

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA DE SAÚDE E BIOCÊNCIAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA**

PRISCILLA ANDRETTA MELCHERTS

REFLEXÃO BIOÉTICA SOBRE A MEDICALIZAÇÃO INFANTIL DO TDAH

**CURITIBA
2015**

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA DE SAÚDE E BIOCÊNCIAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA**

PRISCILLA ANDRETTA MELCHERTS

REFLEXÃO BIOÉTICA SOBRE A MEDICALIZAÇÃO INFANTIL DO TDAH

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Bioética da PUCPR como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.
Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Beatriz H. S. França

**CURITIBA
2015**

Dados da Catalogação na Publicação
Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/PUCPR
Biblioteca Central

M518r
2015 Melcherts, Priscilla Andretta
Reflexão bioética sobre a medicalização infantil do TDAH / Priscilla Andretta
Melcherts ; orientadora, Beatriz H. S. França. – 2015.
74, [19] f. : il. ; 30 cm

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná,
Curitiba, 2015
Inclui bibliografias

1. Bioética. 2. Transtorno do Deficit de Atenção com Hiperatividade.
3. Crianças com distúrbio do déficit de atenção. I. França, Beatriz Helena
Sottile. II. Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Programa de Pós-
Graduação em Bioética. III. Título.

CDD 20. ed. – 174.9574

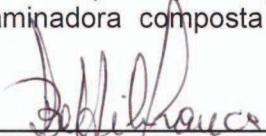
**ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA**

DEFESA DE DISSERTAÇÃO Nº 13/2015

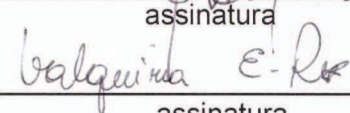
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Bioética

Aos vinte e nove dias do mês de setembro do ano de dois mil e quinze, às catorze horas na sala de Vídeo 1 do bloco três térreo, realizou-se a sessão pública de Defesa da Dissertação: "**Reflexão bioética sobre a medicação infantil do TDAH.**", apresentada pela aluna **Priscilla Andretta Melcherts**, sob orientação da **Prof.^a Dr.^a Beatriz Helena Sottile França** como requisito parcial para a obtenção do título de **Mestre em Bioética**, perante uma Banca Examinadora composta pelos seguinte membros:

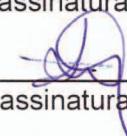
Prof.^a Dr.^a Beatriz Helena Sottile França
PUCPR (Orientadora e presidente)


assinatura

Prof.^a Dr.^a Valquiria Elita Renk
PUCPR (Examinador interno)


assinatura

Prof.^a Dr.^a Maria Ângela Naval Machado
UFPR (Examinador externo)

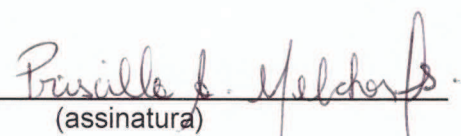

assinatura

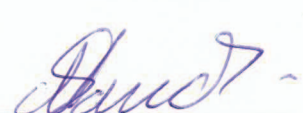
Início: 14:00h Término: 16:30h.

Conforme as normas regimentais do PPGB e da PUCPR, o trabalho apresentado foi considerado aprovado (aprovado/reprovado), segundo avaliação da maioria dos membros desta Banca Examinadora.

O aluno está ciente que a homologação deste resultado está condicionada: (I) ao cumprimento integral das solicitações da Banca Examinadora, que determina um prazo de 30 dias para o cumprimento dos requisitos; (II) entrega da dissertação em conformidade com as normas especificadas no Regulamento do PPGB/PUCPR; (III) entrega da documentação necessária para elaboração do Diploma.

Aluno: Priscilla Andretta Melcherts


(assinatura)


Prof. Dr. Mário Antonio Sanches
Coordenador do PPGB PUCPR

"Se um dia tiver que escolher entre o mundo e o amor... Lembre-se: Se escolher o mundo ficará sem o amor, mas se escolher o amor, com ele conquistará o mundo!"
(Einstein)

*Dedico este trabalho à minha família,
Símbolo do amor incondicional...*

Agradecimentos

Primeiramente a Deus;

Em especial, ao meu esposo Johann Gustavo, que ultrapassou obstáculos para o eterno companheirismo nestes 25 anos;

À minha orientadora pela paciência e dedicação;

À Sílvia por ter feito a ponte, colaborando para a pesquisa;

À Simoni pela amizade transparente.

A todos aqueles que estiveram direta ou indiretamente envolvidos, ao longo desta jornada;

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADHAD Development Conference of the Attention Deficit Hyperactivity Disorder

ANVISA Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CIBA Chemical Industries Basel

DSM Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais

EEG Eletroencefalograma

NIH National Institute Health

NIMH National Institute of Mental Health

PAC Processamento Auditivo Central

® Marca registrada

SN Sistema Nervoso

SNC Sistema Nervoso Central

SNAP IV

SOE Serviço de Orientação Educacional

SVS-MS Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde

TA Transtorno de Ansiedade

TC Transtorno Compulsivo

TCUD Termo de Utilização de Dados

TDAH Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

TOD Transtorno Opositivo Desafiador

TT Transtorno de Tiques

UNISUL Universidade do Sul de Santa Catarina

USP Universidade de São Paulo

LISTA DE APÊNDICES

	Pág.
Apêndice 1 - Termo de Utilização de Dados.....	72
Apêndice 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	73
Apêndice 3 - Autorização.....	75
Apêndice 4 - Instrumento de Coleta de Dados – Questionário.....	76

LISTA DE ANEXOS

Pág.

Anexo 1 - Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	79
Anexo 2 - Prescrição de Medicamento – Guia Amarela.....	80
Anexo 3 - Tabelas.....	81

SUMÁRIO

	Pág.
1. INTRODUÇÃO.....	10
2. OBJETIVO GERAL	12
2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	12
3.RESULTADOS	13
3.1 Artigo 1: Reflexão Bioética sobre a medicalização infantil do TDAH	13
4. REFERÊNCIAS.....	37
5. Artigo 2: A Medicalização, o medicado e a Bioética de Intervenção	45
6. REFERÊNCIAS.....	69
APÊNDICE I.....	72
APÊNDICE II.....	73
APÊNDICE III.....	75
APÊNDICE IV.....	76
ANEXO I.....	79
ANEXO II.....	80
ANEXO III.....	81

1. INTRODUÇÃO

O transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) é um transtorno de saúde mental considerado “comum” em crianças, que aponta uma prevalência média de 3% a 10% de portadores (GUARDIOLA, 2006). Esta patologia tem grande impacto, pois abrange as esferas sociais, familiares e educacionais, com efeitos negativos na autoestima, além de ser fator de risco para inúmeros outros problemas.

O crescente número de encaminhamentos de crianças e adolescentes aos profissionais da área da Saúde, para diagnóstico e tratamento do déficit de atenção e hiperatividade, impõe discussão e reflexão crítica sobre a medicalização de crianças e adolescentes. Medicalização é entendida como o processo de transformação de problemas sociais e institucionais - dificuldades de escolarização - em problemas individuais e em distúrbios orgânicos (CRP, 2011).

Os sinais de hiperatividade e desatenção que levam as crianças a terem dificuldade de aprendizagem, na ideia de Signor (2013), são construídos no espaço escolar, constituindo uma autoimagem rebaixada, trazendo implicações para este processo. E sendo estabelecido como síndrome e não doença, segundo Moysés e Collares (2010), necessita da realização de um bom diagnóstico, que depende de vários fatores, incluindo-se a importância de uma equipe multidisciplinar para a análise de dados pontuais e observacionais. Assim, o ideal é que sejam feitos alguns exames que possam eliminar outros fatores que desencadeiem a desatenção e que possam ser confundidos com TDAH.

Para Rossano Lima (2014), o diagnóstico do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), deveria ser feito com mais cuidado, tentando compreender o comportamento da criança por outras variáveis. O diagnóstico de TDAH transformou-se em uma avaliação quase que exclusivamente feita no ambiente escolar, baseada em desempenho e eficácia dos estudantes. Para Moysés (2010) essa forma indiscriminada, como tem sido feita de diagnosticar crianças como vítimas de “transtornos de aprendizagem”, é um modo de desviar o foco do contexto social e político que produz as dificuldades na escolarização.

Bittencourt (2013) orienta para que se aborde o tema com cautela por ser o TDAH um transtorno que vem sofrendo mudanças nos seus critérios de delineamento do quadro clínico e por ter como indicação terapêutica o uso de drogas psicoativas. E como já ficou estabelecido cientificamente o reconhecimento da inexistência de evidências que sustentem o TDAH e os riscos do tratamento com psicoestimulantes, Moysés e Collares (2010) alertam para o perigo da drogadição nos jovens e da necessidade do efetivo debate científico e ético em defesa da vida.

Nesse sentido, pode-se lançar mão da Bioética, que surge a partir de um movimento que tem por finalidade a conciliação da medicina com os interesses éticos e, ao mesmo tempo, humanísticos, para se fazer uma reflexão. Por meio da Bioética tenta-se, com uma visão crítica, examinar os princípios gerais éticos e o modo como estes princípios se aplicarão à ciência contemporânea e à prática da medicina, realizando uma recuperação de valores.

Mais do que uma ética aplicada ou uma disciplina, a Bioética tem se apresentado como estudo dos fundamentos e consequências morais e políticas do avanço tecnológico e suas intervenções na vida natural e social do homem (SARMENTO, 2013).

Nesse contexto, foi que se objetivou pesquisar sobre a medicalização do TDAH e fazer uma reflexão a respeito do tema. Para tanto, foi realizada uma revisão crítica da bibliografia, resultando o Artigo 1, e um estudo experimental, resultando o Artigo 2.

2. OBJETIVO GERAL

Fazer uma reflexão bioética sobre a medicalização infantil do TDAH.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar, em duas escolas, o número de casos de crianças diagnosticadas com TDAH;
- Avaliar a elaboração de diagnósticos de TDAH;
- Analisar as prescrições medicamentosas do TDAH.
- Avaliar benefícios x riscos de utilização de medicação no TDAH.
- Refletir sob o enfoque da Bioética o tratamento do TDAH.

3. RESULTADOS

3.1 Artigo1: Reflexão bioética sobre a medicalização infantil do TDAH

Autores:

Priscilla Andretta Melcherts¹

Beatriz Helena Sottile França²

^{1,2}Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Rua Imaculada Conceição,
1155, Prado Velho, Curitiba-Pr- Brasil. Cep- 80215-901

E-mails:

pity.m@globo.com

bhfranca@gmail.com

RESUMO

Este estudo objetivou discutir os diferentes aspectos relativos à medicalização de crianças diagnosticadas com o TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade) e fazer uma reflexão à luz da Bioética a respeito dos diagnósticos, dos riscos e benefícios e dos fatores considerados motivadores dessa medicalização. Foi conduzida uma revisão crítica da literatura sobre o tema, e as bases acessadas foram Lilacs, Medline e SciELO, utilizando-se os descritores: TDAH, metilfenidato, medicalização. Dos 83 artigos e textos de livros localizados, 62 foram selecionados de interesse para o objetivo do trabalho. A literatura demonstrou que mesmo havendo imprecisão nos diagnósticos, as crianças vêm sendo diagnosticadas e medicadas de forma recorrente, para atingir metas e objetivos educacionais pré-definidos.

Palavras-chave: TDAH. Medicalização. Metilfenidato. Bioética.

ABSTRACT

This study aimed to discuss the different aspects of the medicalization of children diagnosed with ADHD (Attention Deficit Disorder and Hyperactivity Disorder) and to reflect the light of bioethics about the diagnosis, the risks and benefits and motivating factors considered this medicalization. A critical review of literature on the subject was conducted, and the bases were accessed Lilacs, Medline and SciELO , using the key words: ADHD , methylphenidate, medicalization. Of the 83 articles and text books located, 62 were selected interest for the purpose of work. The literature has shown that even with inaccuracies in diagnosis, children are being diagnosed and medicated on a recurring basis, to achieve goals and pre- defined educational goals.

Keywords: ADHD. Medicalization. Methylphenidate. Bioethics .

INTRODUÇÃO

Constituindo uma síndrome, o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) “se caracteriza por alterações dos sistemas motores, perceptivos, cognitivos e do comportamento, comprometendo a aprendizagem de crianças com potencial adequado” (GUARDIOLA, 2006, p.285).

Na concepção de Rotta (2006), o TDAH é uma síndrome neurocomportamental com sintomas classificados em três categorias: desatenção, hiperatividade e impulsividade. De acordo com os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV), a desatenção pode ser identificada pelos seguintes sintomas: dificuldade de prestar atenção a detalhes ou errar por descuido em atividades escolares e de trabalho; dificuldade para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas; parecer não escutar quando lhe dirigem a palavra; não seguir instruções e não concluir tarefas escolares, domésticas ou deveres profissionais; dificuldade em organizar tarefas e atividades; evitar, ou relutar, em envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante; perder coisas necessárias para tarefas ou atividades; e ser facilmente distraído por estímulos alheios à tarefa e apresentar esquecimentos em atividades diárias.

A hiperatividade se caracteriza pela presença frequente das seguintes características: agitar as mãos ou os pés ou se remexer na cadeira; abandonar sua cadeira em sala de aula ou outras situações nas quais se espera que permaneça sentado; correr ou escalar em demasia, em situações nas quais isto é inadequado; pela dificuldade em brincar ou envolver-se silenciosamente em atividades de lazer; estar frequentemente “a mil” ou muitas vezes agir como se estivesse “a todo o vapor”; e falar em demasia.

Os sintomas de impulsividade são: frequentemente dar respostas precipitadas antes das perguntas terem sido concluídas; ter dificuldade em esperar a sua vez; e frequentemente interromper ou responder a conversas e assuntos de outros.

Como o diagnóstico do TDAH é multidisciplinar, envolvendo aspectos neurológicos, emocionais, psicomotores e pedagógicos, cada um deles terá maior ou menor importância, dependendo da expressão sintomatológica. Deve-se ser tratada a criança, a família e a escola. O tratamento medicamentoso se for necessário, se faz principalmente à custa dos estimulantes do SNC (Sistema

Nervoso Central), dentre os quais, destaca-se o metilfenidato¹, que é conhecido popularmente como Ritalina® ou Concerta®. (GUARDIOLA, 2006).

O tipo com predomínio de sintomas de desatenção é mais frequente no sexo feminino e parece apresentar, conjuntamente com o tipo combinado, uma taxa mais elevada de prejuízo acadêmico. As crianças com TDAH com predomínio de sintomas de hiperatividade/impulsividade, por outro lado, são mais agressivas e impulsivas do que as crianças com os outros dois tipos, e tendem a apresentar altas taxas de rejeição pelos colegas e de impopularidade. Embora sintomas de conduta, de oposição e de desafio ocorram mais frequentemente em crianças com qualquer um dos tipos de TDAH do que em crianças normais, o tipo combinado está mais fortemente associado a esses comportamentos. Além disso, o tipo combinado apresenta também um maior prejuízo no funcionamento global, quando comparado aos dois outros grupos (GUARDIOLA, 2006).

O TDAH pode advir de fatores exógenos e endógenos responsáveis pelo comprometimento cerebral, manifestando-se por alterações funcionais. Os fatores exógenos podem ser divididos em pré, para e pós-natais. Entre os pré-natais, encontram-se os fatores maternos decorrentes de diversas etiologias, como infecções congênitas, intoxicações, hemorragias, doenças crônicas da mãe como diabetes, hipertensão arterial. Consideram-se fatores pré-natais os que ocorrem no transcurso do trabalho de parto, observando-se causas maternas, da criança e do parto. Constituem fatores pós-natais as infecções do Sistema Nervoso (SN), acidentes vasculares cerebrais, traumatismos craneencefálicos, processos expansivos, alterações metabólicas, etc. (GUARDIOLA, 2006, p.286).

Controvérsias do TDAH

Diante da medicalização de crianças em idade escolar e do risco de um diagnóstico impreciso, sem definições específicas, houve em 2010, o primeiro Seminário Internacional "A educação medicalizada: dislexia, TDAH e outros supostos transtornos" na cidade de São Paulo, sendo seguido por outros dois, 2011 e 2013 respectivamente (FÓRUM SOBRE MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO E DA SOCIEDADE, 2013).

¹ Metilfenidato: medicamento psicoestimulante

Por medicalização, compreende-se em que, por meio de um discurso cientificista, se transforma artificialmente um problema que é coletivo, de ordem social, político, econômico, educacional, num problema localizado no sujeito, ou seja, num problema individual (MOYSÉS, 2011).

O processo de medicalização é uma extensão indissolúvel, da normatividade médica, que surgiu com a medicina moderna, onde o controle da sociedade sobre o indivíduo passou a ser exercido no corpo. Esse processo no espaço escolar tem como objetivo a garantia da produção de corpos saudáveis e de aprendizagens disciplinares, por meio da transformação de problemas da vida em distúrbios. Conduzida pela biomedicina, a medicalização tem provocado decorrências físicas e psíquicas nos sujeitos em face de uma série de sofrimentos que se inserem na relação com o mundo (BRZOZOWSKI et. al. 2010).

