

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA INSTITUCIONAL**

Nathalia Domitrovic

**As Práticas Farmacológicas com o
Metilfenidato: habitando fronteiras entre o
acesso e o excesso**

**Vitória
2014**

Nathalia Domitrovic

As Práticas Farmacológicas com o Metilfenidato: habitando fronteiras entre o acesso e o excesso

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional, da Universidade Federal do Espírito Santo, do Centro de Ciências Humanas e Naturais da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Institucional na área de Subjetividade e Clínica.
Orientadora: Profa. Dra. Luciana Vieira Caliman

**Vitória
2014**

Nathalia Domitrovic

As Práticas Farmacológicas com o Metilfenidato: habitando fronteiras entre o acesso e o excesso

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional, da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Institucional.

Vitória, 12 de Dezembro de 2014.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Luciana Vieira Caliman
Universidade Federal do Espírito Santo
Orientadora

Prof^a. Dr^a. Maria Elizabeth Barros de Barros
Universidade Federal do Espírito Santo

Prof^a. Dr^a. Analice de Lima Palombini
Universidade do Estado do Rio Grande do Sul

AGRADECIMENTOS

Escrever esta dissertação na primeira voz do plural não foi um desafio, mas uma condição indispensável. Sem dúvida foram muitos os atores que participaram da construção deste trabalho, seja diretamente ou pelas preciosa presença e interferência em minha vida. Sou muito grata por ter a boa sorte de sempre cruzar com pessoas tão especiais pelas minhas andanças, encontros nos quais deixo e recebo um tanto.

Agradeço, antes de tudo, à minha família pelo suporte, amor, paciência e confiança infinitas. À minha mãe, pai, avó e irmã meu mais profundo agradecimento. Ao meu querido vuvu Rudolf, eterna lembrança e saudade. Ao meu tio André, às minhas primas Camilla e Giulia e minha tia Eliete, dedico também a vocês este momento.

Ao meu amor e companheiro Diego, por me fazer rir quando eu achava que não conseguiria. Obrigada pelo apoio, incentivo, carinho e muita, muita paciência.

A todos que tornaram este trabalho possível: Gerência de Assistência Farmacêutica do Espírito Santo e aos trabalhadores do CAPSi, especialmente Renata, Dr. Rui e Cacau, pela acolhida e aposta no grupo GAM nos meses em que estive participando dele. Às nossas queridas mães participantes do grupo, Karla, Maristela, Ivone e Ivanete pelo apoio, esforço e companherismo. Aos seus filhos, por serem tão bons em dizer o inesperado. Obrigada!

Agradeço também aos que não facilitaram a realização de nosso planos, pela oportunidade de analisarmos nossos posicionamentos e a buscarmos a novidade.

Aos meus amigos de todos os cantos, que aguentaram me ouvir falar sobre esta dissertação ao longo deste par de anos. Obrigada pela compreensão com minhas ausências, minhas impaciências de noites mal dormidas e com a repetição do assunto “metilfenidato, metilfenidato, metilfanidato”... Lana, Gabriel, Mari, Maíra, Marina, Poly, Gê, Nik, Kézziá, Prica, Graça, Nini, Naty... Gostaria de poder colocar o nome de todos aqui, mas, muito felizmente, a página seria pequena.

Ao grupo Fractal de pesquisa, na sua atual formação, e também aos outros que passaram por ele: Enos, Pedro, Luana e Luanna, Bárbara, Mery, Vic, Lygia, Felipe, Joyce, Ellen, Sara, Yasmin, Lara, Ari, Iza, Cris... minha gratidão pelo privilégio de poder saber o que é trabalhar não entre colegas, mas amigos. À minha Orientadora e amiga, Lu, por alimentar com tanta intensidade e afinco os meus sonhos.

A toda a minha turma do mestrado, por ter feito o primeiro ano desta caminhada tão rico e alegre. Especialmente a Paulitcha Maria e Ivana pelas lidas e relidas no texto com seus palpites preciosos.

Aos meu colegas e companheiros de luta na Assitência Social de Viana, especialmente Mika, Órion, Fátima e Jô, pela aposta e confiança!

Aos nossos parceiros da UFF: Professor Eduardo Passos, Lorena, Chirstian e Letícia. Obrigada pela orientação e apoio para nos aventurarmos no mundo GAM!

Às professoras Virgínia Kastrup e Cristina Ventura Couto, também meu agradecimento, por sua presença em nosso Seminário, trazendo novas cores e provocações aos nossos problemas de pesquisa.

À professora Beth Barros, referência e impulsionadora durante minha graduação, que me deu a alegria de participar da minha banca. À professora Analice Palombini, por também me conceder este privilégio.

Enfim... a todos os que fizeram de mim, "Nós". O meu profundo agradecimento e felicidade de compartilhar este momento.

“Peço-lhe que tente ter amor pelas próprias perguntas, como quartos fechados e como livros escritos em língua estrangeira. Não investigue agora as respostas que não lhe podem ser dadas, porque não poderia vivê-las. E é disto que se trata, de viver tudo. Viva agora as perguntas.”

Rainer Maria Rilke: *Cartas a um jovem poeta.*

RESUMO

O metilfenidato, principal medicamento indicado para o tratamento de Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), encontra-se atualmente muito presente no discurso acadêmico-científico, assim como no leigo e midiático. Seus altos índices de consumo ao redor do mundo, em contínua expansão, têm gerado grande polêmica, de forma que os muitos discursos circulantes a seu respeito transbordam em controvérsias. Partindo da ideia foucaultina de que objetos e sujeitos não são essências fechadas, mas que são continuamente produzidos no entrecruzamento de práticas, este trabalho objetiva cartografar as várias práticas que envolvem os usos do metilfenidato, entendendo que estas atuam como vetores de subjetivação e participam na construção de realidades e modos de viver. Assim, nomeamos tal conjunto de “práticas farmacológicas”, nos referindo a uma rede de elementos que abrangem desde o consumo, até as produções acadêmicas e científicas, os discursos midiáticos, os jogos políticos, os dilemas cotidianos de usuários e familiares, os interesses econômicos da indústria farmacêutica, o cotidiano das políticas e serviços públicos, entre outros. Tal análise ocorre em três diferentes dimensões. Primeiramente, realizamos uma investigação histórica, desde o advento dos psicofármacos até a emergência do metilfenidato como o fenômeno de consumo pelo qual hoje é conhecido. Em seguida, analisamos a recente publicação do novo protocolo de dispensação de metilfenidato pela Secretaria de Saúde de São Paulo, problematizando o desafio de se pensar este medicamento no âmbito das Políticas Públicas. E finalmente, trazemos nossa experiência de campo, relatando os percursos de uma pesquisa-intervenção até sua fase mais recente: a realização, no Centro de Atenção Psicossocial para a Infância e Adolescência de Vitória (CAPSi), de grupos *com* trabalhadores deste serviço e familiares de crianças em tratamento com metilfenidato, utilizando como dispositivo o Guia Brasileiro de Gestão Autônoma da Medicação (GGAM-Br). As análises das memórias dos encontros do grupo GAM apontam para a abertura no coeficiente comunicacional entre usuários, familiares e trabalhadores do serviço, bem como para o fortalecimento de práticas cogestivas no que se refere à condução dos Projetos Terapêuticos das crianças envolvidas. Indicam, ainda, novos desafios para a continuidade do processo de pesquisa com a estratégia GAM no CAPSi Vitória.

Palavras-chave: Metilfenidato, práticas, controvérsias, Gestão Autônoma da Medicação (GAM).

ABSTRACT

Methylphenidate is the main drug indicated for the treatment of Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD) and it is currently present in the scientific discourse as well as in the mediatic and general-people discourse. Its high levels of consumption around the world, in continuous expansion, have caused polemical discourses, full of controversies. Based on Foucault's idea that objects and subjects are not closed essences, but are continuously produced by the intersection of practices, this study aims to produce a cartography of the various practices involving methylphenidate usage, understanding that these act as vectors of subjectivation and take part in the construction of realities and ways of living. Thus, we name this set "pharmacological practices", in reference to a network of elements that include from the consumption, to the academic and scientific productions, the mediatic discourses, the political games, everyday dilemmas of users and their families, the pharmaceutical industry economic interests, the daily lives of public policies and services, among others. The given analysis is done at three dimensions. Firstly, we have conducted a historical study, from the advent of psychiatric drugs to the emergence of methylphenidate as the consumption phenomenon currently known. After that, we have analyzed the recent publication of the new methylphenidate dispensing protocol by the Health Department of São Paulo, problematizing the challenge of thinking this drug the scope of Public Policies. And finally, we bring our field experience, reporting the paths of a research-intervention up to its most recent phase: performing groups, at CAPSi - Vitória, with healthcare workers and with families of children under methylphenidate, making use of the Brazilian Guide to Autonomous Management of Medication (GGAM-BR). The Analyses of the memories of the GAM group meetings point to the opening in the communication coefficient between users, families and healthcare workers, strengthening co-management practices in conducting Therapeutic Projects of the children involved as well. They also indicate new challenges for the continuity of the research process with the GAM strategy at CAPSi Vitória.

Keywords: Methylphenidate, practices, controversies, Autonomous Management of Medication (GAM).

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- APA – Associação Americana de Psiquiatria
- ABDA – Associação Brasileira do Deficit de Atenção e Hiperatividade
- ABP – Associação Brasileira de Psiquiatria
- ABRASME – Associação Brasileira de Saúde Mental
- CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
- CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial para Infância e Adolescência
- CID – Classificação Internacional de Doenças
- CRP-SP – Conselho Regional de Psicologia de São Paulo
- DCM – Disfunção Cerebral Mínima
- DSM – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
- EUA – Estados Unidos da América
- FCM – Farmácia Cidadã Metropolitana
- GEAF - Gerência Estadual de Assistência Farmacêutica
- GAM – Gestão Autônoma da Medicação
- GGAM-BR - Guia Brasileiro de Gestão Autônoma da Medicação
- GIF – Grupo de Intervenção com Familiares
- GIU – Grupo de Intervenção com Usuários
- IMAO – Inibidores da monoaminoxidase
- ISRS – Inibidores Seletivos da Recaptação de Seretonina
- Laps/ENSP – Laboratório de Estudos e Pesquisa em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Escola Nacional de Saúde Pública
- PTS – Projeto Terapêutico Singular
- RENAME – Relação Nacional de medicamentos essenciais
- SMCA – Saúde Mental para Crianças e Adolescentes
- SMS-SP – Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo
- TDAH – Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade
- UNICAMP – Universidade de Campinas
- UFES – Universidade Federal do Espírito Santo
- UFF – Universidade Federal Fluminense
- URGS – Universidade do Estado do Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1. ESCUTAR A HISTÓRIA DOS PSICOFÁRMACOS	15
1.1 Psicotrópicos: pistas históricas	20
1.2 Cartografando as controvérsias sociais, históricas e científicas das práticas farmacológicas com o metilfenidato.....	23
1.3 As primeiras anfetaminas e o tratamento com psicoestimulantes	27
1.4 A descoberta do Metilfenidato e sua comercialização	30
1.5 O Metilfenidato no Brasil.....	36
1.6 Habitando Fronteiras	38
2. ENTRE O ACESSO E O EXCESSO: O QUE PODE UM PROTOCOLO?	42
3. SOBRE OS (DES)CAMINHOS DE CONSTRUIR UMA PESQUISA-INTERVENÇÃO	55
3.1 A Farmácia Cidadã Metropolitana: sobre mapas e cartografias	57
3.2 Uma Rede de Conversações: articulando controvérsias em entrevistas-conversas	62
3.3 Uma nova forma para o desejo de conversar em roda: Estratégia da Gestão Autônoma da Medicação – GAM.....	66
3.4 Um hospital: considerações sobre o método	71
4. A SAÚDE MENTAL BATE À PORTA: OS GRUPOS GAM NO CAPSi	78
4.1 Sobre o “ <i>desequilíbrio desequilibrado</i> ”	83
4.2 Ouvindo a experiência infantil: o devir-criança como um convite à dissolência dos pontos de vista.....	90
4.3 A recusa desembaraçada das crianças: pode desenhar?	94
CONSIDERAÇÕES FINAIS	97
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	100
APÊNDICE I.....	105
APÊNDICE II.....	106

INTRODUÇÃO

Em uma nublada tarde de agosto, no ano de 2014, cerca de 40 pessoas se encontravam reunidas em um local de eventos, rodeado de largas janelas com vista para o mangue, na Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Era uma imagem bonita e no mínimo curiosa: haviam alí professores da UFES e também convidados de outras universidades, mães de crianças usuárias do CAPSi, alunos de graduação em Psicologia e do mestrado em Psicologia Institucional da UFES, profissionais de diferentes serviços da rede de Saúde e Assistência Social do Espírito Santo – Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Centro de Atenção Psicossocial para a Infância e Adolescência (CAPSi), Gerência Estadual de Assistência Farmacêutica, Centro Pop, hospitais – e algumas crianças rodopiando por entre as cadeiras, pufs e sofás que acomodavam a todos em uma ampla roda. Éramos pessoas bastante diferentes, vindas de lugares diversos, mas estávamos ali juntos por força de um interesse que compartilhávamos: conversar sobre o uso de medicamentos psicotrópicos.

A cena evocada para abrir este trabalho corresponde a uma das rodas de conversa que compuseram o seminário “A Experiência do Uso de Psicofármacos: Desafios para a Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil”, promovido pelo grupo Fractal¹ de pesquisa – que tem esta dissertação de mestrado como uma de suas produções. Quando fundado, em 2010, o grupo Fractal visava estudar as Políticas Públicas no Espírito Santo que se voltavam para o TDAH e os usos do psicoestimulante metilfenidato, principal medicamento indicado para este transtorno, no território capixaba. Assim, nestes quatro anos de atividade do grupo, estudamos várias políticas que tangenciam o tema do TDAH e do uso de metilfenidato, habitamos diversos espaços e serviços e travamos diálogos com usuários, pesquisadores e profissionais envolvidos com a rede de educação, saúde mental e assistência farmacêutica em nosso município. Aos poucos, o foco de nosso problema de

¹A palavra Fractal vem do Latim fractus, do verbo frangere, que significa quebrar. Por definição, os fractais são objetos que apresentam autossimilaridade e complexidade infinita, ou seja, sempre contém cópias, aproximadas ou não, de si mesmos. A geometria fractal, criada pelo matemático polonês Benoît Mandelbrot nos anos 70, revoluciona a geometria ao expandir o seu domínio sobre muitas situações intangíveis para o antigo modelo euclidiano. Possibilitou, por exemplo, a exploração matemática das formas orgânicas com suas irregularidades e de processos aparentemente caóticos, como a Bolsa de Valores e os fluxos migratórios. As belas imagens fractais produzidas por Mandelbrot em programas computadorizados ficaram famosas em todo o mundo e preconizaram um estilo de arte – a Arte Fractal (IBM, [s.d.]

pesquisa foi se deslocando do diagnóstico, de forma que temos nos ocupado mais intensamente nos últimos anos a estudar os usos do psicoestimulante indicado – mas não só – para tratá-lo.

