

EXIGÊNCIAS DE PRODUTIVIDADE NA ESCOLA E NO TRABALHO E O CONSUMO DE METILFENIDATO

TALES RENATO FERREIRA CARVALHO*

LUIZ CARLOS BRANT**

MARILENE BARROS DE MELO***

RESUMO: Este artigo é um ensaio teórico que apresenta diferentes estudos abordando as condições de produção do diagnóstico do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) e a eleição do metilfenidato como principal terapêutica. Analisou-se o consumo e utilização do medicamento como dispositivo de produtividade, descrevendo as tendências comuns de transgressão do seu uso. Discutiram-se as controvérsias que permeiam o diagnóstico de TDAH e o abuso do metilfenidato como sintoma da sociedade pós-industrial. Concluiu-se que o não cumprimento das exigências de bom desempenho na escola e no trabalho tem contribuído para a configuração do diagnóstico de TDAH. Nesse contexto, ocorre a busca pelo fármaco como estratégia para melhorar o desempenho cognitivo.

Palavras-chave: Educação. Trabalho. Medicalização social. TDAH. Metilfenidato.

SCHOOL AND WORK PRODUCTIVITY DEMANDS AND THE USE OF METHYLPHENIDATE

ABSTRACT: This study is a theoretical essay that presents different studies on the production conditions of the diagnosis of Attention Deficit Disorder/Hyperactivity Disorder (ADHD) and the election of methylphenidate as the main therapy. It analyses the consumption of methylphenidate and its use as a productivity device, describing common trends in the transgression of its use. A discussion on the controversies that permeate the diagnosis of ADHD and the abusive use of methylphenidate as a symptom of post-industrial society is also carried out. It was concluded that non-compliance with the requirements of good performance in school and at work has contributed to the

* Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras do Alto São Francisco (Fasf). Luz (MG) – Brasil.

** Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Belo Horizonte (MG) – Brasil.

*** Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESPMG). Belo Horizonte (MG) – Brasil.

Contato com os autores: <talesrenato@hotmail.com>

setting of ADHD diagnosis. In this context, the search for methylphenidate occurs as a strategy to enhance cognitive performance.

Key words: Education. Work. Social medicalization. ADHD. Methylphenidate.

LES EXIGENCES DE LA PRODUCTIVITE A L'ECOLE ET AU TRAVAIL ET LA CONSOMMATION DE METHYLPHENIDATE

RÉSUMÉ: Cet article est un essai théorique qui présente différentes études sur les conditions du diagnostic de trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) et le choix du méthylphénidate comme traitement principal. Nous avons analysé la consommation de méthylphénidate et son utilisation comme outil de productivité, tout en décrivant les tendances habituelles par rapport à la transgression de son usage. On a soutenu que pénétrer dans le diagnostic controversé du TDAH et l'abus de méthylphénidate comme un symptôme de société post-industrielle. On a conclu que la non-conformité avec les exigences de la bonne performance à l'école et au travail a contribué à l'établissement d'un diagnostic de TDAH. Dans ce contexte, la prescription de méthylphénidate se produit comme une stratégie visant à améliorer les performances cognitives.

Mots-clés: L'éducation. Travail. Médicalisation sociale. TDAH. Méthylphénidate.

Introdução

O marketing farmacêutico não se distingue dos outros no quesito criação de demanda para produtos. O que difere são singularidades, visando à produção do desejo de aquisição independentemente de sua real necessidade. Nele, a manipulação da busca por medicamentos não se faz apenas pela dimensão do desejo, mas, também, por meio de um complexo sistema de crença envolvendo aspectos da cultura e da instituição médica. Esta prática comercial persuasiva é peculiarmente maquiada, utiliza cores que fazem o público acreditar misticamente no alívio imediato do sofrimento. Criam-se estratégias para gerar demandas e desejos que poderiam permanecer adormecidos se não fosse a excessiva veiculação de soluções imediatas, paliativas e utópicas. A criação de demanda consumista gera conflitos de interesses que instigam campanhas apelativas, instaurando problemas de ordem ética e de saúde coletiva. A chamada "indústria do conhecimento" envolve laboratórios farmacêuticos e a produção de pesquisas tendenciosas (ANGELL, 2010; CAMARGO JR., 2009).

A produção do adoecimento por meio da veiculação da promessa de alívio rápido para as dores da alma tem se constituído estratégia massiva e dominante da indústria farmacêutica. A comercialização de antidepressivos, por exemplo, é inaugurada e sustentada com ampla veiculação de informações acerca dos sintomas da depressão. Para tanto, manifestações da tristeza e angústia são interpretadas como

transtornos ou déficits neuroquímicos, fazendo o sujeito acreditar que não são partes da própria vida, mas evidências de doença. A “indústria do conhecimento” divulga a existência de dispositivos químicos para suprimir o mal-estar. Essa mesma lógica é estendida ao psicoestimulante metilfenidato. Para embasar cientificamente a necessidade de intervenção farmacológica, veicula-se massivamente a existência de sinais e sintomas como: desatenção, inquietude, falta de concentração e desânimo em determinados grupos. Estes sintomas tornam-se elementos centrais de discursos médicos, que são apresentados como insuportáveis e dotados de elevada capacidade de comprometer as trajetórias escolares e profissionais.

Por meio de complexos processos identitários, algumas pessoas se vêm ou são diagnosticadas como portadoras destes sintomas, e outras entram em situação de conflito – “ser ou não ser” desatento/ hiperativo? Capturadas pelo dilema, incorporam discursos, reproduzem os sintomas introjetados. Na maioria das vezes, acreditam que são portadoras. Em uma consulta, é comum essas pessoas manifestarem queixas com as expressões que ouviram sobre a doença, contribuindo para a configuração do diagnóstico.

