

A prescrição banalizada de psicofármacos na infância

Daniele de Andrade Ferrazza¹

Luiz Carlos da Rocha²

Heloísa Maria Heradão Rogone³

Faculdade de Ciências e Letras da UNESP-Assis

RESUMO: Atualmente, qualquer sinal de mal-estar pode ser diagnosticado como uma patologia cuja terapêutica será a administração de psicofármacos. A prescrição abusiva de psicofármacos não atinge apenas os adultos, mas também o mal-estar das crianças tem encontrado uma resposta pronta naquele saber autoritário que não resiste à compulsão de medicar. Preocupado com esse processo de medicalização, este trabalho apresenta, através de um estudo de caso de uma criança longamente submetida a uma medicação questionável, uma reflexão crítica sobre a condução de terapêuticas que tendem a produzir pacientes medicados em série, sem abordar a constituição subjetiva do sujeito.

PALAVRAS-CHAVE: medicalização; infância; psicofármacos.

¹ Daniele de Andrade Ferrazza é mestre pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia da Faculdade de Ciências e Letras, da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho UNESP - Assis-SP. Avenida Dom Antônio, 2100. CEP: 19806-900. Assis-SP.

Departamento de Psicologia da Faculdade de Ciências e Letras - UNESP.

Tel.: (18)33242236 e (18)97881873

Email: danieleferrazza@yahoo.com.br

² Dr. Luiz Carlos da Rocha é professor do curso de Psicologia da Faculdade de Ciências e Letras, UNESP - Assis-SP.

³ Dra. Heloísa Maria Heradão Rogone é professora do curso de Psicologia da Faculdade de Ciências e Letras, UNESP - Assis-SP

Apresentação

O presente trabalho visa problematizar, através de observações psicossociais sobre um caso de atendimento clínico a uma criança, a banalização da prescrição de psicofármacos e sua preocupante extensão recente à infância.

Considera-se, neste estudo, que atualmente atravessamos uma circunstância em que qualquer sinal de sofrimento psíquico pode ser rotulado como uma patologia cujo tratamento será a imediata administração de psicofármacos. Trata-se de um processo de psiquiatrização da vida social que tende a transformar todo o mal-estar psíquico em doença, fato correlato a uma tendência normativa da supervalorização de concepções biológicas do sofrimento psíquico fundadas em hipóteses neurológicas e genéticas, fatores que incentivam e generalizam o tratamento baseado em recursos farmacológicos. (Legnani & Almeida, 2008; Guarido, 2007; Quinet, 2001; Birman, 2000; Luzio, 2000).

No atendimento pautado por esse reducionismo, o paciente apresenta seu mal-estar existencial, suas dificuldades ou queixas ao especialista, que as associa a uma listagem sindrômica vinculada a uma rotulação diagnóstica que deve ser tratada com determinados medicamentos psicofarmacológicos. Esta tem sido a mecânica da clínica contemporânea. Pode-se, no entanto, considerar essa conduta como o próprio abandono da clínica:

Fundar uma prática de diagnóstico com base no consenso estatístico de termos relativos a transtornos - que, por conseguinte, devem ser eliminados com medicamentos - é abandonar a clínica feita de sinais e sintomas que se liguem à uma estrutura clínica, ou seja, a estrutura do próprio sujeito. (Quinet, 2003, p. 75)

O próprio ato de receber a receita médica e utilizar o psicofármaco pode atuar de maneira a promover a desresponsabilização e despolitização do sujeito em relação a seu próprio sofrimento psíquico, o que, para Bogochvol (2001), está relacionado a um evidente processo de biologização que atualmente tende a transformar qualquer mal-estar existencial em doença. Os medicamentos reduzidos a algo trivial, transformados em uma “droga da felicidade”, são prescritos e utilizados como solucionadores mágicos de um sofrimento cujas bases vivenciais paciente e profissional parecem fazer questão de desconhecer. Édouard Zarifian, citado por Roudinesco (2000, p. 24), comenta essa tendência psiquiátrica de prescrever medicamentos em qualquer situação em que as pessoas se sentem infelizes: “quantos médicos receitam tratamentos antidepressivos a pessoas que estão simplesmente tristes e desiludidas e cuja ansiedade levou a uma dificuldade de dormir!”. Na mesma linha, para Roudinesco (2000), qualquer pessoa que relate algum desconforto psíquico estará sujeita à prescrição de psicofármacos:

