



## A MEDICALIZAÇÃO DA INFÂNCIA E O CRESCIMENTO DO USO DE PSICOFÁRMACOS POR CRIANÇAS NO BRASIL

Renato Kern Gomes<sup>1</sup>, Francieli Hennig<sup>2</sup>

**Resumo:** O presente estudo refere-se a uma pesquisa realizada em bases de dados do Ministério da Saúde e em publicações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, com vistas a identificar os níveis de diagnóstico de distúrbios mentais em crianças e a consequente prescrição (e consumo) de substâncias psicotrópicas por indivíduos de 0 a 14 anos. Para cumprir tal objetivo, as referidas plataformas foram estudadas, a fim de se extraírem dados sobre o diagnóstico de saúde mental por família. Com relação à produção e consumo de substâncias, foram utilizados relatórios oficiais daqueles órgãos. A partir deste levantamento, foi possível concluir que o consumo de medicamentos pelas crianças cresceu substancialmente, em níveis preocupantes, os quais levaram a vigilância sanitária a emitir relatórios de alerta acerca do tema, despertando o interesse da comunidade científica sobre a questão.

**Palavras-Chave:** Medicalização. Infância. Metilfenidato. Ritalina.

### 1 INTRODUÇÃO

É voz corrente, mesmo no senso comum, o fato de que as crianças de hoje não são mais as mesmas. Frequentemente escutam-se pais reclamando que possuem um ou outro filho hiperativo, que este possui algum distúrbio, diagnosticado ora na escola e, até mesmo, por psiquiatras, pediatras ou neurologistas. Dentre as patologias detectadas está o TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade). Ocorre que tais diagnósticos, muitas vezes, são feitos sem que haja um exame laboratorial (até porque não haveria um que identificasse tal transtorno). Neste sentido, é de grande importância um estudo que se propõe a identificar se o elevado número de diagnósticos de distúrbio mental em crianças tem uma sustentação epistemológica ou trata-se apenas de um modismo, sem uma base que o sustente.

Para responder a esta questão, o presente estudo verificou diversas bases de dados, que vão desde os sistemas de informação disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) até as informações populacionais existentes na plataforma do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), passando, também, por pesquisas recentes que abordam este tema.

Assim, quando o presente trabalho se propõe a verificar o nível de consumo de medicamentos por crianças, resultado de um processo de tratamento pautado no modelo biomédico, bem como identificar o alarmante crescimento do diagnóstico de distúrbio mental nessa faixa etária, acaba por promover a relevância que se precisa para dar-lhe validade.

O TDAH é um transtorno de saúde mental e, como tal, possui importância que se esgota em si, ou seja, basta para justificar a presente pesquisa. Sem receio de parecer piegas, o fato de que as pessoas acometidas são crianças, torna o trabalho ainda mais válido, posto que um dos objetivos do psicólogo é levar alívio àqueles que sofrem com problemas de origem emocional, afetiva ou mental.

<sup>1</sup> Instituto Blumenauense de Ensino Superior - IBES - E-mail: renatokg@ig.com.br

<sup>2</sup> Instituto Blumenauense de Ensino Superior - IBES - E-mail: francipsi@bol.com.br



A pesquisa propõe-se a analisar o que gera o aumento no consumo dos chamados “medicamentos de tarja preta” por indivíduos de 0 a 14 anos.

Nesse contexto, o objetivo geral do artigo é traçar um panorama da incidência de distúrbios mentais em crianças de 0 a 14 anos na região de Florianópolis, bem como verificar o crescimento da produção e uso de medicamentos psicotrópicos, em especial o Metilfenidato – Ritalina. No que tange aos objetivos específicos busca-se identificar se houve aumento significativo no diagnóstico de distúrbio mental em crianças de 0 a 14 anos na região de Florianópolis, identificar se houve aumento significativo no consumo de Metilfenidato por crianças nos últimos 10 anos no Brasil e em escala mundial e comparar os dados sobre diagnóstico de distúrbio mental com o consumo de Metilfenidato.

## 2 HISTÓRICO DO PROCESSO DE MEDICALIZAÇÃO

Como se sabe, a etimologia da palavra Psicopatologia advém de *Psyché* + *Pathos* + *Logia*, o que leva a um significado bastante intrigante, qual seja: o “Estudo das Paixões da Alma”. Mas o que se usa como referência para que determinado sofrimento seja considerado doença? Ceccarelli (2005) esclarece que o acometido pela paixão, o paciente, o passivo, o portador de sofrimento psíquico, é aquele que padece de algo cuja origem ele desconhece e que o leva a reagir, na maioria das vezes, de forma imprevista. As paixões atestariam a nossa permanente dependência do outro.

A história da loucura no ocidente pode ser resumida em alguns distintos momentos, mas é a partir de 1801, quando o francês *Philippe Pinel* publicou seu Tratado Médico-Filosófico sobre a Alienação Mental, que a medicina passou a julgar-se possuidora da palavra final sobre a *psiquê* humana, tratando-a por meio de métodos medicamentosos (por vezes questionáveis) e que levantam diversas dúvidas acerca de sua eficácia e de seus reais propósitos.

Ao longo dos anos, houve uma série de tentativas de se explicar o sofrimento psíquico. Tentou-se descobrir suas causas na mitologia, na religião – onde a loucura era tratada como uma espécie de possessão demoníaca presente nos hereges – e por fim, na medicina, a partir de Pinel, quando este sofrimento passou a ser considerado doença. Cabe salientar que independentemente da época ou da abordagem adotada, a ideia foi sempre a mesma, qual seja: retirar do convívio da sociedade aqueles que não se adaptavam ao modo de vida imposto pela maioria ou não coadunavam com o modelo social da época, sendo, portanto, tachados de loucos.

No entanto, Pessotti (1996) afirma que a loucura não é a perda da razão: é defeito do julgamento, erro na elaboração das ideias. Segundo o autor, o louco tem uma razão que, em certas situações da vida erra, noutras, essa mesma razão pode operar com pleno acerto, dependendo do modelo moral em voga.

Em 1511, Erasmo de Roterdã, teólogo que viveu no período de transição entre a Idade Média e a Modernidade, em seu ensaio intitulado “Elogio da Loucura”, já fazia uma relativização do termo. Para o autor, por vezes, o louco é mais prudente do que o sábio.

Se a prudência consiste no uso comedido das coisas, eu desejaria saber qual dos dois merece mais ser honrado com o título de prudente: o sábio que, parte por modéstia, parte por medo, nada realiza, ou o louco, que nem o pudor (pois não o conhece) nem o perigo (porque não o vê) podem demover de qualquer empreendimento. O sábio absorve-se no estudo dos autores antigos; mas, que proveito tira ele dessa constante leitura? Raros conceitos espirituosos, alguns pensamentos requintados, algumas simples puerilidades — eis todo o fruto de sua fadiga. O louco, ao contrário, tomando a iniciativa de tudo, arrostando todos os perigos, parece-me alcançar a verdadeira prudência. (ROTTERDAM, 2001, p.39).