A sociedade ocidental contemporânea clama por soluções científicas e tecnológicas imediatas para situações existenciais de desconforto. Mergulhado na onipotência, o sujeito, tentando se colocar como senhor da vida e da morte, busca o bem-estar eterno no mercado onde se compra e vende de tudo, do remédio ao veneno. Esse mercado constitui cenário para uma ampla diversidade de atos: dos mais trágicos aos mais cômicos; de liberdade e dependência; de vida e morte. Ainda que, na aleatoriedade dos atos, alguns resistem e questionem o diagnóstico de doente, alegando que “antigamente as pessoas não tinham essa tal doença”.

As manifestações do sofrimento são tratadas cientificamente como transtornos, classificadas segundo os manuais de diagnósticos. Nomeadas por códigos reconhecidos internacionalmente, o seu portador torna-se membro de uma “comum-uniidade”. Funciona como uma senha – permite a entrada do sujeito em um grupo de “porta-dores” de um transtorno e, como tal, passa a ser usuário de fármacos e serviços indicados. Nessa situação, pacientes recebem cartões magnéticos para adquirirem medicamentos com desconto, o que permite saber se ele está comprando ou não e qual a periodicidade, tanto de aquisição quanto de prescrição. Esses e outros conjuntos de dispositivos fazem com que os indivíduos percam a sua identidade de sujeito em sofrimento e recebam um rótulo.

Quanto mais se amplia o campo da definição de uma patologia, maior é o contingente de pessoas diagnosticadas pelo agravo. A população se torna cada vez mais “adoecida” e consumidora de produtos e “cuidados” médicos. Pacientes-consumidores desqualificados por padrões de normalidade e diagnosticados como doentes.

Ampliar definições e elevar valores de referência do diagnóstico de uma doença, ainda que minimamente, significa expressiva alavancagem financeira para a “indústria do adoecimento”. Quanto maior o número de diagnósticos, quanto mais abrangente for definida a faixa estatística patológica, maior será o lucro. Moynihan e Henry (2006) e Moynihan e Cassels (2005) apresentam situações intrigantes sobre a “mercantilização da doença”. Para se venderem cuidados médicos, veicula-se o sofrimento como insuportável, propagam-se, efetiva e intensamente, os prejuízos ameaçadores da doença sobre a saúde plena – enviesadamente entendida, desde 1948, como “mais completo bem-estar”. Neste contexto, observamos esforços extraordinários para descrever e caracterizar o Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) em adultos, cujo “mal”, até recentemente, era diagnosticado e tratado apenas em crianças, como portadores (MOYNIHAN; HENRY, 2006).

É cada vez maior o número de manifestações de sofrimento, próprias da vida humana, com diagnósticos patologizantes, sobretudo no campo da saúde mental. Esse processo de transformação do sofrimento em adoecimento, segundo Brant e Minayo-Gomez (2008), tem, como uma de suas consequências, a monetarização da angústia através de compras e vendas de medicamentos para aliviá-la. Nesse contexto de interesses particularistas, investigamos a comercialização e utilização do metilfenidato, partindo da premissa de que o seu uso transcende negativamente os objetivos terapêuticos.

Identificamos o consumo do metilfenidato por pessoas reconhecidamente saudáveis. Algumas delas admitem consumi-lo como se fosse inócuo, verdadeiro acessório para a obtenção de “melhorias” no trabalho e na escola. Esses usuários servem-se desse derivado anfetamínico como *gadget* – um ilusório dispositivo potencializador para aumentar a produtividade (BRANT; CARVALHO, 2012).

O objetivo do estudo foi discutir o consumo do metilfenidato como “aditivo potencializador”, nos âmbitos da escola e do trabalho na era pós-industrial, e evidenciar influências de origem socioeconômica-cultural na medicalização de problemas da sociedade contemporânea, transformados em TDAH.

Metodologicamente, optamos pelo ensaio teórico, recorrendo à bibliografia nacional e internacional, buscando informações sobre prevalências do diagnóstico de TDAH e do uso do metilfenidato no Brasil e no mundo. Apresentamos diferentes estudos que abordavam as condições de produção do diagnóstico do TDAH e a eleição do metilfenidato como principal terapêutica. Descrevemos as tendências usuais de transgressão no consumo abusivo de metilfenidato. Discutimos as condições controversas que permeiam o diagnóstico de TDAH e o uso do metilfenidato como um sintoma da sociedade pós-industrial.

Potencializadores humanos: criação, liberdade e servilidade

Desde os alquimistas do mundo antigo, o homem buscou intensamente o elixir da vida e da juventude. A elaboração de poções mágicas, envolvida em um rico imaginário de superação dos limites da espécie humana, alimentava a esperança e instigava as pessoas a consumirem “sub-estâncias” com a certeza de estarem ingerindo o segredo da longevidade. Esses dispositivos eram verdadeiras panaceias constituídas por: misturas de diferentes compostos caseiros, excrementos ou matérias-primas como ouro e pedras preciosas, que estiveram fortemente presentes em toda a medicina culta, pelo menos até o final do século XIX (CARNEIRO, 2002).

Acreditava-se no poder de cura e perpetuação da vida por representações simbólicas. Alguns aplicavam sobre o próprio corpo o artefato com o formato da parte que se pretendia transformar ou tratar. Doenças eram medicadas com fragmentos oriundos de parte do organismo a ser curado. No caso, para recuperar uma perna, usava-se um fragmento deste membro, especialmente, aquela parte mais deteriorada – era a cura pela semelhança. Vegetais cilíndricos eram empregados como afrodisíacos, e nozes para aumentar o potencial do cérebro. Utilizavam-se substâncias extraídas de matérias-primas tanto nobres quanto bizarras. Essas, entre outras crenças, eram formas de uso corriqueiro do remédio que não passavam de placebo com elevada carga psicológica.