Lopes et. al.(2013), apontam que apesar das controvérsias que vêm sendo levantadas sobre o transtorno relacionado à aprendizagem, foi possível visualizar entre as crianças, um número importante delas diagnosticadas e prescritas com medicamentos de forma recorrente, ainda que estes diagnósticos sejam, muitas vezes, atravessados por imprecisão.

De acordo com Moysés (2008), os alunos que não atingem metas esperadas pela escola, são enquadrados como “estudantes problema ou fracassados” e têm no uso de medicamento, um meio para tratar dificuldades que podem ser típicas da fase de desenvolvimento. Nesse sentido, a autora tem criticado o uso de medicamento como meio para atingir resultados esperados pelo sistema educacional, como também a mudança na construção de diagnósticos (SOUZA, 2013, apud Moysés, 2008). Souza (2010) afirma que, em mais de dez anos de prestação de serviços à USP (Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo), foram atendidas raras crianças que tinham distúrbio neurológico afetando seu desempenho escolar, não encontrando problemas restritos à leitura e escrita, tampouco comprometidos, cujos sintomas se circunscrevem àqueles arrolados nos protocolos conhecidos e divulgados de TDAH (SOUZA, 2010).

Moysés (2001) preconiza que o chamado TDAH representa um processo de patologização da educação, pois não há qualquer comprovação sobre a existência deste transtorno. Tal fato pode ser observado pelo uso corrente do termo “disfunção cerebral”, ao invés de lesão, uma vez que não se verifica qualquer evidência de comprometimento cerebral. Ademais, um diagnóstico meramente clínico,

padronizado segundo uma norma social, revelaria que pelo menos 10% da população seria portadora do transtorno.

A ingestão de medicamentos tendo como consequência o “efeito obediência” é chamada de *zombie-like* e segundo Moysés (2001), é sinal de toxicidade, representa reações adversas extremamente sérias que ocorrem em todos os sistemas do organismo.

Em 1998, foi realizada pelo National Health (NIH) a Conferência de Consenso sobre o TDAH (Consensus Development Conference of the Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHAD), uma reunião científica para a qual foram convidados os mais renomados especialistas no campo de TDAH e dislexia, onde a maioria defendeu a necessidade de tratamento medicamentoso. O objetivo da conferência foi estabelecer um consenso científico para o diagnóstico e tratamento de TDAH, em função da enorme controvérsia que persistia sobre o assunto. O documento final reconheceu a inexistência de evidências científicas que sustentem que certas condições sejam manifestações da doença, reconhecendo também, os riscos de tratamento com psicoestimulantes por períodos longos. Este relatório jamais foi divulgado no Brasil (MOYSÉS; COLLARES, 2010).

Os sinais de hiperatividade e desatenção, que levariam supostamente às dificuldades de aprendizagem, seriam construídos no espaço escolar e não decorreriam, portanto, de uma alteração orgânica. Desse modo, a criança inserida em um processo de discursivização desfavorável no espaço da escola, acabaria internalizando parte do discurso alheio, favorecendo a constituição de uma autoimagem rebaixada, trazendo implicações para os processos de aprendizagem (SIGNOR, 2013).

Critérios diagnósticos do TDAH

Baseado no DSM-IV (Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais, 2002) o diagnóstico é realizado a partir das escalas Connors, aprovada e validada no Brasil em 1995 por Barbosa, e do SNAP-IV traduzido e adaptado, e é composto de 18 perguntas: as nove primeiras se referem à desatenção e as seguintes à hiperatividade e impulsividade. Na forma de questionários destinados para pais e

professores, possuem perguntas estruturadas que avaliam os enquadramentos em, no mínimo seis características de cada subtipo, permanecendo por mais de seis meses em mais de um ambiente, principalmente em casa e na escola.

Em relação a esse tipo particular de classificação que é o diagnóstico, Hacking (2006) afirma que:

Os sistemas atuais de diagnóstico e de tratamento contribuem para produzir o tipo de comportamento característico de uma determinada doença. Classificação e diagnóstico são categorias historicamente construídas, e essa construção interage com as pessoas e contribui para produzir certos comportamentos que, por sua vez, podem confirmar o diagnóstico (HACKING, 2006, p.7).

A orientação para uso do DSM é verificar a aparição de critérios pré-definidos, sem deter-se nos relatos de vida dos indivíduos. As narrativas que não se encaixem nesses critérios serão sistematicamente desconsideradas. Essa estratégia pode ter um impacto decisivo no modo como cada indivíduo se constitui como sujeito. Por essa razão, deve-se refletir sobre as dificuldades implícitas na utilização dessa técnica que leva a desconsiderar o conteúdo da queixa dos pacientes e a escutar somente aquilo que foi definido *a priori*, como relevante (CAPONI et. al. 2013).

O diagnóstico não pode ser testado por exames médicos concretos, o que estabelece o TDAH como uma síndrome e não como uma doença, ou seja, como um conjunto de sinais e sintomas que pode ser resultado de várias causas, geralmente desconhecidas (MOYSÉS; COLLARES, 2010).

Segundo Ortega (2006) a lógica da medicina moderna, é a localização anatomopatológica de déficits ou de lesões no corpo, mas este esquema explicativo possui sérias debilidades epistemológicas que precisam ser cuidadosamente analisadas.

Esta mesma medicina se afirma com a despersonalização da doença, a classificação das entidades clínicas e sua espacialização e, especialmente com a anatomia-patológica, mas também com a fisiologia e a bacteriologia, em que se identifica e localiza a lesão, o micróbio ou a disfunção (FOUCAULT, 1980 apud Tesser, 2010).

O DSM-IV (2002) foi construído a partir de grandes estudos populacionais dedicados a quantificar e estabelecer correlações e normas, porém, os motores “medicalizar e biologizar” se articulam de um novo modo a partir da *petite biologie*

(biologia menor), nas palavras de Pignarre (2006). Segundo este autor, o investimento milionário em pesquisa de novos antidepressivos tem dois objetivos claros: encontrar medicamentos com menos efeitos colaterais e produzir novos medicamentos para novos diagnósticos que surgem por associação ou aproximação entre distúrbios, como a depressão com hiperatividade. Desenvolveu-se assim, uma frutífera e milionária linha de pesquisa e financiamento com características próprias, a partir do termo “petite biologie”, criado para designar conhecimentos que permitem produzir novos psicofármacos, de acordo com as reações provocadas pelos fármacos hoje existentes. Sua principal característica é a identificação diagnóstico-terapêutica, pois é o medicamento que cumpre o papel de “marcador biológico”. (PIGNARRE, 2001).

Silva (2003) lembra que existem vários níveis de intensidade dos sintomas, inclusive com sintomas leves, para os quais poderíamos utilizar o termo “traço”, que em psiquiatria significa a presença de determinadas características de um quadro clínico que não são suficientes para fechar um diagnóstico. Mesmo com todos os critérios do DSM, ainda há controvérsias no meio científico sobre se todos os indivíduos classificados como sendo portadores de TDAH possuem um distúrbio neurobiológico ou como aponta a autora, outra forma de se apresentar no mundo.

No caso do TDAH, parece ser prudente que se aborde o tema com cautela, tanto por ser um transtorno que vem sofrendo mudanças nos seus critérios de delineamento do quadro clínico, como por ter como indicação terapêutica, o uso de drogas psicoativas. A inclusão de indivíduos sob este rótulo, a partir apenas de suas condutas consideradas “não adequadas” por uma dificuldade de adaptação ao meio social, pode causar pelo menos dois tipos de prejuízos: primeiro pelo diagnóstico em si, por fazê-los parte de uma categoria de anormais; em segundo, pelos possíveis efeitos colaterais das drogas utilizadas como medicamentos, que ainda não têm avaliação no uso prolongado (BITTENCOURT, 2013).

Angell afirma que:

A padronização de critérios comportamentais frouxos para uma doença, para a qual se dispõe de um remédio químico industrializado, é excelente caminho ao mesmo tempo comercial e científico para criar uma classificação que ganhará milhões de candidatos a serem nela enquadrados, tantos mais, quanto mais propaganda houver da doença e estes que serão potenciais ou reais consumidores da droga. É um verdadeiro filão de ouro do mercado de venda de medicamentos industrializados, pois uma vez transformada a situação em doença e

procurado um médico, sua prescrição não será em geral questionada: o então “agora doente ou seus responsáveis sentir-se-ão compelidos a consumir o remédio, para seu bem, prescrito pela autoridade social autorizada e incumbida de dizer a verdade sobre a saúde e a doença, e o que fazer para cuidar delas” (ANGELL, 2007, p.26).

Sendo assim, de acordo com Perrota:

Não podemos apressar diagnósticos, pois, dessa forma, corremos o risco de compactuar com formas de submeter crianças e jovens a ideologias que apenas perpetuam a patologização, e consequentemente medicalização daqueles que destoam de modelos pré-estabelecidos e, por isso, são caracterizados como doentes (PERROTA, 2010, p.266).

Do ponto de vista prático, realizar um diagnóstico significa rotular, impor uma marca, no mesmo sentido em que uma pepita suspeita pode ser marcada para inspeção, ou em que o gado é marcado para o abate. Nesse sentido, o diagnóstico é um bilhete de entrada para um procedimento padronizado e, especialmente, institucionalizado (BRZOZOWSKI et. al. 2010).

Hacking (2007) escreve que, por trás de cada classificação, existe uma estrutura que engloba cinco aspectos primários: a classificação, os indivíduos, as instituições, o conhecimento e os especialistas. As crianças com TDAH são um tipo de pessoa, formado por indivíduos que compartilham o mesmo problema. Esse grupo de pessoas possui um nome e suas características são determinadas em função deste nome. As instituições confirmam a existência dessa classificação e é um meio de legitimar aquele tipo de pessoas. Serve de exemplo, especialmente nesse caso, o DSM (instituição), pois é uma forma de legitimar e justificar o diagnóstico, interpretado por especialistas, por meio da descrição dos familiares e educadores da criança. Assim, o conhecimento e os especialistas detêm o poder de decidir quem é doente e quem não é. O diagnóstico é essencialmente clínico, não há exames laboratoriais ou de imagem que possam auxiliar nessa decisão. O especialista conta com seus conhecimentos técnicos, os critérios das escalas e as informações de pessoas ligadas à criança, como pais e professores, para traçar o diagnóstico e indicar a terapêutica adequada ao caso (BRZOZOWSKI et. al. 2010).

A diferenciação entre TDAH e a normalidade configura um dilema clínico importante, responsável por muitos diagnósticos equivocadamente firmados, a partir da dificuldade em definir o ponto de corte entre esses dois parâmetros. Diante disto,

fica evidente a importância de uma avaliação abrangente sobre o “funcionamento da criança”, fazendo-se valer do intercâmbio multidisciplinar, pois a troca de informações entre profissionais de diversas áreas pode ser muito útil para um entendimento global de cada caso (GRAEFF, VAZ, 2008).

Além das entrevistas, o uso de escalas e questionários para pais e professores são procedimentos consagrados na literatura internacional, pois fornecem dados sistematizados, que permitem uma visão objetiva, com dados quantitativos dos sintomas. Porém, existem algumas limitações e cuidados que devem ser levados em conta, como por exemplo, a possibilidade da escala apontar como significativos comportamentos que não ocorrem com muita frequência. São exemplos como já citados anteriormente, as escalas Connors (BARBOSA, 1997) e o SNAP-IV (BENCZIK, 2000).

A simples avaliação do indivíduo por esses critérios, não é suficiente para que se confirme o diagnóstico. Muitas vezes, os indivíduos que buscam tratamento apresentam quadros complexos que confrontam o profissional com diversos dilemas clínicos e terapêuticos que dificultam o processo de avaliação. É necessário que se realize um diagnóstico diferencial criterioso, buscando entender a dinâmica dos sintomas do paciente, assim como contextualizar sua conduta numa perspectiva do desenvolvimento. Quanto mais completa e criteriosa for a avaliação em termos instrumentais e multidisciplinares, menor a possibilidade de equívoco diagnóstico e maiores são os recursos que o profissional dispõe para traçar uma intervenção adequada (GRAEFF, VAZ, 2008).

Metilfenidato: A “droga da obediência”

Pesquisadores observaram que a benzedrina (derivada da anfetamina) melhorava o comportamento das crianças agitadas, inquietas e desatentas. Apesar dos inúmeros efeitos colaterais, continuaram as pesquisas e descobriram, assim, o metilfenidato, no início da década de 1940 (FIOCRUZ, 2009).

Derivados anfetamínicos, estimulantes do SNC, como o metilfenidato, em alguns casos são utilizados com intenção de debelar o sono, deixar o sujeito “ligado

e elétrico”. Em outras situações, busca-se, melhorar o rendimento físico e intelectual (BRANT, 2012).

Esse medicamento foi sintetizado por Leandro Panizzon, farmacêutico da antiga empresa CIBA (atualmente, Novartis S/A) na Suíça, sendo patenteado em 1954. Foi comercializado, nesse mesmo ano e país como um psicoestimulante leve. Chegou aos EUA em 1956, no Canadá em 1979 e, no Brasil, somente em 1998. O nome Ritalina® se deve ao apelido da esposa do Dr. Panizzon. Marguerite se transformou em Rita e, depois, em Ritaline (WEBER, 2000).

Quando o metilfenidato foi descoberto, embora não houvesse um diagnóstico específico para o seu uso, era indicado para tratamento da fadiga, presente em quadros psiquiátricos e também para minimizar o cansaço em idosos. Havia um ostensivo empenho para se descobrir uma aplicação terapêutica para esse fármaco que pudesse justificar sua aplicação medicinal em função da alteração fisiológica produzida. A indicação para transtornos hipercinéticos - dificuldades em manter a atenção, com ou sem hiperatividade - pareceu constituir uma justificativa "cientificamente convincente" para a sua aplicação (ORTEGA, 2010).

Entende-se como aplicação terapêutica, a sua propriedade de diminuir a inquietação motora, o aumento da concentração, atenção e memória. O seu principal emprego se faz no âmbito educacional, com o controle de crianças com TDAH (KOROLKOVAS, 2006).

Na atualidade, o valor do uso terapêutico, está fundamentado no diagnóstico de TDAH, pois a ampliação da definição da doença e a confiabilidade nos sinais e sintomas clínicos não laboratoriais passaram a servir como referência para legitimar o diagnóstico (SINGH, 2007). Embora o surgimento desse diagnóstico não seja consensual, descrições do ano de 1902, do médico inglês George Still e a síndrome da encefalite letárgica contêm elementos morais e políticos semelhantes aos do TDAH que se confundem, inclusive, no que tange ao diagnóstico (BRANT, 2012).

Na Argentina, o Consenso de Expertos da Área de Saúde sobre o TDAH apresentou em 2005, de acordo com diferentes trabalhos, que o medicamento utilizado para o tratamento do transtorno: - não pode ser administrado a crianças menores de seis anos; - apresenta riscos em caso de crianças psicóticas; - pode provocar retardo de crescimento, insônia e anorexia; - é desaconselhado em caso de crianças com tiques.

O documento realça que é totalmente inadequado unificar um diagnóstico aplicando-o a todas as crianças desatentas e/ou inquietas, sem que se tenha feito uma investigação clínica minuciosa. Os signatários chamam a atenção para uma verdadeira banalização, tanto da medicação quanto do diagnóstico (BARROS, 2008).

Em 2009, passou a veicular o primeiro relatório do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (ANVISA, 2009), onde se aponta o metilfenidato como um dos cinco principais medicamentos que deverão receber holofotes da investigação científica e discussão na atualidade, pois se trata de um fármaco com características intrínsecas de uso, passível de múltiplas controvérsias acerca de sua real eficácia.

O medicamento é descrito no Anexo I da Portaria 344/1998 da Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde - SVS/MS, atualizada pela Resolução 18/2003 da ANVISA, como substância psicotrópica (entorpecente) de controle internacional, passível de notificação de receituário do tipo - A, emitida em formulário de cor amarela. Cor que sinaliza como entorpecente "substância que pode determinar dependência física ou psíquica" (BRANT, 2012).

Desde os primórdios da produção de medicamentos há um interesse econômico da indústria farmacêutica, por serem produtos de consumo. Porém, nas últimas décadas vêm sendo apontadas cada vez mais questões relacionadas à interação entre a indústria, a pesquisa de medicamentos, a produção científica acadêmica relacionada aos fármacos e sua introdução no mercado de uma forma em que aspectos éticos podem estar sendo negligenciados (ANGELL, 2007).

Ao serem prescritos, comercializados e utilizados de forma inadequada, os medicamentos podem incrementar efeitos adversos e gastos desnecessários dos indivíduos, pois transformados em mercadorias, sem distinção das demais, as técnicas publicitárias vêm se sofisticando e utilizando amplos instrumentos que redundam em mais lucros e vendas, reforçando o processo de medicalização (BARROS, 2013).

Denúncias feitas por entidades americanas relatam que em vários casos, a nova versão do DSM-V, que entrou em vigor em maio de 2013, "baixa o limiar do

que pertence à patologia, designando como transtornos passíveis de cuidado médico e psicológico, afetos, pensamentos e humores que, até hoje, eram considerados parte da experiência humana normal” (BARROS, 2013).