Hoje em dia, (...) a psicofarmacologia tornou-se, a despeito dela mesma, o estandarte de uma espécie de imperialismo. De fato, ela permite que todos os médicos - em especial os clínicos gerais - abordem da mesma maneira todo tipo de afecções, sem que jamais se saiba de que tratamento elas dependem. Assim, psicoses, neuroses, fobias, melancolias e depressões são tratadas pela psicofarmacologia como um punhado de estados ansiosos, decorrentes de lutos, crises de pânico passageiras, ou de um nervosismo extremo, devido a um ambiente difícil. (Roudinesco, 2000, p. 23).

Consumidos pela população, os psicofármacos passam a dar forma e significados às vidas cotidianas de maneira a, conforme Coser (2003), proporcionarem estratégias de anulação do subjetivo:

...a prescrição indiscriminada de psicotrópicos, regulada pela ética do consumo característica da economia de mercado vigente, permanentemente referendada pela ciência, é fomentada, o que possibilita criar tecnologias de ser e existir que muitas vezes asseguram estratégias de demissão subjetiva, surpreendentemente comuns. (Coser, 2003, p.13)

Apresentação de um caso clínico

Apresenta-se aqui o caso de Laura (nome fictício), uma menina de seis anos de idade levada a uma clínica psicológica universitária por sua mãe que, sobre ela, apresenta um conjunto de queixas de problemas escolares, sugestivas de dificuldades de aprendizagem e de relacionamento social. Na escola, a professora teria apontado alguma dificuldade de Laura em acompanhar os outros alunos, além de não se relacionar bem com as demais crianças de sua sala. Conforme a mãe de Laura, foram essas observações da professora que a conduziram a buscar auxílio psicológico para a filha.

Mas não fora esta a primeira vez que preocupações com a saúde da filha a levavam a procurar auxílio especializado. Antes mesmo que completasse um 1 ano de idade, a mãe de Laura a levava a um neuropediatra para solicitar o tratamento para ‘um comportamento agitado e agressivo’ e um suposto ‘atraso de desenvolvimento’ que, conforme a mãe, denotava-se de dificuldades de controle da micção e da fala. Na ocasião, diversos exames teriam sido realizados sem que nenhum problema substantivo fosse encontrado. Mesmo assim, a mãe insistira em obter algum tratamento para os supostos problemas da filha e, ainda que não fosse emitido qualquer tipo de diagnóstico, o neuropediatra decidiu prescrever para Laura o uso diário de Tofranil e Neuleptil, nomes comerciais de um antidepressivo e de um antipsicótico. Depois de dois anos, esses medicamentos foram substituídos pelo uso de Ritalina, nome comercial do metilfenidato, um psicoestimulante, que vinha sendo administrado a Laura diariamente desde então. Isso quer dizer que Laura, uma criança de seis anos, tinha já uma história de medicação de cerca de 5 anos, período em que passara por um antidepressivo, um antipsicótico e, por fim, vinha sendo mantida sob o efeito de um psicoestimulante.

Atendidas ambas em tratamento psicoterápico na clínica - escola, não se trata, aqui, de apresentar o encaminhamento as questões referentes ao atendimento psíquico dado então, a Laura e a sua mãe. Nem tampouco cabe a este artigo, como é raso e claro, uma discussão técnica da medicação a que Laura vinha sendo submetida. Mas é muito pertinente reportar que, já ao primeiro atendimento, a mãe relata que Laura fora fruto de uma gravidez não desejada e que se culpava pelos acontecimentos que conturbaram a gestação, como a violência que sofrera do pai e a culpa conflitiva que sentira por ter desejado não ter o bebê. Laura fora objeto da superproteção materna desde o nascimento, o que estabeleceu uma relação mútua de extrema dependência entre mãe e filha, na qual Laura sempre fora tratada como uma pessoa doente e muito sensível a qualquer dano: ‘minha filha é como uma casca de ovo’, dizia sua mãe. E pode-se

afirmar que estas informações estavam perfeita e imediatamente acessíveis a um atendimento clínico minimamente responsável.

