psíquicas com vistas à melhora no desempenho escolar e profissional. Como podemos perceber, estas drogas se impõem no espaço social aberto à manipulação, ganhando adesão de muitos.

Genevra Richardson, professora de Direito no *King's College*, em Londres, e presidente de um comitê gestor que produziu em 2012 um relatório sobre o aprimoramento humano no local de trabalho, escrito por especialistas da Real Sociedade Britânica, da Academia de Ciências Médicas, da Real Academia de Engenharia, da Academia Britânica, definiu “aprimoramento humano” como sendo “as tecnologias que melhoram uma pessoa além da norma”. “Elas podem influenciar nossa capacidade de aprender ou realizar tarefas, influenciar nossa motivação, e nos permitir trabalhar em condições mais extremas, ou até a velhice”, afirmou ela.²³⁰

Segundo Richardson, o objetivo do relatório era despertar o interesse e promover o debate em torno desta questão pelas diferentes instâncias sociais, já que muitas vezes, as implicações das tecnologias de aperfeiçoamento humano no âmbito do trabalho têm sido pouco consideradas, ao passo que, tornou-se grande o interesse público e acadêmico pelo potencial do aprimoramento humano em si.²³¹ Ainda nesta publicação, é possível perceber a intenção de divulgação desta tendência, já que, além da apresentação da existência de drogas direcionadas ao aprimoramento, existe o interesse em promover a aceitação social – e mesmo a adesão – para a utilização destes psicofármacos, como evidenciam as palavras de Barbara Sahakian, neurocientista da Universidade de Cambridge: “atualmente, milhares e milhares de pessoas compram essas drogas pela internet, mas, caso testes tenham aferido sua segurança, os consumidores deveriam poder saber mais sobre seus efeitos, e comprá-las em locais credenciados, como farmácias”.²³²

Ao longo das reportagens leigas que abordam a temática do TDAH, da melhoria cognitiva, dos usos dos psicoestimulantes, é possível perceber as estratégias discursivas utilizadas pela linguagem oriunda da área neuropsiquiátrica, que, pretendendo-se esclarecedora da

²³⁰ **Relatório gera preocupações éticas sobre tecnologias que melhoram o ser humano.** Jornal Folha de São Paulo, 09-11-2012.

²³¹ Ibidem.

²³² Ibidem.

temática, traz embutida a tentativa de fomentar a aceitação para a utilização de tais drogas, com informações que enfatizam os benefícios de seu uso, estimulando sua adesão.

Dentre as estratégias utilizadas estão “os esclarecimentos” acerca do uso seguro do psicoestimulante, o encorajamento para sua utilização, a “comprovação científica” que garante a eficácia do tratamento medicamentoso, como também afiança seu discurso. Neste sentido, importante considerar que esta modalidade discursiva é de antemão elaborada e seus procedimentos visam atingir seu público-alvo, na medida em que as condições de instauração de uma comunicação não podem prescindir de suas condições de recepção, pois estas são previamente esperadas fazendo parte das próprias condições de sua produção.²³³

Arriscando medir o efeito de um discurso revestido pela autoridade científica, que estimula o tratamento medicamentoso de casos diagnosticados como sendo TDAH, poderíamos nos utilizar de uma publicação escrita recentemente por uma neurocientista na *Folha*:

De maneiras ainda não completamente compreendidas, o transtorno envolve uma deficiência de dopamina, um dos moduladores que regula nossa capacidade de considerar um evento importante, dedicar a ele nossa atenção e nos empenhar em seu processamento. [...] No entanto, pais demais relutam em tratar seus filhos com estimulantes. É uma relutância compreensível, mas desinformada.²³⁴

Embora não possamos medir empiricamente os efeitos práticos que porventura possam promover uma economia de discursos desta natureza, não se pode prescindir de refletir acerca dos interesses em jogo nos enunciados de verdade propagados pelo discurso científico, como também os artifícios e sutilezas utilizadas em suas estratégias de convencimento. Aceitando o caráter produtivo do discurso²³⁵, torna-se plausível pensá-lo enquanto instituinte de realidades e práticas. Neste

²³³ BOURDIEU, P. 1983. Op. cit.

²³⁴ **Um déficit legítimo de atenção.** Jornal Folha de São Paulo, 29-01-2013.

²³⁵ Tomo aqui o sentido foucaultiano, onde os efeitos de poder que circulam entre os enunciados considerados científicos, produzem consequências práticas. Nesse sentido, é possível identificar o regime interior de poder imanente dos discursos, na tentativa de indicar possíveis consequências. In: **A ordem do discurso.** São Paulo: Edições Loyola, 1996, 21ª edição.

sentido, palavras como “relutam” e “desinformada”, utilizadas na citação acima, podem gerar no leitor a garantia e a certeza de estarem salvaguardados pelo discurso científico.

Entretanto, é conhecida a relação existente entre os enunciados científicos e a esfera da indústria farmacêutica, na medida em que, traços característicos do campo comercial e empresarial passam a guiar de forma crescente as investigações científicas, por meio de financiamento de pesquisas, cujo resultado é controlado pelas instâncias financiadoras. Sendo esta uma tendência crescente em vários países, dentre os quais os EUA, interessa marcar que neste país, já entre os anos de 1983 e 1988, cerca de 35% dos cientistas biomédicos e biólogos membros da prestigiada *National Academy of Sciences* “mantinham laços com a indústria biotecnológica, trabalhando nela como consultores, conselheiros, diretores ou gestores”.²³⁶

Estes dados são reveladores de alguns mecanismos sociais que orientam a prática científica, e indicam como pesquisadores e cientistas da área biomédica estão envolvendo-se cada vez mais nos objetivos do setor comercial, esfera cuja injeção de recursos financeiros nos centros de pesquisa pode resultar na conversão de muitos pesquisadores em administradores científicos²³⁷, implicando que os resultados de suas pesquisas mantenham-se subordinados às instâncias financiadoras.

Márcia Angell, respeitada pesquisadora norte-americana, em seu livro *A verdade sobre os Laboratórios Farmacêuticos*²³⁸ pôs em xeque a pretensa objetividade e neutralidade das pesquisas ditas científicas. Ao mesmo tempo em que tirou o sossego da indústria, Angell chamou a atenção para dimensões muitas vezes deixadas à margem do debate científico: os efeitos colaterais das drogas farmacêuticas e o atual abuso na prescrição de drogas psiquiátricas.

Segundo a pesquisadora - na ocasião em que ganhou destaque nas páginas da *Folha* - a indústria tem um papel chave nesta expansão diagnóstica, e alerta para os perigos da adesão acrítica a medicamentos muitas vezes revestidos de “poderes mágicos”. Outra problematização contemplada pela pesquisadora diz respeito à formação médica, que sofre interferência direta dos laboratórios farmacêuticos, e acrescenta: “a

²³⁶ MARTINS, Hermínio e GARCIA, José Luís. **O ethos da ciência e suas transformações contemporâneas, com especial atenção à biotecnologia**. Revista *Scientiae studia*. São Paulo, v.7, n.1, 2009, p.84.