Constatou-se conflito de interesses evidentes na medida da existência de vínculos pregressos com empresas farmacêuticas, de amplo número de membros do *staff* responsável pela preparação da 5ª versão do DSM. Antes mesmo do seu lançamento, o National Institute of Mental Health (NIMH), explicitou a sua não adesão. O diretor do Instituto comunicou que a entidade está trabalhando em um novo referencial para classificar as psicopatologias, evidenciando um verdadeiro divórcio entre a esfera clínica e a pesquisa dos transtornos mentais (INSEL, 2013).

Um exemplo flagrante deste feito, como explica Barros (2013), é o processo de medicalização das crianças diagnosticadas com TDAH, para as quais de forma claramente abusiva vêm sendo feito o uso de metilfenidato. Tendo estratégias de promoção e vendas como substrato importante e dirigida tanto ao público em geral quanto aos médicos, em particular, a propaganda tem um papel crucial no incentivo ao uso irracional dos medicamentos e na intensificação do processo de medicalização. Os medicamentos, ao lado do seu potencial de aliviar e curar doenças, passaram a desempenhar, com interesses da lógica de mercado e sua ânsia por lucros, funções de caráter muito mais simbólico ou mesmo “mágico” (BARROS, 2013). Essas funções ultrapassam os valores de uso e valores de troca. Interferem para isso, o modelo biomédico dominante e a transformação de bens e serviços em “mercadorias”, cujo consumo é condição para alcançar níveis satisfatórios de bem-estar, saúde ou felicidade (BARROS, 2013).

O uso da Ritalina® pode ser explicado por seu largo espectro de utilização, pois é indicada para o tratamento de TDAH e da narcolepsia, é também eficaz no tratamento de transtornos depressivos, encefalopatia e obesidade. Contudo, problematiza-se o seu uso, pois pode carecer de boas avaliações de sua efetividade devido à ingenuidade em crer que a droga atue apenas sobre um ponto. Utilizando-se de medicamentos voltados a problemas neurobiológicos, tal uso não parece ser bem delineado em sua etiologia, levando-se a entender que são motivados por problemas de ordem biológica tão somente. O medicamento é usado, perspectivando sua ação abrangente em face de tentar atingir um problema específico, de ordem da aprendizagem (LOPES et. al. 2013). Assim, surge um paradoxo, onde o que é diagnosticado como transtorno da infância sob a égide de

uma doença orgânica, na adolescência ganha configurações diferentes, segundo pesquisa realizada no serviço de Psicologia da UNISUL entre os anos de 2005 e 2010 (LOPES et. al. 2013).

Ainda de acordo com a mesma pesquisa, foi possível visualizar entre as crianças, um número importante de diagnósticos de TDAH, levando-se à reflexão de que há prescrição de medicamento psicoativo de forma recorrente, ainda que os diagnósticos sejam muitas vezes, atravessados por uma imprecisão, como já mencionado anteriormente. Este alto índice traz a necessidade premente de se alavancar debates entre as instituições e diferentes áreas de formação relativas à prática com crianças e adolescentes. O processo de medicalizar transcende o ato de medicar, ou seja, é possível medicalizar sem ministrar remédio, bem como o inverso, o que serve de advertência também para profissões não médicas (SOUZA et. al. 2013).

Sobre o reducionismo

As pesquisas sobre a ação dos neurotransmissores e sua participação no funcionamento cerebral permitiram a construção de hipóteses da ação destes neurotransmissores nas variações de conduta, humor e pensamento dos seres humanos. O desenvolvimento de novos conhecimentos fundamentalmente no campo das neurociências e a produção da biotecnologia têm conduzido a uma ampliação notável dos limites do que parece ser possível de explicar pela própria biologia, gerando a convicção de que poderia reduzir-se a ela a compreensão de tudo o que seja humano (GUARIDO, 2010).

De maneira geral, a crítica dirigida por diversos autores à medicalização, diz respeito à redução de questões amplas, a um único domínio metodológico disciplinar: a medicina. Medicalizar um fenômeno teve o sentido geral de reduzir as problemáticas sócio-políticas a questões individuais. Na medida em que a medicina hoje se apoia, para seu desenvolvimento, em pesquisas e novos pressupostos colocados em circulação pela biociência, pode-se dizer que a “biologização” da vida pode ser tomada como uma das expressões da medicalização nos tempos atuais. A partir dos anos 50, as práticas em saúde e saúde mental, tornaram-se

crescentemente dependentes dos produtos farmacológicos; desde então, os lucros da indústria farmacêutica têm crescido enormemente, pois as pesquisas sobre o funcionamento neuroquímico humano impulsionam e são impulsionados por ela (GUARIDO, 2010, p.33).

A direção da medicalização no mundo contemporâneo aponta para uma biologização das experiências humanas, para uma retradução de suas vicissitudes em termos sintomáticos, para uma intensificação do uso de medicamentos na regulação e controle das vicissitudes da vida humana (GUARIDO, 2010).

A medicalização da vida de crianças e adolescentes articula-se com a medicalização da educação, na invenção de *doenças do não aprender*. A medicina afirma que os graves e crônicos problemas do sistema educacional seriam decorrentes de doenças que ela (medicina), seria capaz de resolver; cria assim, a demanda por seus serviços, ampliando a medicalização (MOYSÉS; COLLARES, 2010).

A biomedicina opera com a biologização dos sofrimentos e adoecimentos o tempo todo, restringindo e hierarquizando fortemente as interpretações e as intervenções, que tendem a girar em torno de doenças como defeitos ou lesões do corpo a serem corrigidas por quimioterápicos ou cirurgias. E nesse processo, o próprio ato cognitivo e técnico de diagnose e terapêutica tende intrinsecamente, pela conformação teórica e classificatória e pela tradição terapêutica estabelecidas na biomedicina, a medicalizar situações, queixas e sofrimentos dos mais variados e, no caso das crianças, desviando a atenção de pais e profissionais de outras possibilidades interpretativas e de cuidados mais coerentes e consistentes com as vivências, complexidades e situações psicossociais e existenciais das famílias e seus filhos (TESSER, 2006).

Contribuições Bioéticas

Questões sobre a natureza como um todo e animais, não costumam fazer parte do cotidiano de pessoas comuns. A partir do momento em que se o ser humano e o animal se tornaram objeto da psicologia, passou-se a entender a construção de elementos para a bioética, no que diz respeito à assunção de obrigações morais em relação a todas as formas de vida. Infelizmente, o mundo

consumista atual não tem tempo, nem olhos para estas questões. A essência humana foi deixada de lado, em busca da obtenção material infindável. A crescente dependência da medicina em relação à alta tecnologia suscitou um alto número de problemas que envolvem questões sociais, econômicas e morais muito mais amplas (CAPRA, 2006, p.126). Imperícia e negligência são apontadas como razões de descontentamento generalizado, pois uma avaliação integral de saúde envolve a saúde do indivíduo e a saúde em sociedade, incluindo doenças mentais e patologias sociais. Ao longo da crescente capacidade de manipulação social em detrimento da autonomia individual, em algum lugar se deverá colocar a questão do valor, do valer a pena de todo o empreendimento humano (JONAS, 2006, P.60).

Do mesmo modo, ocorre na medicina diagnóstica. A maior mudança na história da medicina ocidental ocorreu com a revolução cartesiana, pois esta filosofia alterou profundamente as concepções anteriores, onde o ser humano passou a ser visto como máquina separada em corpo e mente, sendo negligenciados os aspectos psicológicos, sociais e ambientais. Esta tendência reducionista persiste na ciência biomédica (CAPRA, 2006, p.119).

Vale ressaltar, avanços ocorridos, como o desenvolvimento de uma grande série de medicamentos e vacinas no combate às doenças. Porém, os problemas médicos tornam-se reduzidos a fenômenos moleculares, com o objetivo de se encontrar um mecanismo central para o problema. Uma vez entendido este mecanismo, ele é contra-atacado por um medicamento por meio de um princípio ativo. Assim, reduzido a mecanismos moleculares, os pesquisadores ficam limitados a aspectos parciais dos fenômenos que estudam. Só podem obter uma visão estreita dos distúrbios que investigam e dos remédios que desenvolvem. Todos os aspectos que vão além dessa visão limitada, são considerados irrelevantes no que se refere aos distúrbios e são enumerados como “efeitos colaterais”, no caso dos remédios (CAPRA, 2006, p.125).

O controle de comportamento, enfatizado por Hans Jonas (2006), levanta questões éticas relacionadas diretamente com a concepção moral do homem. Este tipo de intervenção ultrapassa as antigas categorias éticas e não nos prepara para julgarmos o controle psíquico por meio de agentes químicos. Este controle pode ser visto sob dois pontos: aliviar o sofrimento dos sintomas dolorosos de um lado e, de outro, libertar a sociedade da inconveniência de comportamentos individuais difíceis.

Pode se levantar questões complexas como: direitos do homem, dignidade humana e liberdade.

Deixando-se de levar em consideração a questão de existirem efeitos colaterais indesejados, sempre que contornamos o caminho dessa maneira para enfrentar os problemas, subtraímos algo da dignidade dos indivíduos e damos mais um passo à frente no caminho que nos conduz de sujeitos responsáveis, a sistemas programados de conduta (JONAS, 2006, p.60).

A Bioética pode constituir-se como importante campo de reflexões, críticas e mecanismo de controle social entre os avanços científico-tecnológicos e as condições de vida da sociedade, portanto, das políticas públicas. Com a perspectiva de construir outro sentido e direção, vem alimentando uma reflexão crítica com relação às práticas ético- políticas por meio de uma ampliação do diálogo entre as diversas áreas para o enfrentamento das relações que constituem o mundo contemporâneo (SARMENTO, 2013).

Existem muitos interesses envolvidos que determinam os rumos e o formato das políticas de saúde. Basta pensar na temática da ética e a indústria farmacêutica, que aponta como conflito ético e político a questão da medicação e da medicalização da sociedade e da vida, um verdadeiro nó no e para o Sistema Único de Saúde (VERDI, 2013).

A medicalização não é um simples efeito de responder ao sofrimento humano com medicamentos, pois tem como um de seus determinantes na construção do sofrimento, a própria mercantilização dos indivíduos, a opressão destes e a precarização do trabalho, criando uma demanda pela medicalização, expressa na resposta da indústria farmacêutica a esse processo (SARMENTO, 2013).

As interfaces entre a Bioética e as políticas públicas, no caso dos medicamentos, encontram pontos de conflito derivados do fato de que, ao mesmo tempo em que são recursos terapêuticos, constituem uma necessidade social, passível, portanto, de ser contemplada por políticas públicas. Como bens de consumo, entretanto, são tratados sob a lógica comercial. Assim, para caracterizar o medicamento como um instrumento terapêutico, o seu uso deveria decorrer do reconhecimento da existência de uma situação clínica farmacologicamente tratável ou passível de prevenção (SANTOS, FARIAS, 2013). Nas sociedades contemporâneas, caracterizadas pela baixa tolerância às frustrações e pelo modelo hedonista de comportamento, são exemplos, nesses casos, o uso de medicamentos

como “amortecedores químicos” para situações inerentes à vida como desejo de melhorar o desempenho intelectual, controlar o comportamento de determinados pacientes e crianças (SANTOS, FARIAS, 2013). No complexo processo do uso de medicamentos, estes também são intermediadores de relações humanas, configurando um meio de comunicação entre o profissional e o paciente e tornando-se fonte de satisfação para ambos. Outra finalidade, a qual nem sempre é explícita, é o seu uso como instrumento de poder, quer no microcosmo da atividade profissional, quer no macrocenário político (SANTOS, FARIAS, 2013).

Para um grande número de pessoas em nossa cultura, o maior problema de hoje, é o excessivo uso de drogas prescritas. Suas vendas dispararam num ritmo sem precedente, especialmente nos últimos vinte anos, com um fortíssimo aumento registrado na prescrição de drogas psicofarmacológicas: tranquilizantes, sedativos, estimulantes e antidepressivos. Os medicamentos podem ser extremamente úteis se usados com inteligência e prudência, mas o uso abusivo de remédios na medicina hoje está baseado num modelo conceitual limitado de doença e é perpetuado pela poderosa indústria farmacêutica. O modelo biomédico de doença e o modelo econômico no qual fabricantes de remédios baseiam seu negócio reforçam-se mutuamente porque ambos refletem a mesma abordagem reducionista da realidade. Em ambos os casos, um padrão complexo de fenômenos e valores é reduzido a um único aspecto preponderante (CAPRA, 2006).

A indústria farmacêutica é uma das indústrias cuja taxa de lucro permaneceu bastante alta durante as duas últimas décadas. Uma das características mais marcantes é a ênfase excessiva dada à diferenciação de produtos basicamente semelhantes. A pesquisa e o *marketing* dedicam-se ao desenvolvimento de drogas que são anunciadas como superiores e distintas, ainda que similares a produtos concorrentes. Em consequência, o mercado está cheio de medicamentos similares, muitos dos quais pouco eficazes e de efeitos colaterais perniciosos. A publicidade farmacêutica é especificamente planejada para induzir os médicos a receitar cada vez mais. É natural, que esses produtos sejam descritos como a solução ideal para uma grande variedade de problemas cotidianos. Situações de vida causadoras de estresse, com origens físicas, psicológicas ou sociais, são apresentadas como doenças suscetíveis de tratamento medicamentoso. Assim, os tranquilizantes são anunciados como remédios para “depressão ambiental”, e outros são sugeridos para apaziguar crianças “rebelde” em idade escolar (CAPRA, 2006, p.243).

A visão mecanicista do mundo e o sistema de valores que lhe está associado geraram tecnologia, instituições e estilos de vida profundamente patológicos. Muitos dos riscos para a saúde são ainda mais agravados pelo fato de que o nosso sistema de saúde é incapaz de enfrentá-los adequadamente. A atual assistência concentra-se na medicina de base hospitalar e dependente de orientação dos grandes laboratórios farmacêuticos. A assistência à saúde e a prevenção de doenças são tratadas como dois problemas distintos. De um lado, se nega a importância dos aspectos não biológicos para a compreensão da doença e de outro, o empenho da indústria da saúde no crescimento econômico e institucional e na obtenção de poder político, tendo para isso, investido maciçamente numa tecnologia decorrente da concepção reducionista de doença. (CAPRA, 2006, p.253)

Em relação às inovações farmacêuticas, os novos lançamentos são meticulosamente planejados pelos laboratórios, muito mais em função de sua lucratividade do que de sua essencialidade. A lucratividade advém da venda em grande escala e/ou do elevado valor unitário. Nesse sentido as novidades farmacêuticas têm sido dirigidas ao consumo de grandes massas populacionais ou a nichos muito específicos da população (SANTOS, FARIAS, 2013).

Muitos medicamentos são fruto da pesquisa, desenvolvimento e produção concentrados em pouquíssimos laboratórios que, na condição de únicos produtores no mundo, conseguem fixar preços elevadíssimos. Nisso reside um dilema bioético pouco debatido: a escolha dos temas/patologias de pesquisa para o desenvolvimento de novos medicamentos. Com o discurso da necessidade de progresso constante da ciência e por não ferirem pelo menos três dos princípios da bioética (autonomia, beneficência e não maleficência), as escolhas não são devidamente questionadas quanto às prioridades, necessidades e justiça em saúde. Toda e qualquer inovação terapêutica parece ser bem vinda para o homem moderno (SANTOS, FARIAS, 2013).

Pereira (2009), ao analisar os investimentos das indústrias farmacêuticas brasileiras em programas sociais, relata que o investimento prioritário em educação profissional e em programas em saúde mostra um jogo de interesses das indústrias. Estes investimentos, em médio e longo prazo, revertem em benefício das empresas e, frequentemente, abordam seguimentos terapêuticos atendidos pelas próprias empresas, caracterizando-se num econômico e eficiente investimento publicitário.

Embora a propaganda de medicamentos no Brasil seja regulamentada, as

infrações e os abusos são frequentes, segundo a ANVISA (2008), causando erro ou confusão quanto às características e finalidade do produto e ausência de contraindicações, inclusive a principal. Um percentual significativo das peças publicitárias de medicamentos omite informações essenciais, sugere que o medicamento não apresenta risco algum à saúde dos consumidores ou fornece informações que não estão comprovadas em estudos clínicos.

Allan Frances (2010, 2011), da Universidade de Duke, que participou da elaboração do DSM-IV chama atenção para o aumento alarmante do número de diagnósticos de TDAH que vêm sendo feitos de modo não criterioso pelos próprios médicos, muitos deles sequer dominam conhecimentos psiquiátricos. Assinala também que o problema não residiria apenas nos critérios adotados pelo DSM, mas o uso que pode ser feito deles, tanto por médicos “educados” pela indústria farmacêutica, mas também pela população em geral, já que a indústria farmacêutica pode postar informações publicitárias na internet. O mesmo autor alerta que o DSM-V, pode aumentar a idade de ocorrência de sete para doze anos e também diminuir de seis para três, o número de itens de ocorrência de sintomas na tabela para TDAH, o que contribuiria ainda mais para o aumento do número de diagnósticos. Uma das decorrências seria ampliação do uso excessivo do metilfenidato.