Atualmente, o medicamento depende da observação experimental. Os processos psicológicos envolvidos no valor simbólico do remédio, de crença do poder efetivo da farmacologia, agora estão centrados na legitimação que a ciência porta. A eficácia resolutive é reconhecida pela indicação terapêutica do fármaco – resultado de um diagnóstico prescritivo associado à representação do profissional como uma autoridade na área. Do mesmo modo que no passado, quando algumas substâncias eram imprescindíveis à saúde e vida por diversas convicções, o medicamento moderno, por ora, assume a posição de instrumento agregador de vitalidade, vida longínqua, saudável e produtiva.

Consumidores chegam, diariamente, até os balcões das farmácias para adquirirem as pílulas mágicas. Seus propósitos são prevenir e curar “males”, como indisposição, tristeza, desânimo, angústia, cansaço físico e mental, indiferente à real causa de tal sofrimento percebido. Dos elixires às pílulas mágicas, vivemos na sociedade do remédio. Conotações simbólicas revestem os medicamentos com sofisticados recursos de linguagem, sendo embalados por discursos ilusórios. Das prateleiras de farmácias e supermercados para as mãos do consumidor, são adquiridos como substâncias de elevada resolutividade para os males da vida. São ingeridos como pílulas do amor, da inteligência ou fortificante para o corpo, todos sob a aura de cientificidade.

Desde as últimas décadas do século XX, ganharam destaque as pílulas azuis e as do aprimoramento intelectual. As primeiras, verdadeiros afrodisíacos químico-científicos da farmacologia moderna (sildenafil), foram responsáveis pelo “aquecimento” das relações afetivo-sexuais por meio de promessas do esbanjamento viril, independentemente de qualquer diagnóstico clínico. As segundas (metilfenidato), empregadas, inicialmente, em crianças de idade escolar, desatentas e inquietas, tiveram seu uso estendido aos adultos – que discutem, ainda, a necessidade da adoção da medida farmacológica em pré-escolares. No mercado de trabalho, encontramos profissionais seduzidos pela expansão cognitiva e pelo aumento da resistência física que seriam proporcionados pelo consumo da “pílula da inteligência.” Pais de filhos com TDAH acreditam numa herança genética. Logo, necessitariam de tratamentos por se sentirem portadores de comportamentos semelhantes aos de suas crianças (MOYNIHAN; HENRY, 2006).

Na sociedade do autocuidado e do consumo, substâncias possibilitariam alívio rápido do sofrimento e estabelecimento de bem-estar pleno, contribuindo para a resolução rápida de problemas existenciais. Considerando que essas crenças de alívio são construídas na esfera da cultura, indagamos as consequências que as definições amplas de saúde, como a da OMS de 1948, podem ter sobre o imaginário das pessoas. “Se por um lado avança ao redefinir-se à dimensão social do processo saúde/doença, por outro, favorece a medicalização ao borrar, tornar imprecisos, os limites da doença” (SEVALHO, 2003, p. 7).

Neuroaprimoramento cognitivo farmacológico

Barros e Ortega (2011) utilizam os termos “aprimoramento cognitivo farmacológico” ou “neuroaprimoramento farmacológico” para designarem o uso reconhecidamente não terapêutico do metilfenidato. Para esses autores, no Brasil, não existem ainda conceitos, palavras ou expressões reconhecidas cientificamente para nomear esse tipo de consumo. O uso instrumental de remédios, drogas para turbinar o cérebro, neurologia cosmética, *doping* cerebral e drogas para a inteligência são expressões que existem apenas na mídia e na literatura internacional, ainda assim permeadas de interesses conflituosos.

Inúmeros diagnósticos de doenças mentais são associados às deficiências neuroquímicas, não levando em consideração as complexas interações entre processos subjetivos e aspectos sociais, culturais e econômicos envolvidos na vida em sociedade. A depressão e o TDAH são exemplos clássicos. Moynihan e Cassels (2005) afirmam ser assustador o número de pesquisas que demonstram apenas a importância de deficiências sinápticas.

No último quartel do século XX, Illich (1975) advertia que a expansão dos serviços médicos estava prestes a medicalizar a própria vida, esgotando a capacidade das pessoas de enfrentarem a realidade, o sofrimento e o medo da morte, transformando um enorme número de cidadãos sadios em doentes. Na primeira década do século XXI, assistimos à consolidação dessa conjectura veementemente cristalizada através da transformação do sofrimento em adoecimento. Esta negação do sofrimento como parte da vida humana ocorre no auge de uma sociedade globalizada que faz do sofrimento um tabu, que admite apenas a sua manifestação sob a forma de dor. O desfecho final é a medicalização de situações próprias do ato de viver (BRANT; MINAYO-GOMEZ, 2008). Essa é uma das formas em que o medicamento converte-se em um bem de consumo inescrupuloso e onipotente, sem precedentes na história.

O comércio de “aditivos” vitais sob a forma de anfetaminas foi fortemente evidenciado desde o advento da Segunda Guerra, quando foram utilizadas para aumentar a resistência física e reforçar a capacidade cognitiva de combatentes. Nos Estados Unidos da América, segundo Luna (2001), durante a década de 1950, empresas farmacêuticas vendiam grandes volumes destes medicamentos para empresas fictícias por meio dos correios, embora a prescrição fosse necessária para o uso medicinal. Conhecidas como “*pep pills*”, as drogas eram usadas, para fins não médicos, por muitos veteranos da guerra. Na década de 1960, alguns médicos em San Francisco começaram a prescrever injeções de anfetamina para o tratamento do vício em heroína. Outros médicos, conhecidos como “*script writers*”, emitiam prescrições anfetamínicas pelo custo de uma visita ao consultório. Entre outros usuários, incluíam-se: atletas, estudantes universitários e aqueles que desejavam perder peso rapidamente.