Observações acerca do tratamento psicofarmacológico determinado

No caso clínico exposto acima, a medicação psicofarmacológica vinha sendo mantida a essa criança desde o seu primeiro ano de vida, o que quer dizer que Laura, hoje com seis anos, sofria há todos esses anos a imposição de medicações extremamente graves.

A princípio, destacamos a prescrição de um antidepressivo e um antipsicótico no período de dois dos três primeiros anos de vida dessa criança. A prescrição desses dois tipos de psicofármacos sugere que a medicina, independente de todos os efeitos adversos relacionados a essas medicações e apresentados por diversas pesquisas científicas, continua a prescrever indiscriminadamente essas medicações também na infância. Além de efeitos como agitação, nervosismo, mau humor, problemas relacionados ao sono e interferência no processo de desenvolvimento infantil, também, há pesquisas que demonstram que o uso continuado dessas medicações pode levar crianças e adolescentes a cometerem suicídio, conforme o alerta emitido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (ANVISA, 2005). No caso clínico estudado, a prescrição daquele antidepressivo e daquele antipsicótico, respectivamente utilizados, conforme o neuropediatra, para, entre outras coisas, tratar enurese noturna e controlar comportamentos de irritabilidade e agitação, foram dois tipos de medicações mantidas por dois anos quando, aos 3 anos, foi substituída por Ritalina, nome comercial do cloridrato de metilfenidato, prescrito para tratar crianças e adolescentes com diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH).

Nos atuais atendimentos em Saúde Mental na infância, a determinação de diagnósticos referentes aqueles comportamentos considerados indesejados, ora relacionados a queixas escolares ora as dificuldades de relacionamento familiar da tal “infância problemática”, ficou restrita ao TDAH que, substancialmente, é uma das psicopatologias mais determinadas às crianças e aos adolescentes na contemporaneidade. Conjuntamente a esse diagnóstico, observa-se a prescrição supostamente indubitável do metilfenidato, que é o estimulante mais consumido no mundo: “o crescimento da produção mundial de 1990 a 2006 representa um aumento de mais de 1200%”. (Ortega, et. al., 2010). Esses dados alarmantes que apresentam a explosão da produção e consumo mundial de metilfenidato são criticados pelos profissionais conveniados à Associação Brasileira de Déficit de Atenção e Hiperatividade (ABDA), que chegam a tecer argumentos sobre o subdiagnóstico de TDAH no mundo:

O transtorno (TDAH) é subdiagnosticado em todo o mundo. No Brasil, se considerarmos as estimativas mais conservadoras da literatura científica existem 3,6 milhões de portadores, entre adultos e crianças. O dado de 25.000 crianças tomando o produto é provavelmente hiperestimado e, mesmo que verídico, comprovaria o subtratamento [...]. (Mattos, et. al, 2004).

Entretanto, é preciso destacar que os profissionais que alegam a existência do fenômeno de subdiagnóstico de TDAH e, conseqüentemente, a existência de um

número muito maior de crianças que seriam “portadoras” desse transtorno, são, “coincidentalmente”, os mesmos profissionais que recebem financiamentos para pesquisas de grandes laboratórios farmacêuticos produtores e distribuidores do metilfenidato.

