

## Os Equívocos e Acertos da Campanha “Não à Medicalização da Vida”

The Misconceptions and Successes of the Campaign “No to the Medicalization of Life”

Lincoln Frias<sup>I</sup>

Annelise Júlio-Costa<sup>II</sup>

### Resumo

A Campanha “Não à Medicalização da Vida”, organizada pelo Conselho Federal de Psicologia, critica contundentemente a identificação e tratamento de crianças com transtornos de aprendizagem e com o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade. Isso gerou uma resposta imediata de entidades ligadas à psiquiatria, neurociências e neuropsicologia. O propósito deste artigo foi explicar o que a Campanha entende por medicalização e apresentar seus argumentos contra essa prática (o argumento da falta de objetividade científica, da pressão da indústria farmacêutica, da estigmatização e dos efeitos indesejados). A análise desses argumentos conclui que todos eles são falhos e que a campanha mistura uma preocupação terapêutica legítima em relação à medicação excessiva e mal-informada (uso não-racional) com suposições incompatíveis com a ciência.

**Palavras-chave:** Medicalização; transtornos de aprendizagem; transtorno do déficit de atenção e hiperatividade.

### Abstract

The “No to the Medicalization of Life” campaign, organized by the Federal Council of Psychology, criticizes forcefully the identification and treatment of children with learning disabilities and Attention Deficit Hyperactivity Disorder. It begot an immediate response from entities related to psychiatry, neurosciences and neuropsychology. The purpose of this article was to explain what the campaign means by medicalization and to present its arguments against this practice (especially the argument of lack of scientific objectivity, the argument of the pressure from the pharmaceutical industry, the argument of stigmatization and the argument of adverse effects). The analysis of those arguments concludes that they are all flawed and that the campaign mixes a legitimate concern with the excessive and ill-informed medication (non-rational) with assumptions incompatible with science.

**Keywords:** Medicalization; learning disabilities; attention deficit hyperactivity disorder.

<sup>I</sup>Instituto de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal de Alfenas (Varginha), Brasil

<sup>II</sup>Programa de Pós-graduação em Neurociências, Instituto de Ciências Biológicas, Universidade Federal de Minas Gerais (Belo Horizonte), Brasil

Uma controvérsia divide a comunidade profissional brasileira dedicada à saúde mental. Há os que criticam a identificação e tratamento dos transtornos de aprendizagem (dislexia e discalculia) e do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). Há também aqueles que conduzem diagnósticos e intervenções destinadas a pacientes acometidos por tais transtornos e seus familiares. De um lado, há uma série de organizações sociais, acadêmicas e profissionais que seguem um movimento comandado pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) e pelo Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (CRP/SP) (vide <http://medicalizacao.com.br/>). Do outro, há organizações sociais, acadêmicas e profissionais lideradas pela Associação Brasileira de Déficit de Atenção, Associação Brasileira de Psiquiatria e Sociedade Brasileira de Neuropsicologia. Os dois grupos incluem também parlamentares e procuram

influenciar gestores públicos e a imprensa. O núcleo da discussão é qual tipo tratamento e qual política pública são mais adequados para ajudar crianças com problemas de aprendizagem e comportamento.

O grupo organizado pelo CRP/SP realizou, em 2010, o “Fórum Sobre Medicalização da Educação e da Sociedade”. A finalidade do evento foi organizar as entidades, profissionais e famílias no sentido de mobilizar a comunidade a combater e criticar a medicalização da aprendizagem e do comportamento. Em julho de 2012, o CFP, juntamente com a Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação, outras entidades profissionais e alguns parlamentares, lançaram a campanha “Não à Medicalização da Vida”. O objetivo oficial da campanha é criticar o que chamam de medicalização — o “processo em que as questões da vida social, sempre complexas,

multifatoriais e marcadas pela cultura e pelo tempo histórico, são reduzidas à lógica médica, vinculando aquilo que não está adequado às normas sociais a uma suposta causalidade orgânica, expressa no adoecimento do indivíduo” (Conselho Regional de Psicologia - SP, n.d.). Até o momento, na prática, isso significa: (a) denunciar o uso crescente de psicotrópicos, especialmente por crianças e adolescentes, e, mais especificamente, do cloridrato de metilfenidato; (b) defender que os transtornos de aprendizagem (dislexia, discalculia etc.) e o TDAH não são patologias ou simplesmente “não existem”; (c) defender que a identificação desses transtornos traz mais prejuízos do que benefícios aos pacientes; e (d) criticar as políticas públicas direcionadas a esses transtornos. Em seus documentos (disponíveis no site do CFP e do CRP/SP), a campanha assume que seus objetivos são tanto acadêmicos quanto políticos, incluindo, por exemplo, a oposição a um projeto de lei (nº 7081/2010) que propõe a criação de um serviço de atendimento a crianças disléxicas e com TDAH.

Embora esse tipo de campanha seja bem aceito por uma parte da opinião pública, ela também gerou uma oposição imediata e contundente, comandada pela Associação Brasileira de Déficit de Atenção (ABDA), com o apoio da Associação Brasileira de Psiquiatria, da Sociedade Brasileira de Neuropsicologia e de outras entidades profissionais, que, em dezembro de 2012, redigiram uma carta aberta à comunidade sobre o diagnóstico, o tratamento e políticas públicas relativas aos transtornos de aprendizagem e ao TDAH (Sociedade Brasileira de Neuropsicologia, 2012). Diante desse cenário, os objetivos do presente artigo foram (1) explicar melhor a tese da medicalização e a tese da construção social da doença, apresentadas como argumentos pela Campanha “Não à Medicalização da Vida” (todos os textos disponibilizados no site *Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade* serão considerados como endossados pela Campanha) e (2) apresentar respostas a esses argumentos, especialmente por meio de evidências científicas sobre os transtornos de aprendizagem e TDAH.