Na modernidade houve um rompimento com a igreja e o surgimento do capitalismo. Essa época trouxe o processo de urbanização das cidades, fato que exigiu uma espécie de limpeza e higienização das metrópoles. Mais adiante, foram criados, na França, os hospícios de Solpétiere e Bicêtre em Paris. Nestes ambientes eram praticadas diversas técnicas de adestramento nos chamados “loucos” – técnicas desumanas que incluíam insulinoaterapia, malarioterapia, eletrochoque e, até mesmo, lobotomia. Esses métodos tinham o objetivo de promover a “adaptação” do sujeito ao ambiente social.

Devido ao grande número de abordagens que se propunham a estudar as psicopatologias, bem como à diversidade de modelos a serem seguidos, surgiram problemas nos diálogos intercientíficos, pois cada escola ou corrente da psiquiatria possuía conceitos e terminologias próprias. Para superar os impasses gerados, nos anos 50, surgiram os catálogos que tentam classificar os comportamentos humanos ditos “indesejáveis”, conferindo-lhes status de doença. Trata-se do Manual de Diagnóstico e Estatística da Associação de Psiquiatria Americana – DSM-IV e a Classificação Internacional de Doenças – CID-10.

Esses manuais classificam os sintomas com base apenas na observação direta dos fenômenos em questão. No entanto, de acordo com Ceccarelli (2005), esse método é criticado por não levar em conta a subjetividade tanto daquele que está sendo “classificado” quanto daquele que o classifica. Segundo o autor, o olhar de quem olha não é imune à sua própria organização subjetiva.

Ceccarelli (2005) alerta, ainda, que a Psicopatologia Fundamental é apenas um recurso para orientar a escuta e balizar o caminho, e não um instrumento classificatório-ideológico a ser utilizado para definir, a priori, uma organização ou estrutura na qual o sujeito deva ser encaixado. Ao se deslocar um pouco em relação a um modelo existente na sociedade, o indivíduo pode ser rotulado como doente e, como consequência, necessitar de determinado remédio que o devolva ao justo eixo, não lhe sendo permitido viver seu luto. Neste sentido, Berlinck (2000) cita que atualmente observa-se um movimento cada vez maior no sentido de eliminar a dor – de evitar contato consigo mesmo – o que impede que a passagem por esse sofrimento se transforme em experiência. Segundo o autor, a espantosa produção de analgésicos, cada vez mais eficientes, revela o desejo de se livrar da sensação, já que da dor o ser humano não se livra.

Ao que se percebe, a tentativa da psiquiatria de restringir a causas biológicas e orgânicas o sofrimento psíquico, obedece a uma lógica perversa de mera justificativa para o consumo de medicamentos. Os manuais citados anteriormente (DSM-IV e CID-10) ficam mais volumosos a cada edição, potencializando o seu caráter classificatório e, como consequência, induzindo ao uso de mais e mais medicamentos a fim de “curar” supostas patologias, num possível favorecimento aos interesses da indústria farmacêutica.

No Brasil, Medeiros (1993) afirma que o projeto social vigente nos últimos 30 anos segue a mesma lógica, tendo transformado o hospital psiquiátrico em um singular empreendimento econômico, na constituição da chamada “indústria da loucura”, fazendo-o instituição privada sustentada, financeiramente, pelo dinheiro público da Previdência Social, administrada com o objetivo do lucro e consumidora de equipamentos médicos – especialmente medicamentos.

Por fim, cabe citar Pessotti (1996), que afirma que o século XIX foi o “século dos manicômios”, pois em nenhum outro período o número de hospitais destinados a alienados foi tão grande. Em nenhum outro período a terapêutica da loucura foi tão vinculada a internações e, ainda, nunca a variedade de diagnósticos de loucura, para justificar essas internações foi tão grande. Atualmente, o drama permanece o mesmo, o que mudou foram os métodos. Agora não se fica mais preso ao ambiente dos manicômios, mas sim ao seu legado – as drogas psicotrópicas.



### 2.1 A MEDICALIZAÇÃO DA INFÂNCIA

Para tratar do assunto “Medicalização na Infância”, não basta recorrer aos bancos escolares e identificar a reclamação dos professores acerca do comportamento agitado dos pequenos alunos, que só se acalmam quando submetidos a drogas prescritas nos postos de saúde. Necessário se faz também que se busque na história o momento exato em que se transferiu para o “saber médico” a tarefa de controlar as crianças.

Nesse sentido, vale observar o entendimento de Kamers (2013), ao afirmar que a mudança das formas de sociabilidade operada na modernidade estabeleceu estatuto inédito à criança. Para a autora, o grande movimento de moralização, promovido pelos reformadores da Igreja e do Estado no final do século XVII, instituindo a educação como principal garantia de ordem pública, promoveu a criança a objeto privilegiado da escolarização.

Entretanto, Donzelot (1986) pontua que, tornando-se a escola gratuita e obrigatória, ela passa a ser povoada por uma massa de indivíduos insubmissos ou pouco preparados para a disciplina escolar. Suas manifestações de indisciplina e as inaptidões declaradas à aquisição escolar, colocaram para os professores problemas insuperáveis. Quais precisariam ser eliminados? Como reconhecer um idiota, um débil, uma criança que nunca poderia se adaptar à escola ou, ao contrário, uma outra, à qual seria suficiente um pouco de tempo e de atenção especial?

Surge, então, a disciplina escolar como método para resolver os chamados “desvios de comportamento”. Nesta seara, Foucault (1975-2007) esclarece que a disciplina traz consigo uma maneira específica de punir, e que é apenas um modelo reduzido do tribunal. Segundo o autor:

O que pertence à penalidade disciplinar é a inobservância, tudo o que está inadequado à regra, tudo o que se afasta dela, os desvios. É passível de pena o campo indefinido do não-conforme: o soldado comete uma “falta” cada vez que não atinge o nível requerido; a “falta” do aluno é, assim como um delito menor, uma inaptidão a cumprir suas tarefas... do mesmo modo, quando um escolar não tiver guardado o catecismo de véspera, poder-se-á obrigá-lo a aprender o daquele dia, sem nenhum erro, e deverá repeti-lo no dia seguinte; ou será obrigado a ouvi-lo de pé ou de joelhos, ou com as mãos postas, ou então lhe será imposta alguma outra penitência. (FOUCAULT, 1975/2007. p.149).

Mas quem seria capaz de atestar a incapacidade mental desses indivíduos que não se adaptavam ao convívio escolar? Segundo Merlin (2014), em medicina procuram-se indícios e sintomas que permitam enquadrar o paciente na nosologia estabelecida, já a Psicologia trata da singularidade do sujeito, sua história e seu passado.

Por fim, conclui-se que a medicina social foi convocada a operar e intervir a partir das demandas realizadas pelas instituições sociais, especialmente, pela escola. A tentativa de encontrar a etiologia da loucura do adulto na criança deu origem ao nascimento da psiquiatria infantil. “O lugar da psiquiatria infantil toma forma no vazio produzido pela procura de uma convergência entre os apetites profiláticos dos psiquiatras e as exigências disciplinares dos aparelhos sociais” (DONZELOT, 1986 p.121). Trata-se aí, de um dispositivo de pré-seleção do doente e respectivo encaminhamento para tratamento.