Assim, o seminário teve por objetivo reunir alguns dos principais atores e interlocutores que estiveram presentes em nosso percurso de pesquisa, a fim de exercitarmos, juntos e na presença uns dos outros, aquilo que buscamos com nossa produção até então: articular as tantas controvérsias existentes nos discursos e práticas que envolvem o metilfenidato.

Na medida em que empreendíamos nossos tortuosos percursos de pesquisa, nossas perguntas se alteravam, complexificavam. Em nossas andanças, a nós ficava cada vez mais evidente que a complexidade e multiplicidade de sentidos que habitam a questão do uso de metilfenidato exigem sensibilidade para não se cair em reducionismos, definindo o medicamento como algo do ordem do “Bem” ou do “Mal”.

Partimos da ideia foucaultina de que objetos e sujeitos não são essências fechadas, mas resultantes provisórias e em constante mutação. Eles são, portanto, continuamente produzidos, processo este que se dá a partir de um entrecruzamento de práticas diversas (FOUCAULT, 1979; LEMOS; CARDOSO-JUNIOR, 2009). O caráter produtivo e heterogêneo das práticas que envolvem os usos do metilfenidato são, assim, uma ideia chave para este trabalho. Assim, optamos pela cartografia (PASSOS; EIRADO, 2009; BARROS; PASSOS, 2009a, 2009b) enquanto método potente e sensível às controvérsias, para analisarmos as várias práticas que envolvem os usos do metilfenidato, entendendo que estas atuam como vetores de subjetivação e participam na construção de realidades e modos de viver (DELEUZE, 1996).

Ao falarmos dos “usos” deste psicoestimulante, não estamos nos remetendo à simples ingestão do mesmo, com seus efeitos fisiológicos resultantes. São muitos os arranjos possíveis no encontro entre seres humanos e medicamentos, sendo o consumo apenas uma faceta neste arranjo complexo, que envolve uma série de atores, situações e cenários. Assim, nomeamos tal conjunto de “práticas farmacológicas”, nos referindo a uma rede de elementos que não se restringem ao consumo, mas que se encontram em mútua interferência com ele. Entre eles,

podemos citar: as produções acadêmicas e científicas a respeito do medicamento com suas disputas de sentido, os discursos midáticos em toda sua polifonia, os jogos políticos, os dilemas cotidianos de usuários e familiares, os interesses econômicos da indústria farmacêutica, as políticas e serviços públicos (de educação e saúde) que lidam com a demanda do diagnóstico e do medicamento, etc.

No primeiro capítulo desta dissertação, nomeado *Escutar a história dos psicofármacos*, realizamos uma investigação histórica, que se inicia com o advento dos psicofármacos até o surgimento do metilfenidato, analisando seu tortuoso percurso até emergir enquanto o fenômeno de consumo pelo qual hoje é conhecido. Para tanto, nos propusemos a fazer certo uso da história tal qual sugere Foucault (1979, 2003), tomando seus fragmentos para a análise de um problema atual e presente em nossas vidas, evidenciando os processos que participam de sua constituição.

No segundo capítulo, *Entre o acesso e o excesso: o que pode um protocolo?*, prosseguimos com a análise das controvérsias que envolvem as práticas com o metilfenidato, tomando um acontecimento recente como analisador: a publicação do novo protocolo de dispensação de metilfenidato pela Secretaria de Saúde de São Paulo. A divulgação deste documento dispara uma intensa discussão entre diversos atores, Fóruns, Conselhos, pesquisadores e Associações, que colocam em evidência a polifonia que envolve os usos do metilfenidato, discursos que se colocam em tensão, na medida em que disputam sentidos e defendem posicionamentos ético e políticos bastante distintos.

Enquanto pesquisadores-catógrafos, nos reconhecemos como parte integrante deste imenso arranjo, e, portanto, não nos abstermos da responsabilidade de assumir que também as nossas práticas de pesquisa e posicionamentos causam interferência. Para nós, não basta “conhecer” a heterogeneidade que envolve os usos do metilfenidato, mas também nos posicionarmos e cuidarmos da direção que nossas intervenções têm gerado no campo em que agimos. Assim, na trilha da Análise Institucional, adotamos a pesquisa-intervenção como direcionamento de nossas práticas. No terceiro capítulo, *Sobre os (des)caminhos de construir uma pesquisa-intervenção*, narramos o processo de eterna formulação e reformulação de nossas perguntas, no esforço de sempre ampliar o alcance de nosso problema de

pesquisa, buscando torná-lo cada vez mais articulado e sensível aos territórios que habitamos. Aqui também abordamos a adoção do Guia Brasileiro de Gestão Autônoma da Medicação (GGAM-Br) como dispositivo potente para a realização de uma pesquisa *com* familiares de crianças em tratamento com o metilfenidato e trabalhadores da saúde envolvidos no cuidado destas. O guia foi então usado como norteador para a realização de grupos com estes atores, que objetivaram possibilitar troca de experiências sobre os usos do metilfenidato, promovendo a distribuição da expertise por meio do exercício da cogestão do tratamento medicamentoso em questão.

No quarto e último capítulo, intitulado *A saúde mental bate à porta: os grupos GAM no Centro de Atenção Psicossocial de Vitória*, realizamos uma análise dos seis primeiros meses de realização dos grupos com o Guia GAM neste serviço. Discutimos os desafios que a presença cada vez mais massiva do TDAH vem colocando ao CAPSi Vitória, principalmente no que se refere à demanda pela prescrição do metilfenidato, e analisamos os efeitos da realização dos grupos GAM através de relatos e falas extraídas das memórias referentes a cada encontro.

Por fim, nas Considerações Finais, retomamos a imagem da roda descrita nas primeiras linhas para *concluir inconcluindo*, ou seja, demonstramos como o percurso relatado nesta dissertação aponta para a produção de novos problemas, e portanto, para a continuidade do processo de pesquisa.

1. ESCUTAR A HISTÓRIA DOS PSICOFÁRMACOS

Durante as últimas quatro décadas, a expansão do uso de psicofármacos vem mobilizando uma fértil discussão nos campos da neuro e bioética em todo o mundo (ROSE, 2004; SINGH 2002, 2007a, 2007b). Estima-se que, atualmente, cerca de um quarto da população adulta dos Estados Unidos da América (EUA) faça uso de algum medicamento psicoativo (JENKINS, 2011a). Tal quadro não é uma particularidade local, já que as altas taxas de consumo espalham-se por todo o globo, chamando a atenção também em países da Europa, Ásia, África e América do Sul (MA, 2012; ROSE, 2004; SCHLOSSER; NINNEMAN, 2012). No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), órgão governamental responsável pela regulamentação e controle da comercialização de medicamentos, tem demonstrado especial preocupação em relação aos altos índices de consumo de medicamentos psicotrópicos em território nacional (ANVISA, 2010; 2012)².

Consideramos a ampla presença de medicamentos psicotrópicos na vida cotidiana como um convite ao estudo da experiência de uso destes objetos, no sentido em que aponta Foucault: não como essências fechadas a serem descobertas, mas como resultados provisórios de um entrecruzamento de forças, “múltiplas objetivações de práticas heterogêneas” (LEMOS; CARDOSO-JUNIOR, 2009, p. 355). Para Foucault, nem mesmo os sujeitos possuem uma essência, pois são também produzidos neste encontro de vetores, então chamados de vetores de subjetivação (DELEUZE, 1996). Assim, são muitas as práticas que atuam como vetores na produção de subjetividades e objetos-medicamentos em relação: a pesquisa e desenvolvimento de fármacos; o mercado global e a lucrativa indústria farmacêutica; as estratégias de propaganda e as influências da mídia; as políticas e práticas de saúde envolvendo desde a regulamentação de medicamentos à sua prescrição e dispensação; as incorporações e apropriações de tais práticas na vida dos médicos, farmacêuticos, demais profissionais da saúde, usuários e familiares,

² Apesar de destacarmos aqui o aumento mundial e nacional no consumo de medicamentos psicotrópicos, é importante deixar claro que ele não ocorre sem variações. Em um mesmo estado, por exemplo, podemos encontrar uma enorme variação no consumo de certo medicamento (CALIMAN; DOMITROVIC, 2013). Tais diferenças dependem de diversos fatores, sejam eles territoriais, econômicos, antropológicos, explicitando o caráter coletivo e político em torno da prescrição, venda e consumo de um medicamento. Este fato fortalece um dos argumentos centrais desta dissertação, de que o consumo de medicamentos é apenas uma das práticas farmacológicas que precisam ser cartografadas e analisadas quando buscamos transformar e conhecer a experiência de uso de um psicotrópico. Veremos que tais práticas encontram-se interligadas e interferem-se mutuamente.

entre outros aspectos. A este amplo conjunto de práticas, que a um só tempo se fazem presentes no encontro entre medicamentos e sujeitos e atuam na produção de ambos, denominamos “práticas farmacológicas”.

Para tratarmos da matéria de principal interesse desta dissertação – as práticas farmacológicas que atravessam a experiência de uso do metilfenidato – faremos uma breve incursão na temática mais ampla dos psicofármacos em geral, deixando exposto a especificidade destes medicamentos e as controvérsias que seu consumo crescente tem suscitado. Trata-se da construção de certo “pano de fundo” para então nos debruçarmos sobre o seguinte problema: como emerge o metilfenidato, bem como seu usuário e quais formas eles assumem hoje em nossa Sociedade? Como ele foi, é, tem sido visto, usado, reinventado?

Às voltas com estas e outras perguntas, neste capítulo analisaremos alguns elementos do discurso científico, nos servindo também de certos argumentos históricos. Nos propomos a fazê-lo, como nos indica Foucault (1979; 2003), tomando a história para a análise de um problema atual, visando destrinchar os processos que participam de sua emergência.

Como em seu método genealógico, não nos atemos à origem, não operamos segundo a lógica de causalidade e continuidade (FOUCAULT, 1979). Para Foucault, seria mais adequado dizer que a Genealogia se ocupa da *proveniência*, uma vez que opera ao desmontar uma aparente unidade em busca da multiplicidade que a compõe (FOUCAULT, 1979). Para tanto, devemos “ouvir a história”:

Se o genealogista tem o cuidado de escutar a história em vez de acreditar na metafísica, o que é que ele aprende? Que atrás das coisas há ‘algo inteiramente diferente’: não seu segredo sem data, mas o segredo que elas são sem essência, ou que sua essência foi construída peça por peça a partir de figuras que lhe eram estranhas. (FOUCAULT, 1979, p. 17-18)

Partimos, portanto, da ideia de que tanto o TDAH e quanto a experiência de uso da Ritalina foram e são continuamente construídos por práticas, as quais nos interessa analisar e interrogar, questionando os postulados instituídos que ganham o estatuto de verdade no campo social (LEMOS; CARDOSO-JUNIOR, 2009).

Com Foucault (1979), poderíamos dizer que no discurso científico atual sobre o TDAH e a Ritalina encontramos, a todo momento, essências e verdades, cujo processo de construção é ocultado, impedindo que vejamos que, neste processo,

peça por peça foram erigidas “a partir de figuras que lhe eram estranhas” (FOUCAULT, 1979, p. 18). A atual condição de associação direta entre TDAH-Ritalina é tão repetidamente reiterada e afirmada, que aos nossos olhos contemporâneos, pode parecer quase inquestionável que a “Ritalina serve para tratar TDAH” ou que ela é o “melhor” tratamento para o transtorno. O uso da Ritalina como tratamento do TDAH é o mais conhecido, comentado e reiterado nos dias de hoje pelos meios científicos e midiáticos, mas não o único possível e não sem controvérsias. Como veremos, a associação entre o TDAH e a Ritalina variou ao longo da história, assim como varia a todo o momento. Logo, ao dissecarmos a linhas que constituem o binômio medicamento-diagnóstico, histórica e atualmente, encontramos também divergências, discordâncias, embates: movimentos que apontam para a dissolução do próprio arranjo ou para sua instabilidade (FOUCAULT, 1979). Trata-se daquilo que Lourau (2004) definiu como movimentos instituintes, que convivem com os instituídos – formas mais estáveis e visíveis – em uma mesma instituição. Assim, nos interessa analisar o uso de psicotrópicos, e mais especificamente, do metilfenidato, desta maneira: buscando ampliar a percepção quanto aos sentidos e práticas que o atravessam.

No que tange aos psicotrópicos de uma forma geral, existem certas características que os tornam objetos especialmente complexos. A primeira que podemos citar é o seu modo de ação. Os mecanismos fisiológicos destes medicamentos frequentemente são muito menos específicos do que se imagina. Uma vez que uma substância psicoativa chega à corrente sanguínea, seja ela administrada por via oral ou parenteral, ela atinge todo o Sistema Nervoso Central, podendo desencadear efeitos em várias áreas simultaneamente (STAHL, 2002; KIRMAYER; RAIKHEL, 2009). O resultado é que os psicotrópicos, mais do que qualquer outro tipo de medicamento, possuem múltiplos efeitos que se sobrepõem (KIRMAYER; RAIKHEL, 2009). Entre estes, algum pode ser considerado desejável, e assim eleito como “efeito principal”, enquanto os inconvenientes são enquadrados paralelamente como “efeitos colaterais”. Tais definições se dão por força de determinados interesses ou valores – clínicos, comerciais, políticos, culturais e tantos outros. É de se esperar, portanto, que a forma como tais medicamentos são utilizados e valorados em função de determinado efeito seja uma produção coletiva, que varia no decorrer da história (SCHLOSSER; HOFFER, 2012; KIRMAYER; RAIKHEL, 2009).