### **Medicalização, Construção Social da Doença e a Ciência como Religião**

O foco da Campanha é denunciar a medicalização como um acontecimento negativo e que deve ser evitado. Segundo o manifesto da Campanha, a medicalização é:

o processo que transforma, artificialmente, questões não médicas em problemas médicos. Problemas de diferentes ordens são apresentados como “doenças”, “transtornos”, “distúrbios” que escamoteiam as grandes questões políticas, sociais, culturais, afetivas que afligem a vida das pessoas. Questões coletivas são tomadas como individuais; problemas sociais e políticos são tornados biológicos. (Conselho Regional de Psicologia – SP, n.d.)

De acordo com essa visão, *medicalizar* envolve dois fatores: (1) o erro técnico de tratar como um problema biológico e individual o que é, na realidade, um problema social e coletivo e (2) cometer esse erro propositalmente, como uma estratégia política de manipulação da opinião pública para disfarçar problemas mais gerais (políticos, sociais, culturais e afetivos) e eximir de culpa as autoridades (famílias, profissionais e governantes).

Para saber se os transtornos de aprendizagem e o TDAH são um caso de medicalização equivocada, é preciso (1) verificar se eles desaparecem caso sejam fornecidas condições familiares e de ensino adequadas ou se eles realmente são características biológicas, que podem ser influenciadas por fatores genéticos, além de (2) investigar se sua identificação serve a propósitos escusos.

A medicalização não é um fato isolado. Segundo alguns autores, ela é um dos procedimentos envolvidos em um processo mais geral conhecido como “construção social da doença” (Conrad, Mackie & Mehrotra, 2010; Conrad, 2007; 2010). Segundo o Manual Diagnóstico de Transtornos Mentais (American Psychiatric Association, 2000), doenças seriam condições que provocam sofrimento. Entretanto, essa definição não fornece uma base objetiva que permita identificar o que deve ser considerado doença ou não, conforme o ponto de vista defendido pelo antropólogo Rui Massato Harayama, Membro do Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade. Esse autor diz que:

a definição do que é normal e patológico é extremamente contextual e local, é uma escolha e um arranjo do grupo que decide o que é o saudável e o patológico. Um comportamento agitado recorrente pode ser negativo em um ambiente escolar, mas seria ideal na Bolsa de Valores (Harayama, n.d.).

Esse tipo de proposta geralmente é sustentado por movimentos sociais que defendem, por exemplo, que condições como a surdez não seriam realmente deficiências se adequações ambientais fossem feitas, elas seriam apenas diferenças culturais (Santana & Bergamo, 2005). Entretanto, embora seja relevante para a análise do caso da surdez, a hipótese da construção social da doença é muito menos relevante nos casos de condições como hipertensão, diabetes, autismo, esquizofrenia e outras condições que são limitantes e causam sofrimento, ainda que as condições sociais sejam tão favoráveis quanto possível. Mesmo que modificações ambientais possam melhorar a situação dos pacientes, eles continuam padecendo com sofrimentos e limitações. Logo, essas condições não são construções sociais.

Resta saber se o TDAH e os outros transtornos de aprendizagem se aproximam da surdez, caso em que o sofrimento ou limitação depende mais das condições ambientais, ou da diabetes e da esquizofrenia, em que há sofrimento ou limitações em quaisquer condições ambientais. Antes de continuar, é importante notar que a teoria da construção social da doença e a análise da medicalização normalmente são feitas pela Campanha em meio a uma desconfiança mais geral em relação à ciência:

Ciência é algo que surge quando queremos impor, ou sermos convencidos de, certos fatos incontestáveis que mudam nossa vida de forma retumbante, e que transformam os nossos desejos, querer e poderes. Explicado nesses termos o leitor já deve começar a perceber uma analogia de fundo: a ciência, no séc. XXI, é a nossa religião. (Harayma, n.d.).

Esse tipo de afirmação mostra como os membros da Campanha compreendem mal a ciência, pois a analogia com a religião é completamente descabida. Eis algumas diferenças: o discurso religioso é baseado em verdades reveladas, enquanto que a ciência baseia-se em experimentos empíricos controlados; a religião é baseada em dogmas, afirmações inquestionáveis, enquanto que a ciência é baseada na exigência de transparência sobre os dados, na revisão por pares e na crítica mútua; a religião é baseada em acontecimentos sobrenaturais, enquanto que a ciência exige replicação dos resultados; por fim, a religião baseia-se na fé, na disposição de acreditar mesmo na ausência de

evidências, enquanto que a ciência pauta-se pela racionalidade, entendida como a procura por evidências para sustentar afirmações (Ferngren, 2002).