Ora, sendo a escola uma instituição padrão, dos que a frequentam espera-se um comportamento padrão. Neste sentido, qualquer desvio, seja de ordem comportamental ou moral, pode ser identificado como uma possível patologia. Como a família já foi declarada incapaz de “dar conta da situação”, uma vez que identifica no médico o possuidor de um “suposto saber” absoluto, autoriza-o a agir em seu lugar, segundo o padrão ao qual está acostumado e familiarizado – o modelo biomédico.



Daí decorre, possivelmente, o crescimento do diagnóstico de doença mental em crianças e, na mesma sorte, o aumento da prescrição de medicamentos destinados a essas patologias.

### 2.1.1 Sobre o TDAH e o Tratamento Medicamentoso

É sabido que nos últimos anos vem crescendo substancialmente o diagnóstico de incidência de casos de distúrbios mentais, em especial, o TDAH, em crianças em idade escolar. Segundo Ximenes (2012), a prevalência deste transtorno no Brasil é de 3,6 a 5% da população escolar, sendo o predomínio desatenção encontrado em 25% das crianças. Em adolescentes de 12 a 14 anos, a prevalência é um pouco maior, atingindo 5,8%. Mas o que de fato é o TDAH? O Código Internacional de Doenças, (CID-10) o descreve da seguinte forma:

Patologia pertencente ao grupo de transtornos caracterizados por início precoce (habitualmente durante os cinco primeiros anos de vida), caracterizado pela falta de perseverança nas atividades que exigem um envolvimento cognitivo e por uma tendência a passar de uma atividade a outra sem acabar nenhuma, associadas a uma atividade global desorganizada, descoordenada e excessiva. Estes transtornos se acompanham frequentemente de um déficit cognitivo e de um retardo específico do desenvolvimento da motricidade e da linguagem. (OMS, 2010).

Parte dos pesquisadores, como Amorim (2014) e Araújo (2014), da corrente organicista, concordam com a CID-10, ao afirmarem que as causas determinantes deste transtorno são orgânicas e, como tal, passíveis de serem tratadas de forma medicamentosa. No entanto, abordando uma outra explicação para o fenômeno, Moritz (2013) defende que esta é uma “doença inventada” e que o comportamento agitado da criança e a consequente deficiência de aprendizagem devem-se a fenômenos originados no ambiente em que a criança vive. Nesta mesma linha, Luengo (2010) afirma que o TDAH não apresenta nenhuma forma de diagnóstico específica nos resultados de exames em que se utiliza somente a avaliação clínica, havendo, portanto, possibilidade de que o transtorno esteja sendo diagnosticado a partir das queixas constantes dos professores, que estimulam os familiares a procurar ajuda médica e psicológica.

Para os defensores da corrente organicista, o tratamento do TDAH deve ser feito fundamentalmente à base de medicamentos, sendo que uma das drogas mais utilizadas para este fim é o Metilfenidato, popularmente conhecido por “Ritalina”. O Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo – CRF-SP discorre sobre este psicofármaco.

Indicado como primeira escolha no tratamento TDAH, o Metilfenidato, estimulante do sistema nervoso central, é amplamente utilizado como instrumento de melhoria do desempenho cognitivo de crianças e adolescentes, sendo comumente chamado de “droga da obediência”. No Brasil, o medicamento foi aprovado em 1998 para o tratamento do TDAH em crianças a partir de seis anos de idade e no tratamento da narcolepsia em adultos. O uso terapêutico do medicamento fora de tais indicações não tem sua segurança e eficácia reconhecidas pelo órgão regulador. (CRF-SP, 2014).

Dentre outros medicamentos, o metilfenidato é uma das drogas que tem sua produção, distribuição e consumo acompanhados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA),



por meio do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados – SNGPC. Ao observar tais variáveis, a agência lançou, em 2012, um alerta por meio do Boletim de Farmacoepidemiologia do SNGPC. Este documento, intitulado “Prescrição e Consumo de Metilfenidato no Brasil: Identificando Riscos para o Monitoramento e Controle Sanitário” trouxe dados bastante claros sobre o consumo da droga no Brasil. O documento esclarece a importância dos estudos sobre a utilização de medicamentos, como segue:

Os estudos de utilização de medicamentos (EUM) objetivam, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), estudar a comercialização, distribuição, prescrição e uso de medicamentos na sociedade com ênfase especial nas consequências médicas, sociais e econômicas. Essa definição reconhece a influência de fatores socioantropológicos, comportamentais e econômicos na utilização de medicamentos, os quais são aspectos importantes que devem ser considerados no processo de gestão de riscos em vigilância sanitária. Os EUM são estudos farmacoepidemiológicos descritivos que proporcionam informações sobre o uso de medicamentos em momento e local determinados. Esses estudos são a principal ferramenta para detectar a má utilização, apontar possíveis fatores responsáveis, ajudar no desenho de intervenções efetivas de melhorias e avaliar os resultados dessas intervenções. (SNGPC, 2012).

Por fim, vale citar outro órgão oficial, agora do Estado de São Paulo, o Centro de Vigilância Sanitária da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (CVS/SES/SP), que, considerando este consumo elevado, avaliou 553 notificações de suspeitas de reações adversas associadas ao uso do Metilfenidato, recebidas no período de dezembro de 2004 a junho de 2013, por meio do sistema eletrônico de notificação – *PERIweb*. A análise de causalidade destes relatos indicou uma série de questões importantes, as quais estão presentes no “Alerta Terapêutico em Farmacovigilância”, disponível em (CRF-SP, 2014) e que estão, de forma resumida, ilustrados a seguir:

- a) O uso indevido de metilfenidato em crianças menores de 06 anos, faixa etária para a qual o uso está expressamente contraindicado em bula. As reações adversas relatadas incluíram sonolência, lentidão de movimentos e atraso no desenvolvimento;
- b) Em 11% dos relatos analisados observou-se a prescrição para indicações não aprovadas pela Anvisa, como depressão, ansiedade, autismo infantil, ideação suicida entre outras condições;
- c) Associação entre o uso do medicamento e o aparecimento de reações adversas graves, com destaque para os eventos cardiovasculares (37,8%) como taquicardia e hipertensão, transtornos psiquiátricos (36%) como depressão, psicose e dependência, além de distúrbios do sistema neurológico como discinesia, espasmos e contrações musculares involuntárias;
- d) Na faixa etária de 14 a 64 anos os eventos graves envolveram acidente vascular encefálico, instabilidade emocional, depressão, pânico, hemiplegia, espasmos, psicose e tentativa de suicídio;
- e) O uso do metilfenidato pode ter contribuído para o óbito de cinco pacientes em tratamento, considerando-se que o medicamento pode causar ou agravar distúrbios psiquiátricos como depressão e ideação suicida;
- f) Uso em idosos maiores de 70 anos. Embora a bula dos medicamentos com metilfenidato aprovada no Brasil não faça referência ao uso nessa faixa etária, as agências reguladoras internacionais não recomendam sua prescrição em maiores de 65 anos. (CRF-SP, 2014).