As anfetaminas pertencem a uma classe de estimulantes produzidos e comercializados tanto legal quanto ilegalmente. Entre os produtos farmacêuticos produzidos de forma legal, que às vezes são desviados para uso recreativo, encontra-se o metilfenidato – Ritalina e Concerta, marcas comercializadas no Brasil. Apesar da trajetória dessa substância, esses medicamentos são socialmente reconhecidos, por sua “excelência”, como os dispositivos terapêuticos mais indicados para o tratamento de TDAH, pela farmacoterapia, por aumentar a atenção e a cognição. Esta situação os transformou em perigosos *gadgets* – dispositivos para a exacerbação produtiva (BRANT; CARVALHO, 2012).

Metilfenidato: entre o sagrado e profano

A relação do homem com substâncias para “alavancar o espírito” é tão antiga quanto a humanidade, desprendendo-o de sua condição terrena e elevando-o a diferentes níveis de consciência. Na tentativa de alcançar um transe religioso, algumas

substâncias eram cultuadas como ferramentas sagradas, indispensáveis para estabelecer conexão, sobretudo, com os antepassados e entidades divinas. Na passagem do uso das substâncias fundamentadas na religiosidade, para um consumo ancorado na cientificidade, nos deparamos com transformações sociais e mudanças de objetivos. Do encontro com o outro (antepassado), passa-se à confrontação com o próximo – estabelecendo-se relações de competição mediadas por substâncias. Busca-se não mais elevação espiritual, mas melhoria cognitiva.

Vera e Soares (2009, p. 68) divulgaram uma pesquisa na qual os entrevistados se posicionavam, no primeiro momento, contra o oferecimento de medicamentos para crianças que não tenham deficiência. Contudo, cerca de um terço destes respondentes afirmaram que ficariam tentados em oferecer drogas a seus filhos, se descobrissem que os pais das demais crianças estivessem ofertando às deles para melhorar o desempenho.

Nessa perspectiva, o consumo atual do metilfenidato tem por finalidade: o refinamento de habilidades para a promoção de comportamentos apropriados, correção de respostas inadequadas, melhoria da atenção e da memória. De acordo com Mehta et al. (2000), essa substância, através da ação de sistemas neurotransmissores – dopamina e noradrenalina –, é eficaz na melhoria da função cognitiva, maximizando, assim, a capacidade de aprendizagem e o desempenho laboral. Essa exacerbação da capacidade cognitiva é percebida, também, pelos usuários saudáveis.

No TDAH, não existe um teste médico ou laboratorial confiável para o diagnóstico, e não há evidências definitivamente fortes de que a doença seja biologicamente determinada pela falta de mediadores químicos. Sena e Souza (2008) afirmam, porém, que há uma ampla comprovação experimental da participação de genes do sistema dopaminérgico na transmissão hereditária do TDAH, descrita por Swanson et al. (2007). No entanto, a influência do ambiente nos diagnósticos é inegável e extremamente importante. O aspecto é tratado, na literatura especializada, por Rotta (2006), Biederman (2005), Sagvolden et al. (2005), Vasconcelos et al. (2005) entre outros, que afirmam existir alterações comportamentais significativas, dependentes da interação dinâmica entre indivíduo e ambiente.

A terapêutica do TDAH ainda é acentuadamente medicamentosa. A prescrição do metilfenidato para o tratamento dobrou no Brasil, nos anos de 2009 a 2010, e continuou crescendo. Passou-se a acreditar que boa parte dos casos de baixo desempenho é causada pelo transtorno, e o diagnóstico se tornou mais comum e indiscriminado. Enquanto alguns pais acusam escolas de rotularem suas crianças, outros usam do diagnóstico para amordaçá-las, com a “droga da obediência” (DINIZ, 2009). A educação se exime de falhas institucionais, a produção e o consumo do medicamento exuberam, a saúde pública trata de seus “doentes” medicalizando-os,

a família se conforta em “lavar as suas mãos”, em propor ações “resolutivas” para seus problemas, e o capitalismo neoliberal se nutre com os frutos que cultivou. Embora seja recomendada a combinação de diferentes abordagens para o tratamento, a medicação é vista, ainda, como a base mais eficaz para o TDAH. Mesmo havendo uma atenção multidisciplinar no diagnóstico, as chances de equívocos não se extinguem. A constatação da doença pode ser influenciada por processos subjetivos do profissional.

A produção de uma doença, socialmente reconhecida como tal, depende tanto da discursividade do sujeito que a reproduz na consulta médica, numa fala já ouvida em outras instâncias, quanto do profissional que a diagnostica, conforme a sua formação e experiência profissionais. Costa (1983) define esse conjunto como “ordem médica”, cujo foco principal é a doença, suas causas, o combate e prevenção, advindo de uma ciência explicativa e passível de controle e intervenção. “De acordo com a antropologia médica, uma doença existe em função das teorias dominantes e dos contextos sociais correntes” (WALLACE, 1988, p. 138). Nessa perspectiva, doença pode significar saúde e vice-versa. A saúde é aquilo que pode ser útil a um homem ou a uma tarefa, ainda que, para outros, signifique doença.