No mesmo sentido, Moysés e Collares (2011), chamam a atenção para a *medicalização*, a ampliação e extensão do poder médico em que questões sociais, podem facilmente ser transformadas em “problemas médicos”. Para as autoras, o diagnóstico de TDAH não passaria de um construto que ganharia forças por interesses escusos, antiéticos, ligados a mercado de trabalho, às poderosas indústrias farmacêuticas, seguros de saúde e outros.

MÉTODO

Foi conduzida uma revisão crítica da literatura sobre o tema, e as bases de publicações eletrônicas consultadas foram Lilacs, Medline e SciELO, utilizando-se os descritores: TDAH, metilfenidato, medicalização e bioética. Dos 83 artigos e textos de livros localizados, 62 foram selecionados por atenderem os objetivos deste trabalho. Foram descartados os textos que abordavam apenas conceitos de TDAH,

os que não abordavam critérios diagnósticos e os que não se referiam ao medicamento utilizado.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da PUCPR sob o número 676.403.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De maneira geral, a crítica dirigida por diversos autores à medicalização, segundo Guarido (2010), diz respeito à redução de questões amplas, a um único domínio metodológico disciplinar: a medicina. A partir dos anos 50, as práticas em saúde e saúde mental, tornaram-se crescentemente dependentes dos produtos farmacológicos, para uma intensificação na regulação e controle das vicissitudes da vida humana.

O ser humano passou a ser visto como máquina separada em corpo e mente, sendo negligenciados os aspectos psicológicos, sociais e ambientais, e esta tendência reducionista persiste na ciência biomédica. A atual assistência, concentrada na dependência de orientação dos grandes laboratórios farmacêuticos, tem tido como finalidade converter a assistência à saúde numa mercadoria que pode ser vendida aos consumidores (CAPRA, 2006).

A crescente medicalização provoca um disfarce na vida humana, já que concebe grande parte das situações cotidianas como prováveis distúrbios médicos, passíveis de serem tratados com medicamentos, estimulando, diretamente ou indiretamente, o paciente a automedicar-se ou ingeri-los, no passar do tempo, de uma forma irracional, inclusive com apoio da mídia.

O controle de comportamento levanta questões éticas relacionadas diretamente com a concepção moral do homem e pode ser visto sob dois pontos: aliviar o sofrimento dos sintomas dolorosos de um lado e, de outro, libertar a sociedade da inconveniência de comportamentos individuais difíceis (JONAS, 2006).

De acordo com Santos e Farias (2013) a Bioética constitui-se como importante campo de reflexões críticas e mecanismo de controle social entre os avanços científico-tecnológicos e as condições de vida da sociedade. E para o enfrentamento das relações que constituem o mundo contemporâneo, Sarmento

(2013) entende que há necessidade de uma ampliação do diálogo entre as diversas áreas.

Este mundo contemporâneo, caracterizado pela baixa tolerância às frustrações, vê no uso de medicamentos, “amortecedores químicos” para situações inerentes à vida, como o desejo de melhorar o desempenho intelectual e controlar o comportamento de determinados pacientes e crianças, relatam Santos e Farias (2013). Allan Frances (2010) aponta que o problema não reside apenas nos “médicos educados” pela indústria farmacêutica, nem nos critérios adotados pelo DSM, mas também pela população em geral.

Em 1998 foi realizada uma reunião científica sobre TDAH e dislexia, onde a maioria dos cientistas defendeu a necessidade de tratamento medicamentoso. Porém, o documento final reconheceu a inexistência de evidências científicas que sustentem que certas condições sejam manifestações de doenças, reconhecendo também, os riscos de tratamento com psicoestimulantes (MOYSÉS; COLLARES, 2010). Assim, criticam o uso abusivo de medicamentos como meio de atingir resultados esperados pelo sistema educacional, como também a mudança na construção de diagnósticos.

Lopes (2013) relata a evidência de um grande número de crianças diagnosticadas e prescritas com medicamentos de forma recorrente, mesmo que de maneira imprecisa e ainda, Signor (2013) aponta que os sinais de hiperatividade e desatenção levam a dificuldades de aprendizagem construídas no espaço escolar, constituindo uma autoimagem rebaixada que traz implicações para este processo.

Infelizmente, na opinião dos autores, o diagnóstico de TDAH segue orientações do DSM, verificando a aparição de critérios pré-definidos, sem deter-se nos relatos de vida dos indivíduos e como não pode ser testado por exames concretos, é estabelecido como síndrome e não doença. Desta maneira, para Graeff e Vaz (2008) a diferenciação entre TDAH e a normalidade configura um dilema clínico, a partir da dificuldade em definir o ponto de corte e fica evidente a importância de uma avaliação abrangente sobre a criança “como um todo”, fazendo-se valer do intercâmbio multidisciplinar.

Sendo assim, sugere-se um maior aprofundamento nos diagnósticos com integração entre os profissionais envolvidos, a realização de exames mais acurados para descartar possíveis síndromes e/ou doenças confundidas com o TDAH cujo

perigo é a drogadição nos jovens e a necessidade de um efetivo debate científico e ético, em defesa da vida.

4. REFERÊNCIAS

ANGELL, M. A epidemia de doença mental. **Revista Piauí**, 59, 44-49, Setembro, 2011.

ANGELL, M. **A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos**: como somos enganados e o que podemos fazer a respeito. 2ª Edição. Rio de Janeiro, Record, 2007.

BARBOSA, G.A. Transtornos hipercinéticos. **Infanto**, 1995;3:12-9.

BARROS, J.A. **Os fármacos na atualidade**- antigos e novos desafios. Brasília: Anvisa, 2008.

BARROS, J.A. Ampliando espaços para a “medicalização”: instrumento para desfrute de melhores níveis de saúde? In: CAPONI, Sandra; VERDI, Marta, BRZOZOWSKI, Fabíola. **Medicalização da Vida: Ética, Saúde Pública e Indústria Farmacêutica**. 2º Edição, pp. 233-240. Curitiba: Prismas, 2013.

BENCZIK, Edyleine B. P. **Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. Atualização diagnóstica e terapêutica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

BITTENCOURT, S. Medicamentos psicoativos utilizados na infância: uma abordagem a partir da Ética da Responsabilidade de Hans Jonas. In: CAPONI, Sandra; VERDI, Marta, BRZOZOWSKI, Fabíola. **Medicalização da Vida: Ética, Saúde Pública e Indústria Farmacêutica**. 2º Edição, pp. 173-184. Curitiba: Prismas, 2013.

BRANT, Luiz Carlos; CARVALHO, Tales Renato Ferreira. Metilfenidato: medicamento gadget da contemporaneidade. **Interface**, Botucatu, v. 16, nº 42, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso: em 09 de Dezembro de 2013.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução-RDC nº 96, de 17 de Dezembro de 2008. **Dispõe sobre a propaganda, publicidade, informação e outras práticas cujo objetivo seja a divulgação ou promoção comercial de medicamentos**. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/propaganda>>. Acesso em dezembro 2013.

BRZOZOWSKI, Fabíola Stolf; BRZOZOWSKI, Jerzy André and CAPONI, Sandra. Classificações interativas: o caso do Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade infantil. **Interface** (Botucatu)[online], vol.14, nº35, pp. 891-904, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em Julho de 2014.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**. São Paulo: Cultrix, 2006.

CAPONI, S; BROZOZOWSKI; HELLMANN, F; VERDI, M. **Medicalização da vida: Ética, Saúde Pública e Indústria Farmacêutica**. Curitiba: Prismas, 2013.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA, Grupo Interinstitucional Queixa Escolar (Orgs.). (2010). **Medicalização de Crianças e Adolescentes - conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 290 p.

COSTA, A.C.; DORNELES, B. V.; ROHDE, L. A. Intervenções escolares no transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. In: ROTTA, N.T.; OHLWEILER, L.; RISGO, R.S. (org.) **Transtornos da Aprendizagem abordagem neurobiológica e multidisciplinar**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

FRANCES, A. **Let's save normalcy from the psychiatrists**. Disponível em: <<http://www.lacrossetribune.com>>. Acesso: 10 de Dezembro de 2013.

FRANCES, A. **Allen Frances: um alerta a médicos e pais sobre o déficit de atenção**. Por Heloisa Villela, especial para o *Viomundo*. Washington, 2011. Disponível em: <www.viomundo.com.br/allen-frances>. Acesso em 10 de Dezembro de 2013.

FÓRUM SOBRE MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO E DA SOCIEDADE, 2013. Disponível em <<http://medicalizacao.org.br>>. Acesso: 10 de Dezembro de 2013.

GUARIDO, R. A biologização da vida e algumas implicações do discurso médico sobre a educação. In: **Medicalização de Crianças e Adolescentes- Conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos**. (pp.26-39). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

GUARDIOLA, A. Transtorno de atenção: aspectos neurobiológicos. In: ROTTA, N.T.; OHLWEILER, L.; RISGO, R.S. (org.) **Transtornos da Aprendizagem Abordagem neurobiológica e multidisciplinar**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

GRAEFF, Rodrigo; VAZ, Cícero E. Avaliação e diagnóstico do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). **Psicol. USP** [online], vol.19, n.3, pp. 341-361, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em Junho de 2014.

HACKING, I. **Kindsofpeople: MovingTargets**. The Tenth British Academy Lectures. London: The British Academy, 2006.

INSEL, Thomas. **Transformingdiagnosis**. Disponível em: <<http://www.nimh.nih.gov>>. Acesso em: 06 de Julho de 2013.

JONAS, Hans. **O princípio responsabilidade: ensaio de uma ética para a civilização tecnológica**. Rio de Janeiro: Contraponto: Ed. PUC-Rio, 2006.

KOROLKOVAS, A. **Dicionário terapêutico Guanabara**. 13^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006

LOPES, A.M.P et. Al. Uso de Medicamentos por crianças e adolescentes de um serviço de psicologia. In: CAPONI, Sandra; VERDI, Marta, BRZOZOWSKI, Fabíola. **Medicalização da Vida: Ética, Saúde Pública e Indústria Farmacêutica**. 2^o Edição, pp. 253-266. Curitiba: Prismas, 2013.

MOYSÉS, M. A. A. e COLLARES, C. A. L. Dislexia e TDAH: uma análise a partir da ciência médica. In: Conselho Regional de Psicologia SP, **Medicalização de crianças e adolescentes**. (pp. 71-110). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

ORTEGA, F. O corpo transparente: visualização médica e cultura popular no século XX. História, Ciências, Saúde- **Manguinhos**, v.13, suplemento, p. 89-107, 2006.

PEREIRA, S.L.G. Os Investimentos das Indústrias Farmacêuticas Brasileiras em Programas Sociais: uma análise dos indicadores sociais de 2006. **Saúde Soc.** São Paulo, v.18, n.1, p.19-28, 2009.

PERROTA, C. Possível intervenção fonoaudiológica em um caso de linguagem escrita. In: **Medicalização de Crianças e Adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos.** (pp. 251-268). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

PIGNARRE, P. **Comment la dépression est devenue une épidémie.** Paris: Hachette, 2001.

PIGNARRE, P. **El gran secreto de la industria farmacéutica.** Barcelona: Gedisa Editorial, 2006.

ROTTA, Newra Tellechea; OHLWEILER, Lygia; RIESGO, Rudimar dos Santos. **Transtornos da Aprendizagem abordagem neurobiológica e multidisciplinar.** Porto Alegre, Artmed, reimpressão 2007, ano 2006.

SANTOS, IL, GARRAFA, V. Análise da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da Unesco à luz da ética de Paulo Freire. **Revista Redbioética/UNESCO.** 2011; 1(3):130-135.

SANTOS, Rosana Isabel dos; FARIAS, Marení Rocha. Conflitos bioéticos e as políticas para acesso aos medicamentos. In: CAPONI, Sandra; VERDI, Marta; BRZOZOWSKI, Fabíola. **Medicalização da Vida: Ética, Saúde Pública e Indústria Farmacêutica.** 2º Edição, pp. 253-266. Curitiba: Prismas, 2013.

SARMENTO, H. Interfaces entre a bioética e políticas públicas. In: CAPONI, Sandra; VERDI, Marta; BRZOZOWSKI, Fabíola. In: **Medicalização da Vida: Ética, Saúde Pública e Indústria Farmacêutica.** 2º Edição, pp. 299-309. Curitiba: Prismas, 2013.

SIGNOR, R. Transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade: uma análise histórica e social. **Rev. bras. linguist. apl.**, Belo Horizonte, vol.13, nº4, p.1145-1166, 2013.

SINGH, Ilina. Not Just Naughty: 50 Years of Stimulant Drug Advertising. In: TONE, A.; WATKINS, E. (Eds.). **Medicating Modern America**. New York. NYU Press, p. 131-155, 2007.

SILVA, A.B.B. **Mentes inquietas: entendendo melhor o mundo das pessoas distraídas, impulsivas e hiperativas**. São Paulo: Gente, 2003.

SOUZA, B. A medicalização do ensino comparece aos atendimentos psicológicos. In: **Medicalização de Crianças e Adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos**. (pp. 269-283). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

SOUZA, Simone Vieira de. **O estudante (in)visível na queixa escolar visível: um estudo sobre a constituição do sujeito na trajetória escolar**. Tese (Doutorado em Educação)- UFSC, 2013.

TESSER, C. D; NETO, P. Medicalização na infância e adolescência: histórias, práticas e reflexões de um médico da atenção primária. In: **Medicalização de Crianças e Adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos**. (pp.231-250). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

TOASSA, Gisele. Sociedade Tarja Preta: uma crítica à medicalização de crianças e adolescentes. **Fractal, Rev. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 24, nº 2, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso: em 09 de Dezembro de 2013.

VERDI, M. Interfaces entre bioética e políticas públicas: a propósito dos conflitos éticos envolvendo a promoção da saúde. In: **Medicalização da Vida: Ética, Saúde Pública e Indústria Farmacêutica**. 2º Edição, pp. 277-285. Curitiba: Prismas, 2013.

WEBER, R. L'histoire de Ritalin. Un Workshop à Lucerne a fait voirce classique sous un nouveau jour. Stimulants dans la psychiatrie de l'adulte (prof. Brigitte Woggon). 1999. Lucerne (Switzerland): **Life Sci.**, nº2, p.8-9, 2000. Disponível em: <<http://www.hypsos.ch>>. Acesso em: dezembro de 2013.

5 Artigo 2: A Medicalização, o medicado e a Bioética de Intervenção

Autores:

Priscilla Andretta Melcherts¹

Beatriz Helena Sottile França²

^{1,2}Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Rua Imaculada Conceição,
1155, Prado Velho, Curitiba-Pr- Brasil. Cep-80215-901

E-mails:

pity.m@globo.com

bhfranca@gmail.com

RESUMO

O presente estudo objetivou avaliar a utilização de medicamentos no TDAH e fazer uma reflexão bioética a respeito. O material utilizado foram 87 laudos médicos com diagnóstico de TDAH e 25 questionários que foram enviados aos pais ou responsáveis das crianças cujos laudos médicos foram coletados. A metodologia consistiu de estudo transversal, descritivo de abordagem quantitativa. Os resultados demonstraram que apenas 12,64% das crianças diagnosticadas com TDAH não utilizam medicamentos psicoestimulantes, sendo que a maioria faz uso de um ou mais medicamentos (87,36%). De acordo com os questionários, o medicamento mais utilizado foi a Ritalina® (32,18%). Com as análises, pôde-se perceber a preocupação dos profissionais em estabelecer orientações escolares e familiares em 51,72% e acompanhamentos em 47,13%, o que demonstrou tentativa de preservação de direitos e a inclusão, podendo-se concluir que ocorreu uma aceitação pacífica e acomodação dos pais e responsáveis perante aos diagnósticos, mesmo que superficiais, em 94%.

Palavras-chave: TDAH. Medicalização. Metilfenidato. Inclusão

ABSTRACT

This study aimed to evaluate the use of medications for ADHD and make a bioethical reflection about. The material used were 87 medical reports diagnosed with ADHD and 25 questionnaires were sent to parents or guardians of children whose medical records were collected. The methodology consisted of descriptive study, quantitative approach. The results showed that only 12.64% of children diagnosed with ADHD do not use psychostimulant drugs, most of which make use of one or more drugs (87.36%). According to the questionnaires, the most widely used drug was Ritalin (32.18%). With analyzes, we could see the concern of professionals in establishing educational guidelines and relatives in 51.72% and 47.13% in accompaniments, demonstrating an attempt to preserve the rights and inclusion, and may be concluded that there was a peaceful acceptance and accommodation of parents and guardians before the diagnosis, even if superficial, 94%.

Keywords: ADHD. Medicalization. Methylphenidate. Inclusion

INTRODUÇÃO

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é definido como um transtorno neurobiológico de causas genéticas que aparece na infância e frequentemente acompanha o indivíduo por toda a sua vida. É atualmente considerado como um grupo heterogêneo de anormalidades neurológicas, que aparece na infância e se manifesta durante o desenvolvimento de um indivíduo, resultado da interação entre determinadas configurações genéticas e exposição a várias condições ambientais.