²³⁷ BOURDIEU, Pierre. **Os usos sociais da ciência**. São Paulo: Editora UNESP, 2004.

²³⁸ ANGELL, M. Op. cit.

educação médica não pode ser financiada por quem tem interesse comercial no conteúdo dessa educação”.²³⁹

No que tange a utilização de psicoestimulantes com finalidades aprimorativas, cumpre destacar que esta prática é constitutiva de um contexto maior, cujas características andam lado a lado com a utilização do mesmo em crianças diagnosticadas como hiperativas e desatentas. A farmacologia deste transtorno se confunde, e mesmo se identifica, com drogas cosméticas dirigidas ao desempenho intelectual. Seja enquanto modulador de comportamentos, seja para aperfeiçoar o desempenho cognitivo e a *performance* intelectual, estes fenômenos inscrevem-se no atual contexto social, como já apontado.

Com os impactos promovidos pelas neurociências e o crescente desenvolvimento de drogas psicofarmacológicas, o cenário contemporâneo passa por transformações que abarcam desde questões epistemológicas nas diversas ciências da vida, quanto ao modo de utilização, compreensão e gerenciamento desta. Vários autores²⁴⁰ têm se debruçado sobre estas questões, apontando a emergência das novas tecnologias em interação com o “novo” indivíduo que, doravante, tornou-se empresário de si, devendo gerir a própria existência de forma autônoma e responsável, contabilizando – para a devida prevenção – os riscos, aprimorando suas habilidades para poder “estar à altura” da demanda de um mercado cada vez mais competitivo.

A novidade promovida por esta “autoajuda cerebral”, segundo expressão de Francisco Rüdiger “é o estágio avançado de reificação da subjetividade, que se transferiu dos mecanismos do subconsciente para as circunvoluções do córtex cerebral”.²⁴¹ Por conseguinte, de acordo com Francisco Ortega: atualmente “todos os lugares comuns da autoajuda tradicional estão presentes numa roupagem cientificista e cerebralizada”.²⁴²

Destarte, é razoável pensar que, se noutros tempos o Romantismo “fez nascer” o homem interior, dotado de sensibilidade e profundidade; o marxismo mostrou sua alienação em face das produções sociais; enquanto a psicanálise freudiana apontou seu lado neurótico e dividido

²³⁹ **Droga psiquiátrica é veneno para crianças, diz médica.** Jornal Folha de São Paulo, 18-10-2011.

²⁴⁰ Entre outros: EHRENBERG, Alain; RABINOW, Paul; ROSE, Nikolas; ORTEGA, Francisco.

²⁴¹ RÜDIGER, Francisco. **Literatura de autoajuda e individualismo.** Porto Alegre: Editora da UFRGS, 1996, p. 120.

²⁴² ORTEGA, Francisco. **Neurociências, neurocultura e autoajuda cerebral.** Interface. Comunicação, saúde, educação. v.13, n. 31, out/dez. 2009. p. 253.

com relação ao seu desejo; por seu turno, o atual contexto também parece estar produzindo o seu “indivíduo”, doravante candidato efetivo à regulação bioquímica, sujeito/objeto de seu próprio conhecimento e manipulação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo dos 14 anos de registros sobre o TDAH no Jornal Folha de São Paulo, muitos aspectos concernentes à questão apresentaram-se à análise. Desde o início divulgado pela comunidade psiquiátrica como transtorno de determinação neurobiológica, o tratamento dessa condição foi apresentado como indispensável. Além do diagnóstico direcionado às crianças, logo adultos tornaram-se candidatos ao mesmo como também à terapêutica medicamentosa.

Como se buscou indicar no decorrer deste trabalho, os diagnósticos utilizados nas áreas biomédicas não nascem espontaneamente, nem são frutos necessários de “avanços e conquistas” do campo científico; os contornos adquiridos pelas categorias diagnósticas bem como seus desdobramentos, estão intrinsecamente imbricados pelos contextos sociais nos quais emergem e desenvolvem-se.

A intenção em analisar o discurso médico-psiquiátrico sobre o TDAH junto à *Folha* indicou, já na saída, a necessidade de construir conjuntamente a história do metilfenidato, haja vista a indissociabilidade criada em torno do TDAH/Ritalina, fato constatado já na primeira matéria consultada sobre o assunto, datada de janeiro de 1999.

Com a psiquiatria então consolidada na crença de uma etiologia orgânica da patologia mental, a desatenção e a hiperatividade entraram para o campo das doenças consideradas neurobiológicas, demandando assim, intervenção medicamentosa com vistas ao “tratamento adequado”. Entretanto, nesse movimento que atrela o TDAH a uma disfunção cerebral, raramente é observado simultaneamente a impossibilidade de detecção das tão propaladas bases neurológicas do transtorno.

Como se trata de um problema situado na fronteira entre a normalidade e a patologia, o TDAH vem se integrando a uma prática de amplo alcance no cenário contemporâneo que é o aprimoramento dos regimes atentos. Com informações que remetem a explicações cerebrais do problema, como baixos níveis de serotonina, desequilíbrio de substâncias neurotransmissoras, insuficiência de dopamina, área pré-frontal do cérebro funcionando em nível abaixo do normal, o diagnóstico estabeleceu-se assente no discurso neurobiológico, desencadeando a prescrição e utilização do metilfenidato em proporções consideráveis, como observado.

Assim como o diagnóstico do TDAH, também drogas como o metilfenidato se situam nas regiões fronteiriças que distinguem as consideradas patologias da atenção e as novas tecnologias de otimização e *performance* cerebral. No espaço que aproxima e distancia indivíduos com TDAH e os que buscam otimização atenta residem interesses que extrapolam o discurso biomédico. Nesse espaço, além do consumidor do psicoestimulante, está alojada a poderosa indústria farmacêutica, o mercado empresarial global, o complexo médico-industrial, bem como os importantes centros de pesquisas, que não raro, tornam-se aliados de laboratórios farmacêuticos.

Estes dados permitem deduzir o tamanho do empreendimento criado em torno do metilfenidato, como também do diagnóstico médico do TDAH, que movimenta uma rede considerável de interesses muitas vezes desconsiderada. Buscou-se neste trabalho esboçar algumas considerações acerca dos interesses que atravessam a questão e apontar algumas problematizações julgadas importantes. Não foi possível, entretanto, oferecer o tratamento aprofundado que a complexidade do tema mereceria.