Diante do exposto até aqui, é possível perceber que a questão é bastante controversa e de alta relevância, sendo, portanto, conveniente jogar luzes sobre trabalhos baseados em pesquisa aplicada, os quais vêm sendo publicados recentemente e que abordam este tema.

Silva *et al* (2012) em seu estudo intitulado “A explosão do consumo de Ritalina” alertam para o fato de que os pacientes com algum transtorno psíquico são atendidos por médicos que, após terem feito o diagnóstico baseado na descrição dos sintomas, escolhem o tratamento ao qual paciente será submetido, e é nesse contexto que a medicação ganhará status primordial, colocando a psicoterapia em segundo plano, e em muitos casos tornando-se o único tratamento prescrito.

Ainda tentando explicar o fenômeno, Ortega *et al* (2010) lembram que a sociedade contemporânea introduziu, como pauta de horizonte para os comportamentos individuais, um aprimoramento constante e uma necessidade permanente de melhoria de suas capacidades. Em uma sociedade nivelada por uma suposta excelência, não há espaço para falhas, daí decorra, talvez, a necessidade de um padrão de comportamento eficiente, sustentado pelo uso de medicamentos que supram a falta do indivíduo.

Já Decotelli *et al* (2013) fazem um estudo sobre o processo de medicalização da vida. Segundo os autores, trata-se de um processo de biopoder político. Para eles, a clínica-política surge como uma forma de resistência ao assujeitamento, por meio da liberdade e da criação. É isso que potencializará uma prática no campo da intervenção clínico-política em um mundo dominado por um poder que se apropria da vida.

Collares e Moysés (2014) fazem uma reflexão sobre que futuro estamos construindo, ou talvez, destruindo. Para as autoras, transformar em doenças mentais sonhos, utopias, devaneios, questionamentos, discordâncias e abortá-los com substâncias psicoativas pode resultar em impossibilidades de futuros diferentes.

Abordando uma análise mais objetiva, Rossi e Rodrigues (2014) aplicaram um inventário para identificação de TDAH em professores do ensino médio de duas escolas em uma cidade do interior de São Paulo. Os autores chegaram à conclusão de que o TDAH permanece mal compreendido e controverso nas informações do público em geral e mesmo pelas autoridades educacionais. Para eles, a dificuldade começa na identificação e encaminhamento adequado dos alunos com TDAH, principalmente porque o transtorno não está descrito de maneira objetiva quanto à sua delimitação e ao uso de critérios para se fazer o diagnóstico.

Ora, considerando o processo histórico de medicalização, a medicalização da infância propriamente dita e os periódicos pesquisados até aqui, cumpre-nos averiguar, no estudo de caso em questão, se tais fundamentos e indícios encontrados na literatura traçam um paralelo na pesquisa aplicada. É o que será feito no capítulo a seguir.

### 3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Quanto ao objetivo, trata-se de uma pesquisa exploratória. Quanto à abordagem, como os dados são objetivos e extraídos de plataformas oficiais, trata-se de uma pesquisa quantitativa.

Com base nos procedimentos técnicos adotados (pois, para analisar os fatos do ponto de vista empírico e confrontar a visão teórica com os dados da realidade, é necessário traçar o modelo conceitual e também o operatório), trata-se de uma combinação de pesquisa bibliográfica e estudo de caso.

A obtenção dos dados foi feita a partir do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB, plataforma implantada em 1998 pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde para promover o acompanhamento das ações e dos resultados das atividades realizadas pelas equipes do Programa Saúde da Família – PSF. O SIAB, sistema gerido pelo Departamento de Informática do SUS – DATASUS, foi desenvolvido como instrumento gerencial dos Sistemas Locais de Saúde, inserido no contexto de reorganização do SUS no país. Por meio deste sistema, obtêm-se informações sobre cadastros de famílias, condições de moradia e saneamento, situação de saúde, produção e composição das equipes de saúde.

**Figura 1-** Tela Inicial do SIAB

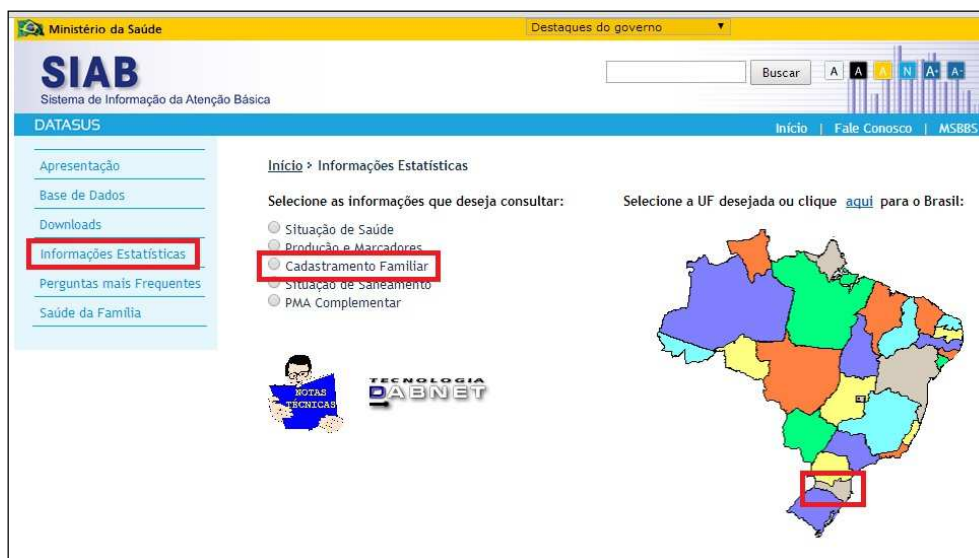


Fonte: SIAB (2014)

A disponibilização da base de dados do SIAB na Internet faz parte das ações estratégicas da política definida pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de fornecer informações que subsidiem a tomada de decisão pelos gestores do SUS, e a instrumentalização pelas instâncias de Controle Social, publicizando, assim, os dados para o uso de todos os atores envolvidos na consolidação do SUS. (SIAB, 2014).

Foi a partir dos dados obtidos neste sistema que se realizou a pesquisa relacionada à incidência de distúrbio mental em crianças de 0 a 14 anos na região de Florianópolis, pois é a cidade que possuía os dados mais completos disponíveis. Para isso, foi necessário, a partir da tela inicial, ir em “Informações Estatísticas”; “Cadastro Familiar” e “Santa Catarina”, conforme ilustra a figura a seguir:

**Figura 2 - Pesquisa no SIAB**



Fonte: SIAB (2014)

Entrando no sistema, a seguinte tela era mostrada, de onde foram extraídos os dados necessários à pesquisa.