Interessante notar que, no caso estudado, o médico não diagnosticou a criança com TDAH, mas, mesmo assim, não deixou de medicá-la com a “Ritalina”, um dos psicofármacos mais prescritos para o tratamento de crianças na atualidade. (Brzozowski & Caponi, 2010; Guarido & Voltolini, 2009; Legnani & Almeida, 2008; Guarido, 2007). A falta de determinações diagnósticas em muitos dos casos atendidos pelos profissionais do campo da psiquiatria contemporânea, não significa que a medicina deixou de definir “doenças mentais” e diferentes tipos de “transtornos mentais”, muito pelo contrário, atualmente qualquer mal-estar social, qualquer comportamento considerado “inadequado”, qualquer situação existencial e, até mesmo, qualquer circunstância cotidiana poderá ser transformada em doença e diagnóstico psiquiátrico. São tantos os indícios de tipos classificatórios e categorias psicopatológicas que quase ninguém escaparia de ser enquadrado em um deles. Entretanto, parece que na atual clínica psiquiátrica vivenciamos a inversão da lógica de construção diagnóstica, pois não são mais os sinais e sintomas apresentados pelos sujeitos em sofrimento psíquico que determinarão os diagnósticos psicopatológicos, mas os próprios psicofármacos passaram a participar da nomeação dos “transtornos mentais” que irão compor a bíblia da psiquiatria biológica: o Manual de Diagnósticos Psiquiátricos (na atual versão do DSM-IV). (Guarido, 2007).

Outro fato interessante de ser destacado é a tendência de a psiquiatria atual prescrever medicações por um tempo indeterminado na vida dessas pessoas. A concepção de que todos os problemas existenciais do homem teriam uma explicação exclusivamente neurológica, levaria a psiquiatria a determinar tratamentos psicofarmacológicos permanentemente na vida desses sujeitos. E o que é mais grave, as crianças também não escapariam das malhas do poder da psiquiatria e passariam a ser submetidas a um diagnóstico psiquiátrico e, conseqüentemente, a medicações psicofarmacológicas por toda a vida, pois supostamente carregariam organicamente um mal incurável:

Antes considerado uma desordem transitória e infantil, que raramente alcançava a adolescência, o TDAH é agora descrito como um transtorno psiquiátrico que pode perdurar por toda a vida do indivíduo – um quadro incurável. Uma vez visto como a causa para o baixo desempenho escolar, o transtorno passou a ser uma explicação biológica plausível para as dificuldades da vida, sejam elas acadêmicas, profissionais, emocionais, familiares e, mesmo, sexuais. (Ortega, et. al., 2010).

No caso clínico apresentado, essa criança começou a ser medicada desde um ano de idade com medicações psicofarmacológicas prescritas principalmente para o tratamento de adultos e que, reconhecidamente, não há comprovações científicas sobre os efeitos colaterais e o mal que essas substâncias psicoativas podem causar no desenvolvimento físico, cognitivo e emocional dessas crianças. Não caberia, neste trabalho, uma avaliação técnica da específica prescrição médica. Mas, a propósito, Telles (2000, grifos nossos) comenta:

Muitas das drogas mais usadas, como Prozac, Ritalina e Atensina, sequer foram testadas quanto a sua segurança ou eficácia quando tomadas por pacientes tão jovens. Essencialmente, os médicos que receitam esses medicamentos estão presumindo que eles funcionarão para quem mal deixou as fraldas, assim como funcionam comprovadamente em adultos e crianças mais velhas. “Precisamos descobrir a validade do uso de medicação nessas crianças. E será que elas merecem o remédio que tomam?”, questiona Julie Magno Zito, professora da Faculdade de Farmacologia da Universidade de Maryland. Ela é especialmente cética quanto ao uso de Ritalina para combater déficit de atenção em crianças pequenas: "o que é um nível de desatenção fora do normal para alguém de dois anos?"

A prática da prescrição de psicofármacos para crianças tem apresentado, nos últimos tempos, um aumento significativo. A prescrição de drogas é um procedimento exclusivo da medicina que parece, muitas vezes, se não na grande maioria dos casos, receitar medicamentos como única alternativa científica. Para isso, vale passar por cima de qualquer questão que possa implicar uma outra explicação e/ou tratamento à doença. Como no caso das crianças, onde deixam de ser observados fatores como o relacionamento familiar e suas implicações na produção de sintomas na criança, e a produção de sintomas pelos próprios pais ou escolas, pois não devemos esquecer que quem busca o atendimento médico não é a criança.