Em que pesem os interesses e as abordagens que engendram esta complexa questão é relevante assinalar que, por ora, o debate em torno da etiologia do TDAH continua insolúvel. Além dos defensores da existência neurobiológica do transtorno, existem muitos que relativizam esta perspectiva defendendo a ampliação diagnóstica com a consideração das bases sócio-culturais do problema, procurando olhar para a questão com outro enfoque. Embora nenhuma categoria profissional represente um bloco homogêneo de práticas e ideias, a perspectiva que considera determinante os aspectos ambientais sobre o TDAH, é adotada por muitos estudiosos e profissionais de áreas como a Pediatria, a Pedagogia, a Psicologia, a Sociologia, a Psicanálise, o que certamente configura um campo de resistência ao discurso médico-psiquiátrico acerca do assunto. Este é indubitavelmente um importante capítulo desta história, contudo, não pôde ser contemplado neste trabalho.

Apesar dos importantes embates que ganharam destaque nos registros consultados evidenciando as divergências quanto à interpretação do TDAH e a utilização de seu tratamento medicamentoso, a mensagem que atravessa grande parte da massa publicitária é a ideia de um cérebro deficitário, compensado pelo uso do psicofármaco, e, nesse sentido, quem dá o tom é a comunidade médica-psiquiátrica que se arvora detentora das explicações e das “garantias” científicas, ancoradas no discurso “autorizado”. É possível perceber as estratégias

utilizadas pela linguagem oriunda da área neuropsiquiátrica que, pretendendo-se esclarecedora da temática, traz embutida a tentativa de fomentar a aceitação para a utilização de tais drogas, com informações que enfatizam os benefícios de seu uso e reduzem o medo com relação à intervenção medicamentosa, estimulando a adesão tanto ao diagnóstico como ao tratamento correlato.

Muito embora em alguns momentos as publicações analisadas apresentem distintos posicionamentos no que tange o TDAH, o discurso médico-psiquiátrico sobre a questão recorrentemente adota estratégias visando manter-se forte e dotado de validade - na qualidade de discurso cientificamente autorizado - na medida em que valoriza a dimensão biológica do problema. Neste sentido, reconhecer que a abordagem biomédica é uma modalidade discursiva atravessada pelos mais variados interesses, e, enquanto discurso, importante vetor de verdades cientificamente construídas e sancionadas culturalmente, é tarefa imprescindível. Dentro dos limites que circundam este trabalho, a intenção foi – ainda que sucintamente - procurar “desnaturalizar” a caracterização médica-psiquiátrica acerca do TDAH, apontando a produção discursiva que o engendra e os efeitos de poder resultantes desta prática.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, Adriano A. **A Psiquiatria no divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência.** Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2004.

ANGELL, Marcia. **A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos.** Rio de Janeiro/São Paulo: Editora Record, 2008.

ASSIS, Machado. **O alienista.** São Paulo: Martin Claret, 2005.

AZIZE, Rogério. **A ordem cerebral e as “desordens” do cérebro: uma etnografia da divulgação neurocientífica e da psiquiatria biológica.** Trabalho apresentado na 26ª Reunião Brasileira de Antropologia, realizada em Porto Seguro, Bahia.

BELLI, Benoni. **Polícia, “Tolerância Zero” e exclusão social.** Novos Estudos CEBRAP. Nº 58, 2000. p. 157-171.

BOURDIEU, Pierre. **A economia das trocas linguísticas.** In: ORTIZ, Renato (org.). Bourdieu – Sociologia. São Paulo: Ática. Coleção grandes cientistas sociais. 1983. Vol.39. p. 156-183.

_____. **Os usos sociais da ciência.** São Paulo: Editora UNESP, 2004.

CALIMAN, Luciana V. **A Biologia Moral da Atenção: a construção do sujeito desatento.** Tese de doutorado em Saúde Coletiva, UERJ, 2006.

_____. **O TDAH: entre as funções, disfunções e otimização da atenção.** Revista Psicologia em Estudo. 2008. v. 13.

_____. **A constituição sócio-médica do “fato TDAH”.** Psicologia & Sociedade. Florianópolis: 2009, v.1, n.1.

_____. **Notas sobre a história oficial do transtorno do déficit de atenção/hiperatividade TDAH.** Psicologia, ciência e profissão. Brasília, 2010, v. 30.

CAMARGO JR, Kenneth Rochel de. **A Biomedicina.** Physis: Revista Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 1997.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

CAPONI, Sandra. O diagnóstico de depressão, a “*petite biologie*” e os modos de subjetivação. In: _____ (et al.). **Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica**. Florianópolis: Ed. Unisul, 2010.

CAPONI, Sandra (et al.). **Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica**. Florianópolis: Ed. Unisul, 2010.

CASTELO BRANCO, G. e VEIGA-NETO, A. (org.). **Foucault: filosofia e política**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2011.

CLAVREUL, Jean. **A Ordem Médica: Poder e impotência do discurso médico**. Rio de Janeiro: Brasiliense, 1983.

COLACIOS, Roger D. **Latour para historiadores: premissas, conceitos e metodologia**. Rio de Janeiro: Revista Eletrônica Boletim do Tempo, Ano 4, n.8, Rio, 2009.

CORBIN, Alain (et al.). **História do corpo: As mutações do olhar: O século XX**. Vol. 03. Rio de Janeiro: Vozes, 2009.

DUPAS, Gilberto. **O mito do progresso**. São Paulo: Editora UNESP, 2006.

EHRENBERG, Alain. **Le sujet cérébral**. Revue Esprit. Paris, 2004.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 2010.

_____. **O nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 7ª edição, 2011.

_____. **Ditos e Escritos I**. Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria, psicanálise. 3ª Ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

_____. **A Arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

_____. **A ordem do discurso.** Aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. São Paulo: Edições Loyola, 1996, 21ª edição.

_____. **O poder psiquiátrico.** São Paulo: Martins Fontes, 2006.

_____. **Os anormais.** São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010.

_____. **Vigiar e punir: nascimento da prisão.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

_____. **História da sexualidade I: A vontade de saber.** Rio de Janeiro: Edições Graal, 2007.

_____. **Microfísica do poder.** Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979. 29ª reimpressão, 2011.

_____. **Nascimento da Biopolítica.** São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FREITAS, Cláudia Rodrigues de. **Corpos que não param: criança, “TDAH” e escola.** Tese de doutorado em Educação, UFRGS, 2011.

GARCIA, José Luís. **Biotecnologia e biocapitalismo global.** Revista Análise Social. V. XLI (181), 2006. p. 981-1009.

GIMENES, Gabriel F. **Os problemas biopolíticos contemporâneos em Nikolas Rose.** Mediações – Revista de Ciências Sociais. Universidade Estadual de Londrina. Vol. 17, n. 1, 2012, p. 274-278.

HERNÁEZ, Ángel M. A medicalização dos estados de ânimo. O consumo de antidepressivos e as novas biopolíticas das aflições. In: CAPONI, S. (et al.). **Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica.** Florianópolis: Ed. Unisul, 2010.