As classificações atuais de diagnóstico colocam essa heterogeneidade em uma categoria concebida como um grupo de anormalidades do desenvolvimento do lóbulo frontal e outras áreas cerebrais relacionadas, desta forma, podem ser entendidos como um transtorno dependente de fatores genético-familiares, adversidades biológicas e psicossociais. Sua etiologia é multifatorial e caracteriza-se pela presença de um desempenho inapropriado nos mecanismos que regulam a atenção, a flexibilidade e a atividade motora. Tem início precoce, com tendência a evolução crônica, apresentando repercussões significantes no funcionamento do sujeito em diversos contextos de sua vida (REINHARDT, 2013).

O tratamento de crianças com TDAH visa à reorganização dos seus comportamentos, viabilizando atitudes funcionais no meio familiar, escolar e social. Com tal finalidade, o tratamento enfatiza a modificação do comportamento, ajustamento acadêmico, atendimento psicoterápico e terapia farmacológica. Dentro da terapia farmacológica, a medicação mais utilizada é o Metilfenidato. O uso de medicação se faz necessário ao tratamento do TDAH, uma vez que os estimulantes têm-se mostrado eficazes na melhora do comportamento, desempenho escolar e ajustamento social para aproximadamente 50% a 95% das crianças com TDAH (SIGNOR, 2013).

Além dos sintomas citados, podem coexistir comorbidades, ou seja, presença ou associação de duas ou mais doenças no mesmo paciente, junto aos transtornos de atenção, dentre as quais se destacam: Transtorno Opositivo Desafiador (TOD), Transtorno de Conduta (TC), Transtorno de Tiques (TT), Transtorno de Ansiedade (TA), Dislexia e o Transtorno da Aprendizagem (RIESGO, 2007).

Conceituando as comorbidades

1. Dislexia

Os sinais mais característicos do quadro de dislexia em seu diagnóstico referem-se à imaturidade fonológica, dificuldade de realizar rimas após os quatro anos, confusão em relações temporoespaciais, esquema corporal e lateralidade, dificuldade em realizar provas de consciência fonológica, dificuldade para aprender a correspondência letra-som, antecedente familiar de transtorno de aprendizagem e/ou de atenção com ou sem hiperatividade (ROTTA, 2007).

2. Transtorno Opositivo Desafiador (TOD) ou Transtorno Desafiador Opositor (TOD)

Sua forma mais branda poderia ser denominada negativismo, ou seja, a criança se nega a fazer o que lhe for solicitado. Na sua forma mais completa, a criança propositalmente se opõe a qualquer pessoa investida de autoridade, quer seja pai, cuidador ou professor, com uma postura claramente desafiadora. Os problemas do TOD com dificuldades de aprendizagem são basicamente dois. O primeiro é para a própria criança e trata do círculo vicioso entre TOD, provocações, reclamações e críticas, baixa autoestima, revide como forma de defesa e consequentemente, queda de desempenho escolar. O segundo repercute na turma toda e reside justamente na disciplina (RIESGO, 2007).

3. Transtorno de Ansiedade (TA)

O transtorno se caracteriza pela perpetuação dos estados de ansiedade, em situações e faixas etárias já incompatíveis para sua ocorrência. O que se observa com mais frequência, são medos, preocupações excessivas e desproporcionais, que acabam por tornar penoso o dia a dia das crianças (RIESGO, 2007).

4. Transtorno de Conduta (TC)

Por definição, crianças com TC têm um padrão comportamental no qual são desrespeitados os direitos básicos dos outros. Pode haver provocação, agressão verbal ou física, destruição intencional do patrimônio alheio, dentre outros comportamentos com semelhante nível de intensidade e gravidade. Por funcionarem como agentes desagregadores acabam desestruturando o ambiente familiar e escolar. São pacientes difíceis de tratar, muitas vezes com má adesão às condutas e medicações propostas. Assim como o TOD, é mais comum em meninos (RIESGO, 2007).

5. Transtorno de Tiques (TT)

Tiques são movimentos complexos e estereotipados (tique motor) ou vocalizações (tique vocal), que caracteristicamente são súbitos, de curta duração e sem finalidade específica. Ocorrem na vigília, em especial nos momentos de ansiedade e desaparecem com o sono. Os pais costumam chamá-los de “cacoetes”. Quanto maior o nível de ansiedade de base, piores ficam os tiques; eles podem fazer com que caia a autoestima, pois a criança pode ser motivo de brincadeiras maldosas por parte dos colegas, devido aos seus movimentos bizarros (RIESGO, 2007).

6. Dificuldades de Aprendizagem

São as dificuldades específicas dos sistemas simbólicos: leitura, escrita e matemática. Por apresentarem dificuldade em prestar atenção a detalhes e por esse motivo, frequentemente cometerem erros em atividades escolares, não conseguem acompanhar instruções longas, demonstrando dificuldade também na organização, no planejamento e na realização de tarefas que envolvam esforço mental sustentado. Perdem com facilidade seus pertences em casa e na escola e se distraem facilmente com estímulos do ambiente. A criança não pode manter um foco de atividade cognitiva, e como resultado, a produção intelectual empobrece (RIESGO, 2007).

A ética nas relações humanas

Os benefícios introduzidos pela tecnologia científica na área de saúde são indiscutíveis, pois o progresso tecnológico está sendo fundamental para a resolução de problemas e para manutenção da vida das pessoas.

Para Sgreccia (1996), o aumento progressivo e acelerado das especialidades médicas, com o desenvolvimento da ciência médica, comporta problemas não só de ordem epistemológico-didática, mas, sobretudo, ética: o desvanecimento da visão global, da concepção holística e da história pessoal do paciente, mais precisamente, a setorização do diagnóstico e a despersonalização da doença. Se por um lado essa "superespecialização" da ciência médica tem a vantagem de aumentar o número de dados sobre a doença, sobre o diagnóstico e sobre o tratamento do paciente, por outro, ela requer maior empenho dos profissionais de saúde para compor tanto o objeto de pesquisa ou de tratamento (a doença), quanto à unidade de consciência no indivíduo doente e, conseqüentemente, a dualidade da relação médico-paciente.

Se colocadas na balança, as conquistas tecnológicas têm proporcionado melhorias nas condições de saúde dos indivíduos, porém, têm promovido o afastamento dos profissionais em relação aos pacientes; as atividades tornam-se mais alienantes e, conseqüentemente, despersonalizadas, alterando desfavoravelmente as relações com aqueles que carecem de cuidado médico, tratando-se do "reducionismo científico" (SGRECCIA, 1996).

Delineia-se, assim, de maneira cada vez mais nítida, o eixo da problemática bioética na área da saúde. A relação médico-paciente, imersa e entregue à "tentação tecnológica", traz como conseqüências o aumento, cada vez maior, do poder conferido ao fazer do médico e à sua idealização como detentor do conhecimento, acarretando, por sua vez, uma redução da escuta e do diálogo, por vezes, esquecendo-se da promoção de melhoria na qualidade de vida.

Dentro desse contexto, faz-se indispensável ao profissional de saúde superar essa dispersão, reunir os fragmentos e compor novamente o todo desse indivíduo e, desse modo, estabelecer um compromisso com a vida, entendida como o bem maior, inviolável e digna de respeito. (SGRECCIA, 1996).

De acordo com Pessini (2004), as ações de saúde, na atualidade, são marcadas pelo "paradigma da cura", cuja concepção afirma o foco das intervenções

na doença e não no indivíduo que adoece, e o "paradigma do cuidado", que por sua concepção humanista, prioriza o cuidado sobre a cura, numa perspectiva em que a preocupação das intervenções em saúde se dá com a "pessoa doente" e não com a "doença da pessoa".

Pessini (2004) resume com maestria tal concepção ao afirmar que:

[...] "O cuidado é a pedra fundamental do respeito e da valorização da dignidade humana, sobre o qual tudo o mais deve ser construído. É no cuidar que mais expressamos nossa solidariedade para com os outros, e é por esse caminho que toda relação terapêutica, enquanto tal, deveria se caracterizar". (p. 197).

Nesse sentido, ao contrário do que, muitas vezes, se supõe na medicina moderna, o binômio médico-paciente, não está fadado ao fim. Apesar disso, o que se nota nas práticas em saúde é um profissional mergulhado nesse complexo contexto e, por isso mesmo, paralisado, sem condições de refletir uma ação sustentada frente aos que lhe são impostos em sua prática cotidiana. Ou, ainda, o que é mais perigoso, um profissional autômato, adotando uma postura mecânica, dissociada de seus aspectos humanos mais intrínsecos, em decorrência disso, reproduzindo o perigoso reducionismo (PESSINI, 2004).

A dificuldade na comunicação médico-paciente, o temor dos sentimentos, o isolamento das emoções (neutralidade) e a dinâmica de onipotência e idealização (identificação médica com a imagem de plenitude), são alguns dos fatores que assombram a assistência à saúde. Dentro dessa dinâmica, o profissional de saúde acaba por perder a possibilidade de prestar ajuda ao paciente. Torna-se fundamental na assistência à saúde a ênfase nas relações humanas, com espaços reservados para a reflexão e discussão envolvendo questões bioéticas, que auxiliam a análise frente aos dilemas da prática profissional (PESSINI, 2004).

O grande risco está em que a relação de aliança, confiança e assistência entre médico e paciente possa se tornar secundária e, por isso, isenta de responsabilidade. As insídias da burocratização, das politicagens e do desinteresse, denunciadas hoje por muitos no tocante à gestão da saúde e efeitos deletérios inclusive no campo econômico, devem ser atribuídas à desvalorização dessa importante relação (SGRECCIA, 1997).

A relação médico-paciente deverá auxiliar o paciente a fazer aquelas escolhas de modos de vida e de administração da própria saúde o mais preventiva

possível em relação às doenças, ajudando a evitar tratamentos inúteis e a administração indiscriminada de medicamentos. Resume-se assim um momento de encontro positivo entre a ética e a economia, pois qualquer intervenção no campo da saúde tem duas finalidades ou valores de referência ética a serem simultaneamente tutelados: o valor objetivo, constituído pela vida e pela saúde do paciente; o valor subjetivo, que consiste no respeito da liberdade-responsabilidade do sujeito implicado no ato médico (SGRECCIA, 1997).

Bioética de Intervenção e a justiça social

Entendendo-se as Políticas Sociais Públicas como a somatória de medidas que visa à redução dos agravos à saúde e ao bem-estar social, a Bioética poderá ser aplicada ao campo das Políticas Públicas englobando órgãos de planejamento local, setorial e nacional, governamentais e não governamentais participantes da elaboração e execução das mesmas. No século XXI, trata-se de construir o conceito de universalidade de acesso que respeite e agregue a diferença como um fator vantajoso, não somente como meta a ser superada (STRONG, 2012).

Para alcançar seus objetivos sociais, o Estado desenvolve várias ações interventivas, atuando em diversas áreas tais como: Saúde, Previdência Social e Assistência Social, que se constituem na Seguridade Social; Educação, Habitação, Saneamento básico, Trabalho e geração de renda, Transporte, Desporto, Lazer e Cultura, utilizando as Políticas Públicas.

No Brasil, a incorporação da noção de universalidade de direitos, introduzida por meio da Constituição de 88, representou um avanço na implementação das Políticas Públicas, tendo a Saúde, a Previdência e a Assistência como marco conceitual da Seguridade Social. Compete ao Estado, o dever constitucional e legal de identificar os fatores sociais e ambientais condizentes com a redução dos riscos sociais e o acesso igualitário às ações e serviços, promovendo a inclusão social de todos os cidadãos, tendo suas diferentes capacidades respeitadas e integradas ao todo social (STRONG, 2012).

Certamente, melhorar o acesso ao mercado de trabalho por meio da educação é o mais poderoso instrumento de combate à pobreza. Dentre os vários entraves ao desenvolvimento social, a corrupção, os desvios e a falta de moralidade

vigente nas esferas políticas, têm sido o aspecto mais prejudicial para o alcance de um patamar mais justo e equânime, às políticas sociais públicas. A aplicabilidade da Bioética assessorando formuladores e agentes executores dos programas de bem-estar social, conciliando necessidades individuais a necessidades coletivas, com equidade e justiça, torna-se uma nova dimensão (STRONG, 2012).

Questões subjacentes à justiça social, apresentadas pela Bioética de Intervenção fundamentam-se numa bioética não mais restrita à dimensão biomédica, mas que compreende o mundo da vida em sua dimensão social, econômica, política e cultural. A questão da justiça social traz para o interior da bioética, uma abordagem a partir do sujeito que é envolvido por contextos econômicos e sociais profundamente desiguais. Passa a desenvolver outro olhar sobre seu papel, enquanto uma disciplina que tem por objetivo discutir os problemas morais advindos do campo da saúde e da vida (FULGÊNCIO, 2013).

Consolidando em definitivo, as temáticas da cotidianidade das pessoas, povos e nações, tais como a exclusão social, vulnerabilidade, saúde pública, entre outros, surge um documento denominado “Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da Unesco, aprovada por 191 países no ano de 2005. Esta Declaração se tornou um referencial para a bioética na medida em que inseriu campos de atuação antes invisibilizados e até mesmo desprezados no interior da disciplina, como sanitários, ambientais e os sociais (FULGÊNCIO, 2013).

Com a ampliação de seu escopo, passa a se utilizar de modo mais efetivo, de outros referenciais advindos do campo das ciências sociais e humanas como temas relativos à alocação de recursos em saúde, preservação da biodiversidade, direitos humanos, direitos básicos (saúde, moradia, educação), cidadania, raça, gênero, exclusão e pobreza, igualdade, equidade, entre outros. Estabeleceu-se também um redirecionamento da própria bioética ao fazê-la ultrapassar a mera reflexão ética acadêmica para a dimensão política ao assinalar que a reflexão bioética também poderia apontar caminhos na busca da justiça social (FULGÊNCIO, 2013). A Bioética de Intervenção coloca-se numa posição laica, combativa, em uma perspectiva ética aplicada e concreta para a incorporação de outros elementos epistemológicos que conduzem à justiça social. Fundamenta-se enquanto uma bioética politizada e profundamente ligada às questões sociais, partindo dos dilemas autonomia x justiça, individualismo x solidariedade e benefícios individuais x benefícios coletivos para suas análises (GARRAFA, 2006).

Propõe uma análise que abrange a complexidade dos valores morais que convivem em uma sociedade, o reconhecimento da diversidade dos indivíduos e das culturas e a análise ética a partir da dimensão social que circunscreve o sujeito, tais como sua condição de vida, acesso a serviços e bens que a sociedade dispõe, políticas públicas, etc.

A expansão ao campo político é uma das características fundamentais da Bioética de Intervenção, existindo neste sentido, uma forte interlocução entre a política e a ética. Ao destacar que os problemas sociais são tanto problemas políticos quanto éticos, ela abre um campo de articulação entre as questões morais e as questões políticas a partir da realidade concreta do país, na dimensão coletiva e individual a partir dos vulneráveis (GARRAFA, 2006).

A Bioética de Intervenção utiliza como um dos seus referenciais norteadores “a matriz dos direitos humanos contemporâneos”, que é assegurar a condição de pessoa para a titularidade de direitos (direito de primeira geração); reconhecer os direitos econômicos, políticos e sociais (direito de segunda geração) e a preservação dos recursos naturais e a relação com o meio ambiente (direitos de terceira geração) (GARRAFA, 2006).

Beauchamp e Childress (2002) acreditam que a justiça é a suprema e forçosa obrigação criada pelo princípio da utilidade. Eles apontam que os direitos individuais devem ser reforçados pela lei, caso seja necessário. Isso se justifica porque um sistema de direitos a longo prazo, maximizaria a utilidade.

Uma vez que a desigualdade e a iniquidade são fenômenos sociais, ao colocar-se em uma proposta radical de intervenção para a modificação desses fenômenos, a Bioética de Intervenção se converte em uma potente ferramenta para a busca da justiça social, que atue no auxílio da construção de sociedades democráticas comprometidas com práticas e valores de cidadania e com os direitos humanos.

A utilização desta categoria na Bioética de Intervenção pretende apontar em que direção se deve conduzir a luta política para garantir tal liberdade. Sua adoção viabiliza a luta das cidadãs e cidadãos que logram sua inclusão social, seja no contexto da saúde ou em contextos mais amplos, a partir da tomada de consciência sobre as forças que os oprimem e pela ação concreta em oposição a elas. Paulo Freire é particularmente contundente ao criticar o preciosismo acadêmico e sua malvada consequência, a assepsia moral, que constituem obstáculos à libertação (GARRAFA, 2005, p.130).

A Bioética de Intervenção, em sua abordagem sobre justiça social, articula três importantes categorias para a compreensão das atividades humanas ligadas com a ética e a política: A libertação, empoderamento e emancipação. A articulação dessas três categorias amplia o espectro de análise e possibilita uma série de proposições interventivas que almejam a inclusão social. Ao assumir a tarefa de repolitizar as questões morais ligadas com a vida e a saúde, por meio da afirmação da inclusão social, da responsabilidade e da justiça social, tornou-se uma das protagonistas da conquista da politização da agenda bioética mundial, que culminou na presença central de elementos sociais na Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos da Unesco, que se consolida como uma importante proposta para a construção de um mundo mais justo (SANTOS, GARRAFA, 2012).