Feitas então essas ressalvas sobre as limitações da teoria da construção social da doença e o equívoco da atitude anticientífica da Campanha, vejamos o que ela diz sobre os transtornos de aprendizagem e o TDAH. Segundo a Campanha, o TDAH, a dislexia e a discalculia são construções sociais e medicalizações, pois consideram patológico algo que poderia ser visto como saudável e tratam como um assunto biológico e individual algo que é social e coletivo:

Crianças e adolescentes são os principais alvos da medicalização porque são mais questionadores, briguentos e agitados, os mais liberados das amarras sociais. [...] É a partir de insatisfações e questionamentos que se constituem possibilidades de mudança nas formas de ordenação social e de superação de preconceitos e desigualdades (Fusco, 2012).

O estigma da “doença” faz uma segunda exclusão dos já excluídos – social, afetiva, educacionalmente – protegida por discursos de inclusão. A medicalização tem assim cumprido o papel de controlar e submeter pessoas, abafando questionamentos e desconfortos; cumpre, inclusive, o papel ainda mais perverso de ocultar violências físicas e psicológicas, transformando essas pessoas em “portadores” de distúrbios de comportamento e de aprendizagem (Conselho Regional de Psicologia - SP, 2010).

Nesses trechos, a campanha afirma que (1) as crianças diagnosticadas com transtornos de aprendizagem e TDAH são biologicamente normais; (2) que as alterações comportamentais são causadas por problemas na rede de ensino e pela competitividade ocidental; (3) que as crianças são mais diagnosticadas do que os adultos porque são mais questionadoras, pois foram menos influenciadas pelas pressões sociais; (4) que o diagnóstico oculta questionamentos; (5) que o diagnóstico exclui. A seguir, serão mostrados os equívocos dessas afirmações.

## O Argumento da Falta de Objetividade Científica

Apesar do clima anticientífico, um dos argumentos a Campanha é que as pesquisas sobre transtornos de aprendizagem e TDAH pecam pela falta de objetividade. Começando pela dislexia, as críticas são:

O conceito de dislexia é bastante controverso e tem sido veementemente contestado nos meios científicos e técnicos, não apenas no Brasil. Os procedimentos diagnósticos para a identificação desse suposto distúrbio têm, predominantemente, carecido de adequada investigação das condições do processo pedagógico ao longo do qual as dificuldades de domínio do léxico, principalmente da leitura e da escrita, produziram-se. (Conselho Regional de Psicologia – SP, n.d.)

Uma rápida pesquisa utilizando a palavra “*dyslexia*” em um site de banco de dados de artigos científicos (PubMed) nos mostra que a dislexia é estudada sistematicamente (foram encontrados mais de 7 mil estudos — busca em 24 de fevereiro de 2012) desde a década de 1940 do século XIX, com um aumento exponencial nas produções acadêmicas depois da década de 1980. Uma busca por meta-análises sobre a dislexia mostra que é um campo bem consolidado e que o foco de estudo dos cientistas foi mudando e aprimorando o nível de análise com o passar do tempo: correlação estrutura-função, mecanismos subjacentes, estudos de recorrência familiar e a genética da dislexia (Noordenbos, Segers, Serniclaes, Mitterer & Verhoeven, 2012; Kovelman et al., 2012; Larkin & Snowling, 2008; Przybylski et al., 2013; Peter et al., 2011; Wilcke et al., 2012). Lyon, Shaywitz e Shaywitz (2003), em um estudo citado por outros 210 artigos (busca em 24 de fevereiro de 2013), definem dislexia como a dificuldade relacionada à decodificação das letras enquanto a compreensão do texto está intacta. Além disso, essas dificuldades são associadas a um prejuízo no reconhecimento de palavras e ortografia. No entanto, as dificuldades não podem ser explicadas por um déficit intelectual ou relacionadas às vias sensoriais nem a problemas referentes às condições do processo pedagógico.

Desta forma, o diagnóstico de dislexia não pode ser explicado pela condição educacional. Na verdade, acredita-se que crianças com melhores níveis de estimulação, condição educacional e de níveis econômicos mais altos apresentam um melhor aparato para compensar, pelo menos em parte, os déficits linguísticos (Morris et al., 2010), além de um melhor prognóstico quando comparado aos que não receberam estimulação adequada. No entanto, mesmo com um maior nível de estimulação ambiental, crianças com dislexia ainda apresentam um desempenho inferior aos pares que não possuem tal transtorno (Morris et al., 2010).

Segundo Peterson e Pennington (2012), estima-se que 7% da população tenha dislexia. Além disso, estudos transculturais demonstraram que existem características universais para a leitura, com preditores cognitivos similares em diversas culturas. A consciência fonológica é um preditor-chave da habilidade da leitura tanto nas línguas com ortografias regulares quanto não regulares (Usha Goswami et al., 2011; Caravolas, Volín & Hulme, 2005). Além disso, a nomeação rápida seriada é um preditor da velocidade de leitura (Usha Goswami et al., 2011). Confirmando isso, os trabalhos transculturais sugerem que há certa universalidade nas causas da dislexia (p. ex., ativação reduzida nas regiões anteriores e posteriores esquerdas do cérebro), apesar de algumas especificidades de cada língua (Richlan, Kronbichler & Wimmer, 2009; Hadzibeganovic et al., 2010; Hu et al., 2010).