Freud pensou ter descoberto na cocaína um amplificador cognitivo perfeito até experimentar, após os picos de euforia, severos e longos períodos de depressão (KIRMAYER; RAIKHEL, 2009). Os primeiros antipsicóticos, por sua vez, foram descobertos por acaso na década de 50, quando se observou que a administração da clorpromazina, então usada como anti-histamínico, produzia lentificação psicomotora, embotamento emocional e indiferença afetiva (ROSE, 2004; STAHL, 2002). Logo tais efeitos se demonstraram especialmente úteis na contenção de pacientes esquizofrênicos.

Os primeiros “tratamentos” direcionados às doenças psicóticas surgem, portanto, de uma observação clínica casual, e não a partir do conhecimento dos fundamentos neurobiológicos da psicose, muito menos dos mecanismos de ação das substâncias em questão. Assim, é após a descoberta de sua nova finalidade – que se apresentava como econômica e clinicamente interessante – que estes viriam então a ser nomeados “antipsicóticos”. Assim como esta classe, a maioria dos medicamentos psicoativos possuem histórias repletas de descobertas acidentais, redefinições nominais e mudanças de critérios de prescrição. O metilfenidato não é uma exceção.

Outra especificidade importante dos psicofármacos está no seu potencial de alterar motivações, respostas emotivas, funções cognitivas e modos de interação social, desencadeando questões éticas e filosóficas profundas. O próprio fato do alvo do medicamento ser o cérebro é um aspecto importante, uma vez que este consiste em uma parte do corpo em evidência na cultura ocidental contemporânea.

O processo de promoção do cérebro a “ator social” surge como efeito do estabelecimento gradual de uma cultura somática, calcada na valorização da imagem e no desenvolvimento das biociências:

O espetacular progresso das neurociências, o intenso processo de popularização pela mídia de imagens, as informações que associam a atividade cerebral a praticamente todos os aspectos da vida e certas características estruturais da sociedade atual vêm produzindo, no imaginário social, uma crescente percepção do cérebro como detentor das propriedades e autor das ações que definem o que é ser alguém. Nas últimas décadas, precipitaram-se as condições para o surgimento dessa nova figura antropológica. Entre elas, o fortalecimento do cientificismo; o apagamento da política e das práticas sociais que faziam apelo ao sujeito como autor de sua existência individual e coletiva; a emergência de uma cultura da objetividade que valoriza a imagem em detrimento da palavra e da

interpretação; o mencionado deslocamento das regras de socialização fundadas na interioridade sentimental em direção a uma cultura da subjetividade somática; a explosão da tecnociência, das biotecnologias e do consumo intensivo de produtos e serviços voltados para a otimização do desempenho biológico como correlato das práticas de si, e assim por diante (ORTEGA, 2008, p. 489 - 490).

É nesta direção analítica que, Janis Jenkins (2011b), professora de Antropologia e Psiquiatria da Universidade de San Diego, Califórnia, argumenta que o fato de se ter uma doença no “cérebro”, em geral, imprime um impacto muito maior em nossa sociedade do que possuir um mal do “coração”, por exemplo. Para muitos, a ameaça ao bom funcionamento cerebral é vista como um risco à identidade do sujeito, devido a um inevitável prejuízo na mente ou na consciência de si e do mundo. Uma cardiopatia não levaria a conclusão semelhante, na medida em que o coração é ligado à vida emocional de uma forma mais metafórica do que o cérebro é relacionado à mente.

No cenário analisado por Ortega (2008), podemos identificar, a partir dos anos 90, uma mudança radical na prática e saber psiquiátricos. Com a finalidade de se afirmar enquanto legitimamente científica, a psiquiatria passa a se sustentar essencialmente nas explicações neuroquímicas e cerebrais. Tal campo do saber se torna, então, ponto de partida privilegiado para se contemplar a experiência humana, participando da construção daquilo que Nikolas Rose define como *eu neuroquímico*³ (ROSE, 2004): uma concepção e construção de si mesmo pautada em termos neuroquímicos. Este movimento envolve, ainda, uma proliferação de diagnósticos psiquiátricos cada vez mais centrados no cérebro e em seu funcionamento: “neurônios, sinapses, membranas, receptores, canais de íon, neurotransmissores, enzimas” (ROSE, 2004, p. 26). A partir de então, os diagnósticos psiquiátricos têm sua existência enunciada e constantemente reforçada e transformada por discursos científicos que, em sua maioria, trazem em associação o tratamento medicamentoso.

Em seu estudo sobre o diagnóstico da depressão, Sandra Caponi (2009) reitera a colocação de Rose e nos indica que a própria popularização do manejo químico dos sofrimentos psíquicos reforça a ideia de que estes se originam no cérebro. Cria-se aí uma espécie de explicação circular, na qual o efeito do medicamento justifica o

³Do original em inglês “Neurochemical self”

diagnóstico e a lógica neurobiológica que o sustenta. Este processo pode ser constatado na história de muitos outros diagnósticos e seus respectivos tratamentos medicamentosos, entre eles o TDAH e o metilfenidato. Trata-se do cruzamento de duas tendências contemporâneas: o progressivo aumento da influência do saber biomédico na vida cotidiana, caracterizada por diversos autores como (bio)*medicalização da vida* (CAPONI, 2009; CAPONI; BITTENCOURT, 2009; CONRAD, 2006) e a crescente banalização do uso de medicamentos, ou medicamentação da vida (ROSA; WINOGRAD, 2011).

De forma semelhante ao *eu neuroquímico* de Rose, Jenkins utiliza o termo o *eu farmacológico*⁴ para designar mais especificamente o “conjunto de processos através do quais o sujeito é orientado por e para medicamentos” (JENKINS, 2011b, p. 23, tradução nossa). Baseada em seu percurso de pesquisa com pessoas diagnosticadas com doenças mentais, a autora destaca que a experiência destes sujeitos com o tratamento psicofarmacológico é carregada de paradoxos: o desejo de cura que convive com a aceitação do uso crônico do medicamento para diminuição paliativa de sintomas; a desculpabilização gerada pelos diagnósticos, que não anula o discurso neoliberal da escolha individual, exigindo que o usuário se responsabilize pelo seu tratamento e suas consequências; entre outros (JENKINS, 2011a).

Tais paradoxos reiteram a multiplicidade de sentidos que compõem as práticas farmacológicas com psicotrópicos, cujas controvérsias se tornam ainda mais evidentes quando escutamos a história em seus abalos, surpresas, incongruências (FOUCAULT, 1979). Trata-se de processos de objetivação e subjetivação cuja direção é determinada em um jogo de forças, o qual nos interessa colocar à luz.

1.1 Psicotrópicos: pistas históricas

O uso de substâncias capazes de alterar o funcionamento mental e os comportamentos é provavelmente uma prática tão antiga quanto a humanidade. Mas embora a pesquisa de desenvolvimento de psicotrópicos se confunda com as próprias origens da medicina, os primeiros registros ocidentais de esforços científicos em codificar e classificar as substâncias farmacêuticas datam do século

⁴ Do original em inglês “Pharmaceutical self”.

XIX (DUPANLOUP, 2004). Tais atividades se concentravam principalmente na extração de alcaloides⁵, seguidas pelas primeiras sínteses de substâncias. Por sua vez, a indústria farmacêutica moderna tem seu início a partir do isolamento e produção em massa de substâncias como o quinino, a nicotina, a cocaína, a stricnina e a morfina (PETRYNA; KLEINMAN, 2006). Entretanto, foi no período da Segunda Guerra em que ocorreram os maiores avanços farmacêuticos, como a produção da penicilina⁶.

No final dos anos 40 e início dos 50, centenas de outros compostos foram patenteados, entre eles antibióticos de maior alcance, antidiuréticos, corticoesteróides, tetraciclina e contraceptivos orais (PETRYNA; KLEINMAN, 2006). É também nesta época, mais tarde reconhecida como a “revolução psicofarmacológica” (RODRIGUES, 2003), que nasce a psicofarmacologia moderna. Seu advento, como já exemplificado com o caso dos antipsicóticos, é impulsionado por descobertas empíricas e “acidentais”. Entre elas também podemos citar os antidepressivos inibidores da monoaminooxidase (MAO), que surgem a partir da observação de efeitos de elevação de humor e euforia em pacientes tuberculosos tratados com iproniazida (GORENSTEIN; SCAVONE, 1999). Além de antipsicóticos e antidepressivos, este período também foi marcado pelo lançamento de tranquilizantes e anfetaminas (RODRIGUES, 2003).

A descoberta de tais substâncias serviram de instrumento na geração de hipóteses biológicas sobre a fisiopatologia dos transtornos que se propunham a tratar. Ao contrário do que muitas vezes se coloca no senso comum, em geral não é o estudo dos transtornos mentais que leva ao lançamento dos psicofármacos, mas é a partir da observação da ação deles no organismo que se busca compreender (e definir) as doenças para as quais eles são indicados. Tal modo de operar permanece como uma linha consistente ainda hoje na psiquiatria contemporânea, convivendo com todo o aparato tecnológico de estudos neurológicos, procedimentos de neuroimagem, estimulação cerebral por eletrodos, entre outros. Assim, muitos dos medicamentos

⁵ Alcaloides são compostos derivados de matérias orgânicas provenientes principalmente de plantas, fungos, bactérias ou animais. Em geral, podem ser terapêuticos em pequenas doses e em formulações especiais. Em seu estado in natura, geralmente são tóxicos.

⁶ Descoberta em 1928 por Alexander Fleming, a penicilina foi o primeiro antibiótico administrado com sucesso, passando a ser produzido em massa em 1944. Em 1945, Fleming e os bacteriologistas Howard Florey e Ernst Chain dividiram o Prêmio Nobel de Medicina (TONE; WATKINS, 2007).

psicoativos que são utilizados há décadas para se tratar determinados transtornos não possuem ainda seus mecanismos de ação plenamente elucidados (GORENSTEIN & SCAVONE, 1999), entre eles, o metilfenidato (RITALINA, [s.d.]).

Após trinta anos da inserção dos medicamentos psicotrópicos no mercado, o seu padrão de uso passa a se modificar, ganhando proporções massivas. Um fator importante para o disparo deste fenômeno está no lançamento da fluoxetina, o famoso Prozac, no final da década de 80. Esta foi a primeira representante de uma nova classe de antidepressivos – os inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS) – que passou a ser conhecida, nos EUA, como a “pílula da felicidade” (RODRIGUES, 2003)

O comércio de fármacos logo se apresentou como um negócio altamente lucrativo e seu desenvolvimento ocorreu rapidamente. Antes mesmo da Segunda Guerra Mundial, a indústria farmacêutica já operava a nível internacional, por meio de concessão de licenças, acordos de mercado e consórcios. Desde o pós-guerra até o momento atual, assistimos a uma gradual transformação que tem tornado o mercado de medicamentos cada vez mais complexo e sofisticado, movimentado principalmente por grandes laboratórios, verdadeiras corporações multinacionais que se mantêm com imensos investimentos em pesquisa e propaganda, mobilizando centenas de bilhões de dólares (PETRYNA; KLEINMAN, 2006).

Pesquisas recentes têm indicado que o mercado farmacêutico exerce um papel preponderante também na economia brasileira, sendo um dos setores que mais cresceu nos últimos anos. Suas vendas somaram R\$ 42,78 bilhões em 2011, um valor 18% maior que o ano anterior. Além disso, o Brasil é o oitavo maior mercado de fármacos e medicamentos do mundo, com perspectiva de ocupar a sexta posição até 2015 (ABREU, 2013).

A euforia em torno do mercado farmacológico disparou, simultaneamente, preocupações e dilemas éticos. Tão logo a comercialização em massa de medicamentos se iniciou, surgiu a necessidade de estabelecimento de determinados padrões e critérios de venda e prescrição de drogas, em virtude da dita proteção de seus usuários contra usos incorretos ou excessivos. Nos EUA, em 1951 lançou-se a emenda Durham-Humphrey, que instituiu que drogas que fossem “potencialmente perigosas” só poderiam ser adquiridas mediante prescrição médica – exigência que,

anteriormente, cabia apenas para a obtenção de narcóticos e cocaína (TONE; WATKINS, 2007).

Atualmente, a complexificação do mercado de medicamentos em escala global faz surgir questionamentos de ordem mais ampla, que envolvem interesses políticos e econômicos de grandes empresas, agências monetárias internacionais e governos nacionais. É inegável que uma das principais motivações para o desenvolvimento de novos fármacos está no potencial de mercado, segundo o critério de maior rentabilidade e lucro, e não necessariamente de urgência ou necessidade da população. São muitas as correntes sociológicas que criticam a indústria farmacêutica por privilegiar o desenvolvimento de tratamentos para doenças crônicas próprias de países desenvolvidos em detrimento das doenças tropicais, que continuam a dizimar milhares de pessoas nos bolsões de miséria ao redor do mundo.

Esta e muitas outras questões habitam as práticas farmacêuticas – da pesquisa pré-clínica ao teste em humanos, venda, distribuição, prescrição e consumo – sendo que cada um deles articula diferentes arranjos entre seus atores e processos próprios, bem como valores e ideias circulantes (PETRYNA; KLEINMAN, 2006). Nas páginas a seguir, vamos cartografar como tais práticas tem se atualizado quando o medicamento em jogo é o metilfenidato.

1.2 Cartografando as controvérsias sociais, históricas e científicas das práticas farmacológicas com o metilfenidato

O metilfenidato é um derivado da anfetamina, indicado principalmente para o tratamento do TDAH e da Narcolepsia (RITALINA, [s.d.]). É o princípio ativo do medicamento *Ritalina*, produzido e comercializado mundialmente pelo laboratório Novartis Biociências⁷.