Direitos humanos sob o olhar Bioético

Tomando-se como base a Declaração Universal dos Direitos Humanos (UNESCO, 2005), que tem em seus princípios a serem respeitados:

Artigo 3 – Dignidade Humana e Direitos Humanos

- a) A dignidade humana, os direitos humanos e as liberdades fundamentais devem ser respeitados em sua totalidade.
- b) Os interesses e o bem-estar do indivíduo devem ter prioridade sobre o interesse exclusivo da ciência ou da sociedade.

Artigo 10 – Igualdade, Justiça e Equidade

A igualdade fundamental entre todos os seres humanos em termos de dignidade e de direitos deve ser respeitada de modo que todos sejam tratados de forma justa e equitativa.

Artigo 11 – Não Discriminação e Não Estigmatização

Nenhum indivíduo ou grupo deve ser discriminado ou estigmatizado por qualquer razão, o que constitui violação à dignidade humana, aos direitos humanos e liberdades fundamentais.

Artigo 14 – Responsabilidade Social e Saúde

- a) A promoção da saúde e do desenvolvimento social para a sua população é objetivo central dos governos, partilhado por todos os setores da sociedade.
- b) Considerando que usufruir o mais alto padrão de saúde atingível é um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, convicção política, condição econômica ou social, o progresso da ciência e da tecnologia deve ampliar:

- (i) o acesso a cuidados de saúde de qualidade e a medicamentos essenciais, incluindo especialmente aqueles para a saúde de mulheres e crianças, uma vez que a saúde é essencial à vida em si e deve ser considerada como um bem social e humano;
- (ii) o acesso à nutrição adequada e água de boa qualidade;
- (iii) a melhoria das condições de vida e do meio ambiente;
- (iv) a eliminação da marginalização e da exclusão de indivíduos por qualquer que seja o motivo; e
- (v) a redução da pobreza e do analfabetismo.

Artigo 22- Papel dos Estados

1. Os Estados devem tomar todas as medidas apropriadas- legislativas e/ou outras – para pôr em prática os princípios enunciados na presente Declaração, em conformidade com o direito internacional relativo aos direitos humanos. Tais medidas devem ser apoiadas por uma ação nos domínios da educação, da formação e da informação ao público.

Sendo assim, encontra-se em tramitação o Projeto de Lei nº7.081 (2010), que dispõe sobre o diagnóstico e o tratamento da dislexia e do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade na educação básica e tem por objetivo instituir, no âmbito da educação básica, a obrigatoriedade da manutenção de programas de diagnóstico e tratamento da dislexia e do Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH), por meio da atuação de equipes multidisciplinares, das quais participarão, entre outros, educadores, psicólogos, psicopedagogos, médicos e fonoaudiólogos. A proposição determina que as escolas assegurem aos alunos com dislexia e TDAH, acesso aos recursos didáticos adequados ao desenvolvimento de aprendizagem, simultaneamente, que os sistemas de ensino garantam aos professores formação própria sobre a identificação e abordagem pedagógica das referidas disfunções.

O documento elaborado pelo Grupo de Trabalho reconhece que “uma das tarefas das redes de ensino e suas escolas é a de construir um projeto e um ambiente escolar que promovam o pleno desenvolvimento humano e escolar dos educandos com dificuldades e/ou transtornos de aprendizagem e recomenda a elaboração de políticas, programas e ações dirigidas especificamente à inclusão e acompanhamento destes educandos”.

Garante que o poder público deve desenvolver e manter programa de acompanhamento integral para educandos com dislexia ou Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade, compreendendo a identificação precoce,

encaminhamento para diagnóstico e apoio terapêutico – ambos sempre feitos por profissionais da área da saúde – bem como apoio educacional na rede de ensino.

Inclusão social no âmbito escolar

Com o intuito de auxiliar professores e psicopedagogos, propõem-se algumas alternativas para o trabalho com crianças que apresentam, não só o TDAH, como outros transtornos e dificuldades. Estas sugestões são baseadas no Departamento de Educação dos Estados Unidos, que elaborou um material intitulado Ensinando Crianças com TDAH (2004), no qual sugere que um programa de sucesso deve integrar três componentes: as instruções acadêmicas; intervenções comportamentais e as modificações na sala de aula.

Em sala de aula, o professor deve deixar claro quais são suas expectativas na realização de cada tarefa, além de estabelecer uma rotina diária clara. Deve-se observar também se todos os alunos possuem os materiais necessários; dividir as atividades em unidades menores; iniciar a aula pelas atividades que requerem mais atenção; monitorar o tempo que falta para concluir a tarefa. Nos momentos de avaliação, propiciar um ambiente tranquilo, dar mais tempo para os alunos, colocar um número menor de atividades por página, solicitar que a criança cheque as respostas, particularmente no subtipo impulsivo/hiperativo. (COSTA, DORNELES e ROHDE, 2007, p. 369).

Em relação às instruções acadêmicas, é necessário desafiar o estudante a aprender a cada dia uma nova palavra; criar um dicionário para aquelas palavras que esquece; permitir o uso de meios informáticos e de corretores ortográficos; valorizar sempre o trabalho; em provas, não corrigir todos os erros ortográficos, não fazê-lo repetir um trabalho.

Para as produções de textos, é necessário que o professor ensine individualmente cada aluno em como organizar um trabalho escrito, pois com a atenção totalmente voltada para o professor e com este trabalho direcionado, o aluno passa a compreender a necessidade em apresentar um início, um meio e um fim em sua escrita e a importância em apresentar de forma clara, suas ideias; o professor também deve mostrar como é organizada a maior parte das narrativas,

incentivar a revisar suas produções e permitir que o aluno dite a história para um outro colega.

Em matemática, é preciso despertar no aluno a compreensão para a necessidade de revisar as tarefas matemáticas; utilizar marcas espaciais; realçar, com caneta marca-texto os símbolos aritméticos; incentivar o uso de lápis e papel para fazer as contas; garantir que os conhecimentos matemáticos anteriores estejam bem estabelecidos; circular a palavra-chave nos problemas; usar material concreto; pode-se lançar mão da estratégia de “monitoria” entre os alunos, com a supervisão do professor; reduzir a quantidade de trabalhos solicitados, selecionando-os e não pretender que ele alcance o nível igual ao dos colegas naquilo que tem dificuldade. (COSTA, DORNELES e ROHDE, 2007, p. 370)

Em relação ao comportamento, é preciso adotar atitudes positivas, como elogios e recompensas para comportamentos adequados, estabelecer consequências razoáveis e realistas para o não cumprimento de tarefas e das regras bem combinadas anteriormente; aplicar algum tipo de restrição com consistência e bom senso; redirecionar o aluno para outra atividade, quando agitado; ignorar transgressões leves; permitir que ele saia para dar uma volta, tomar água; combinar sinais discretos para chamar a atenção ou lembrar acordos.

Assim como na maioria dos casos em crianças diagnosticadas com dificuldades, o ambiente de aprendizagem deve ser tranquilo, o aluno deve sentar próximo ao seu professor e ser matriculado em turmas com menos alunos (COSTA, DORNELES e ROHDE, 2007, p. 373).

Método

Procedeu-se um estudo transversal descritivo, com abordagem quantitativa. A população inicial foi de 104 estudantes em duas escolas particulares da cidade de Curitiba-Pr, sendo 86 da escola 1 e 18 da escola 2, cujos laudos diagnósticos foram enviados ao seu Serviço de Orientação Educacional (SOE), entre os anos de 2009 e 2014. Esta amostra foi baseada no total de turmas de crianças que frequentavam as escolas no momento da pesquisa e que se encontravam na faixa etária entre 6 e 9

anos de idade, portadoras de TDAH, matriculadas no Ensino Fundamental I. Destes, foram excluídos nove laudos cujos alunos ultrapassavam a faixa etária e oito que não tiveram diagnóstico confirmado, totalizando uma amostra de 87 laudos.

Os laudos serviram para identificação do número de crianças que fazem tratamento do TDAH. Nesses laudos foram coletados dados de identificação dos alunos e série em que estão matriculados, o medicamento prescrito e sua dosagem, comorbidades, profissionais responsáveis e orientações escolares. Com a identificação dos alunos, foi enviado a seus pais ou responsáveis um questionário (Apêndice 3) contendo perguntas fechadas, dividido em dois grupos de perguntas: um relativo a perguntas em relação às crianças e outro em relação à família. Acompanhou o questionário o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os questionários foram respondidos pelos pais ou responsáveis em suas casas, evitando-se desse modo possível constrangimento.

A coleta de dados foi realizada no período de Agosto a Dezembro de 2014. As variáveis relativas aos laudos médicos foram: sexo, idade, série, ano do laudo, medicamento, comorbidades, profissionais responsáveis e orientações escolares. E as relativas aos questionários, foram: sexo, idade, série, ano do laudo, medicamento, comorbidades, profissionais responsáveis, orientações escolares, segunda opinião, explicações sobre o transtorno, efeitos colaterais, melhora ou piora com medicamento, reação a partir do laudo, percepção da necessidade de avaliação.

Dos 87 questionários e Termos de Consentimento enviados, retornaram apenas 27 de cada, sendo que dois dos questionários foram preenchidos de forma incorreta e/ou incompleta, resultando um total de 25 questionários acompanhados do respectivo Termo de Consentimento assinado pelo responsável legal do menor.

Com os dados coletados nos respectivos instrumentos, foram construídos dois bancos de dados executados em planilhas Excel for Windows. Para a análise estatística utilizou-se o sistema computacional SPSS Estatistics 20 com níveis de significância de $p < 0,005$.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-PR protocolo N° 676403 (ANEXO I).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados obtidos da análise dos laudos médicos demonstraram 53 crianças do sexo masculino (60,92%) e 34 do feminino (39,08%). As idades variaram entre seis e nove anos de idade e os estudantes matriculados do 1º ao 5º ano do ensino fundamental I. O medicamento mais prescrito foi a Ritalina® (32,18%).

Em relação às comorbidades diagnosticadas, as mais frequentes foram Dislexia associada ao PAC (Processamento Auditivo Central) (14,94%); 48,28% dos alunos diagnosticados receberam orientações, tais como localização privilegiada para sentar-se, de preferência próxima ao professor, tempo maior para a realização das atividades, realização de provas em local separado ou com tempo estendido.

Ao cruzamento das variáveis medicamento e acompanhamento profissional houve significância estatística para o medicamento Ritalina® ($r = 0,304$; $p = 0,004$). Em relação às variáveis: profissional x acompanhamento observou-se que em relação aos neurologistas não houve acompanhamento profissional e em relação às psicopedagogas houve acompanhamento, com significância estatística ($r = 0,323$; $p = 0,002$). Pois, 42% dos neurologistas não acompanham os pacientes, em contrapartida, 80% são acompanhados por psicopedagogas; 36% dos neurologistas não realizam orientações, enquanto que 60% das psicopedagogas sim. Este achado nos remete às sugestões baseadas no Departamento de Educação dos Estados Unidos, que elaborou um material intitulado Ensinando Crianças com TDAH (2004), no qual interpreta que um programa de sucesso deve integrar três componentes: as instruções acadêmicas; intervenções comportamentais e as modificações na sala de aula.

O documento elaborado pelo Grupo de Trabalho sobre o Projeto de Lei nº 7.081, de 2010 reconhece que “uma das tarefas das redes de ensino e suas escolas é a de construir um projeto e ambiente escolar que promovam o pleno desenvolvimento humano e escolar dos educandos com dificuldades e/ou transtornos de aprendizagem e recomenda a elaboração de políticas, programas e ações dirigidas especificamente à inclusão e acompanhamento destes educandos”. Beauchamp e Childress (2002) apontam que os direitos individuais devem ser reforçados pela lei, caso seja necessário. Isso se justifica porque um sistema de direitos a longo prazo, maximizaria a utilidade.

Cruzando as variáveis: Profissional x ano do laudo= evidenciou-se 7,2 casos entre os anos de 2009 e 2012 e 15 casos em 2013 ($r = -0,298$; $p = 0,011$). Constatando-se que houve um aumento representativo de mais de 50% em apenas um ano de diagnósticos realizados por neurologistas, remetendo-os ao Projeto de Lei 7.081 de 2010, que em seu Parágrafo Único decreta que *“caso seja verificada a necessidade de intervenção terapêutica, esta deverá ser estabelecida em um serviço de saúde que apresente a possibilidade de avaliação diagnóstica, com metas de acompanhamento por equipe multidisciplinar composta por profissionais necessários ao desempenho desta abordagem”*.

Embora as respostas aos questionários não tenham sido em número significativo, decidiu-se por registrar os seus resultados como orientação, e por se observar que estes demonstraram que os medicamentos prescritos estão sendo usados pelas crianças diagnosticadas e que os valores prevalentes das variáveis pesquisadas, neles encontrados, são corroborados pela literatura.

Quanto ao sexo das crianças, os resultados demonstraram prevalência do sexo masculino tanto nos laudos (60,92%) quanto nos questionários (64,00%).

Os resultados evidenciaram que a queixa principal, aos oito anos de idade vem dos ambientes escolar e familiar ($r = 0,449$; $p = 0,024$), o que segundo Signor (2013) levariam supostamente às dificuldades de aprendizagem e não decorreriam, portanto, de uma alteração orgânica. O autor afirma que, desse modo, a criança inserida em um processo de discursivização desfavorável no espaço da escola, acabaria internalizando parte do discurso alheio, favorecendo a constituição de uma autoimagem rebaixada, trazendo implicações para os processos de aprendizagem (SIGNOR, 2013).

Quanto ao medicamento que fazem uso, os meninos utilizam mais a Ritalina® e as meninas o Venvanse® ($r = 0,420$; $p = 0,036$), como o relatado por Guardiola (2006), se faz principalmente à custa dos estimulantes do SNC (Sistema Nervoso Central), dentre os quais, destaca-se o metilfenidato, e que em alguns casos, de acordo com Brant (2012), são utilizados com intenção de debelar o sono, deixar o sujeito “ligado e elétrico”. Em outras situações, busca-se, melhorar o rendimento físico e intelectual. De acordo com Moysés (2008), os alunos que não atingem metas esperadas pela escola, são enquadrados como “estudantes problema ou fracassados” e têm no uso de medicamento, um meio para tratar dificuldades que podem ser típicas da fase de desenvolvimento (SOUZA, 2010).

Quando perguntado se houve melhora ou piora com o uso do medicamento, a melhora foi relatada em 77% para a Ritalina® ($r= 0,528$; $p= 0,007$); 23% responderam que não houve nem melhora e nem piora e não houve nenhum relato de piora com qualquer medicamento. Observa-se que os resultados desta pesquisa são confirmados pelo relato de SIGNOR (2013) de que o uso de medicação se faz necessário ao tratamento do TDAH, uma vez que os estimulantes têm-se mostrado eficazes na melhora do comportamento, desempenho escolar e ajustamento social para aproximadamente 50% a 95% das crianças com TDAH. Porém, Souza (2013) tem criticado o uso de medicamento como meio para atingir resultados esperados pelo sistema educacional, como também a mudança na construção de diagnósticos. Afirma que, em mais de dez anos de prestação de serviços à USP (Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo), foram atendidas raras crianças que tinham distúrbio neurológico afetando seu desempenho escolar, não encontrando problemas restritos à leitura e escrita, tampouco comprometidos, cujos sintomas se circunscrevem àqueles arrolados nos protocolos conhecidos e divulgados de TDAH.

Efeitos adversos como irritabilidade e má alimentação ($r= 0,710$; $p= 0,000$) foram verificados, 61% alimentam-se bem com Ritalina® e 39% não, e 75% não se alimentam bem com Venvanse® ($r= 0,710$; $p= 0,000$). Também quanto à irritabilidade, os que fazem uso da Ritalina® ($r= 0,702$; $p= 0,000$).

Não houve evidência de efeito colateral sobre o sono noturno, pois os resultados apontaram que os usuários dormem bem ($r= 0,791$; $p=0,000$). No processo de regressão houve correlação entre a melhora e o relato de não sonolência ($\beta= 0,537$; $p= 0,023$). Este resultado é corroborado por estudo realizado em 2014, sobre o efeito do metilfenidato em relação ao sono em portadores de TDAH (ADAMOWICS, 2014).

Pais e responsáveis relataram o uso de medicamento durante a semana e suspensão durante finais de semana e feriados, o que demonstrou uso exclusivamente em dias letivos, ou seja, no ambiente escolar. Este resultado remete ao pensamento de Moysés e Collares (2010) quando afirmam que a medicalização da vida de crianças e adolescentes articula-se com a medicalização da educação, na invenção de *doenças do não aprender*. Observa-se que fora da escola as crianças não têm necessidade de serem medicadas, então, como afirmam as autoras citadas, os graves e crônicos problemas do sistema educacional seriam decorrentes de doenças que a medicina seria capaz de resolver, o que segundo

elas, cria a demanda por seus serviços, ampliando a medicalização (MOYSÉS; COLLARES, 2010). E com o que afirma Rossano Lima (2014) de que o diagnóstico de TDAH transformou-se em uma avaliação quase que exclusivamente feita no ambiente escolar, baseada em desempenho e eficácia dos estudantes.