Cabe ressaltar que, apesar de o *transtorno* de aprendizagem da leitura não ser explicado por fatores ambientais, as *dificuldades* na leitura podem ser ocasionadas por um processo educacional deficitário. Mazzocco (2007) propôs que os *transtornos* de aprendizagem (dislexia = transtorno de aprendizagem da leitura e discalculia = transtornos de aprendizagem da matemática) possuem uma origem neurodesenvolvimental, com problemas persistentes de aprendizagem, estendendo-se até a vida adulta. Por outro lado, as chamadas *dificuldades* de aprendizagem englobam qualquer dificuldade relacionada ao ambiente escolar e/ou familiar da criança. Neste último caso, quando as questões estiveram ligadas ao ambiente do aluno, uma vez modificadas, a criança pode atingir níveis de competência semelhantes ao de seus pares (Bynner & Parsons, 2006).

Passemos agora a outro transtorno de aprendizagem. Sobre a objetividade do TDAH, a Campanha diz o seguinte:

Não aceitar que uma doença inata atinja 10% da população é obrigação de médicos bem formados; em medicina, só usamos porcentagem para falar de doenças socialmente determinadas! Comprovar uma doença exige um rigor científico não encontrado nos autores que defendem a existência de dislexia e TDAH. Esse rigor é diferente de inventar testes/exames para provar a doença. Ao contrário: comprovada a doença, buscam-se exames que permitam diagnosticar com mais segurança; do mesmo modo, melhorar com tratamento não prova que estava doente! (Moyses, n.d).

Dados provenientes de um estudo de meta-análise sobre a prevalência do TDAH apontam para a prevalência de 5,29% de indivíduos afetados em termos mundiais (Polanczyk, De Lima, Horta, Biederman & Rohde, 2007). O estudo, que incluiu dados de 102 estudos de prevalência provenientes de diferentes países em diferentes continentes, aponta para a existência do TDAH independentemente de questões geográficas e culturais. Um estudo recente no Brasil constatou uma prevalência de 5,1% (Arruda, Querido, Bigal & Polanczyk, 2012), demonstrando concordância com os dados já existentes.

A proposta do Manual Diagnóstico de Doenças Mentais – DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000) é que se pode considerar um transtorno somente quando os sintomas trazem um prejuízo para a rotina do indivíduo em mais de um ambiente. Ou seja, caso a hiperatividade ou desatenção prejudique a criança apenas na escola, o diagnóstico não pode ser dado. Vale ressaltar que *prejuízo* refere-se aos problemas para o próprio sujeito (p. ex. não conseguir aprender o que é ensinado na aula; dificuldades de convivência social) em contextos além do acadêmico, como o familiar e o ocupacional. Obviamente, os prejuízos tendem também a impactar a vida daqueles que o cercam, como, por exemplo, perturbar a professora na ministração da aula. Apesar dos diversos testes existentes, os mesmos não são necessários ou suficientes para que seja feito o diagnóstico do TDAH, o qual é essencialmente

clínico, e as intensidades dos sintomas assim como os prejuízos variam de pessoa a pessoa (American Psychiatric Association [APA], 2000).

Com relação à estabilidade do TDAH ao longo do ciclo vital, estima-se que cerca de dois terços dos sujeitos que apresentam o diagnóstico na infância também persistam com o transtorno na idade adulta (Spencer, Biederman & Mick, 2007). Em uma série de estudos recentes sobre o desenvolvimento cerebral de crianças com TDAH, Shaw et al. (2009; 2011) verificaram que embora o curso estrutural do desenvolvimento neural de crianças e adolescentes com TDAH e crianças sem transtornos do desenvolvimento seja muito semelhante, há diferenças substanciais na velocidade de maturação dos circuitos cerebrais entre os dois grupos. Tais diferenças são particularmente pronunciadas em relação ao córtex pré-frontal que se desenvolve mais tardiamente em crianças e adolescentes com TDAH.

O TDAH, assim como a dislexia, tem sido estudado ao longo do último século, e existem tanto dados comportamentais (Willcutt et al., 2012), quanto neurobiológicos sobre o transtorno (Cortese et al., 2012). Uma série de características cognitivas e comportamentais tem sido apontada de forma consistente como presente em indivíduos como TDAH, tais como déficits nas funções executivas (Barkley, 2012), aversão ao atraso (Sonuga-Barke, Sergeant, Nigg & Willcutt, 2008), dificuldades em postergar recompensas (Scheres, Tontsch & Lee Thoeny, 2013) e diminuição na velocidade de processamento de informação (McGrath et al., 2011).

Existem também estudos genéticos que mostram que a herdabilidade do TDAH é da ordem de 0,75 (Goldstein, 2003). No entanto, para compreender a base genética de um transtorno complexo como o TDAH, é preciso considerar que diversos genes de pequeno efeito contribuem para a sua etiologia. Por exemplo, alguns polimorfismos genéticos relacionados à codificação de receptores, proteínas transportadoras e enzimas ligadas à transmissão monoaminérgica são os mais estudados (Kebir & Joobar, 2011).

### **O Argumento da Pressão da Indústria e a Presunção Contra Psicofármacos**

Mesmo que a seção anterior tenha sido bem sucedida em mostrar que os transtornos de aprendizagem e TDAH são problemas objetivos e não construções sociais arbitrárias, os membros da

Campanha não estarão convencidos. Um segundo argumento que eles apresentam é de que o diagnóstico de TDAH é muito rentável para a indústria farmacêutica, logo, ele é comandado por elas:

Em 2000, foram vendidas 70 mil caixas de medicamentos para tratar distúrbios de aprendizagem no Brasil; em 2010, 2 milhões. Além da quantidade, é assustadora a velocidade do crescimento. [...] Não estamos dentro de uma briga entre psiquiatras e psicólogos, mas observando esse momento onde há o sequestro do que consideramos saúde e doença pela indústria farmacêutica. Nossa fase histórica marca a passagem do fenômeno da construção social da doença para a produção industrial do doente. (Fusco, 2012).