O metilfenidato é descrito (pela empresa que o comercializa) como um “fraco estimulante do sistema nervoso central” (RITALINA, [s.d.]). Entre os efeitos adversos

⁷ O metilfenidato é também comercializado sob o nome comercial Concerta, que é produzido pelo laboratório Janssen Cilag. O Concerta possui o sistema de liberação OROS que, diferentemente da Ritalina tradicional, pode ser administrado com uma única dose diária. No entanto, esta versão do medicamento tem o uso menos popularizado que a Ritalina devido ao seu custo mais elevado. Posteriormente foi lançada a Ritalina LA, que por ter a liberação modificada também permite apenas uma tomada diária.

mais comumente relatados estão a insônia, crises nervosas, hipertensão, dores de cabeça, alterações de apetite e taquicardia (MYERS 2007). O mecanismo de ação da substância no organismo ou, mais especificamente, no cérebro, não está completamente elucidado (MYERS, 2007; RITALINA, [s.d.]). Algumas hipóteses associam seus efeitos estimulantes à ação sobre a dopamina no núcleo estriado do cérebro, aumentando sua concentração sináptica na região, ou ainda, em certa atuação no sistema noradrenérgico (GENRO, 2008; MYERS, 2007). No entanto, não há consenso ou comprovação definitiva neste sentido (RITALINA, [s.d.]; GENRO, 2008).

O mecanismo físico-químico do metilfenidato é ainda pouco conhecido e as bases biológicas específicas do comportamento associado ao TDAH não foram comprovadas (GENRO, 2008; MYERS, 2007; RITALINA, [s.d.]). Desta forma, se faz necessário pontuar que a indicação do metilfenidato para o tratamento deste transtorno não se fundamenta em uma projeção calculada de sua ação no organismo, que vise o reestabelecimento de determinado equilíbrio bioquímico padrão. Diferentemente, se o metilfenidato é hoje considerado como medicação de primeira escolha para o tratamento do TDAH, é devido à observação clínica de efeitos de redução dos sintomas de desatenção, hiperatividade e/ou impulsividade (GENRO, 2008) e ao longo processo que, historicamente, uniu e atrelou medicamento e transtorno (DUPANLOUP, 2001, 2004).

Segundo dados da ONU (2011), o metilfenidato atualmente possui o título de psicoestimulante mais utilizado no mundo. Seu volume de produção atingiu, no ano de 2010, a marca de 43 toneladas – um valor mais que vinte vezes maior que a taxa de produção registrada em 1990 – sendo responsável por 56% do volume total de estimulantes produzidos no planeta para fins medicamentosos. Nos EUA, o maior consumidor deste psicoestimulante no mundo, sua produção teve um aumento de seis vezes entre os anos 1990 e 2005 (MYERS, 2007).

O Brasil acompanha a tendência mundial de crescimento no consumo de metilfenidato. Em agosto deste ano explodiu na mídia nacional a assustadora notícia de que o consumo do metilfenidato teria aumentado 775% em dez anos no país. Trata-se de dado divulgado na tese de doutorado da psicóloga Denise de Barros pelo Instituto de Medicina Social (CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DE SÃO

PAULO, 2014). Este número foi calculado a partir de dados extraídos dos relatórios anuais, de 2003 e 2012, sobre substâncias psicotrópicas da Junta Internacional de Controle de Narcóticos, órgão vinculado à Organização das Nações Unidas (ONU). De acordo com o levantamento, o volume de metilfenidato importado pelo Brasil ou produzido em território nacional passou de 122 kg em 2003 para 578 kg em 2012, alta de 373%. Para chegar aos índices anuais de consumo, foram cruzados os dados da produção e importação e de acúmulo de estoque. De acordo com o cálculo, em 2003 o consumo foi de 94 kg contra 875 kg em 2012, o que leva à alarmante porcentagem acima citada. Ainda, segundo relatório da ANVISA (2012), o gasto estimado das famílias brasileiras com medicamento foi de R\$ 28,5 milhões em 2011, o que equivale a um valor de R\$ 778,75 por cada mil crianças com idade entre seis e 16 anos.

Diante destas notícias, nos perguntamos quais processos fazem do *metilfenidato* um objeto capaz de mobilizar tanto furor na mídia, alcançando taxas de uso tão altas a ponto de chamar a atenção das autoridades sanitárias nacionais e internacionais tais como a ANVISA (2012) e a ONU (2011).

Segundo a Socióloga Dupanloup, isso se deve em parte a certo “sucesso médico”, baseado na eficácia de ação contra os sintomas de desatenção hiperatividade e impulsividade, mas fundamentalmente se apoia em um sucesso de outra ordem, que atravessa esferas simbólicas, práticas, políticas e econômicas (DUPANLOUP, 2001; 2004). Embora a autora se refira a tal forma de sucesso como “social”, preferimos não adotar essa denominação para evitar a conotação de *um social* que exista em si mesmo, como uma dimensão ou propriedade de algo. Como Bruno Latour (2012), consideramos que “o social parece diluído por toda parte” (p. 19), não existindo, portanto, como matéria que constitui nossa história de vida ou fundo do qual emergem nossas experiências. Propomos, então, considerar “o social” como conjunto instável de associações que são permanentemente criadas entre elementos que não são sociais em si mesmos: entes humanos e não humanos os mais diversos, que criam entre si associações mais ou menos estáveis e em constante reformulação (LATOURE, 2012).

Se afirmamos que o social não existe como uma esfera isolada, tampouco visualizamos que haja um campo subjetivo que se baste e se separe dos demais. No

sentido deleuziano, pensamos a subjetividade como um processo, produção incessante que inclui em si traços considerados sociais, econômicos, políticos, desejantes entre outros (BARROS, 2003). Desta forma, se nos interessa tomar as práticas farmacológicas como fatores que interferem nos modos de viver, tal movimento não ocorre somente no sentido de um absoluto assujeitamento, mas também na apropriação ativa do medicamento como objeto de desejo e produtor de sentidos.

Destacamos que nossa atenção se concentra nestas relações travadas entre sujeitos, medicamentos e todos os demais atores que interferem nas associações e elos criados entres eles. E, na medida em que tais conexões são abertas e em constante reformulação, veremos que durante a história, o “sucesso” do metilfenidato foi intensamente marcado por controvérsias e incertezas “sociais” e morais, embora um certo discurso científico tente produzir uma “ilusão de harmonia” (CALIMAN, 2006).

É neste sentido que o uso de dados históricos tornou-se bastante comum na produção acadêmica e científica sobre o TDAH e o metilfenidato em geral. Muitos dos textos que favorecem o tratamento medicamentoso do transtorno se valem de breves notas históricas sobre nomenclaturas anteriores do diagnóstico ou experiências passadas “bem sucedidas” na administração de psicoestimulantes em distúrbios infantis (ROHDE; HALPERN, 2004). Estas referências são, em geral, utilizadas para conferir confiabilidade e afirmar a tradição no uso deste medicamento, e sugerem que tal percurso histórico pode facilmente ser traduzido em uma narrativa linear, consensual, progressiva e não contestável de seus fatos.

Tal uso da História como uma memória (FOUCAULT, 1979) apaziguada e despida das controvérsias morais, sociais, políticas, econômicas, científicas que a constituem, contribui para a construção de uma imagem monolítica do fenômeno TDAH/metilfenidato, estabilizando sentidos instituídos, tais como o do TDAH como um fato biológico *apenas* (CALIMAN, 2010). É como se à história coubesse unicamente a tarefa de narrar o progresso científico, furtando-se de interrogá-lo e expor as controvérsias inerentes a sua constituição de múltiplas dimensões (SCHLOSSER; NINNEMAN, 2012).

Dupanloup (2001; 2004) aponta que as produções científicas que se valem de exemplos de tratamentos “bem sucedidos” de cerca de sessenta anos atrás para atestarem a antiguidade e segurança do uso do metilfenidato pecam por anacronismo. Tanto o metilfenidato quanto os distúrbios e demandas para os quais ele era empregado não possuíam, na época, os mesmos significados e valores culturais que possuem hoje. O tratamento de crianças com desordens comportamentais com metilfenidato no fim dos anos 50, por exemplo, era ainda de ordem experimental e reservado aos casos graves – em geral, crianças institucionalizadas – realidade muito diferente da atual.

Nos tópicos seguintes, buscamos colocar em evidência as controvérsias que marcaram o processo histórico de constituição das relações entre metilfenidato e TDAH. Utilizamos os dados históricos ao modo cartográfico, fazendo uso deles para construir problemas e desestabilizar os sentidos cristalizados (BARROS; BARROS, 2013). Para tanto, iniciamos a narrativa desta história quando as primeiras anfetaminas, “as ancestrais” do metilfenidato, passaram a ser sintetizadas, ainda no início dos anos 30.

1.3 As primeiras anfetaminas e o tratamento com psicoestimulantes

Anos após a descoberta da adrenalina, realizada em 1901, são feitas experiências com o objetivo de se sintetizar novas moléculas derivadas dela: as anfetaminas. A efetividade destas novas moléculas artificiais logo é reconhecida no tratamento da narcolepsia e depressão (DUPANLOUP, 2004).

Nos final do anos 30, as anfetaminas – também conhecidas como aminas de viglância ou psicoestimulantes⁸ – já eram largamente aceitas e utilizadas nos EUA. O sucesso de alguns de seus efeitos, como a diminuição de apetite, estimulação da atividade intelectual e supressão da fadiga, fizeram seu uso se expandir rapidamente, sendo inclusive empregadas pelas forças armadas americanas no início da Segunda Guerra Mundial. Nos anos 40, a prescrição das anfetaminas se

⁸ Os estimulantes do sistema nervoso central são substâncias que provocam aumento do estado de alerta, insônia e aceleração dos processos psíquicos, sendo também descritos como “simpaticomiméticos”. Os efeitos adversos mais frequentes no uso de psicoestimulantes são a perda de apetite, insônia, irritabilidade, cefaleia e sintomas gastro-intestinais (PASTURA; MATTOS, 2004).

extendia também como emagrecedores e suplementos para esportistas (DUPANLOUP, 2004).

Entretanto, a rápida popularização dos psicoestimulantes e o seu uso massivo colocou em evidência seus inconvenientes – efeitos físicos ou psicológicos indesejáveis, tais como estados de ansiedade e certos sintomas psicóticos. Assim, em paralelo à forte aceitação das anfetaminas por parte do público, dispara-se também um alerta, principalmente a respeito do possível risco de dependência e seus efeitos secundários (DUPANLOUP, 2004).

A exploração da mídia sobre as anfetaminas passa a ilustrar a disputa de sentidos que se forma em torno de seu uso: ora destacam-se seus benefícios, ora seus riscos. Em sua tese, Dupanloup descreve os efeitos de tal ambivalência, como a decadência do uso das anfetaminas como emagrecedores a partir dos anos 40 nos EUA. A autora remete a origem de tal fenômeno principalmente a certa repressão moral, condizente com uma cultura na qual o esforço pessoal é muito valorizado. O “sucesso” de um medicamento não se deve unicamente à seu efeito químico, sendo também determinado pela interação das conjunturas morais, sociais, políticas e culturais em jogo. (DUPANLOUP, 2004; SCHLOSSER; NINNEMAN, 2012).

Já em meados do século XX havia se instalado nos EUA certa “tradição do psicoestimulante”, que não encontrava paralelo, por exemplo, na Europa, onde as críticas e tabus a respeito de seu uso eram (e continuam sendo) mais fortes (DUPANLOUP, 2004). Como já vimos, neste mesmo período outros medicamentos psiquiátricos ganhavam também destaque no mercado – tais como o antipsicótico clorpromazina e os antidepressivos IMAO – e provocavam verdadeira revolução na clínica psiquiátrica, constituindo-se, também, como dispositivos que auxiliaram na abertura dos asilos, uma vez que foram uma ferramenta eficaz no controle dos impulsos violentos e/ou indesejáveis dos pacientes institucionalizados (DUPANLOUP, 2004), possibilitando, em conjunto com outras estratégias terapêuticas, sua inserção social. O mesmo não se pode dizer, entretanto, da psiquiatria infantil, cuja prática não incluía, ainda, o uso de medicamentos psiquiátricos. Isto se explica, em parte, pelo fato de que naquela época o sofrimento psíquico infantil era pouco aceito e estudado, e os desvios mentais em crianças eram, em geral, considerados inatos e incuráveis.

Neste momento da psiquiatria infantil, baseada na noção de desenvolvimento, o conceito de uma inteligência mensurável tornou-se chave para a diferenciação entre as crianças normais e as anormais, sendo estas consideradas eternas portadoras de baixa inteligência, mas “educáveis” (DUPANLOUP, 2001). Tais “crianças anormais”, também nomeadas “idiotas” eram, em geral, vistas como desviantes morais, o que indicava a necessidade de uma educação disciplinar através de intervenções pedagogizantes (CALIMAN, 2006; FOUCAULT, 2006).

Neste sentido, os experimentos de terapias medicamentosas para os distúrbios mentais infantis passam a ocorrer principalmente a partir da segunda metade dos anos 50, e de forma ainda bastante marginal no campo psiquiátrico. Tais iniciativas tiveram como seus primeiros protagonistas os psicoestimulantes (DUPANLOUP, 2004).

As primeiras experiências de tratamento de crianças com psicoestimulantes são atribuídas ao pediatra americano Charles Bradley, cujo nome é frequentemente citado nos artigos e trabalhos científicos sobre a Ritalina que trazem algum conteúdo histórico (CALIMAN, 2010; DUPANLOUP, 2004; PASTURA; MATTOS, 2004; SINGH, 2002).

Bradley era presidente no *Emma Pendleton Bradley Home in East Providence*, o primeiro hospital psiquiátrico infantil dos EUA. Ele foi autor do primeiro artigo a relatar experimentos com estimulantes (Benzedrina) em crianças, que, nesta ocasião, possuíam uma grande variedade de problemas comportamentais - de distúrbios de aprendizagem à epilepsia. Seu trabalho foi publicado no ano de 1937 no *American Journal of Psychiatry* (SINGH, 2002).