HOBSBAWM, Eric. Feiticeiros e aprendizes. In: _____. **Era dos extremos.** O breve século XX: 1914-1991. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

HUFF JR, Arnaldo E. **Campo religioso brasileiro e História do tempo presente.** Revista Brasileira de História das Religiões. ANPUH. Maringá – PR. v.1, n.3, 2009.

HUXLEY, Aldous. **Admirável mundo novo**. São Paulo: Ed. Globo, 2009.

ITABORAHY, Cláudia. **A ritalina no Brasil: uma década de produção, divulgação e consumo**. Dissertação mestrado IMS/UERJ, 2009.

LATOUR, Bruno. **Ciência em ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora**. São Paulo: Editora UNESP, 2000.

LIPOVETSKY, Gilles. **Os tempos hipermodernos**. São Paulo: Editora Barcarolla, 2004.

LUZ, Madel T. **Natural, racional, social**. Razão médica e racionalidade científica moderna. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

MARTINS, Hermínio e GARCIA, José Luís. **O ethos da ciência e suas transformações contemporâneas, com especial atenção à biotecnologia**. Revista *Scientiae studia*. São Paulo, v.7, n.1, p.83-104, 2009.

MATTOS, Paulo. **No mundo da lua: Perguntas e respostas sobre o Transtorno do déficit de atenção com hiperatividade**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira do Déficit de Atenção. 2012, 11ª edição.

MEYER, Catherine (org.). **O livro negro da psicanálise**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011.

MIGUELOTE, Vera Regina S. **A indústria do conhecimento, o médico e a indústria farmacêutica: uma co-produção de técnicos e técnicas de poder**. 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2008.

MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso. **A institucionalização invisível das crianças que não aprendem na escola**. Campinas: Mercado das Letras. 2008.

OLIVEIRA, Salete. **Psiquiatrização da ordem: neurociências, psiquiatria e direito**. In: RAGO, M., VEIGA-NETO, A. **Para uma vida não fascista**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009. p. 339-348.

ORTEGA, Francisco. **O corpo incerto**: corporeidade, tecnologias médicas e cultura contemporânea. Rio de Janeiro: Garamond, 2008.

_____. **Neurociências, neurocultura e autoajuda cerebral**. Interface. Comunicação, saúde, educação. V.13, n. 31, p. 247-260, out/dez. 2009.

ORTEGA, Francisco (et al.). **A ritalina no Brasil**: produções, discursos e práticas. Interface. Comunicação, saúde, educação. V.14, n. 34, p.499-510, jul/set. 2010.

ORTEGA, Francisco e BARROS, Denise. **Metilfenidato e aprimoramento cognitivo farmacológico**. Revista Saúde. São Paulo. v. 20, n 2, 2011. p. 350-362.

PASSOS, Izabel C. F. (org.). **Poder, normalização e violência**: incursões foucaultianas para a atualidade. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2008.

PINSKY, Carla B. **Fontes históricas**. São Paulo: Contexto, 2006.

PORTER, Roy. **Das tripas coração**: uma breve história da Medicina. Rio de Janeiro: Record, 2004.

PORTOCARRERO, Vera. **Arquivos da loucura**: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

PORTO JR. Gilson. (org.). **História do tempo presente**. Bauru, São Paulo: Edusc, 2007.

RABINOW, Paul. Artificialidade e iluminismo. Da sociobiologia à biossociabilidade. In: _____. **Antropologia da razão**. Rio de Janeiro: Relume Dumará. 1999. p. 135-157.

RICHTER, Bárbara R. **Hiperatividade ou indisciplina? O TDAH e a patologização do comportamento desviante na escola**. Dissertação de mestrado em educação e ciência. UFRGS. 2012.

RÜDIGER, Francisco. **Literatura de autoajuda e individualismo**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 1996.

SANTOS, Laymert Garcia dos. **Demasiadamente pós-humano.** Revista Novos Estudos. São Paulo: CEBRAP, n.72. p. 161-175, jul. 2005.

SERPA JR, Octávio D. **O mal-estar na natureza:** estudo crítico sobre o reducionismo biológico em psiquiatria. Rio de Janeiro: Te Corá Editora, 1998.

VASCONCELOS, Márcio (et.al.). **Prevalência do Déficit de Atenção/Hiperatividade numa escola pública primária.** Arquivos de Neuro-psiquiatria. São Paulo: Vol. 61, n. 1, p. 67-73. 2003.

VENTURI, Camilo. **Entre crânios analógicos e imagens digitais:** alguns antecedentes históricos e culturais das tecnologias de neuroimageamento. Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2007.

VIDAL, Fernando. **Le sujet cérébral:** une esquisse historique et conceptuelle. Psychiatrie, sciences humaines, neurosciences. v.3, n.11, p.37-48, 2005.

ZAMBONI, Lílian M. S. **Cientistas, jornalistas e a divulgação científica.** São Paulo: Fapesp, 2001.

ZORZANELLI, Rafaela e ORTEGA, Francisco. **Corpo em evidência:** a ciência e a redefinição do humano. Rio de Janeiro: Ed. Civilização Brasileira, 2010.

FONTES

Publicações no Jornal Folha de São Paulo

Hiperatividade – estudo indica efeito de droga. Jornal Folha de São Paulo, 15-01-1999.

O exército de um piá só. Jornal Folha de São Paulo, 18-01-1999.

Distúrbio afeta 4% das crianças. Jornal Folha de São Paulo, 07-02-1999.

Déficit de atenção também atinge adultos. Jornal Folha de São Paulo, 23-04-2000.

Americanos protestam contra ritalina. Jornal Folha de São Paulo, 15-09-2000.

Uso de Ritalina é polêmico. Jornal Folha de São Paulo, 15-02-2001.

Como lidar com o hiperativo. Jornal Folha de São Paulo, 15-02-2001.

Lesão denuncia centro da impulsividade. Jornal Folha de São Paulo, 28-05-2001.

“É preciso dizer que existe tratamento”. Jornal Folha de São Paulo, 21-08-2001.

Remédio infantil gera batalha nos EUA. Jornal Folha de São Paulo, 21-08-2001.

Ritalina pode mudar cérebro. Jornal Folha de São Paulo, 13-11-2001.

Cada vez mais sobre cada vez menos. Jornal Folha de São Paulo, 25-04-2002.

Adulto “elétrico” pode ter distúrbio. Jornal Folha de São Paulo, 17-11-2002.

Avoador tem distúrbio se há dano social. Jornal Folha de São Paulo, 02-11-2003.

Droga em nova versão ajuda o hiperativo. Jornal Folha de São Paulo, 25-03-2004.

Cérebro em movimento. Jornal Folha de São Paulo, 23-10-2005.

Remédios entre amigos. Jornal Folha de São Paulo, 01-12-2005.

EUA apuram mortes entre usuários de remédios para hiperatividade. Jornal Folha de São Paulo, 10-02-2006.