A prescrição de medicamentos psicofarmacológicos na infância relaciona-se, também, com a forma de aliviar um sofrimento psíquico que, quase sempre, é muito mais um sintoma dos pais do que da própria criança. Os filhos são tributários daquilo que os pais lhes encarregam desde a infância o que, conforme Vicent (2003), os inscreve no prolongamento do narcisismo dos pais. Nessa perspectiva, na atual sociedade de consumo “as crianças são hiperestimuladas desde bebês, na busca da mais recôndita perfeição” (Meira, 2003, p.45). Mesmo a quantidade excessiva de brinquedos oferecidos por pais, por escolas e, principalmente, pela mídia de consumo traz a visão do brincar como se fosse um problema de produção.

Conforme Pelegrini (2003), o discurso atual valoriza o estar sempre bem, de bom humor, pois o contrário pode configurar uma ameaça à inserção social e produtiva do indivíduo. “A promessa de felicidade e as benfeitorias do progresso fazem cada um viver em uma procura vã de sucesso individual e narcísico” (Vicent, 2003, p. 75). Ao se deparar com qualquer tristeza ou sofrimento, o homem contemporâneo busca soluções rápidas, como aquelas que supõe encontrar nos psicofármacos. No caso das crianças e dos adolescentes submetidos às drogas psicofarmacológicas, tal fato não ocorrerá de forma diferente, pois, conforme Legnani e Almeida (2008), as crianças podem aprender que o uso dessas substâncias poderia levá-las a supressão de qualquer mal-estar:

No caso específico do uso indiscriminado de medicamentos na infância, com o intuito de normatização dos comportamentos e supressão dos sintomas, tem-se o agravante de que a criança pode vir a desenvolver, por meio do aprendizado, a crença mágica de que a ingestão de pílulas pode eliminar qualquer tipo de mal-estar. Tal atitude não permite escolhas e opções que possibilitem à criança criar mecanismos próprios de participação pró-ativa, com implicações para a sua vida adulta, na reversão de suas angústias, problemas e dificuldades.” (Legnani & Almeida, 2008, p. 11)

Retomando o caso de Laura, pode-se assinalar que sua mãe parece ter encontrado, naquela medicação tão inadequada, uma possibilidade de alívio para suas próprias angústias diante da culpa que sentia por não ter desejado a filha à época da gravidez. A medicação teria sido aceita, ou mesmo procurada, pela mãe como um caminho para restituir a “normalidade” da filha afetada pela recusa materna. Porém, o alívio imediato que esta solução pôde provocar foi fragilizado pelo tempo, o que levou esta mãe a buscar, posteriormente, a ajuda de um novo especialista.

Considerações finais

A prescrição abusiva de psicofármacos está afeita a vários fatores como a supervalorização da concepção biológica do sofrimento psíquico, a esteriotipação do atendimento profissional em saúde e o abandono dos cuidados no atendimento clínico na compreensão da estrutura psíquica do sujeito. Além disso, pesa sobre a prescrição do medicamento todas as circunstâncias que o envolvem como mercadoria e seus fabricantes, os grandes laboratórios farmacêuticos como corporações sujeitas a marcantes interesses econômicos, dos quais as relações com os profissionais médicos não estão isentas.

A prescrição de psicofármacos não atinge apenas os adultos, mas também o mal-estar das crianças tem encontrado uma resposta pronta naquele saber autoritário que não resiste à compulsão de medicar. Esses pacientes desde muito cedo já recebem uma sentença condenatória de carregarem uma rotulação diagnóstica e o tratamento medicamentoso, por um tempo indeterminado. Nessa configuração, a medicina ao legitimar o papel de doente passa a exercer sobre a população um controle social que atinge todas as dimensões da vida. Esse poder político de gerir a vida humana é uma característica da racionalidade médica para assegurar seu controle sobre todos os aspectos do humano.