Cypel (2003) analisa estas variáveis questionadoras relacionadas a critérios do diagnóstico de TDAH, sobre a subjetividade da avaliação. Revela que, sob os olhares de um determinado examinador nas mesmas circunstâncias, algo pode ser considerado comportamento inadequado e, para outro, pode não ser, observando-se um mesmo “paciente”. Assim, diferenças culturais favorecem apreciações distintas. Uma criança habituada em um ambiente educacional permissivo pode ser diagnosticada, por um examinador mais rígido, sugerindo o diagnóstico de TDAH com mais facilidade. Essa é uma entre as inúmeras adversidades disjuntivas do diagnóstico com a realidade.

Para a confirmação do TDAH, utilizam-se, sobretudo, os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-IV (APA, 2002). Avalia-se a evolução dos sintomas por um período de, pelo menos, seis meses, por meio de questionários para apurar sinais e sintomas clínicos. Na maioria das vezes, a “triagem da doença” inicia-se em instituições não médicas, como escola, trabalho e família. Esse tipo de abordagem contribui na fabricação do TDAH. Sanches et al. (2005) afirmam a existência de uma superestimação do diagnóstico, quando muitos dos pacientes seriam, na verdade, bipolares. Ou seja, indisposição, dificuldades de aprendizagem ou, mesmo, falta de atenção podem estar relacionadas a quaisquer outras condições que não têm absolutamente nada a ver com o transtorno, tais como: ansiedade, problemas familiares e sociais, nível intelectual, diferentes graus de surdez, entre outros problemas, havendo “exageros de diagnósticos” (SCHWARTZMAN, 2001).

Sena e Souza (2008) afirmam que não é esclarecido o que se entende por “frequentemente”, nos sintomas de TDAH listados pelo manual, o que pode acarretar discrepâncias no julgamento clínico de diferentes profissionais. Alguns autores, no entanto, propõem que os sintomas devam ocorrer mais vezes que não seja na situação sob a investigação, para serem considerados frequentes (ROHDE et al., 2004).

O discurso da existência de uma desordem neuroquímica a ser remediada beneficia empresas que comercializam produtos de efeitos indesejados, e constitui uma estratégia para que eles sejam socialmente reconhecidos como medicamentos. Promover discussões que favoreçam o uso desses remédios reorganizadores do sistema nervoso central, tanto no meio científico quanto nos de comunicação de massa, constitui uma estratégia mercadológica que privilegia sempre o mais forte da relação de consumo, prejudicando os mais frágeis e vulneráveis.

Segundo Moynihan e Cassels (2005), antes de persuadir que o TDAH acometia também os adultos e antes da própria aprovação do uso do medicamento para esse público, o *marketing* farmacêutico, através de publicações, já havia convencido os médicos da necessidade de medicação para a referida faixa etária.

Metilfenidato na escola: Concerta, Ritalina

Segundo Diller (1996), nos Estados Unidos, o número de crianças em idade escolar fazendo uso de metilfenidato ultrapassa as estimativas mais elevadas de prevalência de TDAH registradas. Os sintomas do “transtorno” mais difundidos são: a inquietação, ou conhecida “bagunça”, distração, desinteresse e a impulsividade gerada pela falta de limites. Farah et al. (2004) afirmam que o reforço da função neurocognitiva normal, por meios farmacológicos, já é fato, desde o ensino fundamental até a universidade. O seu consumo tem por objetivo aumentar a capacidade de concentração. Observa-se a prescrição de metilfenidato, como estimulante, para estudantes universitários sem diagnóstico de TDAH. A estimativa de consumo nesse grupo de usuários chega a 16% em alguns campi americanos.

No Brasil, estudos epidemiológicos de prevalência global de TDAH revelam taxas entre 3,5% a 8,0% na população escolar (POSSA et al., 2005; CYPEL, 2003). Fontana et al. (2007) realizaram avaliações em escolas e encontraram uma prevalência bem mais elevada (13%) do que a tradicionalmente mensurada, entre 3 a 5% das crianças (FONTANA ET AL., 2007; APA, 2002; SMITH; STRICK, 2001). Existem poucos dados sobre a prevalência na adolescência e idade adulta (APA, op. cit.).

Vasconcelos et al. (2003) encontraram TDAH em mais de 17% dos estudantes em uma escola pública primária brasileira de Porto Alegre (RS). Meister et al. (2001) concluíram TDAH como diagnóstico final mais frequentemente nas avaliações

psicológicas realizadas com alunos que apresentam dificuldade de aprendizado nas primeiras e segundas séries do ensino fundamental numa escola pública em Curitiba. Nesse estudo, cada caso foi analisado e julgado por uma equipe multidisciplinar, incluindo médico, pedagogo, assistente social e psicólogo. Foi constatado que 39,1% dos sujeitos tinham TDAH. Esses últimos autores citam que o resultado está de acordo com a literatura, que demonstra a incidência, em crianças em idade escolar, de cerca de 40% (JELLINEK, 1988), e observaram que 25% delas evoluem para dificuldades de aprendizagem. Todo esse contexto configura o TDAH como uma das condições crônicas mais prevalentes e controversas na faixa etária pediátrica, apresentando variações discrepantes em diversas pesquisas até então realizadas.

Para Greely et al. (2008), em campi universitários é comum alunos – com fortes argumentos em defesa de suas práticas – comprarem e venderem medicamentos, não para tratar doenças, mas com intuito de obterem notas mais altas, vantagens sobre os colegas ou para aumentar a capacidade de aprendizagem. Os autores alegam que essa “melhoria cognitiva” tem muito a oferecer à sociedade. Dessa forma, os usuários estão respondendo ao que a sociedade espera deles: uma produtividade a qualquer custo, ainda que seja apenas um semblante de produção. “Há quem use o medicamento simplesmente para manter-se desperto durante longas jornadas de trabalho ou estudo”; “Jovens em busca de euforia química e meninas ávidas por emagrecer estão usando remédio sem dispor de receita médica” (DINIZ, 2009, p. 4).