Inicialmente, a bezenderina estava sendo testada por Bradley para aliviar os efeitos secundários de um exame cerebral, a pneumoencefalografia⁹ (DUPANLOUP, 2004). Bradley começou a perceber uma melhora na performance escolar das crianças submetidas ao tratamento, que passaram a apresentar uma motivação “além da usual” para trabalhar, assim como um melhor desempenho nas tarefas de leitura e cálculos. Observou, ainda, alterações emocionais, descrevendo que as crianças se

⁹ A pneumoencefalografia, era uma espécie de radiografia cerebral, que demandava a injeção de ar no interior do encéfalo, provocando dores de cabeça e uma diminuição significativa na pressão sanguínea. De acordo com o médico canadense Jolicoeur, estes exames eram realizados no Hospital de Charles Bradley em crianças que sofriam de meningite (DUPANLOUP, 2004).

apresentavam “mais plácidas e flexíveis” (BRADLEY apud SINGH, 2002, p. 588, tradução nossa).

Apesar dos efeitos relatados, a falta de tradição da terapia medicamentosa de crianças com distúrbios mentais não foi tão facilmente superada, e os experimentos do Dr. Bradley com a Benzedrina não tiveram prosseguimento imediato. Assim, embora os ensaios clínicos de Bradley sejam constantemente citados para se datar o início da administração de anfetaminas em crianças, é importante frisar que esta foi uma experiência isolada e pontual, além de incluir quadros patológicos mais globais e severos que o atual diagnóstico de TDAH abarca.

Após algumas atuações pouco expressivas neste campo, foi somente em 1957 que Maurice Lauffer, pediatra, psiquiatra infantil e então diretor da *Bradley Home*, retomou a produção científica a respeito do tratamento infantil com psicoestimulantes. Nesta ocasião, cunhou o termo “distúrbio hipercinético da infância”, enfatizando sua suposta etiologia orgânica ao mesmo tempo em que recomendava seu tratamento através de anfetaminas, principalmente o novíssimo metilfenidato (DUPANLOUP, 2004; SINGH, 2002). A articulação e inseparabilidade entre o uso de psicoestimulantes e um transtorno infantil de supostas bases orgânicas, que tinha em seu centro a hiperatividade, começava timidamente a ser tecida.

1.4 A descoberta do Metilfenidato e sua comercialização

A molécula do metilfenidato foi sintetizada em laboratório pela primeira vez em 1944 por Leandro Panizzon, químico da indústria suíça CIBA, atualmente conhecida como Novartis¹⁰ (DUPANLOUP, 2004; MYERS, 2007). A molécula rapidamente desbancou a benzedrina, sendo considerada uma inovação química por situar-se entre a cafeína e as anfetaminas até então conhecidas: era mais eficaz que aquela e não conduzia, como estas, à dependência explícita (DUPANLOUP, 2004). Conta-se que o próprio Panizzon e sua esposa, Marguerite, relatavam fazer uso da nova substância, então descrita como estimulante e tonificante do humor. Marguerite, que sofria de pressão baixa, utilizava o estimulante especialmente para prática de tênis.

¹⁰ A Companhia Farmacêutica Ciba posteriormente se mescla com a Companhia Geigy, formando a Ciba-Geigy, tendo esta mais tarde se fundido com a Sandoz, mudando seu nome para Novartis.

Panizzon nomeou, então, a substância de Ritalina¹¹ em homenagem à ela, que tinha como apelido Rita (MYERS, 2007).

Na década de 50, o metilfenidato é descrito pela primeira vez como um leve estimulante do sistema nervoso central de excelente tolerância, atuando como melhorador do humor e da performance em geral, sem provocar euforia. O uso por sujeitos sãos era, então, totalmente tolerado “quando se quiser ser totalmente eficaz após passar uma noite em claro a pensar” (DUPANLOUP, 2004, p. 125, tradução nossa), sendo também indicado para estados depressivos leves e como supressor do apetite (DUPANLOUP, 2004; SINGH, 2007).

Em 1954, o metilfenidato foi patenteado sob o nome Ritalina pela Ciba, e teve como um dos principais usos a reversão do coma induzido (MYERS, 2007). Aprovada pela FDA in 1955, é introduzida no ano seguinte no mercado dos EUA (DUPANLOUP, 2004; MYERS, 2007). Nas suas primeiras propagandas, veiculadas nos anos 50 e 60, é apresentada como uma droga de uso geral, “útil no tratamento da maior parte dos distúrbios psiquiátricos.” (SINGH, 2007, p. 134, tradução nossa). Em certos momentos, era chamada também de “psicotônico do humor” que “conforta e estimula com moderação” (DUPANLOUP, 2004, p. 125). Nestes primeiros anos de comercialização do metilfenidato nos EUA, o público alvo era, em maior parte, formado de pessoas idosas e de meia idade, sendo utilizada principalmente para tratar casos de depressão, comportamento senil e letargia (MYERS, 2007).

Além disso, muitos dos anúncios estadunidenses representavam a Ritalina como uma “ajudante na psicoterapia” – haja vista a popularidade que a psicanálise ainda gozava no país – que teria a propriedade de “ajudar os pacientes psiquiátricos a falar” (DUPANLOUP, 2004, p. 136). Nesta época era também comercializada na forma injetável, que foi retirada do mercado muito rapidamente. Segundo Singh, os motivos desta rápida suspensão permanecem obscuros, mas especula-se sobre a probabilidade de seu potencial uso abusivo, não somente por parte dos pacientes, como também pelos médicos. (DUPANLOUP, 2004).

Fica claro, portanto, que o metilfenidato não foi originalmente destinado ao tratamento de crianças com distúrbios de comportamento, como alguns artigos

¹¹ O nome original e usado internacionalmente é *Ritalin*, adaptado para o português como *Ritalina*.

científicos levam a crer quando remetem as suas origens às pesquisas de Bradley. De forma semelhante ao caso dos antipsicóticos, sua invenção não é o resultado de uma pesquisa focada no tratamento para uma patologia específica: seus diversos usos e indicações são definidas e redefinidas continuamente e seus efeitos e mecanismos de ação são descobertos ao longo do tempo.

Inspirado nas pesquisas com anfetaminas dos anos 30, o psiquiatra americano Leon Eisenberg¹² publica, em 1960, um artigo demonstrando a eficácia do metilfenidato no tratamento de distúrbios de aprendizagem. Passa-se a aceitar que os psicoestimulantes têm um efeito calmante sobre a criança agitada, mas a terminologia utilizada para descrever seus sintomas é ainda “variável e conceitualmente confusa” (DUPANLOUP, 2004, p. 126, tradução nossa). A psiquiatria infantil era um campo bastante recente que ainda ganhava forma em meio a intensos debates de definição de suas nosologias.

É principalmente entre os anos 60 e 70 que passa a se consolidar no meio médico e leigo o uso de Ritalina para tratar crianças com problemas de comportamento, evidenciados fundamentalmente no contexto escolar. Nesta época, se multiplicam as publicações de experimentos com o metilfenidato, principalmente aqueles que exaltavam os benefícios de seu uso (DUPANLOUP, 2004). Tais trabalhos reforçavam as teorias biomédicas dos problemas de comportamento infantil, nas quais o tratamento medicamentoso passou a sair do lugar de “auxiliar da psicoterapia”, assumindo maior centralidade (SINGH, 2002).

Em 1966, o Serviço de Saúde Pública dos EUA publica um guia diagnóstico da disfunção cerebral mínima (DCM), em cuja revisão bibliográfica o diagnóstico é associado a 38 termos diferentes, incluindo síndrome de hiperatividade e hipercinesia. Foi o início de uma ampla ação que visava, por meio de vídeos, cartilhas e panfletos, “educar” os médicos e a população em geral sobre a natureza da disfunção, sobre como reconhecê-la, avaliá-la e tratá-la, apontando como primeira

¹² Em 2013 o cientista Leon Eisenberg viria a protagonizar mais uma das ondas mundiais de polêmica em torno do TDAH. Segundo reportagem publicada no site do Jornal o Globo em 18 de dezembro, Eisenberg, então nomeado pela mídia de forma sensacionalista como “o pai do TDAH”, teria declarado em seu leito de morte que esta seria “uma doença inventada” (<http://oglobo.globo.com/sociedade/saude/transtorno-de-deficit-de-atencao-hiperatividade-na-berlinda-11087553>). Outros sites, no entanto, vieram a esclarecer que, na verdade, a tradução correta do alemão indicava que a afirmação de Eisenberg teria sido muito menos radical: de que o transtorno é atualmente superdiagnosticado.

alternativa terapêutica o uso de psicoestimulantes. É neste cenário que o público alvo da Ritalina começa a se transformar. Antes vendida principalmente para uma população envelhecida e cansada, passa a ser fundamentalmente associada à hiperatividade jovem. Nos anos 70, a grande maioria dos anúncios americanos apresentavam a ritalina como “o tratamento para DCM” (SINGH, 2007).

Já nesta época, também surgiam debates críticos de resistência, que interrogavam a insuflação da indústria farmacêutica e dos diagnósticos médicos, o uso de psicotrópicos na vida cotidiana e sua prescrição para crianças (DUPANLOUP, 2004). Não obstante, em meados dos anos 70, as prescrições de estimulantes para crianças explodiam nos EUA. Apesar do desaparecimento de sua indicação enquanto supressor do apetite, o metilfenidato atinge tamanho sucesso que o laboratório CIBA admite ter tido dificuldade de atender à demanda do mercado, fazendo com o medicamento muitas vezes ficasse esgotado nas prateleiras das farmácias¹³ (DUPANLOUP, 2004).

Nos anos 80, a publicação do DSM III pela Associação Americana de Psiquiatria¹⁴ (APA) oficializa a direção assumida pela psiquiatria da época. A nova versão do manual, que então viria a ser conhecido como “Bíblia da Psiquiatria”, excluía praticamente todos os termos que tivessem alguma relação com teorias psicodinâmicas, afirmando se pautar em um “empirismo puro”, por se pretender descritivo e atóxico. Seu objetivo, presente também na então nova Classificação Internacional de Doenças¹⁵ (CID 10), era diagnosticar doenças mentais somente por observações comportamentais (RODRIGUES, 2003). Embora o DSM III não traga em seu conteúdo a indicação expressa de qualquer tipo de tratamento, Pereira (2009) afirma que o fortalecimento da abordagem biológica das disfunções mentais promovida a partir da sua publicação traz como consequência o incentivo à medicamentação, na medida em que aumenta o número de casos com etiologia

¹³ É interessante notar que tal fenômeno de falta de metilfenidato se repetiu no Brasil, muitos anos mais tarde, no ano de 2013. Tal fato gerou, mais uma vez, polêmica na mídia em todo o país, na qual proliferaram depoimentos desesperados dos pais de Crianças diagnosticadas com TDAH. Segundo reportagem do jornal A Tribuna, de 30 de julho de 2013, a Novartis haveria justificado a falta de Ritalina no mercado pela ocorrência de um incêndio em uma das suas fábricas, em Taboão da Serra, São Paulo.

¹⁴ Do original em inglês American Psychological Association.

¹⁵ Desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) a CID é o manual diagnóstico oficialmente adotado no Brasil.

neurobiológica e, portanto, considerados passíveis de serem tratados com fármacos. A articulação entre supostos transtornos de base biológica e o tratamento medicamentoso era mais e mais fortalecida.

Assim, é no contexto de elaboração do DSM III e da biologização da psiquiatria que o diagnóstico da Desordem do Déficit de Atenção (DDA) surgiu como uma categoria psiquiátrica (CALIMAN, 2009; PEREIRA, 2009) e que, conseqüentemente, o metilfenidato passa a se estabelecer cada vez mais como seu tratamento de primeira linha (DUPANLOUP, 2004).

Diferente das suas versões anteriores, que traziam descrições gerais dos quadros de desordem mental, o DSM III apresentava critérios diagnósticos. Tal mudança é feita com a intenção de tornar as classificações mais padronizadas e confiáveis, tornando-as livres da influência de fatores subjetivos (PEREIRA, 2009). A mesma tendência permanece nas próximas versões do manual – O DSM III-R, o DSM IV, o DSM IV-TR e a versão mais recente, o DSM V.

É a partir daí que se inicia a criação de questionários padrão para o diagnóstico do Déficit de Atenção baseado nos critérios apresentados pelos manuais diagnósticos (DUPANLOUP, 2004). Entre eles, o mais utilizado no Brasil é a escala SNAP, que deve ser respondida por pais ou professores para se realizar o diagnóstico em crianças e adolescentes. Diretamente adaptada dos critérios do DSM, as escalas SNAP são criadas de acordo com as atualizações deste (MATOS et al, 2006). Assim, a mais recente é a SNAP IV, pois ainda não foi lançada uma edição inspirada no recente DSM V.

A nomenclatura de Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade surge pela primeira vez com o lançamento do DSM IV, em 1994 (CALIMAN, 2006, PEREIRA, 2009). Segundo ele, o diagnóstico pode se apresentar em três subtipos: o predominantemente desatento, o predominantemente hiperativo e o combinado, que indica a presença de sintomas tanto de desatenção quanto de hiperatividade. Segundo Caliman (2006), é nos anos 90 que o mundo presenciou a primeira explosão publicitária sobre o TDAH e o metilfenidato, consagrando este como o medicamento mais conhecido e utilizado no tratamento do transtorno. Foi também nesta época que o transtorno passou a ser reconhecido como uma doença crônica e incurável e o debate sobre os direitos da criança TDAH, como o requerimento de

serviços educacionais especiais, passa a conquistar mais espaço, através da criação das Associações de pais de crianças com TDAH. Tais movimentos não tiveram a mesma força, por exemplo, na maior parte dos países Europeus (DUPANLOUP, 2004), embora tenha ganhado eco anos mais tarde no Brasil, como veremos mais a frente.

Os anos 2000 foram marcados pela expansão do grupo de indivíduos “diagnosticáveis”, assim como o aumento do consumo de metilfenidato, em várias regiões do mundo. Um levantamento realizado pelo *US Centers for Disease Control* entre 2004 e 2005 estimou que aproximadamente 4.600.000 (8,4%) das crianças americanas, entre 6 a 17 anos, em algum momento de suas vidas, receberam o diagnóstico de TDAH. Entre elas, 59% estão fazendo uso de algum medicamento. O relatório ainda indica que tem crescido o número de pré-escolares sob medicação, principalmente nos EUA, onde 0,44% destes já estão recebendo tratamento medicamentoso, em comparação com os 0,02% de pré-escolares alemães, 0,05% dos pré-escolares nos Países Baixos e 0% no Reino Unido (PARENS & JOHNSTON, 2009). Entre a população adulta, o TDAH vem também ganhando destaque: a prevalência do transtorno em 4% em maiores de idade nos EUA levou ao reconhecimento oficial do TDAH como um dos problemas mais graves e importantes da saúde pública americana (CALIMAN, 2006).