De acordo com os resultados, as comorbidades mais evidentes foram ansiedade e distúrbio de aprendizagem aos seis anos de idade (12%); dislexia, ansiedade e distúrbio de aprendizagem aos oito anos de idade (32%), o que segundo Guardiola (2006) esses tipos combinados parecem apresentar uma taxa mais elevada de prejuízo acadêmico (GUARDIOLA, 2006). Os resultados encontrados demonstraram prevalência do sexo masculino nos questionários (64,00%) com as idades variando entre seis e nove anos de idade e os estudantes matriculados do 1º ao 5º ano do ensino fundamental I. O medicamento mais prescrito foi a Ritalina® (32,18%), que relatado por Sandel (2013), o aumento das prescrições médicas para crianças em idade pré-escolar foi uma das descobertas mais desconcertantes a respeito do uso desse medicamento.

Em relação ao sexo, os meninos utilizam mais a Ritalina® e as meninas o Venvanse® ($r= 0,420$; $p= 0,036$), como afirmado por Brant (2012), o tratamento do TDAH, em alguns casos, são utilizados psicoestimulantes com intenção de debelar o sono, deixar o sujeito “ligado e elétrico” e em outras situações, busca-se melhorar o rendimento físico e intelectual. O que, de acordo com Sandel (2013) “essa demanda pelo desempenho e pela perfeição anima o impulso de injuriar o que nos é dado. É a fonte mais profunda do problema moral do melhoramento” (SANDEL, 2013, p.72). Segundo Moysés (2008), os alunos que não atingem metas esperadas pela escola, são enquadrados como “estudantes problema ou fracassados” e têm no uso de medicamento, um meio para tratar dificuldades que podem ser típicas da fase de desenvolvimento. (SOUZA, 2010).

Embora os autores (SILVA, 2003); (SINGH, 2007); (MOYSÉS E COLLARES, 2010); (BARROS, 2013), (LIMA, 2014) sejam unânimes em afirmar que o diagnóstico do TDAH não pode ser testado por exames médicos concretos porque não são confiáveis, e que há um conjunto de sinais e sintomas que podem ser resultado de várias causas desconhecidas, e que mesmo com todos os critérios do DSM, ainda há controvérsias no meio científico sobre se todos os indivíduos classificados como sendo portadores de TDAH possuem um distúrbio neurobiológico, constatou-se que 94% dos pais e responsáveis receberam

esclarecimentos sobre o transtorno, medicamentos e reações adversas, e demonstraram tranquilidade e confiança com relação ao diagnóstico, não tendo procurado outra opinião médica. Isto é confirmado por Angell (2007), que uma vez transformada a situação em doença e procurado um médico, sua prescrição não será em geral questionada: o então “agora doente ou seus responsáveis sentir-se-ão compelidos a consumir o remédio, para seu bem, prescrito pela autoridade social autorizada e incumbida de dizer a verdade sobre a saúde e a doença, e o que fazer para cuidar delas” (ANGELL, 2007, p.26).

Segundo Sgreccia (1996), a “tentação tecnológica” em que se imerge a relação paciente e profissional tem conferido ao médico um poder cada vez maior como detentor do conhecimento, acarretando uma redução da escuta e do diálogo, por vezes, esquecendo-se da promoção de melhoria na qualidade de vida.

Já Pessini (2004), entende que as ações de saúde são marcadas pelo “paradigma da cura”, cujo foco das intervenções é na doença e não no indivíduo que adoece. Segundo o autor “o cuidado é a pedra fundamental do respeito e da valorização da dignidade humana, sobre o qual tudo o mais deve ser construído” (p.197). E que a “solidariedade para com os outros” é o “caminho” que “toda a terapêutica deveria se caracterizar” (p.197).

Sgreccia (1997) entende que a relação médico- paciente deve auxiliar o paciente na administração da própria saúde o mais preventiva possível em relação às doenças, ajudando-o a evitar tratamentos inúteis e a administração indiscriminada de medicamentos.

Essa medicalização da sociedade e da vida trata-se, como afirma Verdi (2013), de um conflito ético e político entre a temática da ética e os interesses econômicos da indústria farmacêutica, e que segundo ela determinam os rumos e o formato das políticas de saúde. O que é confirmado por Sarmento (2013) quando afirma que a medicalização tem como um de seus determinantes na construção do sofrimento, a própria mercantilização dos indivíduos, a opressão destes e a precarização do trabalho, criando uma demanda pela medicalização, expressa na resposta da indústria farmacêutica a esse processo (SARMENTO, 2013).

Segundo Jonas (2006) deixando-se de levar em consideração a questão de existirem efeitos colaterais indesejados, sempre que se contorna o caminho dessa maneira para enfrentar os problemas, subtrai-se algo da dignidade dos indivíduos e

dá-se mais um passo à frente no caminho que conduz de sujeitos responsáveis, a sistemas programados de conduta (JONAS, 2006, p.60).

Quanto ao profissional de saúde, mergulhado nesse complexo contexto, o que se nota na sua prática cotidiana é um profissional autômato, com uma postura mecânica, dissociada de seus aspectos humanos mais intrínsecos, sem condições de refletir uma ação sustentada frente aos dilemas bioéticos que lhe são impostos e, em decorrência disso, reprodutora do perigoso reducionismo (PESSINI, 2004). Para o autor torna-se fundamental na assistência à saúde a ênfase nas relações humanas, com espaços reservados para a reflexão e discussão envolvendo questões bioéticas, que auxiliam a análise frente aos dilemas da prática profissional. (PESSINI, 2004)

O controle de comportamento, enfatizado por Hans Jonas (2006), levanta questões éticas relacionadas diretamente com a concepção moral do homem. Este tipo de intervenção ultrapassa as antigas categorias éticas e não nos prepara para julgarmos o controle psíquico por meio de agentes químicos. Este controle pode ser visto sob dois pontos: aliviar o sofrimento dos sintomas dolorosos de um lado e, de outro, libertar a sociedade da inconveniência de comportamentos individuais difíceis, como o das crianças diagnosticadas com TDAH.

Além disso, as crianças com TDAH são um tipo de pessoa, formado por indivíduos que compartilham o mesmo problema. Esse grupo de pessoas possui um nome e suas características são determinadas em função deste nome. As instituições confirmam a existência dessa classificação e é um meio de legitimar aquele tipo de pessoas (HACKING, 2007). E, de acordo com Brzozowski *et. al.* (2010) do ponto de vista prático, realizar um diagnóstico significa rotular, impor uma marca, no mesmo sentido em que uma pepita suspeita pode ser marcada para inspeção, ou em que o gado é marcado para o abate. Nesse sentido, o diagnóstico é um bilhete de entrada para um procedimento padronizado e, especialmente, institucionalizado.

Reflexões, críticas e mecanismo de controle social entre os avanços científico-tecnológicos e as condições de vida da sociedade são necessidades prementes no caso das crianças diagnosticadas com TDAH, portanto, responsabilidade das políticas públicas.

A bioética vem alimentando uma reflexão crítica com relação às práticas ético- políticas por meio de uma ampliação do diálogo entre as diversas áreas, para

o enfrentamento das relações que constituem o mundo contemporâneo (SARMENTO, 2013). Porém, de acordo com Santos, Farias (2013) as interfaces entre a Bioética e as políticas públicas, no caso dos medicamentos, encontram pontos de conflito derivados do fato de que, ao mesmo tempo em que são recursos terapêuticos, constituem uma necessidade social, passível, portanto, de ser contemplada por políticas públicas. Como bens de consumo, entretanto, são tratados sob a lógica comercial. Assim, para caracterizar o medicamento como um instrumento terapêutico, o seu uso deveria decorrer do reconhecimento da existência de uma situação clínica farmacologicamente tratável ou passível de prevenção.

E conforme se percebe, os autores concordam em afirmar que o diagnóstico do TDAH é apressado e sem cunho científico que comprove a sua validade. O que conforme Perrota (2010), dessa forma, compactua-se com formas de submeter crianças e jovens a ideologias que perpetuam a patologização e medicalização daqueles que destoam de modelos pré-estabelecidos e, portanto são considerados doentes.

De acordo com o que preconiza a Declaração Universal dos Direitos Humanos (UNESCO, 2005), no Artigo 3 – “*Os interesses e o bem-estar do indivíduo devem ter prioridade sobre o interesse exclusivo da ciência ou da sociedade*”. Sendo assim, os interesses da escola e da indústria farmacêutica não podem ter prioridade sobre a saúde e a vida dos estudantes. E muito menos estigmatizá-los, conforme o Artigo 11 da mesma declaração, que dispõe: “*Nenhum indivíduo ou grupo deve ser discriminado ou estigmatizado por qualquer razão, o que constitui violação à dignidade humana, aos direitos humanos e liberdades fundamentais*”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os resultados obtidos nesta pesquisa e os achados na literatura analisada, observa-se que os fatores que envolvem a questão do TDAH são inúmeros e bastante complexos. Em relação ao diagnóstico, ainda não se chegou a um consenso de que esta doença realmente existe, além do fato de que não há nenhum exame concreto que possa confirmar, ou não, o seu diagnóstico.

Quanto à identificação de seu portador, esta tem ocorrido no interior das escolas por meio de relatos de professores que não conseguem por meios didáticos conter a “criança difícil” fazendo-a comportar-se “como a maioria” de seus colegas em sala de aula. Quanto à prescrição medicamentosa, sem nenhum cuidado com relação aos seus efeitos colaterais, ou mesmo, sem nenhuma reflexão e investigação, necessárias à boa condução do caso, o medicamento prescrito é sempre aquele que consegue “conter” a criança dentro dos parâmetros de comportamento considerados desejáveis por aqueles que com ela convivem. De outro lado, a indústria farmacêutica com o seu poder econômico é quem dita as regras para o tratamento desse comportamento considerado doença. A família da criança, tida como portadora da doença, por sua vez, não participa do processo de investigação das possíveis causas relativas ao inadequado comportamento de seu filho, cabendo-lhe apenas aceitar o diagnóstico e conduzir o seu tratamento. Quanto ao Estado, há uma complacência em relação ao tema, pois este se mantém entre o poder comercial dos grandes laboratórios, a falta de estrutura das escolas e os reclamos da sociedade, sem nenhuma intervenção concreta. E dentro de todo esse contexto, encontram-se aqueles que são o centro do debate, mas que se encontram sem nenhuma proteção, as crianças consideradas de “comportamento rebelde”, que não se comportam bem na escola, ou seja, as denominadas de portadoras de TDAH, que a partir daí, passam a fazer parte de um grupo de pessoas que têm um nome e suas características são determinadas em função desse nome.

Como controle psíquico por meio de agentes químicos, essa população vem sendo medicalizada com substâncias psicoestimulantes, sem nenhuma prudência e de modo abusivo, correndo, além do perigo da drogadição, o risco da estigmatização. Trata-se de uma população vulnerável que merece a atenção daqueles que detêm o poder de mudar este panorama, portanto, sendo responsabilidade das políticas públicas.

A questão do TDAH trata-se de um problema social, portanto um problema político e ético, e abre um campo de articulação entre questões morais e políticas. Para tanto, se faz premente o diálogo entre as diferentes instituições no sentido de intervir para prevenir que essa população infantil vulnerável não se torne drogadizada e estigmatizada.

REFERÊNCIAS

ADAMOWICZ, Taísa. **Uso crônico de metilfenidato (Ritalina) e ritmicidade circadiana de crianças com transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade.** Tese de doutorado, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2014.

ANGELL, M. **A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos:** como somos enganados e o que podemos fazer a respeito. 2ª Edição. Rio de Janeiro, Record, 2007.

BARROS, J.A. Ampliando espaços para a “medicalização”: instrumento para desfrute de melhores níveis de saúde? In: CAPONI, Sandra; VERDI, Marta, BRZOZOWSKI, Fabíola. **Medicalização da Vida: Ética, Saúde Pública e Indústria Farmacêutica.** 2º Edição, pp. 233-240. Curitiba: Prismas, 2013.

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Princípios da ética biomédica.** São Paulo: Loyola, 2002.

BRANT, Luiz Carlos; CARVALHO, Tales Renato Ferreira. Metilfenidato: medicamento gadget da contemporaneidade. **Interface**, Botucatu, v. 16, nº 42, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso: em 09 de Dezembro de 2013.

BRASIL. Ministério da Educação. Parecer CNE/CEB nº 13/2009, aprovado em 3 de junho de 2009. **Diretrizes Operacionais para o atendimento educacional especializado na Educação Básica, modalidade Educação Especial.**

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. **Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva.** Documento elaborado pelo Grupo de Trabalho nomeado pela Portaria Ministerial nº 555, de 5 de junho de 2007, prorrogada pela Portaria nº 948, de 09 de outubro de 2007.

BRZOZOWSKI, Fabíola Stolf; BRZOZOWSKI, Jerzy André and CAPONI, Sandra. Classificações interativas: o caso do Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade infantil. **Interface** (Botucatu)[online], vol.14, nº35, pp. 891-904, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em Julho de 2014.

COSTA, A.C.; DORNELES, B. V.; ROHDE, L. A. Intervenções escolares no transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. In: ROTTA, N.T.; OHLWEILER, L.; RISGO, R.S. (org.) **Transtornos da Aprendizagem abordagem neurobiológica e multidisciplinar**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

FULGÊNCIO, Cristiane A. **A bioética de intervenção e a justiça social**. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

GUARDIOLA, A. Transtorno de atenção: aspectos neurobiológicos. In: ROTTA, N.T.; OHLWEILER, L.; RISGO, R.S. (org.) **Transtornos da Aprendizagem Abordagem neurobiológica e multidisciplinar**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

GARRAFA, Volnei; PESSINI Leo. **Bioética: Poder e injustiça**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo/ Loyola, 2003.

GARRAFA, Volnei. **Inclusão social no contexto político da Bioética**. Cátedra UNESCO de Bioética da Universidade de Brasília, Brasília, 2005.

GARRAFA, V. Verbetes: Bioética de Intervención; Imperialismo moral; Bioética y política. In: Tealdi, JC (org). **Diccionario Latino-Americano de Bioética**. Buenos Aires, 2006.

GARRAFA, V. Ampliação e politização do conceito internacional de bioética. **Revista Bioética**.2012;20(1):9-20.

HACKING, I. **Kinds of people: MovingTargets**. The Tenth British Academy Lectures. London: The British Academy, 2006.

JONAS, Hans. **O princípio responsabilidade: ensaio de uma ética para a civilização tecnológica**. Rio de Janeiro: Contraponto: Ed. PUC-Rio, 2006.

MOYSÉS, M. A. A. e COLLARES, C. A. L. Dislexia e TDAH: uma análise a partir da ciência médica. In: Conselho Regional de Psicologia SP, **Medicalização de crianças e adolescentes**. (pp. 71-110). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

NAVAS, Ana Luiza. **Políticas públicas educacionais no Brasil ignoram crianças com transtornos do déficit de atenção e com transtorno de aprendizagem**. Disponível em: <<http://www.tdah.org.br>>. Acesso em 03 de Julho de 2013.

PERROTA, C. Possível intervenção fonoaudiológica em um caso de linguagem escrita. In: **Medicalização de Crianças e Adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos**. (pp. 251-268). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

PESSINI, L; BERTACHINI L. Novas perspectivas em cuidados paliativos: ética, geriatria, gerontologia, comunicação e espiritualidade. **O Mundo da Saúde**; 29(4): 491- 509,2005.

PESSINI, L. **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Loyola; 2004.

REINHARDT, M. C.; REINHARDT, C. A. U. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, comorbidades e situações de risco. **J. Pediatr.** (Rio J.), v.89, nº2, p.124-130, abr. 2013.

RIESGO, R. Transtornos de atenção: comorbidades. In: **Transtornos da Aprendizagem abordagem neurobiológica e multidisciplinar**. (pp.347-363). Porto Alegre, Artmed, reimpressão 2007, ano 2006.

ROTTA, Newra Tellechea; OHLWEILER, Lygia; RIESGO, Rudimar dos Santos. **Transtornos da Aprendizagem abordagem neurobiológica e multidisciplinar**. Porto Alegre, Artmed, reimpressão 2007, ano 2006.

SANDEL, Michael, J. **Contra a perfeição: ética na era da engenharia genética**. 1ªed., Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2013.160 p.

SANTOS, IL, GARRAFA, V. Análise da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da Unesco à luz da ética de Paulo Freire. **Revista Redbioética/UNESCO**. 2011; 1(3):130-135.

SANTOS, Rosana Isabel dos; FARIAS, Marení Rocha. Conflitos bioéticos e as políticas para acesso aos medicamentos. In: CAPONI, Sandra; VERDI, Marta; BRZOZOWSKI, Fabíola. **Medicalização da Vida: Ética, Saúde Pública e Indústria Farmacêutica**. 2º Edição, pp. 253-266. Curitiba: Prismas, 2013.