Greely et al. (2008) discutem a necessidade de sensibilização do Poder Legislativo e de órgãos regulatórios no favorecimento da modalidade do consumo de metilfenidato para um uso “consciente ou responsável”, sem que haja a necessidade de prescrição médica. Os autores alegam que existem casos específicos de procura, em observância de analogias, com discursos dentro de preceitos éticos sociais. Eles remontam, assim, à existência da chamada “neurologia cosmética”. Esta situação pode ser entendida como uma maquiagem. Seria uma oferta de medicação a jovens, como se estivesse cuidando da nutrição de atletas, visando sua excelência no preparo físico, ou como se estivesse oferecendo boa educação aos filhos. As intenções são sempre as melhores possíveis no afã de se alcançarem excelentes resultados. Acontece que medicamento não é *blush*, nem suplemento alimentar e nem boa escola.

Expectativa de elevado desempenho no trabalho

Vivemos em uma sociedade marcada por uma elevada exigência de produtividade em curto prazo e com baixo custo. Os cidadãos são capturados pela escassez de tempo para desempenharem atividades cada vez mais complexas em um mercado altamente competitivo. Exige-se, também, que as pessoas possam superar a si mesmas. Aqueles que não se enquadram nesse padrão, por razões diversas,

sentem-se inseguros e, ao manifestarem seus sofrimentos, são rotulados de doentes. No mundo do desemprego estrutural, ninguém se sente seguro diante da pressão por produtividade e resolutividade (BAUMAN, 2001).

Com o trabalho contemporâneo, busca-se não apenas a disciplinarização de corpos, mas, também, do desejo do trabalhador. A implantação de algumas melhorias das condições laborais, como a adoção de pausas para ginástica durante o expediente, não se deve apenas ao bem-estar do sujeito ser tomado como um valor em si, mas é um meio de aumentar a produtividade (OLIVEIRA, 2008).

O trabalhador, na luta para aumentar a sua capacidade laboral, minimizar a percepção da fadiga e estender sua permanência em situação de trabalho, tem buscado substâncias químicas como estratégia para alcançar esses objetivos. Greely et al. (2008) descrevem o cotidiano de médicos que recebem pedidos de prescrição de reforçadores cognitivos. Estes prescritores alegam que os pacientes realçam, exageram e fabricam relatos sobre os sintomas de TDAH. Alguns pacientes solicitam francamente o receituário, quando dizem: “Eu sei que não se satisfazem os critérios de diagnósticos para TDAH, mas às vezes tenho dificuldade de concentração e de organização. Ter Ritalina à mão me ajudaria nos dias em que eu realmente preciso estar de cima das coisas no trabalho” (idem, 2008, p. 704). Esses pacientes-trabalhadores reafirmam seus desejos de serem melhores e mais competitivos. Os próprios médicos podem ter dificuldades de perceber os riscos contidos nessa demanda, uma vez que os mesmos também são pressionados pelo mal-estar da Modernidade e convivem com tensões semelhantes às de seus pacientes-usuários – para darem conta do corre-corre entre plantões, estudos de caso e pesquisas.

Dessa forma, o psicoestimulante parece ser o melhor atalho para a resolução de problemas, quando o processo de formação escolar e de trabalho não está em sintonia com as exigências do “capitalismo tardio e mundial integrado” (GIDDENS, 2000; GUATTARI, 2000). Os usuários de metilfenidato são, geralmente, pessoas que apresentam modos de ser, viver ou produzir de maneiras diferentes – para mais ou para menos, no interior da família, da escola ou do trabalho. Encontramos o seguinte depoimento de um gerente executivo sobre o uso de metilfenidato: “Eu recomendaria o remédio para alguns dos meus funcionários mais lentos, para que eles acompanhassem meu ritmo” (VERA; SOARES, 2009 p. 68-69). Sabe-se que, no âmbito da gestão, a ansiedade, tensão e preocupação relacionadas à possibilidade de perda do cargo constituem as manifestações mais frequentes do sofrimento.

Trabalho e estudo: fonte de sofrimento

A despeito do adoecimento e conseqüente medicalização, Brant e Minayo-Gomez (2008, p. 214) afirmam que “na atualidade parece existir uma tendência de banir

o sofrimento do mundo”. Distração, sentimento de desorganização, baixa produtividade, frustração, entre outras manifestações da vida em sociedade, são confundidas com doença na contemporaneidade, com seus modos de vida conturbados, estressantes, exigentes e fugazes. Essas manifestações são consideradas desvios, transtornos ou anormalidades. Ou seja, ausências ou respostas abaixo do esperado para um indivíduo. A repetição desse padrão e os déficits de funções fisiológicas são, em muitos casos, elementos suficientes para a configuração de um diagnóstico patológico, seguido de intervenção farmacológica.

Esse adoecimento forjado discrimina, estigmatiza e exclui o sujeito nos âmbitos da educação e do trabalho, e o inclui no rol dos portadores de algum transtorno. Essa patologização estabelece diferentes paradigmas que favorecem discursos de interesse comercial e a medicalização das manifestações do sofrimento por instituições – médicas, empresariais e escolares –, através da prescrição indiscriminada, que envolve profissionais da saúde, gestores, trabalhadores, educadores, discentes e familiares.

É nesse sentido que se pode entender o encaminhamento do paciente improdutivo, diante das expectativas da instituição que detém o controle dos corpos. Sujeitos são encaminhados para a psiquiatria/neurologia induzidos ao diagnóstico de um distúrbio. São “tratados” com uma substância-mercadoria supervalorizada, como se pudesse transformar a realidade. Por fim, fenômenos contingentes à existência humana vêm sendo diagnosticados como transtornos psiquiátricos e neuroquímicos.