Apesar dessa retórica alarmante, na verdade, os números não são tão assustadores. Segundo dados do Ministério da Educação do Brasil, em 2010, existiam 45.364.276 crianças em idade escolar (Todos Pela Educação, 2010). Usando um critério de prevalência conservador de 3%, teríamos no Brasil aproximadamente 1.360.928 crianças com TDAH. Supondo que a afirmativa anterior refere-se à comercialização do metilfenidato de 10 mg, comercializado em caixas de 20 comprimidos e que a posologia geralmente indicada do metilfenidato nessa faixa etária é um comprimido por dia de segunda a sexta-feira, as 2 milhões de caixas vendidas em 2010 seriam suficientes para tratar as crianças somente por 2 meses.

Todavia, a Campanha está correta em se preocupar com o aumento das vendas e do uso desse tipo de medicação, especialmente por causa dos perigos em relação à automedicação, prescrição indevida e efeitos indesejados. Entretanto, esse aumento não é necessariamente ruim, pois ele pode simplesmente refletir o aumento ao acesso a diagnóstico e tratamento de um problema que realmente estava prejudicando os usuários. Por exemplo, na última década, também houve um grande aumento da prescrição de anti-hipertensivos e antipsicóticos, e isso também foi financeiramente muito interessante para a indústria farmacêutica, o que não implica que a hipertensão e a esquizofrenia sejam construções sociais ou que o tratamento medicamentoso faça mais mal do que bem. O mesmo se aplica à venda de inibidores seletivos da acetilcolinesterase, usados no tratamento da Doença

de Alzheimer. Seria essa patologia mais uma doença inventada para favorecer a indústria farmacêutica ou o aumento das prescrições decorre de fatores como maior acesso a procedimentos de diagnóstico, envelhecimento populacional aumentando a prevalência da doença e superação de rótulos sociais pejorativos (p. ex. “caduquice”). Portanto, é um equívoco supor que, porque o aumento da demanda de certo medicamento é bom para a indústria farmacêutica, então ele é: (a) causado pela indústria e (b) ruim para os usuários.

### O Argumento da Estigmatização

Outro argumento utilizado na Campanha é o da estigmatização:

Para as pessoas que vivenciam e sofrem a medicalização, resta o destino de viver o estigma da “doença”, que realiza uma segunda exclusão daqueles que já haviam sido excluídos, social, afetiva, educacionalmente. Opera-se, assim, estranho paradoxo: uma nova exclusão, protegida e disfarçada por discursos de inclusão. (Conselho Regional de Psicologia – SP, n.d.)

O que a campanha trata como estigmatizante pode ter um efeito exatamente inverso, ou seja, o diagnóstico auxilia na reconstrução do *self* do indivíduo com o transtorno (Law, Sinclair & Fraser, 2007). O sujeito percebe, assim como os que o rodeiam, que suas limitações nada têm a ver com preguiça ou falta esforço, mas fazem parte das características que o compõem enquanto sujeito. Não se trata de rotular ou reduzir, mas sim de expandir as possibilidades de desenvolvimento, uma vez que o diagnóstico favorece o planejamento de intervenções. Neste sentido, é função do profissional (seja ele médico, psicólogo, fonoaudiólogo etc.) fazer um aconselhamento psicológico, expondo para a família e para a criança não apenas os déficits, mas também as potencialidades do paciente, a fim auxiliar no direcionamento da sua aprendizagem e da sua rotina.

Há ainda o argumento dos efeitos indesejados:

O metilfenidato, que tem os nomes comerciais de Concerta e Ritalina, e o dimesilato de lisdexanfetamina, chamado comercialmente de Venvanse, são usados

como amplificadores cognitivos para tratar o TDAH. Não são seguros porque podem provocar reações adversas, como sonolência ou insônia, alucinação, piora da atenção e da cognição e até o efeito Zumbi Like, que faz com que a pessoa pareça um zumbi, contida em si mesma. (Fusco, 2012)

Não há como negar que qualquer medicamento possua efeitos colaterais, de maneira que seu uso indiscriminado pode ser letal, em especial para crianças e idosos (Aquino, 2008). Contudo, antes de um medicamento ser disponibilizado no mercado para os consumidores, existem fases de testagem (farmacovigilância) que asseguram sua eficácia e efeitos em longo prazo (Talbot & Nilsson, 1998; Trontell, 2004). Na melhor das hipóteses, um medicamento precisa de dez anos de pesquisa e comprovações científicas antes de chegar ao consumidor. Além disto, o metilfenidato é considerado uma das medicações mais eficazes na área da Psiquiatria (Krisanaprakornkit, Ngamjarus, Witoonchart & Piyavhatkul, 2010). Não há como afirmar que os medicamentos trarão algum mal para quem consumi-los; entretanto, é preciso que o indivíduo seja corretamente diagnosticado, informado e, pelo princípio da autonomia, decida sobre os riscos e benefícios do uso medicamento. Cumpre ressaltar ainda que o argumento do metilfenidato como um mero ampliador cognitivo em pessoas que não possuem problemas de atenção ou hiperatividade não é sustentado por evidências recentes, na medida em que seu efeito sobre a atenção desses indivíduos não é substancial (Outram, 2010).