Remédios demais. Jornal Folha de São Paulo, 05-10-2006.

Qualquer coisa é melhor que a escola formal de hoje; pior não fica. Jornal Folha de São Paulo, 30-11-2007.

Cientista usa drogas para “turbinar” desempenho. Jornal Folha de São Paulo, 11-04-2008.

De tirar o sono. Jornal Folha de São Paulo, 12-06-2008.

Medicamento para a atenção ajuda a reter a memória. Jornal Folha de São Paulo, 25-11-2008.

Remédio para melhorar memória. Jornal Folha de São Paulo, 08-12-2008.

No Brasil, discussão é prematura. Jornal Folha de São Paulo, 08-12-2008.

Grupo de cientistas pede liberação de doping mental. Jornal Folha de São Paulo, 08-12-2008.

Cérebro turbinado. Jornal Folha de São Paulo, 21-06-2009.

Criar doenças mentais só atrapalha tratamento. Jornal Folha de São Paulo, 04-12-2009.

Grupo explica “cabeça dura” de adolescente. Jornal Folha de São Paulo, 19-03-2010.

A era da desatenção. Jornal Folha de São Paulo, 30-05-2010.

Médicos procuram exame preciso para hiperatividade. Jornal Folha de São Paulo, 04-06-2010.

Manual de diagnósticos de doença mental rotula até birra infantil como distúrbio. Jornal Folha de São Paulo, 28-07-2010.

Diagnóstico de déficit de atenção divide especialistas. Jornal Folha de São Paulo, 15-09-2010.

Remédio não é “tábua de salvação” para jovens. Jornal Folha de São Paulo, 27-09-2010.

Remédio controlado vira festa na balada. Jornal Folha de São Paulo, 28-09-2010.

Coquetel de drogas é risco certo nas baladas. Jornal Folha de São Paulo, 04-10-2010.

Especialista desfaz mitos que envolvem distúrbios de atenção. Jornal Folha de São Paulo, 20-12-2010.

Pesquisadora diz que deslumbramento com tecnologias da medicina produz fé cega no corpo e corrida desumana pela saúde perfeita. Jornal Folha de São Paulo, 07-03-2011.

Droga para déficit de atenção tem uso excessivo, diz estudo. Jornal Folha de São Paulo, 03-05-2011.

País terá mais um remédio contra o transtorno. Jornal Folha de São Paulo, 03-05-2011.

Genes ligados ao transtorno de atenção ainda são mistério. Jornal Folha de São Paulo, 01-09-2011.

Droga psiquiátrica é veneno para crianças, diz médica. Jornal Folha de São Paulo, 18-10-2011.

Psiquiatria vive crise por falta de provas científicas, diz Nobel. Jornal Folha de São Paulo, 02-11-2011.

Propostas de mudança no manual da psiquiatria são ‘inconsequentes’, diz especialista. Jornal Folha de São Paulo, 05-02-2012.

Campanha reacende debate sobre déficit de atenção. Jornal Folha de São Paulo, 14-07-2012.

Estudantes pobres nos EUA tentam melhorar notas com remédio para déficit de atenção. Jornal Folha de São Paulo, 09-10-2012.

Relatório gera preocupações éticas sobre tecnologias que melhoram o ser humano. Jornal Folha de São Paulo, 09-11-2012.

Uso da neurociência é o próximo desafio dos psiquiatras, diz médico brasileiro. Jornal Folha de São Paulo, 07-01-2013.

Um déficit legítimo de atenção. Jornal Folha de São Paulo, 29-01-2013.

Estudo acha riscos genéticos comuns a transtornos psiquiátricos. Jornal Folha de São Paulo, 28-02-2013.

Nos Estados Unidos, 11% dos estudantes têm transtorno de déficit de atenção. Jornal Folha de São Paulo, 02-04-2013.

Novartis é acusada de pagar a farmácias para recomendar remédios nos EUA. Jornal Folha de São Paulo, 24-04-2013.

Os perigos da mente distraída. Jornal Folha de São Paulo, 29-04-2013.
ANVISA propõe regras contra desabastecimento de remédios. Jornal Folha de São Paulo, 25-06-2013.

Nos EUA, abuso de estimulantes tem levado mais jovens a hospital. Jornal Folha de São Paulo, 10-08-2013.

ANEXO 1 - TDAH NO MANUAL ESTATÍSTICO DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS – DSM-IV.²⁴³

DSM IV - Manual Estatístico Diagnóstico de Transtornos Mentais, 4ª edição revisada

Transtorno de Déficit de Atenção/hiperatividade – TDAH

Características diagnósticas:

A característica essencial do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade é um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade, mais frequente e severo do que aquele tipicamente observado em indivíduos em nível equivalente de desenvolvimento (Critério A). Alguns sintomas hiperativo-impulsivos que causam prejuízo devem ter estado presentes antes dos 7 anos, mas muitos indivíduos são diagnosticados depois, após a presença dos sintomas por alguns anos (Critério B).

Algum prejuízo devido aos sintomas deve estar presente em pelo menos dois contextos (por ex., em casa e na escola ou trabalho) (Critério C). Deve haver claras evidências de interferência no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional apropriado em termos evolutivos (Critério D). A perturbação não ocorre exclusivamente durante o curso de um Transtorno Invasivo do Desenvolvimento, Esquizofrenia ou outro Transtorno Psicótico e não é melhor explicada por um outro transtorno mental (por ex., Transtorno do Humor, Transtorno de Ansiedade, Transtorno Dissociativo ou Transtorno da Personalidade) (Critério E).

A desatenção pode manifestar-se em situações escolares, profissionais ou sociais. Os indivíduos com este transtorno podem não prestar muita atenção a detalhes ou podem cometer erros por falta de cuidados nos trabalhos escolares ou outras tarefas (Critério A1a). O trabalho frequentemente é confuso e realizado sem meticulosidade nem consideração adequada. Os indivíduos com frequência têm dificuldade para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas e consideram difícil persistir em tarefas até seu término (Critério A1b). Eles frequentemente dão a impressão de estarem com a mente em outro local, ou de não escutarem o que recém foi dito (Critério A1c).

Pode haver frequentes mudanças de uma tarefa inacabada para outra. Os indivíduos diagnosticados com este transtorno podem iniciar uma tarefa, passar para outra, depois voltar a atenção para outra coisa antes de completarem qualquer uma de suas incumbências. Eles

²⁴³ Disponível em <<http://www.tdah.net.br/dsm.html>>. Acesso em 12 nov. 2013.

frequentemente não atendem a solicitações ou instruções e não conseguem completar o trabalho escolar, tarefas domésticas ou outros deveres (Critério A1d). O fracasso para completar tarefas deve ser considerado, ao fazer o diagnóstico, apenas se ele for devido à desatenção, ao invés de outras possíveis razões (por ex., um fracasso para compreender instruções).