Considerações finais

A produção do adoecimento tanto no trabalho quanto na escola extrapola as funções institucionalmente estabelecidas e cria elos discursivos (jogos de percepções) com os profissionais da saúde, que contribuem para a configuração do diagnóstico, numa complexa trama em torno do processo estudo-trabalho-doença-cuidado. Essa posição de “fabricação do doente”, muitas vezes, tem o apoio da família que, diante do incômodo das condutas estranhas – não esperadas para aquele ente –, incorpora-o à ordem médica.

Tanto o “doente” quanto o “não doente” não existem em si, como um dado da natureza ou da cultura, são frutos de práticas discursivas. O sujeito que recebe o diagnóstico médico de doente tende a responder a este como tal e, dificilmente, o retruca como não doente, dadas a hegemonia e a força do discurso biomédico da sociedade contemporânea (BRANT, 2004). Numa cultura marcada pelo imediatismo utilitário, o sofrimento e o fracasso no trabalho ou na escola são vistos como sinais de doença, transtorno ou déficit.

Aquilo que diz respeito ao paciente sobre a sua classificação não se baseia apenas no que se reconhece nele por manuais. O que se incorpora nele está sempre aliado às influências de alienações rizomáticas do observador. No tratamento desses que sofrem do “mal-estar da pós-modernidade”, existe uma gama de profissionais que não dispõe de tempo e condições suficientes, numa consulta, para vê-los e reconhecê-los como sujeitos, mas, sim, inseridos no *frame* teórico-metodológico da formação acadêmica disciplinar, que os reduz, reproduz e desfigura, segundo os diversos graus de miopia.

O deslumbre dessa realidade semiótica, que somente o prisma da interdisciplinaridade (ou, quem sabe, da transdisciplinaridade) é capaz de captar com seu corpo lenticular próprio, é anteposto pela visão turva de projeções de imagens caleidoscópicas que produzem ações fragmentadas e distorcidas. É possível deduzir que o profissional da saúde observa ilusoriamente o indivíduo que o procura, pois a doença a ser diagnosticada não está propriamente no paciente, situa-se em outro lugar: no discurso biomédico instituído. O profissional procura localizar, no paciente, as evidências daquilo que está descrito em seus manuais ou nas práticas discursivas. Uma vez localizadas, o sujeito torna-se portador de sintomas, conseqüentemente, um doente.

Se os processos eugênicos de anulação e aniquilação do mais fraco e menos adaptável já não são mais possíveis, as instituições que detêm o poder sobre o mais frágil parecem ter aprendido a forjar esses mesmos processos por um dispositivo menos impactante aos olhos, sutil à percepção notória e não isento de efeitos negativos e prejudiciais: a medicalização farmacológica. Numa ostensiva tentativa de transformar as pessoas – no que elas não são, mas no que o mais forte e adaptável “ao meio” (ambiente e normalidade estatística) espera delas, na escola e trabalho.

O objetivo da indústria da doença é estabelecer uma ligação entre a manifestação de sofrimento das pessoas e o medicamento, através do adoecimento, de maneira que possa aperfeiçoar a produção de doenças e, por conseqüência, as instâncias produtivas e comerciais. Inexistindo ciência neutra, explora-se a nossa mais profunda fragilidade – medo da morte, da decadência física e da doença. “O homem contemporâneo está mais escravizado aos remédios do que às enfermidades” (ANDRADE, 1980).

O processo de transformação do sofrimento em adoecimento contribui para a produção de uma cultura de sujeitos doentes, carentes e necessitados de cuidados profissionais. Forja-se, assim, uma sociedade não apenas disciplinar e do controle, mas, também, do espelho. Narciso não reconhece a si mesmo, nada sabe de si.

Concluimos que, na sociedade contemporânea, muitos indivíduos de um mesmo grupo não se reconhecem entre si, convivem como estranhos de um único

ninho. As diferenças nos âmbitos da família, da escola e do trabalho tornam-se estigmas diante do olhar do outro. Diante de tal incômodo, a resposta imediata é a prescrição farmacológica mediada pelo discurso das neurociências. Logo, o adoecimento se cristaliza no diagnóstico e no tratamento do TDAH em nome da busca por uma melhoria cognitiva, para que, num futuro breve, o “sujeito” possa “brilhar” com sua espetacular *performance*.

Referências

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 4. ed. rev. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.

ANDRADE, C.D. O homem e o remédio: qual o problema. *Jornal do Brasil*, Rio de Janeiro, 26 jul. 1980.

ANGELL, M. *A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos*. 5. ed. Rio de Janeiro: Record, 2010.

BARROS, D.; ORTEGA, F. Metilfenidato e aprimoramento cognitivo farmacológico: representações sociais de universitários. *Saúde & Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 350-362, 2011.

BAUMAN, Z. *Modernidade líquida*. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

BIEDERMAN, J. ADHD: a selective overview. *Biology Psychiatry*, v. 57, n. 11, p. 1215-1220, 2005.

BRANT, L.C. A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 213-23. 2004.

BRANT, L.C.; CARVALHO, T.R.F. Metilfenidato: medicamento *Gadget* da contemporaneidade. *Interface*, Botucatu, v. 16, n. 42, p. 623-35, 2012.

BRANT, L.C.; MINAYO-GOMEZ, C. Da tristeza à depressão: a transformação de um mal-estar em adoecimento no trabalho. *Interface*, Botucatu, v. 12, n. 26, p. 667-76, 2008.

CAMARGO JUNIOR., K.R. Public health and the knowledge industry. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 6, p. 1078-1083, 2009.