Os processos de *psicopatologização e de medicalização nas crianças têm como resultado a exposição dos pacientes a efeitos colaterais severos, deixam seqüelas de efeitos dificilmente previsíveis e além de não suprimirem o verdadeiro mal-estar, chegam até mesmo a dificultar, pelo tamponamento do sujeito, o acesso clínico ao problema*. Ministrados à população como forma de controle social, os psicofármacos passam a ser constitutivos da vida cotidiana popular de maneira a proporcionarem estratégias de anulação do subjetivo dos sujeitos medicados, reduzindo suas possibilidades de compreensão dos acontecimentos e de reação às adversidades que infelicitam suas existências.

Ferrazza, D. A., Rocha, L. C. & Rogone, H. M. H. (2010) The banalized prescription of psychiatric drugs for children. *Revista de Psicologia da UNESP*, 10(1), 36-44.

ABSTRACT: Nowadays, any signal of discomfort can be diagnosed as a pathology whose therapeutics will turn out to be the administration of psychiatric drugs. This overprescribing of psychiatric drugs is not only aimed at adults, but children's disorders have also found a ready-made answer in that authoritarian knowledge which does not resist to its compulsion to medicate. Concerned about this medicalization process, this work presents, through the case study of a child who had long been submitted to a questionable medication, a critical reflection on the treatments which tend to produce streamline-medicated patients, without taking into account the person's subjective constitution.

KEY WORDS: *medicalization; childhood; psychiatric drugs.*

Referências Bibliográficas

- Birman, J. (2000). *Mal estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Bogochvol, A. (2001). Sobre a psicofarmacologia. In: Magalhães, M.C.R. (Org.). *Psicofarmacologia e Psicanálise*. São Paulo: Escuta.
- Brzozowski, F. S.; Caponi, S. (2010). *Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade: comportamentos anormais, normalização e controle social*. In: Caponi, S. et. al. (Org.). *Medicalização da vida: ética, Saúde Pública e indústria farmacêutica*. Palhoça: Editora Unisul.
- Guarido, R.; Voltolini, R. (2009). O que não tem remédio, remediado está? *Educação em Revista*. Belo Horizonte, v. 25, n. 1, p. 239-263, abr. Recuperado em 21 de fevereiro de 2010, de <http://www.scielo.br/pdf/edur/v25n1/14.pdf>.
- Guarido, R. A. (2007). A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. *Educação e Pesquisa*, v. 33, n.1. Recuperado em 30 junho de 2008, de <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1517>.
- Legnani, V.N.; Almeida, S.F.C. (2008). A construção diagnóstica de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: uma discussão crítica. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*. 60(1),1-13. Recuperado em 22 setembro de 2008, de www.psicologia.ufrj.br/abp/. Acesso em.
- Mattos, et. al., (2004). Resposta à matéria “Ritalina – Usos de Abusos” da Revista Veja. Recuperado em 30 de novembro de 2008, de <http://www.tdah.org.br/br/noticias/reportagens/item/145-resposta-%C3%A0-mat%C3%A9ria-%E2%80%9Ccritalina-%E2%80%93-usos-de-abusos%E2%80%9D-da-revista-veja.html>.

- Meira, A. M. (2003). Pequenos brinquedos, jogos sem fim – Os sintomas no brincar da criança contemporânea. In: Meira, A. M. (org). *Novos Sintomas: coleção psicanalítica da criança*. Salvador: Ágalma.
- Ortega, F. et. al. (2010). A ritalina no Brasil: produções, discursos e práticas. *Revista Interface (Botucatu)* [online], v. 14, n. 34, p. 499-512.
- Pelegri, M. R. F. (2003). O abuso de medicamentos psicotrópicos na Contemporaneidade. *Revista Ciência e Profissão*, 3(1), 38-43.
- Quinet, A. (org). (2001). *Psicanálise e Psiquiatria: controvérsias e convergências*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.
- Roudinesco, E. (2000). *Por que a psicanálise?* Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Telles, J. S. S. (2000). *Psicanálise em debate*. *Psychiatry On-line Brazil*, 5(3). Recuperado em 21 de maio de 2007, de <http://www.polbr.med.br/arquivo/psi0300.htm>.
- Vicent, D. (2003). A infância na modernidade. In: Meira, A. M. (org). *Novos Sintomas: coleção psicanalítica da criança*. Salvador: Ágalma.