Esses indivíduos com frequência têm dificuldade para organizar tarefas e atividades (Critério A1e). As tarefas que exigem um esforço mental constante são vivenciadas como desagradáveis e acentuadamente aversivas. Por conseguinte, esses indivíduos em geral evitam ou têm forte antipatia por atividades que exigem dedicação ou esforço mental prolongados ou que exigem organização ou concentração (por ex., trabalhos escolares ou burocráticos) (Critério A1f). Esta evitação deve ocorrer por dificuldades da pessoa com a atenção, e não devido a uma atitude oposicional primária, embora uma oposição secundária possa também ocorrer.

Os hábitos de trabalho frequentemente são desorganizados e os materiais necessários para a realização da tarefa com frequência são espalhados, perdidos ou manuseados com descuido e danificados (Critério A1g). Os indivíduos com este transtorno são facilmente distraídos por estímulos irrelevantes e habitualmente interrompem tarefas em andamento para dar atenção a ruídos ou eventos triviais que em geral são facilmente ignorados por outros (por ex., a buzina de um automóvel, uma conversa ao fundo) (Critério A1h). Eles frequentemente se esquecem de coisas nas atividades diárias (por ex., faltar a compromissos marcados, esquecer de levar o lanche para o trabalho ou a escola) (Critério A1i).

Nas situações sociais, a desatenção pode manifestar-se por frequentes mudanças de assunto, falta de atenção ao que os outros dizem, distração durante as conversas e falta de atenção a detalhes ou regras em jogos ou atividades.

A hiperatividade pode manifestar-se por inquietação ou remexer-se na cadeira (Critério A2a), por não permanecer sentado quando deveria (Critério A2b), por correr ou subir excessivamente em coisas quando isto é inapropriado (Critério A2c), por dificuldade em brincar ou ficar em silêncio em atividades de lazer (Critério A2d), por frequentemente parecer estar "a todo vapor" ou "cheio de gás" (Critério A2e) ou por falar em excesso (Critério A2f). A hiperatividade pode variar de acordo com a idade e nível de desenvolvimento do indivíduo, devendo o diagnóstico ser feito com cautela em crianças pequenas. Os bebês e pré-escolares com este transtorno diferem de crianças ativas, por

estarem constantemente irrequietos e envolvidos com tudo à sua volta; eles andam para lá e para cá, movem-se "mais rápido que a sombra", sobem ou escalam móveis, correm pela casa e têm dificuldades em participar de atividades sedentárias em grupo durante a pré-escola (por ex., para escutar uma estória).

As crianças em idade escolar exibem comportamentos similares, mas em geral com menor frequência ou intensidade do que bebês e pré-escolares. Elas têm dificuldade para permanecer sentadas, levantam-se com frequência e se remexem ou sentam-se na beira da cadeira, como que prontas para se levantarem. Elas manuseiam objetos inquietamente, batem com as mãos e balançam pernas e braços excessivamente. Com frequência se levantam da mesa durante as refeições, enquanto assistem televisão ou enquanto fazem os deveres de casa; falam em excesso e podem fazer ruídos demasiados durante atividades tranquilas.

Em adolescentes e adultos, os sintomas de hiperatividade assumem a forma de sensações de inquietação e dificuldade para envolver-se em atividades tranqüilas e sedentárias. A impulsividade manifesta-se como impaciência, dificuldade para protelar respostas, responder precipitadamente, antes de as perguntas terem sido completadas (Critério A2g), dificuldade para aguardar sua vez (Critério A2h) e interrupção freqüente ou intrusão nos assuntos de outros, ao ponto de causar dificuldades em contextos sociais, escolares ou profissionais (Critério A2i).

Outros podem queixar-se de dificuldade para se expressar adequadamente. Os indivíduos com este transtorno tipicamente fazem comentários inoportunos, interrompem demais os outros, metem-se em assuntos alheios, agarram objetos de outros, pegam coisas que não deveriam tocar e fazem palhaçadas.

A impulsividade pode levar a acidentes (por ex., derrubar objetos, colidir com pessoas, segurar inadvertidamente uma panela quente) e ao envolvimento em atividades potencialmente perigosas, sem consideração quanto às possíveis conseqüências (por ex., andar de skate em um terreno extremamente irregular).

As manifestações comportamentais geralmente aparecem em múltiplos contextos, incluindo a própria casa, a escola, o trabalho ou situações sociais. Para fazer o diagnóstico, algum prejuízo deve estar presente em pelo menos dois contextos (Critério C). É raro um indivíduo apresentar o mesmo nível de disfunção em todos os contextos ou dentro do mesmo contexto em todos os momentos.

Os sintomas tipicamente pioram em situações que exigem atenção ou esforço mental constante ou que não possuem um apelo ou

novidade intrínsecos (por ex., escutar professores, realizar deveres escolares, escutar ou ler materiais extensos ou trabalhar em tarefas monótonas e repetitivas). Os sinais do transtorno podem ser mínimos ou estar ausentes quando o indivíduo se encontra sob um controle rígido, está em um contexto novo, está envolvido em atividades especialmente interessantes, em uma situação a dois (por ex., no consultório do médico) ou enquanto recebe recompensas freqüentes por um [79]comportamento apropriado.

Os sintomas são mais prováveis em situações de grupo (por ex., no pátio da escola, sala de aula ou ambiente de trabalho). O clínico deve indagar, portanto, acerca do comportamento do indivíduo em uma variedade de situações, dentro de cada contexto.

Subtipos:

Embora a maioria dos indivíduos apresente sintomas tanto de desatenção quanto de hiperatividade-impulsividade, existem alguns indivíduos nos quais há predominância de um ou outro padrão. O subtipo apropriado (para um diagnóstico atual) deve ser indicado com base no padrão predominante de sintomas nos últimos 6 meses.

F90.0 - 314.01 Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Tipo Combinado.

Este subtipo deve ser usado se seis (ou mais) sintomas de desatenção e seis (ou mais) sintomas de hiperatividade-impulsividade persistem há pelo menos 6 meses. A maioria das crianças e adolescentes com o transtorno tem o Tipo Combinado. Não se sabe se o mesmo vale para adultos com o transtorno.

F98.8 - 314.00 Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Tipo Predominantemente Desatento.

Este subtipo deve ser usado se seis (ou mais) sintomas de desatenção (mas menos de seis sintomas de hiperatividade-impulsividade) persistem há pelo menos 6 meses.

F90.0 - 314.01 Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Tipo Predominantemente Hiperativo-Impulsivo.

Este subtipo deve ser usado se seis (ou mais) sintomas de hiperatividade-impulsividade (mas menos de seis sintomas de desatenção) persistem há pelo menos 6 meses. A desatenção pode, com freqüência, ser um aspecto clínico significativo nesses casos.