CARNEIRO, H. *Amores e sonhos da flora: afrodisíacos e alucinógenos na botânica e na farmácia*. São Paulo: Xamã, 2002.

COSTA, J.F. *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Graal, 1983.

CYPEL, S.A. *Criança com Déficit de Atenção e Hiperatividade: atualização para pais, professores e profissionais da saúde*. 2. ed. São Paulo: Lemos, 2003.

DILLER, L.H. The run on Ritalin: attention deficit disorder and stimulant treatment in the 1990s. *Hastings Center Report*, New York, v. 26, n. 2, p. 12-18, 1996.

DINIZ, M. Os equívocos da infância medicalizada. In: FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS E A CRIANÇA-SUJEITO, 7., 2008, São Paulo. *Proceedings online*. 2009. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000032008000100056&lng=en&nrm=abn>. Acesso em: 30 out. 2012.

FARAH, M.J. et al. Neurocognitive enhancement: what can we do and what should we do? *Nature Reviews Neuroscience*, London, v. 5, p. 421-425, 2004.

FONTANA, R.S. et al. Prevalência de TDAH em quatro escolas públicas brasileiras. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, Porto Alegre, v. 65, n. 1, p. 134-137, 2007.

GIDDENS, A. *Mundo em descontrole: o que a globalização está fazendo de nós*. Rio de Janeiro: Record, 2000.

GREELY, H. et al. Towards responsible use of cognitive-enhancing drugs by the healthy. *Nature*, London, v. 456, n. 7223, p. 702-705, 2008.

GUATTARI, F. *As três ecologias*. Campinas: Papirus, 2000.

ILLICH, I. *A expropriação da saúde: Nêmesis da Medicina*. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975. p. 164.

JELLINEK, M. et al. Pediatric symptom checklist: screening school-age children for psychosocial dysfunction. *The Journal of Pediatrics*, Saint Louis, v. 112, n. 2, p. 201-209, 1988.

LUNA, G.C. Use and abuse of amphetamine-type stimulants in the United States of America. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, DC, v. 9, n. 2, p. 114-122, 2001.

MEHTA, M.A. et al. Methylphenidate enhances working memory by modulating discrete frontal and parietal lobe regions in the human brain. *The Journal of Neuroscience*, Baltimore, v. 20, n. 65, p. 1-6, 2000.

MEISTER, E.K. et al. Learning disabilities: analysis of 69 children. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, Porto Alegre, v. 59, n. 2b, p. 338-341, 2001.

MOYNIHAN, R.; CASSELS, A. *Selling sickness: how the world's biggest pharmaceutical companies are turning us all into patients*. New York: Nation Books, 2005.

MOYNIHAN, R.; HENRY, D. The fight against disease mongering: generating knowledge for action. *PLoS Medicine*, v. 3, n. 4 p. 428, 2006.

OLIVEIRA, M.B. A avaliação neoliberal na universidade e a responsabilidade social dos pesquisadores. *Scientiae Studia*, São Paulo, v. 6, n. 3, p. 379-387, 2008.

POSSA, M.A. et al. Comorbidades do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade em crianças escolares. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, Porto Alegre, v. 63, supl. 2-B, p. 479-483, 2005.

ROHDE, L. et al. TDAH na infância e na adolescência: considerações clínicas e terapêuticas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 124-131, 2004.

ROTTA, N. Transtorno da atenção: aspectos clínicos. In: ROTTA, L.; OHLWEILER, E.; RIESGO, R. (Org.). *Transtornos da aprendizagem: abordagem neurobiológica e multidisciplinar*. Porto Alegre: Artmed, 2006.

SAGVOLDEN, T. et al. A dynamic developmental theory of ADHD predominantly hyperactive/impulsive and combined subtypes. *Behavioral and Brain Sciences*, Cambridge, v. 28, n. 3, p. 397-419, 2005.

SANCHES, R.F. et al. Impacto da comorbidade no diagnóstico e tratamento do transtorno bipolar. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 32, sup. 1, p. 71-77, 2005.

SCHWARTZMAN, J.S. *Transtorno de Déficit de Atenção*. São Paulo: NeuroFácil, 2001. v. 1.

SENA, S.S.; SOUZA, L.K. Desafios teóricos e metodológicos na pesquisa psicológica sobre TDAH. *Temas em Psicologia*, Ribeirão Preto, v. 16, n. 2, p. 243-259, 2008.

SEVALHO, G. O medicamento percebido como objeto híbrido: uma visão crítica do uso racional. In: ACURCIO, F.A. (Org.) *Medicamentos e assistência farmacêutica*. Belo Horizonte: Coopmed, 2003. 136p.

SMITH, C.; STRICK, L. *Dificuldades de aprendizagem de A a Z*. Porto Alegre: Artmed, 2001.

SWANSON, J. et al. Etiologic subtypes of ADHD: brain imaging, molecular genetic and environmental factors and the dopamine hypothesis. *Neuropsychology Review*, v. 17, n. 1, p. 39-59, 2007.

VASCONCELOS, M. et al. Prevalência do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade numa escola pública primária. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, Porto Alegre, v. 61, n. 1, p. 67-73, 2003.

VASCONCELOS, M. et al. Contribuição dos fatores de risco psicossociais para o TDAH. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, Porto Alegre, n. 63, v. 1, p. 68-74, 2005.

VERA, A.; SOARES, D. A nova onda de remédios para o cérebro. *Época*, São Paulo, n. 573, p. 64-76, maio 2009.

WALLACE, E.R. What is truth?: some philosophical contributions to psychiatric issues. *American Journal of Psychiatry*, Washington, DC, v. 145, n. 2, p. 137-147, 1988.

Recebido em 15 de março de 2013.

Aprovado em 20 de agosto de 2013.