Na verdade, o que se encontra pontualmente na literatura não são questionamentos sobre a existência do TDAH, mas sim a necessidade de melhorar os critérios diagnósticos (Beljan, Reuter, Ganas & Hoover, 2012), de identificar biomarcadores (Beljan et al., 2012) e de utilizar racionalmente a medicação (Valdizán-Usón et al., 2013), verificando seus efeitos a curto e longo prazos (Pastura & Mattos, 2004) e a necessidade de uma abordagem biopsicossocial no que se refere ao TDAH (Richards, 2012).

### Considerações Finais

A Campanha “Não à Medicalização da Vida” levanta questões importantes e delicadas em relação aos transtornos de aprendizagem e ao TDAH, pois o uso inadequado de qualquer medicação realmente

gera riscos para a população. O mesmo se aplica para todo ou qualquer tratamento não farmacológico para o qual não exista um volume substancial de evidências disponíveis, como intervenções pseudocientíficas baseadas em teorias dogmáticas e seculares.

Outro ponto que merece destaque é que a Campanha chama a atenção para a necessidade de modernizar as práticas educativas no Brasil. Exigir o rigor científico, não só nas pesquisas sobre o assunto, mas na atualização da literatura e no cuidado ao repassar as informações para a população leiga.

O ponto consensual é que deve haver uma busca de diagnósticos bem realizados, utilizando critérios científicos bem estabelecidos e transparentes. O diagnóstico, em certo sentido, é o contrário de rotulação, entendida como atribuição de uma propriedade a alguém, pois é ele quem permite o tratamento adequado por meio de reabilitação cognitiva, intervenções escolares e apoio aos pacientes e seus familiares. Na medida em que reduzem as limitações do paciente, o tratamento leva à melhora da qualidade de vida dele e de sua família, entre outros motivos, por permitir sua inclusão social. Enfim, o diagnóstico precoce e as intervenções específicas são necessários para evitar problemas futuros.

A questão dos transtornos de aprendizagem e do TDAH é um problema realmente de ordem pública, pois, no Brasil, apenas os mais ricos têm acesso a esses serviços. A falta de reconhecimento oficial impede a ajuda a essas crianças duplamente prejudicadas, pelo transtorno e pela falta de tratamento. É nesse ponto que a Campanha está equivocada. Ela está impedindo que um problema grave e solúvel seja resolvido.

### Referências

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4<sup>th</sup> Ed.). Washington, DC: Author.
- Aquino, D. S. (2008). Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade? *Ciência e saúde coletiva*, 13, 733-736.
- Arruda, M. A., Querido, C. N., Bigal, M. E., & Polanczyk, G. V. (2012). ADHD and Mental Health Status in Brazilian School-Age Children. *Journal of Attention Disorders*, 4, doi: 1087054712446811. (No prelo).
- Barkley, R. A. (2012). Distinguishing Sluggish Cognitive Tempo from ADHD in Children and Adolescents: Executive Functioning, Impairment, and Comorbidity. *Journal of Clinical Child*