Desde este período, a administração da medicação do TDAH vem sofrendo transformações importantes no que se refere à sua dosagem e duração. Até o ano 2000, a maioria das crianças diagnosticadas era tratada com medicamentos de liberação imediata – cujo efeito é de curta duração – apenas no período escolar e durante 1 ou 2 anos. De 2000 em diante, as drogas de liberação prolongada passam a ganhar mais popularidade, por serem descritas como mais “seguras” e “fáceis de administrar” (MATTOS; LOUZÃ, 2007). Segundo Parens e Johnston (2009), o posicionamento recente de um considerável número de especialistas se centra no uso cada vez mais precoce da medicação, “pelo tempo que for necessário”, de forma que a tendência é que as crianças diagnosticadas no momento atual recebam doses muito mais altas do que as diagnosticadas no passado.

Os critérios mais recentes para o diagnóstico do transtorno surgiram com a publicação do DSM V, em maio de 2013. Esta versão da chamada “Bíblia da

Psiquitria” tem sido alvo de intensas críticas, principalmente no que se refere à abertura dos critérios diagnósticos e à ampliação do número de nosologias. Em relação ao TDAH, o DSM V traz algumas alterações bastante relevantes, como a inclusão de critérios para o diagnóstico em adultos¹⁶ e a classificação do quadro em três intensidades, de acordo com o grau de comprometimento que os sintomas causam na vida do indivíduo: leve, moderado e grave (ABDA, 2013). Entre as mudanças mais polêmicas, podemos citar a abertura para a comorbidade entre o TDAH e o Transtorno do Espectro Autista e o aumento da idade mínima que o paciente apresentou os primeiros sintomas, indo de 7 (DSM IV) para 12 anos (ARAUJO; LOTUFO NETO, 2013).

Atualmente, a popularidade do TDAH é tamanha que este é considerado por alguns como o distúrbio do neurodesenvolvimento mais estudado em todo o mundo: mais de 1400 artigos científicos foram publicados entre 1983 e 2000, somente sobre o seu tratamento com psicoestimulantes (PEREIRA, 2009). Doupanloup (2004) indica que a associação do TDAH com o metilfenidato foi um fator essencial para a grande popularização, tanto do diagnóstico quanto do medicamento. De fato, o aumento do consumo de psicoestimulantes tem crescido de forma galopante desde os anos 80, quando o DSM III traz pela primeira vez a nomenclatura de déficit de atenção (MYERS, 2007). Hoje, cerca de 90% da volumosa soma de prescrições do metilfenidato são direcionadas para o TDAH (MYERS, 2007).

1.5 O Metilfenidato no Brasil

A comercialização do metilfenidato no Brasil teve início em 1998, quando a Ritalina é inserida no mercado nacional. Quatro anos mais tarde, em 2002, o Concerta entra também em circulação no país. Apesar da entrada recente do psicoestimulante no

¹⁶ Embora o DSM V lance pela primeira vez os critérios específicos para a realização de diagnósticos em adultos, este já era feito há alguns anos, adaptando-se os critérios para crianças e adolescentes publicados no DSM IV. Mattos e seus colaboradores (2006) afirmam que nos anos 70 se acreditava que os sintomas de hiperatividade e desatenção regrediam com a puberdade, mas alegam que desde 1980 o DSM III já admitia, embora “de forma pouco incisiva” (p. 50), a possibilidade da forma adulta deste transtorno. Mas é a partir dos anos 90 que o TDAH passa a se consolidar como um transtorno crônico e incurável de forma que o TDAH adulto começa a ganhar mais espaço. Os efeitos do transtorno, ao serem transpassados para a realidade adulta, são relacionados com dificuldades no cotidiano do trabalho, situações de abuso de drogas, alcoolismo, propensão a acidentes de trânsito e atos criminosos (CALIMAN, 2006).

seu mercado, datando menos de 20 anos, o Brasil já vem registrando altas preocupantes no consumo do mesmo (ANVISA, 2012).

No Brasil e no mundo, a ampliação do diagnóstico do TDAH é indicado como uma das principais causas do aumento do consumo do metilfenidato. A produção científica nacional que debate a questão, em geral, encaminha suas análises por duas vias distintas. Uma defende que os profissionais tem se tornado mais capazes na identificação da doença, que estaria desde sempre presente na população, estando anteriormente subdiagnosticada (ROHDE; HALPERN, 2004). A segunda, por outro lado, denuncia a ocorrência de uma banalização do diagnóstico, cujo resultado principal estaria na criação de estigmas e tamponamento da dimensão social da situação problemática em que o TDAH emerge – como as dificuldades no contexto escolar, por exemplo (COLLARES; MOYSES, 2010).

Portanto, o TDAH e a Ritalina protagonizam, também no Brasil, um momento de grande popularização, como em grande parte do mundo. Isso é demonstrado não só pelas altas taxas de consumo do medicamento, mas por sua constante presença na mídia e pela fértil discussão acadêmico-científica ao redor do tema.

No cerne das principais correntes de crítica ao diagnóstico indiscriminado de TDAH e ao abuso do metilfenidato está o conceito de *medicalização*. Este se fundamenta na compreensão de que o campo de investigação do saber biomédico nunca foi tão vasto e abrangente, de forma que seus termos, categorias e pressupostos encontram-se hoje intrinsecamente entrelaçados no tecido social (CONRAD, 2007). Amplia-se, assim, a presença de elementos próprios do saber biomédico nos discursos e hábitos cotidianos – tais como medicamentos e diagnósticos. A cada dia, a mídia popular anuncia a descoberta de novas doenças e transtornos pelos mais variados núcleos de pesquisa do mundo, assunto que geralmente se difunde rapidamente na sociedade (MA, 2012; SINGH 2002, 2007a, 2007b; CONRAD, 2007).

Neste contexto, o terreno da saúde e da doença vem sofrendo muitas transformações, principalmente no que se refere às fronteiras entre o normal e patológico, cada vez mais tênue e incerta. Na medida em que os fatos mais cotidianos passam a ser de interesse e tornam-se assunto do saber médico, são também tratados segundo sua racionalidade (CONRAD, 2007).

Define-se, portanto, que um dos principais efeitos da expansão da influência do saber biomédico sobre a vida cotidiana reside no estabelecimento de novas matrizes interpretativas dos problemas humanos, baseadas em pressupostos médicos científicos. Desta forma, a medicalização é geralmente definida como o processo no qual assuntos que antes não eram de domínio médico passam a sê-lo, de forma a serem avaliados e tratados com apoio em categorias e tecnologias médicas (CONRAD, 2007). Novas categorias são criadas e transformadas em um movimento contínuo, convertendo em sintomas e diagnósticos características que antes não eram assim consideradas. (CONRAD, 2007; CAPONI, 2009; CAPONI; BITTENCOURT, 2009). Nesta literatura, o TDAH é um dos principais transtornos convocados para exemplificar tal processo. De acordo com Singh (2006),

Talvez mais do que qualquer outro diagnóstico do mercado médico atual, o TDAH problematiza a questão de uma medida objetiva do funcionamento "normal", e aponta para a tarefa fortemente social de julgar comportamentos normativos, atribuir rótulos diagnósticos e decidir sobre tratamentos médicos. (SINGH, 2006, p. 1)

1.6 Habitando Fronteiras

No Brasil, um dos marcos no debate em torno da medicalização foi a criação do “Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade”, durante o I Seminário Internacional “Educação Medicalizada: Dislexia, TDAH e outros supostos transtornos¹⁷”, realizado em novembro de 2010 na cidade de São Paulo. Inicialmente fomentado pelo Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, o Fórum conta hoje com o apoio de dezenas de entidades, pesquisadores, estudantes e profissionais das áreas da saúde e educação de todo o país, incluindo psicólogos, médicos, educadores, pedagogos, terapeutas ocupacionais, farmacêuticos, entre outros¹⁸. Suas ações se direcionam para a ampliação do debate sobre o fenômeno da medicalização, não só dentro da academia, mas também com a sociedade civil, esclarecendo os riscos do uso abusivo de medicamentos e fortalecendo estratégias alternativas, entendidas como não medicalizantes (MACHADO, 2014).

¹⁷ No qual o grupo fractal de pesquisa esteve presente.

¹⁸ Para se ilustrar o impacto deste movimento, é importante citar que outros fóruns têm sido criados para se debater o tema de medicalização, além deste ter sido instituído como pauta obrigatória dos demais Conselhos Regionais de Psicologia, por definição do Conselho Nacional.

Entre as principais contribuições do Fórum, está a denúncia da banalização dos diagnósticos e prescrição de medicamentos no contexto escolar. Aponta-se que a referência massiva a tais elementos biomédicos na lida com as dificuldades cotidianas da escola tem tido como efeito a estigmatização das crianças e o enfraquecimento de medidas coletivas de enfrentamento, tais como a revisão de currículos, melhoria das condições de trabalho de professores e aquisição de recursos pedagógicos (COLLARES; MOYSES, 2010).

Nos seus quatro anos de atuação, muitas atividades foram realizadas. Desde sua criação, o Fórum se reúne sistematicamente para coordenar diversas ações, tais como a definição de posicionamentos frente a acontecimentos de interesse, a organização de seminários internacionais, a promoção de campanhas de esclarecimento a profissionais e à população, a participação em eventos diversos, etc. Este se expandiu de tal forma que, a partir de 2012, passou a se dividir em núcleos instalados em várias cidades e regiões do Brasil, mantendo a ocorrência regular de encontros gerais em São Paulo (MACHADO, 2014).

Quatro após a instituição do fórum, Adriana Marcondes Machado (2014) escreve um artigo intitulado “Perdas e apostas na luta contra o silenciamento presente no processo medicalização”. Diante do crescimento e transformações sofridas desde sua criação, o fórum passa a perceber a necessidade de realizar uma análise de seu modo de funcionamento, convidando Machado a auxiliar nesta tarefa.

Um dos principais apontamentos da autora está no risco, sempre eminente, da própria crítica à medicalização se tornar uma “ideia totalitária”, um rótulo produzido em um discurso uno e fechado, que venha a calar a multiplicidade de questões inerentes à experiência de ser diagnosticado com um transtorno mental e fazer uso de psicofármacos. Diante da constatação deste risco, a autora faz a pergunta-convite que inspira nosso trabalho: “como ter um discurso não medicalizante sobre a medicalização?” (MACHADO, 2014, p. 117).

Machado indica que o Fórum foi, desde sua criação, colocado em um posicionamento *contra* a medicalização. Este posicionamento é importante para se ter a força necessária nos embates políticos e disputas de sentidos, criticando discursos reducionistas e totalizantes, barrando projetos de lei, entre tantas outras

conquistas. No entanto, a autora aponta que existe uma outra forma de luta, para além da “luta do contra” à qual devemos estar atentos:

Temos uma luta que é uma luta “do contra” e “do a favor”, necessária, e temos uma outra que é uma luta “de fronteira”, que percebe a multiplicidade de questões presentes em uma certa ação que ganhou consistência. A fronteira diz respeito às lutas micropolíticas, aos encontros em que novas práticas e forma de viver se fabricam. Essa luta está, também, em nossos locais de trabalho e em cada um de nós (MACHADO, 2014, p. 117).

Tal qualidade de ação na “fronteira” consiste, portanto, em atentar para a dimensão micropolítica dos acontecimentos, o plano no qual coabitam forças em contínuo embate, que por ora ou outra ganham consistência e despontam como um determinado “problema”, “algo em relação ao qual temos que e agir” (MACHADO, 2014, p. 115).

Assim, Machado coloca em evidência o risco sutil da luta se “tornar palavra de ordem” e impossibilitar a ação “na fronteira”, embotando a capacidade de ser sensível à complexidade de processos que se fazem presentes no campo de debate aqui desenhado, assumindo posicionamentos automáticos e rígidos. A consequência mais clara deste modo de se posicionar está em sufocar aquilo que é mais caro e fundamental à vida: a potência de diferir, de se habitar um plano comum de trocas e mútua interferência onde formas instituídas são rachadas e novas podem surgir (MACHADO, 2014).

Neste capítulo, buscamos analisar as evidências históricas das múltiplas práticas que atravessam o consumo do metilfenidato, buscando levantar pistas sobre como este se *tornou um fato* e uma controvérsia em nossa sociedade, evidenciando, ao mesmo tempo, como os sentidos e acontecimentos em torno deste medicamento são controversos e provisórios. Como Lara, Guareschi e Gonzáles (2014), buscamos aqui desnaturalizar os sentidos e verdades construídos em torno do TDAH e do metilfenidato, deixando de vê-los como evidência para pensá-los como problemas. Deixar de tomar algo como evidência para tomá-lo como problema faz com que deixemos de considerá-lo como algo natural e passemos a entendê-lo como parte de uma multiplicidade historicamente datada e imersa hoje no arranjo dos acontecimentos.

No capítulo seguinte, somaremos a esta discussão a análise de um caso recente, a publicação do novo protocolo de dispensação de metilfenidato do Município de São Paulo, que fez eclodir um intenso debate a respeito do acesso ao metilfenidato no território brasileiro via Sistema Único de Saúde, convocando novamente o desafio feito por Machado: como se posicionar neste campo tão polarizado sem perder a capacidade de ampliar nossas questões?