SARMENTO, H. Interfaces entre a bioética e políticas públicas. In: CAPONI, Sandra; VERDI, Marta; BRZOZOWSKI, Fabíola. In: **Medicalização da Vida: Ética, Saúde Pública e Indústria Farmacêutica**. 2º Edição, pp. 299-309. Curitiba: Prismas, 2013.

SGRECCIA, E. **Manual de bioética: fundamentos e ética biomédica**. São Paulo: Loyola, 1996.

SGRECCIA, E. **Manual de bioética: aspectos médico-sociais**. São Paulo: Loyola, 1997.

SIGNOR, R. Transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade: uma análise histórica e social. **Rev. bras. linguist. apl.**, Belo Horizonte, vol.13, nº4, p.1145-1166, 2013.

SILVA, A.B.B. **Mentes inquietas: entendendo melhor o mundo das pessoas distraídas, impulsivas e hiperativas**. São Paulo: Gente, 2003.

SOUZA, B. A medicalização do ensino comparece aos atendimentos psicológicos. In: **Medicalização de Crianças e Adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos**. (pp. 269-283). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

STRONG, Maria Isabel. **Bioética clínica e políticas públicas brasileiras**: uma interface emergente para o atendimento à população excluída. São Paulo: Ideias e Letras, 2012.

APÊNDICE I

Termo de Utilização de Dados

Eu, Priscilla Andretta Melcherts, abaixo assinada, pesquisadora envolvida no projeto de título: A medicalização infantil sob o olhar da Bioética, comprometo-me a manter a confidencialidade sobre os dados coletados nos arquivos do Serviço de Orientação Educacional (SOE), bem como a privacidade de seus conteúdos, como preconizam os Documentos Internacionais e a Res. 466/12 do Ministério da Saúde.

Informo que os dados a serem coletados dizem respeito a laudos diagnósticos do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), entre os anos de 2009 e 2014.

Informo também que serei a única pessoa a coletar os dados.

Curitiba, ...dede 2014.

Nome

R.G.

Assinatura

.....

.....

.....

APÊNDICE II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu,.....,

nacionalidade..... **idade**,..... **estado civil**....., **profissão**,.....

endereço....., **RG**....., estou sendo convidado a participar de um estudo denominado “ A medicalização infantil sob o enfoque da Bioética”, cujos objetivos e justificativas são: avaliar a utilização de medicamentos no TDAH sob o enfoque da Bioética, visando discutir a elaboração de diagnósticos de TDAH, identificar portadores de TDAH e avaliar os benefícios versus riscos da utilização de medicação.

A minha participação no referido estudo será no sentido de responder um questionário contendo perguntas sobre o tratamento do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade que foi diagnosticado em meu filho (a). Sobre os exames que foram feitos e o acompanhamento médico que vem recebendo.

Recebi, por outro lado, os esclarecimentos necessários sobre os possíveis desconfortos e riscos decorrentes do estudo, levando-se em conta que é uma pesquisa, e os resultados positivos ou negativos somente serão obtidos após a sua realização. Assim, estou ciente de que poderei ficar constrangida em responder ao questionário mas, para que isto não ocorra estou ciente de que responderei o questionário em minha casa.

Rubrica
do
Pesquisa
dor
principal

Estou ciente de que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar, será mantido em sigilo.

Também fui informado de que posso me recusar a participar do estudo, ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e de, por desejar sair da pesquisa, não sofrerei qualquer prejuízo à assistência que venho recebendo.

As pesquisadoras envolvidas com o referido projeto são Priscilla Andretta Melcherts, sob a orientação da Professora Doutora Beatriz Helena Sottile França, do Programa de Pós-Graduação do Mestrado de Bioética da PUCPR e com elas poderei manter contato pelo telefone (41) 91471604 ou (41) 91850028 respectivamente, e no e-mail: pity.m@globo.com

É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como me é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que eu queira saber antes, durante e depois da minha participação.

Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

No entanto, caso eu tenha qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, haverá ressarcimento em dinheiro. De igual maneira, caso ocorra algum dano decorrente da minha participação no estudo, serei devidamente indenizado, conforme determina a lei.

Em caso de reclamação ou qualquer tipo de denúncia sobre este estudo devo ligar para o CEP PUCPR (41) 3271-2292 ou mandar um *email* para nep@pucpr.br

Rubrica
do
Pesquisador
principal

Curitiba, ...de ... de 2014.

Nome e assinatura do participante da pesquisa

Nome(s) e assinatura(s) do(s) pesquisador(es) responsável(responsáveis)

APÊNDICE III

AUTORIZAÇÃO

Eu....., abaixo assinado, responsável pela(o)....., autorizo a realização do estudo....., a ser conduzido pelos pesquisadores abaixo relacionados. Fui informado pelo responsável do estudo sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas na instituição a qual represento.

Declaro ainda ter lido e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Curitiba,.....dede 20.....

Assinatura e carimbo do responsável institucional

LISTA NOMINAL DE PESQUISADORES:

Priscilla Andretta Melcherts

APÊNDICE IV

MESTRADOQUESTIONÁRIO PESQUISA BIOÉTICA

NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO:
SEXO: MASCULINO () FEMININO ()
SÉRIE ATUAL:

PERGUNTAS EM RELAÇÃO À CRIANÇA

1. SEU FILHO(A) POSSUI UM LAUDO DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (TDHA)?

() SIM () NÃO
2. SE SEU FILHO(A) NÃO POSSUI UM DIAGNÓSTICO DE TDAH, DESCONSIDERE ESTE QUESTIONÁRIO, OBRIGADA.
3. SEU FILHO(A) POSSUI ALGUMA COMORBIDADE, OU SEJA, ALGUM OUTRO TRANSTORNO CONCOMITANTE? QUAL(IS)?

() TIQUES
() TRANSTORNO DE CONDUTA
() TRANSTORNO OBSSIVO COMPULSIVO
() ANSIEDADE
() DISTÚRBIO DE APRENDIZAGEM
() TRANSTORNO OPOSITIVO DESAFIADOR
4. QUE PROFISSIONAL REALIZOU O DIAGNÓSTICO?

() NEUROPEDIATRA
() PEDIATRA
() FONOAUDIÓLOGA
() PSICÓLOGA
() PSICOPEDAGOGA
() CLÍNICO GERAL
5. SEU FILHO(A) UTILIZA ALGUM DESSES MEDICAMENTOS?

() RITALINA
() CONCERTA

6. SEU FILHO(A) UTILIZA ALGUM DESTES MEDICAMENTOS, EM QUE DOSAGEM?

- ☐ 10 mg
- ☐ 20mg
- ☐ 30 mg
- ☐ 18 mg
- ☐ 36 mg
- ☐ 54 mg

7. QUANTAS VEZES AO DIA?

- ☐ 1 VEZ
- ☐ 2 VEZES
- ☐ FRACIONADO

8. FAZ USO DE MEDICAÇÃO EM FINAIS DE SEMANA E/OU FERIADOS?

- ☐ SIM
- ☐ NÃO

9. DURANTE O TRATAMENTO:

- 9.1 DORME BEM
- 9.2 SE ALIMENTA BEM
- 9.3 SE IRRITA FACILMENTE
- 9.4 FICA SONOLENTO

PERGUNTAS EM RELAÇÃO À FAMÍLIA

1. QUAL SUA REAÇÃO DIANTE DO DIAGNÓSTICO?

- ☐ TRANQUILIDADE
- ☐ DÚVIDA
- ☐ CONFIANÇA

- ☐ SIM
 - ☐ SIM
 - ☐ SIM
 - ☐ SIM
- ☐ NÃO
 - ☐ NÃO
 - ☐ NÃO
 - ☐ NÃO

2. COM QUE IDADE SEU FILHO(A) RECEBEU O DIAGNÓSTICO?

- ☐ 6 ANOS
- ☐ 7 ANOS
- ☐ 8 ANOS

3. OS PAIS OU RESPONSÁVEIS PROCURARAM OUTRA OPINIÃO?

- ☐ SIM
- ☐ NÃO

4. SEU FILHO(A) REALIZOU EXAMES COMPLEMENTARES? QUAL(IS)?

- ☐ SIM
 - ☐ NÃO
- ☐ AUDIOMETRIA
 - ☐ PROCESSAMENTO AUDITIVO CENTRAL (PAC)
 - ☐ ELETROENCEFALOGRAMA
 - ☐ RESSONÂNCIA MAGNÉTICA
 - ☐ LABORATORIAIS
 - ☐ VISÃO

5. OS PAIS OU RESPONSÁVEIS RECEBERAM ESCLARECIMENTOS SOBRE O TRANSTORNO? () SIM () NÃO
6. RECEBERAM ESCLARECIMENTOS SOBRE O USO DE MEDICAMENTOS? () SIM () NÃO
7. O PROFISSIONAL RELATOU REAÇÕES ADVERSAS E/OU EFEITOS COLATERAIS DOS MEDICAMENTOS? () SIM () NÃO
8. EM QUE MOMENTO FOI PERCEBIDA A NECESSIDADE DE AVALIAÇÃO? () NO CONVÍVIO FAMILIAR () NO CONVÍVIO ESCOLAR () AMBOS
9. NOTARAM MELHORA OU PIORA DURANTE O USO DE MEDICAMENTO? () MELHORA() PIORA () NEM MELHORA, NEM PIORA
10. SEU FILHO(A) FAZ ALGUM ACOMPANHAMENTO? QUAL(IS)? () NÃO
() SIM
() PSICOPEDAGOGA
() FONOAUDIÓLOGA
() PSICÓLOGA
() NEUROPIEDATRA
() CLÍNICO GERAL

Parecer de aceitação do Comitê de Ética



Comitê de Ética
em Pesquisa da
PUCPR

**ASSOCIAÇÃO PARANAENSE
DE CULTURA - PUCPR**



plataforma
brasil

ANEXO II

Prescrição de medicamento

NOTIFICAÇÃO DA RECEITA UF _____ NÚMERO _____ _____ R.S. _____ MUNICÍPIO _____ PR _____ Nº 721579		IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE Data 6 de 2008 de Paciente <u>Walter de Jesus</u> <u>Dr. Ricardo Laroca</u> Assinatura do Emiteente <u>Dr. Ricardo Laroca</u> Assinatura do Emiteente <u>Dr. Ricardo Laroca</u>		ESPECIALIDADE FARMACÉUTICA Nome: <u>CONCENTRA</u> Quantidade e Apresentação <u>1800</u> Forma Farm. Concent./Unid. Posologia <u>18/0</u>	
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR Nome: _____ Endereço: _____ Identidade Nº _____ Órgão Emissor: _____ Telefone: _____		IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR Nome: _____ Data: _____		<u>1800</u> <u>18/0</u> <u>1800</u>	

ANEXO III Tabelas
Frequências

sexo			
	Frequency	Percent	ValidPercent CumulativePercent
1	53	60,9	60,9
2	34	39,1	39,1
Valid			100,0
Total	87	100,0	100,0

idade			
	Frequency	Percent	ValidPercent CumulativePercent
1	9	10,3	10,3
2	11	12,6	23,0
3	9	10,3	33,3
4	26	29,9	63,2
5	32	36,8	100,0
Valid			100,0
Total	87	100,0	100,0

série

	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
1	5	5,7	5,7	5,7
2	15	17,2	17,2	23,0
3	12	13,8	13,8	36,8
4	25	28,7	28,7	65,5
5	30	34,5	34,5	100,0
Total	87	100,0	100,0	

ano laudo

	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
1	31	35,6	35,6	35,6
2	10	11,5	11,5	47,1
3	9	10,3	10,3	57,5
4	10	11,5	11,5	69,0
5	6	6,9	6,9	75,9
6	16	18,4	18,4	94,3
7	5	5,7	5,7	100,0
Total	87	100,0	100,0	

	medicamento			
	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
0	11	12,6	12,6	12,6
1	28	32,2	32,2	44,8
2	4	4,6	4,6	49,4
3	2	2,3	2,3	51,7
4	2	2,3	2,3	54,0
6	2	2,3	2,3	56,3
7	5	5,7	5,7	62,1
11	1	1,1	1,1	63,2
12	29	33,3	33,3	96,6
13	3	3,4	3,4	100,0
Total	87	100,0	100,0	

dosagem				
	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
1	17	19,5	19,5	19,5
2	3	3,4	3,4	23,0
3	3	3,4	3,4	26,4
4	1	1,1	1,1	27,6
5	1	1,1	1,1	28,7
Valid 7	54	62,1	62,1	90,8
8	1	1,1	1,1	92,0
9	1	1,1	1,1	93,1
10	5	5,7	5,7	98,9
11	1	1,1	1,1	100,0
Total	87	100,0	100,0	

profissional

	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
1	55	63,2	63,2	63,2
2	3	3,4	3,4	66,7
5	5	5,7	5,7	72,4
6	2	2,3	2,3	74,7
7	22	25,3	25,3	100,0
Total	87	100,0	100,0	

comorbidades

	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
1	9	10,3	10,3	10,3
2	11	12,6	12,6	23,0
3	4	4,6	4,6	27,6
4	49	56,3	56,3	83,9
5	13	14,9	14,9	98,9
8	1	1,1	1,1	100,0
Total	87	100,0	100,0	

acompanhamento

	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
1	41	47,1	47,1	47,1
Valid 2	46	52,9	52,9	100,0
Total	87	100,0	100,0	

orientações

	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
1	42	48,3	48,3	48,3
Valid 2	45	51,7	51,7	100,0
Total	87	100,0	100,0	

medicamento * professional Crosstabulation

Count		professional					Total
		1	2	5	6	7	
0	medicamento	5	0	4	0	2	11
1		26	1	0	0	1	28
2		3	0	0	0	1	4
3		2	0	0	0	0	2
4		1	1	0	0	0	2
6		2	0	0	0	0	2
7		3	1	0	0	1	5
11		1	0	0	0	0	1
12		9	0	0	1	2	29
13		3	0	0	0	0	3
Total		55	3	5	2	22	87

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	75,067 ^a	36	,000
LikelihoodRatio	61,393	36	,005
Linear-by-Linear Association	16,158	1	,000
N ofValid Cases	87		

a. 45 cells (90.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .02.

Symmetric Measures

	Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
IntervalbyInterval	Pearson's R	,433	4,435	,000 ^c
Ordinal by Ordinal	SpearmanCorrelation	,324	3,155	,002 ^c
N ofValid Cases	87			

a. Not assuming the null hypothesis.
b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
Crosstabs

acompanhamento * medicamento

Crosstab

Count	medicamento											Total
	0	1	2	3	4	6	7	11	12	13		
1	7	16	3	2	1	2	3	0	5	2		41
2	4	12	1	0	1	0	2	1	24	1		46
Total	11	28	4	2	2	2	5	1	29	3		87

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	20,150 ^a	9	,017
LikelihoodRatio	23,174	9	,006
Linear-by-Linear Association	11,196	1	,001
N of Valid Cases	87		

a. 14 cells (70.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .47.

Symmetric Measures					
		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	,361	,098	3,567	,001 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	,304	,103	2,939	,004 ^c
N of Valid Cases		87			

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
- c. Based on normal approximation.

acompanhamento * profissional

		Crosstab				
Count		profissional				
		1	2	5	6	7
acompanhamento	1	32	1	4	0	4
	2	23	2	1	2	18
	Total	55	3	5	2	22
		Total				
		41	46	87		

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	14,275 ^a	4	,006
LikelihoodRatio	15,868	4	,003
Linear-by-Linear Association	8,758	1	,003
N ofValid Cases	87		

a. 6 cells (60.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .94.

Symmetric Measures

	Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
IntervalbyInterval	Pearson's R	,319	3,104	,003 ^c
Ordinal by Ordinal	SpearmanCorrelation	,323	3,144	,002 ^c
N ofValid Cases	87			

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
- c. Based on normal approximation.

acompanhamento * orientações

Crosstab

Count	orientações			Total
	1	2		
1	29	12		41
2	13	33		46
Total	42	45		87

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	ExactSig. (2-sided)	ExactSig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	15,660 ^a	1	,000		
ContinuityCorrection ^b	14,005	1	,000		
LikelihoodRatio	16,155	1	,000		
Fisher'sExact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	15,480	1	,000		
N ofValid Cases	87				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 19.79.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures					
		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	,424	,097	4,319	,000 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	,424	,097	4,319	,000 ^c
N of Valid Cases		87			

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
- c. Based on normal approximation.

profissional * orientações Crosstabulation				
Count		orientações		Total
		1	2	
profissional	1	35	20	55
	2	0	3	3
	5	3	2	5
	6	1	1	2
	7	3	19	22
Total		42	45	87

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	18,846 ^a	4	,001
LikelihoodRatio	21,373	4	,000
Linear-by-Linear Association	12,897	1	,000
N ofValid Cases	87		

a. 6 cells (60.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .97.

Symmetric Measures

	Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
IntervalbyInterval	Pearson's R	,387	3,873	,000 ^c
Ordinal by Ordinal	SpearmanCorrelation	,419	4,253	,000 ^c
N ofValid Cases	87			

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
- c. Based on normal approximation.