- ‡ *Adolescent Psychology*, 42(2), 161-73. doi: 10.1080/15374416.2012.734259
- Beljan, P., Reuter, A. E. F., Ganas, K., & Hoover, M. (2012). Medication Efficacy: The Impact of Variability in Defining and Measuring ADHD and Executive Functioning. *Applied Neuropsychology: Child*, 1(2), 152-158.
- Bynner, J., & Parsons, S. (2006). *New Light on Literacy and Numeracy*. London: NRDC.
- Caravolas, M., Volín, J., & Hulme, C. (2005). Phoneme awareness is a key component of alphabetic literacy skills in consistent and inconsistent orthographies: Evidence from Czech and English children. *Journal of Experimental Child Psychology*, 92(2), 107-139.
- Conrad, P. (2007). *The Medicalization of Society: on the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Conrad, P., Mackie, T., & Mehrotra, A. (2010). Estimating the costs of medicalization. *Social Science and Medicine*, 70(12), 1943-1947.
- Conrad, P. (2010). Pills and the Pursuit of Happiness and Normalcy. *Contexts*, 9, 78-80.
- Conselho Regional de Psicologia – SP (2010). *Manifesto do Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade*. Acesso em 15 de maio de 2013, em [http://www.crpsp.org.br/medicalizacao/manifesto\\_forum.aspx](http://www.crpsp.org.br/medicalizacao/manifesto_forum.aspx)
- Conselho Regional de Psicologia – SP. *Manifesto contra o PL da Dislexia*. Acesso em 25 de fevereiro de 2013, em [http://www.crpsp.org.br/medicalizacao/manifesto\\_pl.aspx](http://www.crpsp.org.br/medicalizacao/manifesto_pl.aspx)
- Conselho Regional de Psicologia – SP. *Medicalização*. Acesso em 25 de fevereiro de 2013, em <http://www.crpsp.org.br/medicalizacao/>
- Cortese, S., Kelly, C., Chabernaud, C., Proal, E., Di Martino, A., Milham, M. P., & Castellanos, F. X. (2012). Toward systems neuroscience of ADHD: a meta-analysis of 55 fMRI studies. *American Journal of Psychiatry*, 169(10), 1038-1055.
- Ferngren, G. (2002). *Science & Religion: A Historical Introduction*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Fusco, K. (2012). *Não às drogas da obediência. Metrópole*. Acesso em 15 de maio de 2013, em [http://www.unicamp.br/unicamp/sites/default/files/clipping/revista\\_metropole\\_pag\\_10\\_e\\_11.pdf](http://www.unicamp.br/unicamp/sites/default/files/clipping/revista_metropole_pag_10_e_11.pdf)
- Goldstein, S. (2003). *Hiperatividade: como desenvolver a capacidade de atenção da criança*. Campinas: Papirus.
- Hadzibeganovic, T., Van Den Noort, M., Bosch, P., Perc, M., Van Kralingen, R., Mondt, K., & Coltheart, M. (2010). Cross-linguistic neuroimaging and dyslexia: a critical view. *Cortex*, 46(10), 1312-1316.
- Harayma, R. M. *O que é ciência, afinal?* Acesso em 25 de fevereiro de 2013, em <http://medicalizacao.org.br/o-que-e-ciencia-afinal/>
- Hu, W., Lee, H. L., Zhang, Q., Liu, T., Geng, L. B., Seghier, M. L., Shakeshaft, L., Twomey, T., Green, D. W., Yang, Y. M., & Price, C. J. (2010). Developmental dyslexia in Chinese and English populations: dissociating the effect of dyslexia from language differences. *Brain*, 133(6): 1694-1706.
- Kebir, O., & Joober, R. (2011). Neuropsychological endophenotypes in attention-deficit/hyperactivity disorder: a review of genetic association studies. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 261(8), 583-594.
- Kovelman, I., Norton, E. S., Christodoulou, J. A., Gaab, N., Lieberman, D. A., Triantafyllou, C., Wolf, M., Whitfield-Gabrieli S, & Gabrieli JD (2012). Brain Basis of Phonological Awareness for Spoken Language in Children and Its Disruption in Dyslexia. *Cerebral Cortex*, 22(4), 754-64.
- Krisanaprakornkit, T., Ngamjarus, C., Witoonchart, C., & Piyavhatkul, N. (2010). Meditation therapies for attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Cochrane database of systematic reviews Online*, 6(6). doi: 10.1002/14651858.CD006507.pub2
- Larkin, R. F., & Snowling, M. J. (2008). Research report comparing phonological skills and spelling abilities in children with reading and language impairments. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 43(1), 111-124.
- Law, G. U., Sinclair, S., & Fraser, N. (2007). Children's attitudes and behavioural intentions towards a peer with symptoms of ADHD: does the addition of a diagnostic label make a difference? *Journal of Child Health Care*, 11(2), 98-111.
- Lyon, G. R., Shaywitz, S. E., & Shaywitz, B. A. (2003). A definition of dyslexia. *Annals of Dyslexia*, 53(1), 1-14.
- Mazzocco, M. M. M. (2007). Defining and differentiating mathematical learning disabilities and difficulties. In D. B. Berch, & M. M. M. Mazzocco (Eds.), *Why is math so hard for some children?* The nature and origins of mathematical learning difficulties and disabilities (pp. 29-47). Baltimore: Brookes.