Procedimentos de Registro:

Os indivíduos que em um estágio anterior do transtorno tinham o Tipo Predominantemente Desatento ou o Tipo Predominantemente Hiperativo-Impulsivo podem vir a desenvolver o Tipo Combinado, e vice-versa. O subtipo apropriado (para um diagnóstico atual) deve ser

indicado com base no padrão sintomático predominante nos últimos 6 meses.

Caso persistam sintomas clinicamente significativos mas os critérios não mais sejam satisfeitos para qualquer dos subtipos, o diagnóstico apropriado é Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Em Remissão Parcial. Quando os sintomas de um indivíduo não satisfazem, atualmente, todos os critérios para o transtorno e não está claro se eles alguma vez foram satisfeitos, deve-se diagnosticar Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade Sem Outra Especificação.

Características e Transtornos Associados:

Características descritivas e transtornos mentais associados. As características associadas variam, dependendo da idade e do estágio evolutivo e podem incluir baixa tolerância à frustração, acessos de raiva, comportamento "mandão", teimosia, insistência excessiva e frequente para que suas solicitações sejam atendidas, instabilidade do humor, desmoralização, disforia, rejeição por seus pares e baixa autoestima.

As realizações acadêmicas em geral estão prejudicadas e insatisfatórias, tipicamente ocasionando conflitos com a família e autoridades escolares. A insuficiente dedicação às tarefas que exigem esforço constante frequentemente é interpretada pelos outros como sinal de preguiça, um fraco senso de responsabilidade e comportamento de oposição.

Os relacionamentos familiares com freqüência se caracterizam por ressentimento e hostilidade, especialmente porque a variabilidade no estado sintomático do indivíduo muitas vezes leva os pais a crerem que todo o comportamento perturbador é voluntário. Os indivíduos com Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade podem atingir menor grau de escolarização e realizações vocacionais mais fracas do que seus pares. O desenvolvimento intelectual, avaliado por testes individuais de QI, parece ser um pouco inferior em crianças com este transtorno. Em sua forma severa, o transtorno causa grandes prejuízos, afetando o ajustamento social, familiar e escolar.

Uma parcela substancial das crianças encaminhadas a clínicas por Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade também tem Transtorno Desafiador de Oposição ou Transtorno da Conduta. É possível que haja uma prevalência superior de Transtornos do Humor, Transtornos de Ansiedade, Transtornos da Aprendizagem e Transtornos da Comunicação em crianças com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade.

O transtorno não é infrequente entre indivíduos com Transtorno de Tourette; quando os dois transtornos coexistem, o início do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade frequentemente precede o início do Transtorno de Tourette. Pode existir uma história de abuso ou negligência à criança, múltiplas colocações em lares adotivos, exposição a neurotoxinas (por ex., envenenamento por chumbo), infecções (por ex., encefalite) exposição a drogas in útero, baixo peso ao nascer e Retardo Mental.

Achados laboratoriais associados:

Nenhum teste laboratorial foi estabelecido como diagnóstico na avaliação clínica do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. Os testes que exigem processamento mental concentrado são anormais em grupos de indivíduos com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, em comparação com sujeitos-controle, mas ainda não está inteiramente claro qual o déficit cognitivo fundamental responsável por isto.

Achados ao exame físico e condições médicas gerais associadas.

Não existem aspectos físicos específicos associados com o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, embora anomalias físicas menores (por ex., hipertelorismo, palato altamente arqueado, orelhas com baixa inserção) possam ocorrer em uma proporção superior à da população em geral. Também pode haver uma taxa superior de ferimentos físicos.

Características Específicas à Cultura, à Idade e ao Gênero:

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade ocorre em várias culturas, sendo que as variações na prevalência relatada entre os países ocidentais provavelmente decorrem mais de diferentes práticas diagnósticas do que de diferenças na apresentação clínica.

É especialmente difícil estabelecer o diagnóstico em crianças com menos de 4 ou 5 anos, pelo fato de seu comportamento característico ser muito mais variável do que o de crianças mais velhas e incluir, possivelmente, aspectos similares aos sintomas do transtorno. Além disso, em geral é difícil observar sintomas de desatenção em bebês e crianças pré-escolares, porque as crianças jovens tipicamente sofrem poucas exigências de atenção prolongada. Entretanto, mesmo a atenção de criança pequenas pode ser mantida em uma variedade de situações (por ex., a criança típica de 2 ou 3 anos de idade em geral consegue ficar sentada com um adulto, olhando livros de figuras).

Em comparação, crianças pequenas com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade movem-se excessivamente, sendo em geral difícil contê-las. Indagar sobre uma ampla variedade de comportamentos

em uma criança pequena pode ser útil para assegurar-se da obtenção de um quadro clínico completo. À medida que as crianças amadurecem, os sintomas geralmente se tornam menos conspícuos. Ao final da infância e início da adolescência, os sinais de excessiva atividade motora ampla (por ex., correr ou escalar excessivamente, não conseguir permanecer sentado) passam a ser menos comuns, podendo os sintomas de hiperatividade limitar-se à inquietação ou uma sensação íntima de agitação ou nervosismo.

Em crianças em idade escolar, os sintomas de desatenção afetam o trabalho em sala de aula e o desempenho acadêmico. Os sintomas de impulsividade também podem levar ao rompimento de regras familiares, interpessoais e educacionais, especialmente na adolescência. Na idade adulta, a inquietação pode ocasionar dificuldades ao participar de atividades sedentárias e a evitação de passatempos ou ocupações que oferecem limitadas oportunidades para movimentos espontâneos (por ex., trabalhos burocráticos).

O transtorno é muito mais freqüente no sexo masculino, com as razões masculino-feminino sendo de 4:1 a 9:1, dependendo do contexto (isto é, população geral ou clínicas).

Prevalência:

A prevalência do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade é estimada em 3-5% entre as crianças em idade escolar. Existem poucos dados sobre a prevalência na adolescência e idade adulta.

Curso:

A maioria dos pais observa pela primeira vez o excesso de atividade motora quando as crianças ainda estão engatinhando, frequentemente coincidindo com o desenvolvimento da locomoção independente. Entretanto, uma vez que muitos bebês hiperativos não desenvolvem o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, deve-se ter cautela ao fazer este diagnóstico em uma idade muito precoce. Geralmente, o transtorno é diagnosticado pela primeira vez durante as primeiras séries, quando o ajustamento à escola está comprometido.

Na maioria dos casos observados nos contextos clínicos, o transtorno é relativamente estável durante o início da adolescência. Na maioria dos indivíduos, os sintomas atenuam-se durante o final da adolescência e idade adulta, embora uma minoria dessas pessoas experiencie o quadro sintomático completo de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade até os anos intermediários da idade adulta. Outros adultos podem reter alguns dos sintomas, aplicando-se nestes casos um diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Em Remissão Parcial. Este diagnóstico aplica-

se aos indivíduos que não mais têm o transtorno com todos os seus aspectos característicos, mas ainda retêm alguns sintomas que causam prejuízo funcional.