**Figura 3 - Pesquisa no SIAB**



Fonte: SIAB (2014)

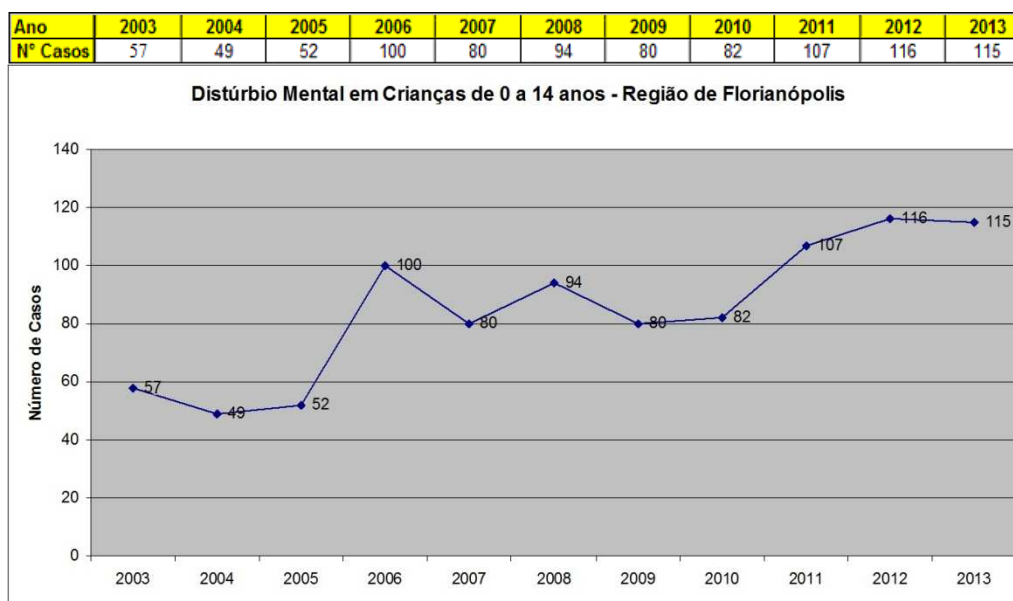
## 4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A partir da pesquisa realizada no SIAB, foi possível montar o gráfico de dispersão ilustrado na figura 04, no qual se pode verificar que em dez anos o número de casos de distúrbio mental em crianças de 0 a 14 anos mais que dobrou, passando de 57 casos em 2003, para 115 em 2013. Tal



informação encontra um paralelo lógico com dados relacionados ao consumo de psicotrópicos por crianças, que será mostrado mais adiante.

**Figura 4** - Número de Casos de Distúrbio Mental em Crianças – de 2003 a 2013



Fonte: SIAB (2014)

Para que este dado tenha validade estatística, não basta colocá-lo em um gráfico e constatar o seu aumento absoluto, sendo, também, necessário, compará-lo ao aumento demográfico na região em questão. Assim, foi preciso pesquisar a pirâmide demográfica disponibilizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) referente aos Censos de 2000 e 2010.

A partir da análise destes dados, percebeu-se que, muito embora a população total da capital catarinense tenha aumentado 22,92 % (passando de 342.695 pessoas em 2000 para 421.240 em 2010), a população de crianças de 0 a 14 anos no período decresceu, passando de 93.792 em 2000 (27,37% do total) para 76.664 em 2010 (apenas 18,20% do total), um contraste com o aumento do número de casos de distúrbio mental para esta faixa etária. Esta situação é mais bem ilustrada na figura a seguir.

**Figura 5** - Estrutura Etária da População de Florianópolis – de 1991 a 2010

| Estrutura Etária da População - Florianópolis - SC |                  |                   |                  |                   |
|----------------------------------------------------|------------------|-------------------|------------------|-------------------|
| Estrutura Etária                                   | População (2000) | % do Total (2000) | População (2010) | % do Total (2010) |
| Menos de 15 anos                                   | 93.792           | 27,37             | 76.664           | 18,20             |
| 15 a 64 anos                                       | 229.793          | 67,05             | 312.984          | 74,30             |
| População de 65 anos ou mais                       | 19.110           | 5,58              | 31.592           | 7,50              |
| População total                                    | 342.695          | 100,00            | 421.240          | 100,00            |

Fonte: ATLAS BRASIL (2013)



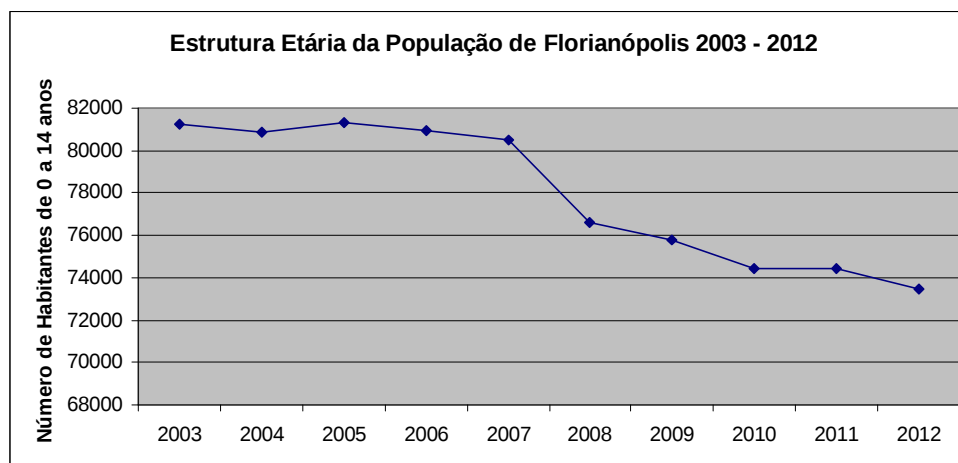
Para detalhar ainda mais a pesquisa referente à evolução populacional nesta faixa etária, foi feito, também, o levantamento ano-a-ano. Isto se fez necessário, pois os dados obtidos no SIAB estão tabulados anualmente, desde 2003 até 2013. Deste modo, chegou-se à tabela e ao gráfico apresentados a seguir.

**Figura 6** - Estrutura Etária da População de Florianópolis – de 2003 a 2012

|                                                                                                                                                                                                                                                         |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Estimativas populacionais utilizadas na publicação "Saúde Brasil 2012" - Santa Catarina<br>População residente por Município e Ano<br>Município: Florianópolis<br>Faixa Etária: Menor 1 ano, 1 a 4 anos, 5 a 9 anos, 10 a 14 anos<br>Período: 2003-2012 |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                         | 2003  | 2004  | 2005  | 2007  | 2007  | 2008  | 2009  | 2010  | 2011  | 2012  |
| < 15 anos                                                                                                                                                                                                                                               | 81240 | 80907 | 81339 | 80952 | 80498 | 76643 | 75768 | 75405 | 74463 | 73494 |
| Fontes:<br>2000 e 2010: IBGE - Censos Demográficos<br>2001-2009, 2011-2012: interpolação intercensitária e projeções.                                                                                                                                   |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |

Fonte: IBGE (2014)

**Figura 7** - Estrutura Etária da População de Florianópolis – de 2003 a 2012



Fonte: IBGE (2014)

Ora, o aumento do número de casos de distúrbio mental detectado em crianças, mesmo dentro de um cenário no qual o número absoluto de indivíduos desta população tenha diminuído, é, no mínimo, alarmante. Este crescimento no diagnóstico de casos pode ter trazido, como consequência, uma majoração na produção e no consumo da medicação utilizada no tratamento de tal patologia. Um desses medicamentos é o Metilfenidato.