2. ENTRE O ACESSO E O EXCESSO: O QUE PODE UM PROTOCOLO?

No dia 15 de Julho de 2014 o jornal Folha de São Paulo publicou uma notícia intitulada “Prefeitura restringe acesso a remédio para crianças hiperativas”. A referida prefeitura é a de São Paulo, que havia lançado, no dia 12 de junho deste mesmo ano, um novo protocolo de dispensação do metilfenidato. A ação da prefeitura provocou uma onda de polêmica, levando a um verdadeiro duelo de titãs durante algumas semanas: a cada dia um novo nome de peso se manifestava a respeito do tema, entre eles a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), a Associação Brasileira do Deficit de Atenção e Hiperatividade (ABDA), a Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME), o Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (CRP-SP), o Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade, entre outros. Assim, o caso do novo Protocolo de dispensa de metilfenidato de São Paulo é um exemplo recente e expressivo da complexidade e riqueza de controvérsias que compõem os discursos a respeito deste psicoestimulante. Considerando a gestão das políticas públicas no âmbito da Assistência Farmacêutica e da Saúde Mental um aspecto fundamental dentro das *práticas farmacológicas* com o metilfenidato, neste capítulo vamos puxar algumas linhas de discussão sobre este assunto.

É a partir da publicação, em Diário Oficial, da Portaria Nº 986 da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS-SP) (SÃO PAULO, 2014) que entra em vigor um novo protocolo de prescrição e dispensação do metilfenidato no âmbito da rede pública de saúde deste município. O documento substitui o protocolo anterior, de 2007, trazendo a seguinte estrutura: Introdução teórica a cerca do TDAH e seu tratamento; Indicações do metilfenidato; Diretrizes de prescrição e dispensa pública do medicamento; Descrição do novo fluxo de dispensa que passa a vigorar com a sua publicação; Referência Bibliográficas.

Em um debate promovido no programa da TV Univesp *Educação Brasileira*¹⁹, a Técnica em Saúde Mental da SMS-SP, Janaína Diogo, destaca que o protocolo é fruto dos esforços de um Grupo de Trabalho criado em 2013 pela área técnica da Assistência Farmacêutica. Diante do acelerado crescimento de prescrições de

¹⁹ Trata-se no programa de nº 165, publicado no dia 11/07/2014 no site YouTube. Este pode ser assistido na íntegra em: <https://www.youtube.com/watch?v=cqoSWQiPMPs>

metilfenidato no Município, a Saúde Mental é, então, convocada pela Assistência Farmacêutica para a elaboração conjunta de uma estratégia de intervenção.

As análises do Grupo de Trabalho identificaram que o protocolo de dispensação de metilfenidato de 2007, então vigente, corroborava com um quadro de “prescrição indiscriminada” do psicoestimulante, uma vez que permitia que esta se pautasse apenas no parecer isolado do médico, de forma que grande parte dos usuários sequer eram avaliados por outros profissionais.

Ainda, o antigo protocolo permitia que a prescrição do metilfenidato se desse em qualquer serviço da rede municipal de saúde – desde as Unidades Básicas até os CAPSIs. Para se tornar um prescritor autorizado do psicoestimulante, bastava que o médico realizasse uma capacitação, cujo teor, segundo Diogo, era de incentivo ao diagnóstico de TDAH e de seu tratamento por via medicamentosa.

Assim, o Grupo de Trabalho se dedicou à atualização das normas de dispensação do metilfenidato, tendo como uma das principais referências o protocolo de Campinas de 28/06/2013 (SÃO PAULO, 2014). O novo documento propõe a renovação do modelo de cuidado para o TDAH, visando interferir nas práticas voltadas para esta demanda no município de São Paulo.

Logo nas suas primeiras linhas o novo protocolo frisa a complexidade que envolve o diagnóstico de TDAH. Sua Introdução se inicia com a descrição do transtorno segundo o DSM e suas altas taxas de prevalência de 0,85% a 10% na infância e juventude e de 0,5% a 4,4% na idade adulta (SÃO PAULO, 2014). Na sequência, afirma-se que o TDAH tem sido considerado um diagnóstico controverso e que não é simples distingui-lo de “parte dos problemas de escolaridade decorrentes de modelos pedagógicos inadequados ao contexto social das crianças, de questões familiares cada vez mais complexas e do contexto sociocultural em que há competição, produção de estigmas e exclusão.” (SÃO PAULO, 2014, p. 19).

Logo, a fundamentação conceitual apresentada no protocolo imprime uma direção não de negação da existência do TDAH e do sofrimento que seus sintomas podem acarretar, mas sim de afirmação da sua *complexidade*, da miríade de situações que, na vida, podem deflagrar seu quadro sintomatológico. Partindo desta premissa, o documento aponta que a definição do diagnóstico deve ser realizada por equipe

multiprofissional, observando-se uma larga lista de aspectos, que não se restringem ao espectro de sintomas de desatenção, impulsividade e hiperatividade, mas também: a história do desenvolvimento; as habilidades de aprendizado e cognitivas; a saúde mental e física, o meio social e familiar; o contexto cultural. Desta forma, o Protocolo considera que a contagem de critérios dos manuais diagnósticos tais como o DSM-4, DSM-5 e/ou a CID-10 é importante na medida em que pode “apontar a necessidade de se fazer avaliação abrangente” (SÃO PAULO, 2014, p. 19), mas não deve servir de fator decisivo e único no fechamento do diagnóstico. Além disso, declara que a SNAP-IV, “não deve ser utilizado como orientação diagnóstica, pois já recebeu críticas consistentes” (SÃO PAULO, 2014, p. 19).

O protocolo orienta que mesmo nas situações em que o TDAH for identificado segundo as orientações acima descritas, o tratamento farmacológico deverá ser indicado somente mediante o insucesso de estratégias psicossociais e pedagógicas, que devem ser tentadas previamente. O uso do medicamento comparece, assim, não como primeira opção de tratamento, mas como um recurso a ser utilizado apenas quando houver alta gravidade dos sintomas. Ainda, a opção pela via medicamentosa deve ter caráter de complementação das abordagens psicossociais em curso e, portanto, jamais deve comparecer como estratégia única de cuidado.

No mesmo debate em que citamos a participação de Janaína Diogo, estava também presente a pediatra e professora titular do Departamento de Pediatria da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas (UNICAMP), Maria Aparecida Moisés. Ela afirma que um dos principais diferenciais do protocolo está exatamente na garantia de que o tratamento medicamentoso não seja a escolha única e imediata de tratamento para o TDAH, na medida em que dá ênfase no acompanhamento multidisciplinar, caso a caso. Assim, nas palavras de Moisés, permite-se que “a criança seja atendida como uma criança e não um TDAH”.

Para garantir tal direção no cuidado para as crianças e adolescentes diagnosticados, o protocolo redefine o fluxo de atendimento a elas. Além de suspender a possibilidade de se retirar o metilfenidato via SUS com receituário advindo de consultas médicas particulares, a prescrição passa a ser restrita ao CAPSi. Fundamentando-se na ideia de que o TDAH é um diagnóstico complexo, e de que apenas os casos com sintomas graves devem ser submetidos ao tratamento

medicamentoso, o acompanhamento pelo CAPSI se justifica por ser este o serviço de referência para casos complexos e de alta gravidade. Assim, cabe à sua equipe avaliar os casos e construir o Projeto Terapêutico Singular (PTS) para cada um deles, podendo incluir neste o tratamento medicamentoso, quando cabível. Todo o processo deve ser realizado através do trabalho interdisciplinar e articulado junto à rede Intersetorial.

Acreditamos que tais medidas fortalecem a aposta no SUS como meio privilegiado de exercício cidadão do direito à saúde e, reconhecendo, ainda, o papel fundamental do CAPSI no âmbito da Saúde Mental para crianças e adolescentes (SMCA). Este ponto é também destacado pela pesquisadora do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Maria Cristina Ventura Couto, em sua nota de apoio à publicação do protocolo, enviada no dia 27 de julho de 2014 ao grupo de e-mails “CAPSI na Reforma”:

[...] Nada é simples no momento atual (quer seja do país, em tempos de eleição, quer seja da atç psicossocial para cr adol (ou mesmo da Atç Psico geral), em tempos de extrema fragilidade!!!.

Só para esclarecer ptos iniciais de preocupação: temos apenas 183 CAPSi implantados no país - em julho de 2014 -, o Fórum Nacional não se reúne com regularidade desde 2009 (depois de 2009 somente em dez 2012 o fórum se reuniu!!); os CAPSi estão, em sua maioria, sucateados, com poucos trabalhadores em ação, gde parte deles com baixíssimos salários, a maioria dos CAPSi não tem supervisão clínico-institucional, os trabalhadores desses dispositivos não tem conhecimento mais aprofundado sobre os ptos onde exercer ações de superação da história brasileira - mtos acham que os caspi devem superar a história internação psiquiátrica, sendo que cr-adol, em sua extensa maioria, nunca estiveram internados em hospícios, etc, etc....).

Temos gdes problemas para fazer valer a atç psicossocial no país.

Tomara que os gestores da SM na cidade de SP não recuem frente às pressões que têm recebido.

meu apoio e reconhecimento,

um abç

cristina ventura (COUTO, 2014)

Assim, Couto aponta que o protocolo de São Paulo é um acontecimento importante na luta cotidiana de se efetivar a política de SMCA e fortalecer o CAPSI. Dois anos antes do envio deste e-mail, a autora já indicava em sua tese de doutorado (COUTO, 2012): “[a política de SMCA] é promissora, mas não está consolidada” (2012, p. 161).

Em seu e-mail, Couto comenta que muitos dos trabalhadores dos CAPSi desconhecem as particularidades que envolvem a história de construção da política brasileira de SMCA, inexistente até o final do século XX. Em sua tese, a autora indica que tal *inexistência* se refere a uma ausência de organização das ações voltadas a crianças e adolescentes com sofrimentos mentais, o que não significa que o poder público ignorava esta parcela da população. No entanto, sem ter sua condição de sofrimento mental reconhecida, tais crianças e adolescentes eram vistos fundamentalmente como consequências da pobreza e abandono, as quais se devia responder com práticas disciplinares, reeducativas e de reabilitação, “com vistas à formação de cidadãos civilizados e produtivos” (COUTO, 2012, p. 9).

Assim, diferente do que ocorria com os adultos, o transtorno mental infantil não se concentrava nos hospitais, mas se encontrava pulverizado em instituições disciplinares diversas, em sua maioria particulares ou filantrópicas, tais como abrigos, orfanatos e educandários. O vazio deixado pela desassistência psicossocial era preenchido pela atuação desarticulada de dispositivos de diversos setores, tais como a Assistência Social, a Justiça, a Educação e, na minoria dos casos, a própria Saúde²⁰. Por este motivo, a Política de Saúde Mental Infantojuvenil teve a intersetorialidade como uma premissa indispensável para seu nascimento. A articulação entre os diferentes setores que já acolhiam, cada qual a sua maneira, às demandas de Crianças e Adolescentes com sofrimento psíquico foi uma condição de possibilidade para que a rede de SMCA pudesse começar a se esboçar.

A partir do lançamento do Estatuto da Criança e do Adolescente em 1990, o Estado passa a reconhecer oficialmente o público infantojuvenil como sujeitos psíquicos e portadores de direitos. Este foi um marco fundamental, que pautou a articulação intersetorial necessária à organização do processo de cuidado às crianças e adolescentes com sofrimento mental, pautando-se nos princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica. A criação do CAPSi no âmbito do SUS em 2002 foi uma das estratégias basilares para que este trabalho fosse possível, uma vez que é este o dispositivo que tem a função de organizar a rede de SMCA e ampliar o acesso a ela (COUTO, 2012).

²⁰ Embora fossem poucos, existiram no Brasil pavilhões infantis em certos Hospitais Psiquiátricos, como no Hospital da Praia Vermelha e no Hospital do Juqueri, ambos inaugurados no início do século XX. (BOTELHO, 2014).

Desta forma, o protocolo de São Paulo reafirma tal papel do CAPSi ao reconhecê-lo como local estratégico para a prescrição do metilfenidato, pois seu funcionamento favorece que esta ocorra de forma mais articulada, seja entre os seus diferentes profissionais como também entre os diversos serviços que atendem a crianças e adolescentes, dentro e fora da Saúde. Assim, o documento indica como pontos a serem contemplados no cuidado:

- Acolher os pais e a criança e estabelecer um Projeto Terapêutico Singular; as intervenções devem ser compartilhadas entre família, criança e escola.

- Se os problemas estiverem associados a transtorno grave (correspondente a um diagnóstico de transtorno hiperativo com déficit que se apresente em múltiplas situações ou circunstâncias), o CAPS Infantil fará o gerenciamento do caso no território, compondo o cuidado integral com outros pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e deverá ainda se responsabilizar pela prescrição do fármaco.

Na escola

A escola, ao identificar comportamentos que estejam prejudicando as relações sociais e o aprendizado, deve elaborar e adotar estratégias de intervenção no âmbito educacional com o propósito de ajudar a criança com sintomas sugestivos de TDAH de modo a atenuá-los. Se necessário, fazer o encaminhamento da criança para os equipamentos da rede de saúde. Caso o paciente inicie um tratamento, cabe aos profissionais de saúde estabelecerem ações conjuntas com a escola. (SÃO PAULO, 2014 p. 19)

O protocolo atribui ao CAPSi a responsabilidade exclusiva de prescrição de metilfenidato e torna seus critérios mais exigentes, imprimindo, assim, um maior controle por parte do poder público em todo o processo. Mas mais do que isso, o documento toma como ponto de partida a necessidade de considerar a experiência da família, da criança e de instituições como a escola, visando articulá-las na definição e negociação das estratégias de cuidado, incluindo aí a gestão do medicamento. É importante salientar, ainda, que o protocolo nasce de uma efetiva articulação e cultivo da intersectorialidade entre a Política de Assistência Farmacêutica e a Política de Saúde Mental.

Isto fez como que a publicação da Portaria Nº 986/2014 da SMS-SP tivesse como reação não somente declarações de aprovação mas também inúmeras manifestações de ataque. A ABP, por exemplo, assinou um texto intitulado “Carta Aberta à População”, divulgado no site da ABDA²¹ no dia 25 de Julho de 2014, em

²¹ A Associação Brasileira do Déficit de Atenção (ABDA), fundada em 1999, declara ter como objetivo “disseminar informações corretas, baseadas em pesquisas científicas, sobre o Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH).” (ABDA, [s.d.]). Podem se associar portadores, familiares e profissionais da saúde (médicos, psicólogos e fonoaudiólogos) com comprovada experiência de no mínimo dois anos no tratamento com o TDAH, após seus currículos serem aprovados por uma

explícito repúdio à portaria. Tal carta, assinada por 59 profissionais e Associações Médicas, pleiteia a revogação do documento, criticando desde a sua fundamentação teórica até as alterações de fluxo do atendimento. Segundo a ABP:

Por trás de um discurso apoiado em uma visão assistencial equivocada e manipuladora, não enraizada na ciência e nos conhecimentos da neurobiologia, tal resolução se revela, na verdade, uma obstrução abusiva ao acesso ao tratamento farmacológico pela população de baixa renda, e impõe restrição ao pleno exercício e autonomia da medicina e da ciência brasileira (ABP, 2014, p. 1).