Padrão Familiar:

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade é encontrado com maior frequência nos parentes biológicos em primeiro grau de crianças com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade.

Os estudos também sugerem que existe uma prevalência superior de Transtornos do Humor e de Ansiedade, Transtornos da Aprendizagem, Transtornos Relacionados a Substâncias e Transtorno da Personalidade Antissocial nos membros das famílias de indivíduos com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade.

Diagnóstico diferencial:

Na infância, pode ser difícil distinguir entre os sintomas de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade e comportamentos apropriados à idade em crianças ativas (por ex., correrias e barulho excessivo).

Os sintomas de desatenção são mais comuns entre crianças com baixo QI colocadas em contextos escolares em desacordo com sua capacidade intelectual. Esses comportamentos devem ser diferenciados de sinais similares em crianças com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade.

Em crianças com Retardo Mental, um diagnóstico adicional de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade deve ser feito apenas se os sintomas de desatenção ou hiperatividade forem excessivos para a idade mental da criança. A desatenção em sala de aula pode também ocorrer quando crianças com alta inteligência são colocadas em ambientes escolares pouco estimuladores.

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade também deve ser diferenciado da dificuldade no comportamento dirigido a objetivos em crianças oriundas de ambientes inadequados, desorganizados ou caóticos. Relatos de múltiplos informantes (por ex., babás, avós ou pais de companheiros de brincadeiras) são úteis para o oferecimento de uma confluência de observações acerca da desatenção, hiperatividade e capacidade de auto-regulagem adequada ao nível de desenvolvimento da criança em vários contextos.[82]

Indivíduos com comportamento opositivo podem resistir ao trabalho ou tarefas escolares que exigem autodedicação, em razão da relutância em conformar-se às exigências dos outros. Esses sintomas devem ser diferenciados da evitação de tarefas escolares vista em indivíduos com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade.

Complicando o diagnóstico diferencial está o fato de que alguns indivíduos com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade desenvolvem atitudes oposicionais secundárias em relação a essas tarefas e desvalorizam sua importância, frequentemente como uma racionalização para seu fracasso.

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade não é diagnosticado se os sintomas são melhor explicados por outro transtorno mental (por ex., Transtorno do Humor, Transtorno de Ansiedade, Transtorno da Personalidade, Transtorno Dissociativo, Alteração da Personalidade Devido a uma Condição Médica Geral, ou um Transtorno Relacionado a Substância). Em todos esses transtornos, os sintomas de desatenção tipicamente iniciam após os 7 anos de idade, e a história do ajustamento à escola na infância geralmente não se caracteriza por um comportamento disruptivo ou queixas de professores envolvendo comportamento desatento, hiperativo ou impulsivo.

Quando um Transtorno do Humor ou Transtorno de Ansiedade ocorre concomitantemente com o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, cada um deles deve ser diagnosticado. O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade não é diagnosticado se os sintomas de desatenção e hiperatividade ocorrem exclusivamente durante o curso de um Transtorno Invasivo do Desenvolvimento ou um Transtorno Psicótico.

Os sintomas de desatenção, hiperatividade ou impulsividade relacionados ao uso de medicamentos (por ex., broncodilatadores, isoniazida, acatisia por neurolépticos) em crianças com menos de 7 anos de idade não são diagnosticados como Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, mas sim como Transtorno Relacionado a Outras Substâncias, sem outra especificação.

Critérios Diagnósticos para Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade

A. ou (1) ou (2)

1) seis (ou mais) dos seguintes sintomas de desatenção persistiram por pelo menos 6 meses, em grau mal-adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento:
Desatenção:

(a) frequentemente deixa de prestar atenção a detalhes ou comete erros por descuido em atividades escolares, de trabalho ou outras

(b) com frequência tem dificuldades para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas

(c) com frequência parece não escutar quando lhe dirigem a palavra

(d) com frequência não segue instruções e não termina seus deveres escolares, tarefas domésticas ou deveres profissionais (não devido a comportamento de oposição ou incapacidade de compreender instruções)

(e) com frequência tem dificuldade para organizar tarefas e atividades

(f) com frequência evita, antipatiza ou reluta a envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante (como tarefas escolares ou deveres de casa)

(g) com frequência perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (por ex., brinquedos, tarefas escolares, lápis, livros ou outros materiais)

(h) é facilmente distraído por estímulos alheios à tarefa

(i) com frequência apresenta esquecimento em atividades diárias

(2) seis (ou mais) dos seguintes sintomas de hiperatividade persistiram por pelo menos 6 meses, em grau mal-adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento:

Hiperatividade:

(a) frequentemente agita as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira

(b) frequentemente abandona sua cadeira em sala de aula ou outras situações nas quais se espera que permaneça sentado

(c) frequentemente corre ou escala em demasia, em situações nas quais isto é inapropriado (em adolescentes e adultos, pode estar limitado a sensações subjetivas de inquietação)

(d) com frequência tem dificuldade para brincar ou se envolver silenciosamente em atividades de lazer

(e) está frequentemente "a mil" ou muitas vezes age como se estivesse "a todo vapor"

(f) frequentemente fala em demasia

Impulsividade:

(g) frequentemente dá respostas precipitadas antes de as perguntas terem sido completadas

(h) com frequência tem dificuldade para aguardar sua vez

(i) frequentemente interrompe ou se mete em assuntos de outros (por ex., intromete-se em conversas ou brincadeiras)

B. Alguns sintomas de hiperatividade-impulsividade ou desatenção que causaram prejuízo estavam presentes antes dos 7 anos de idade.

C. Algum prejuízo causado pelos sintomas está presente em dois ou mais contextos (por ex., na escola [ou trabalho] e em casa).

D. Deve haver claras evidências de prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional.

E. Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de um Transtorno Invasivo do Desenvolvimento, Esquizofrenia ou outro Transtorno Psicótico e não são melhor explicados por outro transtorno mental (por ex., Transtorno do Humor, Transtorno de Ansiedade, Transtorno Dissociativo ou um Transtorno da Personalidade). Codificar com base no tipo:

F90.0 - 314.01 Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Tipo Combinado: se tanto o Critério A1 quanto o Critério A2 são satisfeitos durante os últimos 6 meses.

F98.8 - 314.00 Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Tipo Predominantemente Desatento: Se o Critério A1 é satisfeito, mas o Critério A2 não é satisfeito durante os últimos 6 meses.

F90.0 - 314.01 Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Tipo Predominantemente Hiperativo-Impulsivo: Se o Critério A2 é satisfeito, mas o Critério A1 não é satisfeito durante os últimos 6 meses:

Nota para a codificação: Para indivíduos (em especial adolescentes e adultos) que atualmente apresentam sintomas que não mais satisfazem todos os critérios, especificar "Em Remissão Parcial".