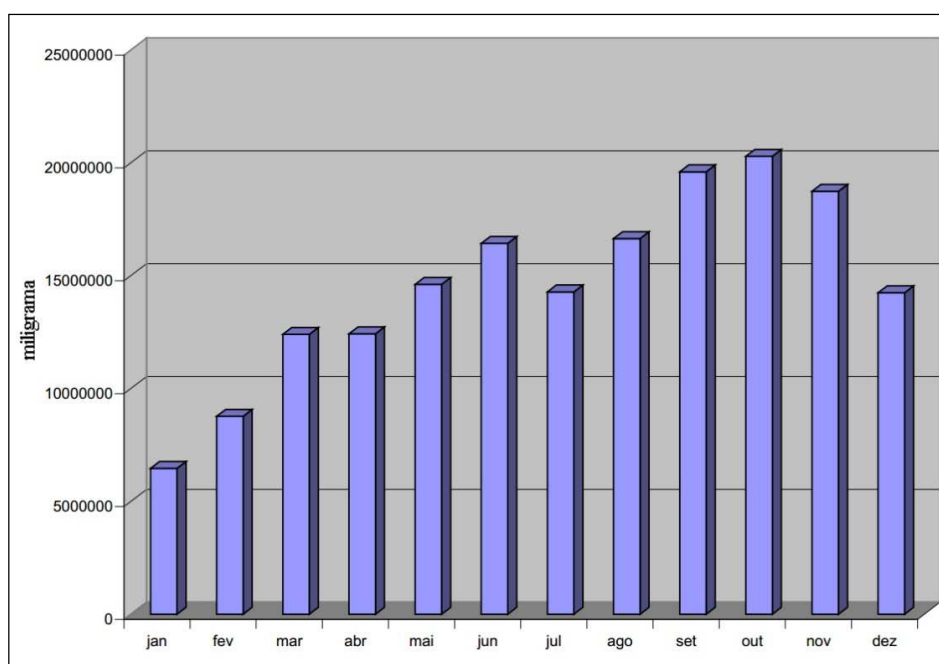
Para verificar a existência desta possível relação, foi realizada uma pesquisa em relatórios oficiais divulgados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, que, dentre outras prerrogativas funcionais, tem a responsabilidade de acompanhar a produção e o consumo de medicamentos controlados no Brasil, por meio do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados – SNGPC.



Periodicamente, o órgão disponibiliza relatórios técnicos que são informatizados para captura de dados e geração de informação, acerca da prescrição, dispensação e consumo de medicamentos sujeitos ao controle especial. Um desses relatórios pode ser encontrado em ANVISA (2009).

Com base no estudo do referido relatório, foi possível obter o gráfico a seguir (Figura 8), que mostra o consumo do medicamento (em miligramas) no Brasil no ano de 2009.

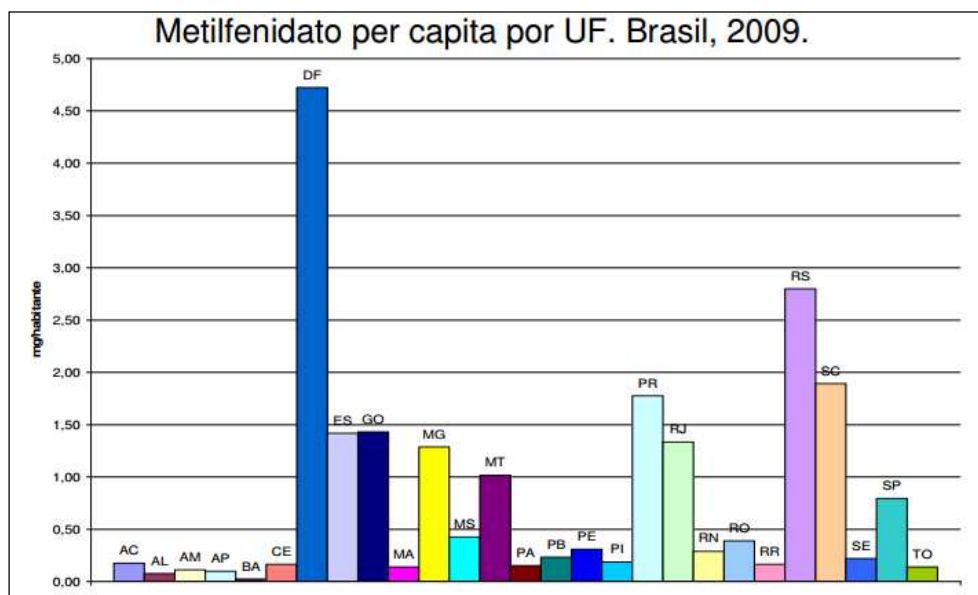
**Figura 8** - Consumo de Metilfenidato (Ritalina) no Brasil em 2009



Fonte: ANVISA (2009)

O Gráfico ilustrado na figura 9, também extraído de ANVISA (2009), refere-se à quantidade de consumo (em miligramas) do Metilfenidato per capita por unidade da federação no ano de 2009. Nele é possível perceber que o Estado de Santa Catarina encontra-se em terceiro lugar no “ranking”, o que pode indicar uma relação com os dados obtidos no SIAB e ilustrados no gráfico presente na Figura 4, mostrado anteriormente.

**Figura 9** - Consumo de Metilfenidato (Ritalina) per capita no Brasil em 2009



Fonte: ANVISA (2009)

Com base no referido documento, extraiu-se a tabela a seguir, a qual trata do consumo anual do medicamento industrializado no Brasil entre 2009 e 2011.

**Figura 10** - Consumo anual de metilfenidato industrializado no Brasil 2009 – 2011.

**Tabela 1** – Consumo anual de metilfenidato industrializado no Brasil entre 2009 e 2011.

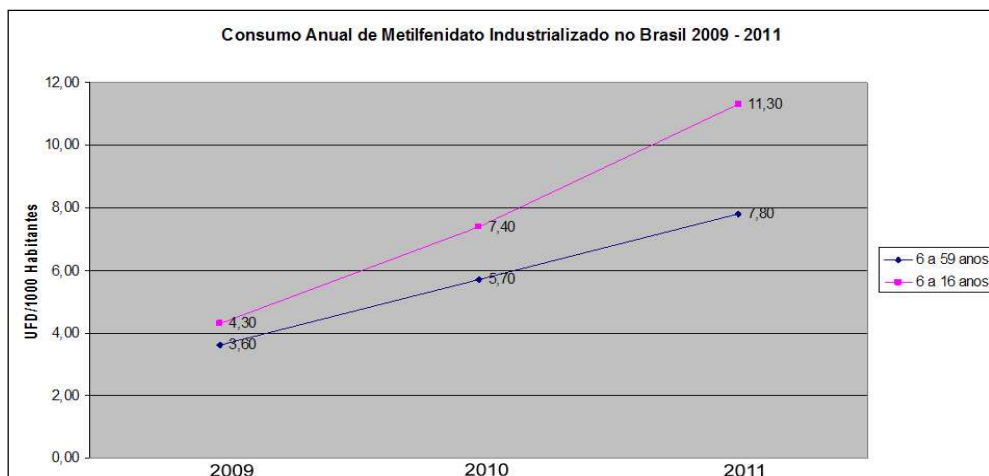
| Ano            | UFD       | Miligramas     | UFD/1.000 habitantes (6 a 59 anos) | UFD/1.000 crianças (6 a 16 anos) | DDD/ 1.000 crianças/ dia |
|----------------|-----------|----------------|------------------------------------|----------------------------------|--------------------------|
| 2009           | 557.588   | 156.623.848,00 | 3,6                                | 4,3                              | 0,39                     |
| 2010           | 881.959   | 266.092.536,00 | 5,7                                | 7,4                              | 0,67                     |
| 2011           | 1.212.850 | 413.383.916,00 | 7,8                                | 11,3                             | 1,03                     |
| Δ% (2009-2011) | 117,5     | 163,9          | 116,7                              | 162,8                            | 164,1                    |