- McGrath, L. M., Pennington, B. F., Shanahan, M. A., Santerre-Lemmon, L. E., Barnard, H. D., Willcutt, E. G., Defries, J. C., & Olson RK. (2011). A multiple deficit model of reading disability and attention-deficit/hyperactivity disorder: searching for shared cognitive deficits. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 52(5), 547-557.
- Morris, R. D., Lovett, M. W., Wolf, M., Sevcik, R. A., Steinbach, K. A., Frijters, J. C., & Shapiro, M. B. (2010). Multiple-Component Remediation for Developmental Reading Disabilities: IQ, Socioeconomic Status, and Race as Factors in Remedial Outcome. *Journal of Learning Disabilities*, 45(2), 99-127.
- Moysés, C. *Carta a uma mãe*. Acesso em 25 de fevereiro de 2013, em <http://medicalizacao.com.br/carta-a-uma-mae/>
- Noordenbos, M. W., Segers, E., Serniclaes, W., Mitterer, H., & Verhoeven, L. (2012). Allophonic mode of speech perception in Dutch children at risk for dyslexia: A longitudinal study. *Research in Developmental Disabilities*, 33(5), 1469-1483.
- Outram, S. M. (2010). The use of methylphenidate among students: the future of enhancement? *Journal of Medical Ethics*, 36(4), 198-202.
- Pastura, G., & Mattos, P. (2004). Efeitos colaterais do metilfenidato. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31(2), 100-104.
- Peter, B., Raskind, W. H., Matsushita, M., Lisowski, M., Vu, T., Berninger, V. W., Wijsman, E. M., & Brkanac Z. (2011). Replication of CNTNAP2 association with nonword repetition and support for FOXP2 association with timed reading and motor activities in a dyslexia family sample. *Journal of Neurodevelopmental Disorders*, 3(1), 39-49.
- Peterson, R. L., & Pennington, B. F. (2012). Developmental dyslexia. *The Lancet*, 379(9830), 1997-2007.
- Polanczyk, G., De Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta-regression analysis. *The American Journal of Psychiatry*, 164(6), 942-948.
- Przybylski, L., Bedoin, N., Krifi-Papoz, S., Herbillon, V., Roch, D., Léculier, L., Kotz, S. A., & Tillmann, B. (2013). Rhythmic auditory stimulation influences syntactic processing in children with developmental language disorders. *Neuropsychology*, 27(1), 121-131.
- Richards, L. M. (2012). It is time for a more integrated bio-psycho-social approach to ADHD. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 26, doi: 1359104512458228. (No prelo).
- Richlan, F., Kronbichler, M., & Wimmer, H. (2009). Functional abnormalities in the dyslexic brain: a quantitative meta-analysis of neuroimaging studies. *Human Brain Mapping*, 30(10), 3299-3308.
- Santana, A. P., & Bergamo, A. (2005). Cultura e identidade surdas: encruzilhadas de lutas sociais e teóricas. *Educação & Sociedade*, 26(91), 565-582.
- Scheres, A., Tontsch, C., & Lee Thoeny, A. (2013). Steep temporal reward discounting in ADHD-Combined type: Acting upon feelings. *Psychiatry Research*. doi: 10.1016/j.psychres.2012.12.007. (No prelo).
- Shaw, P., Lalonde, F., Lepage, C., Rabin, C., Eckstrand, K., Sharp, W., Greenstein, D., Evans, A., Giedd, J N., & Rapoport, J., (2009). Development of cortical asymmetry in typically developing children and its disruption in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 66(8), 888-896.
- Shaw, P., Gilliam, M., Liverpool, M., Weddle, C., Malek, M., Sharp, W., Greenstein, D., Evans, A., Rapoport, J., & Giedd, J. (2011). Cortical Development in Typically Developing Children with Symptoms of Hyperactivity and Impulsivity: Support for a Dimensional View of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 168(2), 143-151.
- Sociedade Brasileira de Neuropsicologia (2012). *Carta aberta à sociedade sobre diagnóstico, tratamento e políticas públicas relativas aos transtornos de aprendizagem e ao transtorno do déficit de atenção e hiperatividade*. Acesso em 20 de fevereiro de 2013, em [http://sbnp.com.br/site/wp-content/uploads/2012/12/CartaTDHA\\_E\\_Transtornos.pdf](http://sbnp.com.br/site/wp-content/uploads/2012/12/CartaTDHA_E_Transtornos.pdf)
- Sonuga-Barke, E. J. S., Sergeant, J. A., Nigg, J., & Willcutt, E. (2008). Executive dysfunction and delay aversion in attention deficit hyperactivity disorder: nosological and diagnostic implications. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 17(2), 367-384.
- Spencer, T. J., Biederman, J., & Mick, E. (2007). Attention-deficit/hyperactivity disorder: diagnosis, lifespan, comorbidities, and neurobiology. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(6), 631-642.
- Talbot, J. C. C., & Nilsson, B. S. (1998). Pharmacovigilance in the pharmaceutical industry.

- British Journal of Clinical Pharmacology*, 45, 427-431.
- Todos Pela Educação (2010). *Brasil*. Acesso em 15 de maio de 2013, em <http://www.todospelaeducacao.org.br/educacao-no-brasil/numeros-do-brasil/brasil/>
- Trontell, A. (2004). Expecting the unexpected – drug safety, pharmacovigilance and the prepared mind. *The New England Journal of Medicine*, 351(14), 1385-1387.
- Usha Goswami, H. L., Wang, S., Cruz, A., Fosker, T., Mead, N., & Huss, M. (2011). Language-universal Sensory Deficits in Developmental Dyslexia: English, Spanish, and Chinese. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 23(2), 325-337.
- Valdizán-Usón, J., Cánovas-Martínez, A., De Lucas-Taracena, M., Díaz-Atienza, F., Eddy-Ives, L., Fernández-Jaén, A., Fernández-Pérez, M., García-Giral, M., García-Magán, P., Garraus-Oneca, M., Idiazábal-Alecha, M., López-Benito, M., Lorenzo-Sanz, G., Martínez-Antón, J., Martínez-Granero, M., Montañés-Rada, F., Mulas-Delgado, F., Ochando-Perales, G., Ortega-García, E., Pelaz-Antolín, A., Ramos-Quiroga, J., Ruiz-Sanz, F., Vaquerizo-Madrid, J., & Yusta-Izquierdo, A. (2013). Response to methylphenidate by adult and pediatric patients with attention-deficit/hyperactivity disorder: the Spanish multicenter DIHANA study. *Journal of Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 9, 211-218.
- Wilcke, A., Ligges, C., Burkhardt, J., Alexander, M., Wolf, C., Quente, E., Ahnert, P., Hoffmann, P., Becker, A., Müller-Myhsok, B., Cichon, S., Boltze, J., & Kirsten, H. (2012). Imaging genetics of FOXP2 in dyslexia. *European Journal of Human Genetics*, 20(6), 224-229.
- Willcutt, E. G., Nigg, J. T., Pennington, B. F., Solanto, M. V., Rohde, L. A., Tannock, R., Loo, S. K., Carlson, C. L., McBurnett, K., & Lahey, B. B. (2012). Validity of DSM-IV Attention Deficit/Hyperactivity Disorder Symptom Dimensions and Subtypes. *Journal of Abnormal Psychology*, 121(4), 991-1010.

**Endereço para correspondência:**

Lincoln Frias  
 Instituto de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal de Alfenas, Campus de Varginha  
 Av. Celina Ferreira Ottoni, 4.000 – Padre Vitor  
 CEP 37048-395 – Varginha/MG  
 E-mail: lincolnfrias@gmail.com

Recebido em 27/02/2013

Revisto em 21/04/2013

Aceito em 30/04/2013