UFD – Unidade física dispensada = caixa vendida do medicamento; DDD – Dose Diária Definida;  
 Δ% - variação percentual no período.  
**Fontes:** SNGPC/CSGPC/NUVIG/Anvisa; DATASUS/Ministério da Saúde.

Fonte: Adaptado de SNGPC (2012)

Observando-se a tabela, nota-se um aumento expressivo no consumo, sobretudo no que se refere à Unidade Física Dispensada – UFD (quantidade de caixas do medicamento) destinada a crianças de 6 a 16 anos, a qual registrou uma variação percentual de mais de 162 % no período. Esta variação é mais perceptível no gráfico ilustrado na Figura 11.

**Figura 11** - Consumo anual de metilfenidato industrializado no Brasil 2009 – 2011.



Fonte: Adaptado de SNGPC (2012)

Por fim, o relatório da ANVISA revela o consumo do medicamento por unidade da federação (Figura 12). Na região sul destaca-se o Estado de Santa Catarina, que passou de 26,51 UFDs em 2009 para 47,19 UFDs em 2011, um aumento de 78,04 %, que o coloca na segunda posição na região, ficando atrás apenas do Estado do Paraná, que registrou um aumento de 118,04 %.

**Figura 12** - Consumo anual por Estado: 2009 – 2011.

Tabela 2 – Consumo de metilfenidato industrializado nas Unidades da Federação agrupadas por regiões do país. Brasil, 2009-2011.

| UF                   | UFD/1.000 crianças_2009 | UFD/1.000 crianças_2010 | UFD/1.000 crianças_2011 | Δ% UFD/ 1.000 crianças (2009-2011) (A) | Δ% de arquivo XML (2009-2011) (B) | Diferença % (A - B)       |
|----------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------|
| <i>Região Sul</i>    |                         |                         |                         |                                        |                                   |                           |
| Paraná               | 34,49                   | 60,90                   | 75,20                   | 118,04                                 | 52,60                             | 65,44                     |
| Rio Grande do Sul    | 56,24                   | 90,13                   | 99,26                   | 76,50                                  | 74,10                             | 2,40                      |
| Santa Catarina       | 26,51                   | 41,73                   | 47,19                   | 78,04                                  | 53,50                             | 24,54                     |
| <b>Mediana geral</b> | <b>4,10</b>             | <b>7,61</b>             | <b>11,69</b>            | <b>121,82</b>                          | <b>90,20</b>                      | <b>8,33</b>               |
| <b>(Min. – Máx.)</b> | <b>(0,40-59,42)</b>     | <b>(0,96-105,72)</b>    | <b>(2,22-114,59)</b>    | <b>(-8,82-1.957,65)</b>                | <b>(36,70-500,60)</b>             | <b>(-168,12-1.457,05)</b> |

Δ% - variação percentual no período.  
Fontes: SNGPC/CSGPC/NUVIG/Anvisa; DATASUS/Ministério da Saúde.

Fonte: Adaptado de SNGPC (2012)

## 5 CONCLUSÃO

Após discorrer sobre o tema do presente trabalho, é preciso esclarecer que não se trata aqui de condenar a psicofarmacologia, atribuindo-lhe um caráter absolutamente danoso e maléfico, até porque pesquisadores têm constatado inegáveis sinais de melhora em alguns pacientes submetidos ao



tratamento com medicamentos que, inclusive, tornam possível a adesão à psicoterapia em casos considerados mais críticos. Nesta linha encontram-se Grevet, Cordioli e Fleck (2005), que afirmam que a utilização de psicofármacos associados a alguma modalidade de psicoterapia, como a terapia cognitivo-comportamental, tem eficácia estabelecida de forma mais consistente.

Todavia, o que se propõe é que se faça uma reflexão acerca do tema para que tais medicamentos sejam prescritos se – e somente se – forem de fato necessários. O que a pesquisa mostrou é que não é essa a situação corrente, posto que não só o diagnóstico de distúrbio mental aumentou, como cresceram também o consumo e a produção de alguns medicamentos relacionados a essas patologias. O alerta epidemiológico emitido pela ANVISA em 2012, bem como os inúmeros trabalhos acadêmicos dedicados ao tema, só vêm corroborar a tese defendida no presente trabalho.

O que se quer é evitar que sejamos vítimas de uma sociedade organizada por castas onde pessoas são pré-selecionadas, biologicamente e condicionadas psicologicamente a viverem em harmonia com as leis e regras sociais, conforme preconiza o “Admirável Mundo Novo” do escritor inglês *Aldous Huxley*. Na sociedade ficcional por ele criada, não existia conceito de família, por isso o Estado era responsável por “educar” as crianças, as quais eram submetidas a uma droga sem efeitos colaterais, chamada “soma”, destinada a acalmar as pessoas e torná-las mais dóceis e adeptas ao sistema em que viviam.

Por oportuno, cumpre-nos ponderar os dados obtidos, considerando que a base avaliada foi aquela disponível no SIAB referente apenas à cidade de Florianópolis, pois estes eram os dados mais consistentes, considerando que nas cidades do interior do Estado, o nível de subnotificação no sistema é alto. A coleta restringiu-se, também, às informações referentes ao sistema público de saúde, dada a dificuldade (senão impossibilidade) de aquisição de dados referentes às clínicas particulares, no que diz respeito à notificação de casos de doença mental em crianças.

Finalizando, vale citar o alerta do filósofo húngaro Peter Pál Pelbart, que teme pela medicalização da vida e pela psicopatologização da infância e diz que “ao se reduzir a existência ao seu mínimo biológico, o biopoder contemporâneo nos transforma em meros sobreviventes”. (PELBART, 2014).

## REFERÊNCIAS

ANVISA. **Resultados 2009**. Disponível em: <[http://www.anvisa.gov.br/sngpc/relatorio\\_2009.pdf](http://www.anvisa.gov.br/sngpc/relatorio_2009.pdf)> Acesso em: 20 mai. 2014.

AMORIM, C. **TDH (DDA): Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade**. Disponível em: <<http://www.dda-deficitdeatencao.com.br/oquee/index.html>> Acesso em: 20 mar. 2014.

ARAÚJO, J. **AUTISMO E TDH: A causa de distúrbios comportamentais**. Disponível em: <<http://autismo.nutricao.inf.br/2012/09/autismo-e-tdh-a-cao-de-disturbios-comportamentais/>> Acesso em 20 mar. 2014.

ATLAS BRASIL. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013**. Disponível em: <[http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil\\_print/florianopolis\\_sc](http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_print/florianopolis_sc)> Acesso em: 16 jun. 2014.

BERCHERIE, P. **Genesis de los conceptos freudianos**. Buenos Aires: Paidós, 1988.



BERLINCK, M. **Aspectos metapsicológicos das psicopatologias contemporâneas**. Fortaleza: Conferência sobre Psicologia, 2000.

CECCARELLI, Paulo. **O Sofrimento Psíquico na Perspectiva da Psicopatologia Fundamental**. Maringá: Revista Psicologia em Estudo, 2005.

COLLARES, C. A.L.; MOYSÉS, M. A. Controle e medicalização da infância. **Desidades: Revista Eletrônica de Divulgação Científica da Infância e Juventude**, 1, Dez. 2013. ISSN 2318-9282 Disponível em: <[http://desidades.ufrj.br/featured\\_topic/controle-e-medicalizacao-da-infancia/5/](http://desidades.ufrj.br/featured_topic/controle-e-medicalizacao-da-infancia/5/)> Acesso em: 10 abr. 2014.

CRF-SP. **Alerta para o Metilfenidato**. Disponível em: <<http://portal.crfsp.org.br/noticias/4518-alerta-para-o-metilfenidato.htm>> Acesso em: 20 mar. 2014.

DECOTELLI, Kely Magalhães; BOHRE, Luiz Carlos Teixeira; BICALHO, Pedro Paulo Gastalho. A droga da obediência: medicalização, infância e biopoder – notas sobre clínica e política. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, 33, n. 2, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932013\\_000200014&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932013_000200014&lang=pt)> Acesso em: 19 ago. 2014.

DONZELOT, J. (1986). **A polícia das famílias**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2 ed.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir**. Petrópolis: Vozes, 2007.

GREVERT, Eugênio Horácio, CORDIOLI, Grevet Aristides Volpato e FLECK, Marcelo P.A. **Psicofármacos: Consulta Rápida**. Porto Alegre, Artmed, 2005.

IBGE. **Censo 2010**. Disponível em: <[www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)> Acesso em: 13 jun. 2014.

KAMERS, Michele. **O Que Se Espera de Uma Criança Hoje? Crise da Autoridade, Renúncia Educativa e Medicalização na Infância**. Disponível em: <<http://www.apccuritiba.com.br/artigos/ed-26-o-que-se-espera-de-uma-crianca-hoje-crise-da-autoridade-renuncia-educativa-e-medicalizacao-na-infancia/>> Acesso em: 15 abr. 2014.

LUENGO, F. C. **A vigilância punitiva: a postura dos educadores no processo de patologização e medicalização da infância [online]**. São Paulo: Editora UNESP, 2010.

MANNONI, M. **A Criança, sua Doença e os Outros**. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

MEDEIROS, Tácito. **Uma História da Psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 1993.

MERLIN, Joaceri. **Saber Médico e Saber Psicanalítico**. Disponível em: <<http://www.escutaanalitica.com.br/saber.htm>> Acesso em: 20 abr. 2014.

MESQUITA, Régis. **Distúrbio de atenção TDAH, porque tem tanto erro no diagnóstico? (a importância do movimento para a saúde psíquica das pessoas)**. Disponível em: <http://www.psicologiaracional.com.br/2011/06/disturbio-de-atencao-tdah-porque-tem.html>



> Acesso em: 19 mar. 2012.

MORITZ, Nestor. **Inventor of Adhd's Deathbed Confession: "Adhd Is A Fictitious Disease."** Disponível em: <<http://www.worldpublicunion.org/2013-03-27-NEWS-inventor-of-adhd-says-adhd-is-a-fictitious-disease.html>> Acesso em: 19 mar. 2013.

OMS. CID-10 – **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento**. Porto Alegre, Artmed, 2010.

PELBART, Peter Pál. **Vida nua, vida besta, uma vida**. Disponível em: <<http://p.php.uol.combr/tropico/html/textos/2792,1.shl>> Acesso em: 14 abr. 2014.

PESSOTTI, Isaias. **O Século dos Manicômios**. São Paulo: Editora 34, 1996.

ROSSI, Liene Regina; RODRIGUES, Olga Maria Rolin. **Concepções dos professores do ensino fundamental sobre TDAH**. Scielo Books. Disponível em: <<http://books.scielo.Org/ id/kry5p/11>> Acesso em: Abr 2014.

ROTTERDAM, Erasmo de. **Elogio da Loucura**. São Paulo: Editora Martin Claret, 2001.

SIAB. **Sistema de Informação de Atenção Básica**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/SIABFSC.def>> Acesso em: 19 mar. 2014.

SILVA, Ana Carolina Pereira; LUZIO, Cristina Amélia; SANTOS, Kwame Yonatan Poli; YASUI, Silvio; DIONÍSIO, Gustavo Henrique. A explosão do consumo de ritalina. **Revista de Psicologia da UNESP**, P44. 2012. Disponível em: <<http://www2.assis.unesp.br/revpsico/index.php/revista/article/viewFile/174/298>> Acesso em: 14 abr. 2014.

SNGPC. Prescrição e Consumo de Metilfenidato no Brasil: Identificando Riscos para o Monitoramento e Controle Sanitário. **Boletim de Farmacoepidemiologia**, ano 2, n.2, jul./dez. 2012. Disponível em: <[http://www.anvisa.gov.br/sngpc/boletins/2012/boletim\\_sn\\_gpc\\_2\\_2012\\_corrigido\\_2.pdf](http://www.anvisa.gov.br/sngpc/boletins/2012/boletim_sn_gpc_2_2012_corrigido_2.pdf)> Acesso em: 19 mar. 2014.

XIMENES, Bruna Antunes de A. Ximenes. **Deficit de Atenção e Hiperatividade**. Disponível em: <[www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=277](http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=277)> Acesso em: 19 mar. 2012.

### THE CHILDHOOD MEDICALIZATION AND GROWTH PSYCHOTROPIC USE BY CHILDREN IN BRAZIL

**Abstract:** *This study refers to a survey conducted in databases from Brazilian Ministry of Health and the National Health Surveillance Agency publications, in order to identify the levels of diagnosis of mental disorders in children and the consequent prescription (and consumption) of psychotropic substances by individuals 0-14 years old. With the purpose of achieve this aim, these platforms have been studied in order to extract data about the mental health diagnosis for family. As to the production and consumption of substances, official reports of these bodies were used. From this survey, it was*



*concluded that the use of medications by children has grown substantially, to worrying levels, which led to health surveillance to issue warning reports about the subject, arousing the interest of the scientific community about this issue.*

**Keywords:** Medicalization. Childhood. Methylphenidate. Ritalin.