A partir deste pequeno trecho da carta da ABP, puxaremos duas linhas de análise que consideramos fundamentais, não somente para o caso específico do protocolo de São Paulo, mas para pensarmos as práticas farmacológicas com o metilfenidato de forma mais ampla: a primeira se refere à tentativa de legitimação dos discursos médicos com base em sua cientificidade; a segunda aborda os desafios de criar políticas públicas nas quais a dispensação e prescrição deste medicamento possa ser mais compartilhada. Neste segundo aspecto, a possibilidade de uma gestão compartilhada do medicamento surge como ameaça à autonomia da medicina e da ciência brasileira.

No que se refere ao discurso científico, é interessante pontuar que a ABP associa “ciência” aos “conhecimentos da neurobiologia” em oposição à visão “assistencial equivocada e manipuladora”. Trata-se de uma compreensão do saber científico como um construto amoral e apolítico, uma vez que purificado pelas evidências fisicalistas e biológicas, que se pretendem neutras, imparciais. Como já visto no capítulo anterior, é esta visão de ciência que impulsiona a psiquiatria biológica atual, tendo por marco a publicação do DSM-III e sua pretensão de segurança e neutralidade (PEREIRA, 2009; RODRIGUES, 2003; CALIMAN, 2006). Segundo este ponto de vista, o fazer científico – mais especificamente, das Ciências Naturais – agiria como defesa contra manipulações, por se aproximar o máximo possível da verdade (PEREIRA, 2009).

comissão de avaliação de um Comitê Científico (ABDA, [s.d.]a). Seu site, disponível no domínio <www.tdah.org.br> é sua principal fonte de difusão, e oferece uma larga gama de informações, desde informações sobre o TDAH e seu tratamento, depoimentos de portadores e familiares, vídeos explicativos, notícias e matérias que comentam temas atuais, como a que divulga a carta da ABP a respeito do protocolo de dispensação de metilfenidato da SMS-SP (ABDA, 2014). No rodapé da página principal, a Novartis comparece entre os apoiadores e parceiros da associação.

Na medida em que busca reconhecimento no seio das Ciências Naturais, a psiquiatria adota o posicionamento que já vinha fundamentando as outras áreas da medicina desde o início de século 20, que elegem os parâmetros biológicos como única via legítima de progresso. Nasce então o discurso, tão em voga ainda nos dias de hoje, de que a padronização científica das pesquisas no campo da neuropsiquiatria, de desenvolvimento de novas terapêuticas, bem como de suas forma de uso, garantem a proteção contra desvios éticos de conduta, seja dos médicos ou dos laboratórios (KIRMAYER; RAIKHEL, 2009; PETRYNA; KLEINMAN, 2006).

Assim, as evidências produzidas segundo os ditames das Ciências Naturais serviriam como critérios absolutos em si mesmos, inquestionáveis. O mesmo raciocínio sustenta a tão repetida expressão “uso médico”, que reitera que um “uso seguro” do medicamento está condicionado – quase que somente – à precificação ter sido feita por um profissional médico²².

Não se trata aqui de negar a importância dos conhecimentos médicos e seu papel fundamental no cuidado à saúde. Mas de afirmar que o exercício da medicina, bem como o desenvolvimento de pesquisas sobre fármacos e diagnósticos, não são livres de atravessamentos de interesses econômicos e políticos e que, portanto, devem ser continuamente analisados. Como afirma Latour (1999), isso não destituiu a medicina de seu caráter científico, mas a coloca em posição de lateralidade em relação às demais formas de conhecimento, na medida em que reconhece a ciência também como efeito de determinada rede de valores, significações, opiniões e interesses.

Os recorrentes escândalos no âmbito da indústria farmacêutica são uma demonstração clara de que a entrada da psiquiatria no domínio das ciências naturais não garante neutralidade. Um estudo realizado por David Healy (2006), baseado em um levantamento histórico e na sua própria experiência como psiquiatra e pesquisador em psicofarmacologia, revela que a indústria farmacêutica lança mão de uma série de manobras para a divulgação e promoção de seus produtos. Tais artifícios incluem patrocínio de eventos médicos, encomenda de pesquisas

²² Para uma discussão mais aprofundada sobre os “abusos” do uso médico de medicamentos, ver ITABORAHY (2009).

científicas, promoção de grupos de pacientes e campanhas de conscientização sobre diagnósticos – e, obviamente, seu tratamento. Em seu texto, Healy explicita como os artigos científicos – e portanto considerados confiáveis – apresentam resultados que são *produzidos* a partir de uma delicada operação, que implica na escolha por certos métodos estatísticos, formas de apresentação dos números e nomenclaturas, cuja resultante acaba por ser favorável aos laboratórios e seus produtos.

Healy (2006) aponta, ainda, que as modulações a longo prazo do discurso científico se engendram pela atuação de mecanismos ainda mais sutis, tais como a transformação dos critérios de avaliação da eficácia de uma droga, ou da gradual ampliação dos critérios de prescrição desta. Tais mudanças se dão processualmente ao longo da história, alimentadas por movimentos de natureza científica, midiática e até mesmo pelos que advêm da comunidade leiga, por meio das associações de usuários, por exemplo. Portanto, a influência dos interesses políticos, econômicos e sociais nos ditos “avanços” da ciência é um fato (ITABORAHY, 2009), e não se constitui, a nosso ver, como um erro. Todos estes elementos são em realidade inseparáveis, embora, em geral, a ciência moderna busque defender o contrário – a custo de grande esforço (LATOURE, 1999).

Assim, é fundamental que se analise quais as forças que sustentam determinada produção científica, assim como os efeitos que elas têm gerado. Aí está o motivo pelo qual afirmamos a importância do posicionamento do protocolo de São Paulo, na medida em que faz frente à lógica que fundamentava o seu antecessor, de centralização do saber do médico na condução do tratamento de usuários diagnosticados com TDAH, e a conseqüente medicação excessiva da demanda.

Para trazer mais elementos e controvérsias à discussão, convocamos também o comentário feito pelo coordenador do Laboratório de Estudos e Pesquisa em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Escola Nacional de Saúde Pública (Laps/ENSP) e presidente da ABRASME, Paulo Amarante. Em um vídeo publicado no dia 1º de agosto de 2014 pelo Laps/ENSP²³, Amarante declara apoio à publicação do

²³Vídeo disponível em <<https://www.youtube.com/watch?v=crFwLJvx8D8&feature=youtu.be>>. Acesso em 02 set. 2014.

protocolo, que segundo ele, vai na direção do combate o “furor prescritor” que hoje presenciamos, ampliando as possibilidades de cuidado. Amarante afirma que o dever do poder público de garantir ao cidadão seu direito de acesso à saúde passa também por uma melhor regulamentação no que se refere às ofertas de tratamentos, que possa fazer frente ao excesso de uso de medicamentos e toda a movimentação da indústria farmacêutica de mercantilização da saúde e da doença.

Poucos dias antes, a ABRASME havia tornado pública também uma nota a respeito do protocolo, na qual afirma:

Com efeito, a perspectiva da Portaria da SMS de São Paulo merece da comunidade científica e da população geral o mais irrestrito apoio, na medida em que visa proteger a nossa população das consequências patogênicas do tratamento não criterioso dos comportamentos rotulados como transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. A SMS de São Paulo se coloca como exemplar na construção democrática de formas de abordagem dos problemas que afetam a saúde da nossa população, ao reconhecer o papel central do usuário dos serviços. As pessoas têm o direito de serem informadas acerca das intervenções médicas e psiquiátricas e de serem envolvidas nas discussões com respeito às opções de tratamento (ABRASME, [s.d.], [s.p.]).

Primeiramente, chama a atenção o fato da ABRASME legitimar a fundamentação conceitual do protocolo, destacando seu valor científico, ao contrário da ABP que a classificou como “demagógica”, “mistificadora e indigna” (2014, p.1). A ABRASME acrescenta, ainda, que poderia “ampliar com inúmeras outras referências científicas a revisão bibliográfica proposta na Portaria” ([s.d.], [s.p.]), selecionando, então duas²⁴ cujo conteúdo fortalece a existência de controvérsias a respeito do diagnóstico de TDAH e da segurança do seu tratamento com psicoestimulantes.

Sendo a ABP e a ABRASME ambas consideradas autoridades no que concerne a produção de conhecimento no campo da Saúde Mental, a divergência entre as duas a respeito da validade da fundamentação teórica do protocolo da SMS-SP demonstra que nem mesmo a classificação do que é cientificamente válido é um consenso. Como nos indica Latour (1999), a proposição de critérios que permitam

²⁴ As referências citadas pela ABRASME são as seguintes: um livro de Allen Frances (2013), um dos psiquiatras responsáveis pela edição do DSM-IV, que denuncia a falsa epidemia de TDAH que se observa atualmente; e uma declaração feita pelo neurocientista estadunidense Bruce D. Perry (apud BOFFEY, 2014), publicada no The Guardian e The Observer, na qual ele critica a abertura dos critérios de diagnóstico do TDAH e afirma que evidências demonstram não haver qualquer benefício a longo prazo no tratamento com psicoestimulantes.

distinguir entre o que é científico e o que não é permanece como um dos principais motivos de embate entre os epistemólogos.

Em diálogo com Latour e seus estudos sobre ciência, Moraes (2004) demonstra que os fatos científicos são produzidos e sustentados por uma rede de atores, da qual fazem parte “os colegas, as instituições de financiamento, as rivalidades, a mídia, os periódicos de divulgação científica, o mercado consumidor” (p. 325). Desta forma, os fatos científicos são fruto de negociações e redefinições de valores, sempre em processo, sempre provisórios.

Em segundo lugar, gostaríamos de chamar atenção para a radical diferença nas interpretações feitas pela ABP e a ABRASME sobre as mesmas regras de prescrição do metilfenidato. Cada uma analisa de forma diversa os possíveis efeitos gerados a partir da regulamentação que é preconizada pelo protocolo, levando a posicionamentos opostos.

A ABP denuncia que as novas regras levam à restrição de acesso ao tratamento medicamentoso e critica a SMS-SP por excluir “exatamente a população menos favorecida socialmente do acesso a tratamentos considerados de primeira linha” (ABP, 2014, p. 2). Acusa, ainda, o protocolo de impedir “o pleno exercício e autonomia da medicina”. Embora os signatários não esclareçam este ponto, é provável que se refira à obrigatoriedade de que a avaliação do diagnóstico de TDAH, assim como seu acompanhamento, sejam realizados por equipe multiprofissional e que a prescrição de metilfenidato se restrinja ao CAPSi.

A ABRASME, por sua vez, indica que as medidas são consonantes ao dever do Estado de “defender a saúde pública da população” ([s.d.], [s.p.]) do consumo excessivo de metilfenidato e garantem aos usuários seu direito de participarem da discussão sobre seus tratamentos, inclusive a respeito das diferentes opções de tratamento. No que se refere à atuação profissional, enquanto a ABP percebe tolhimento de liberdade do exercício profissional, a ABRASME comemora a democratização da gestão do tratamento.

Em suma, onde uma visualiza “acesso” ao tratamento medicamentoso, a outra aponta para o “excesso” de uso de medicamentos; onde uma critica “excesso” de regulamentação, a outra elogia o “acesso” a outras formas de cuidado. Entre o

acesso e o excesso, ambos os argumentos giram em torno do uso do medicamento, fundamentando-se no direito do usuário ao cuidado em saúde.

Diante de tal polarização de pontos de vista, poderíamos cair no equívoco de buscar qual deles seria “verdadeiro” e qual “falso”, ou, no mínimo, qual deles seria “mais próximo da verdade”. Estaríamos no rumo do mesmo empreendimento impossível dos epistemólogos criticados por Latour (1999), que a todo tempo buscam criar critérios para medir a proximidade a certa realidade que está sempre a escorrer pelas mãos, pois nunca cessa de diferir de si mesma!

Tais formas de se entender a ciência, que buscam apreender a *realidade*, se orientam e um conjunto de pressupostos nomeados por Law (apud MORAES, 2010) como “realismo euro-americano”. Entre eles estão a compreensão de que a realidade é única, anterior àqueles que buscam conhecê-la e que, fatalmente, só poderão apreendê-la em parte, sob determinada perspectiva. Law afirma que tais pressuposições baseiam não apenas métodos de pesquisa, mas também estão presentes na vida cotidiana, em modos de ver e se posicionar no mundo.

Moraes (2010) sinaliza, portanto, que ao se adotar tais pressupostos constroem-se uma “certa realidade” mas não “a” realidade. Propõe, desta forma, que a realidade é *performada*, produzida pelas nossas práticas cotidianas.

Assim, neste capítulo tomamos o caso do protocolo de dispensação de metilfenidato da SMS-SP a fim de cartografar as práticas farmacológicas e as controvérsias que aí se colocam, é precisamente para analisar quais as realidades que tem sido performadas a partir delas. Ao invés de buscar tomar partido de qual a “verdade” a respeito do protocolo da SMS-SP, gostaríamos de perguntar quais práticas são possíveis a partir dele, que tipo de posicionamentos ele fortalece, quais realidades podem ser performadas a partir de sua execução. Trata-se, em resumo, de perguntar: o que pode um protocolo?

Na pista desta questão tomaremos como ferramenta o critério ético-político proposto por Machado (2014): as práticas são tão desejáveis quanto são potencializadoras dos processos de diferenciação, impulsionando a potência expansiva e criativa da vida. Isso significa ir extamente na contramão de reducionismos e movimentos de totalização.

Reafirmamos que o protocolo da SMS-SP parte da complexidade do TDAH para então repensar a linha de cuidado que deve ser a ele aplicada, apontando para a ampliação da rede de atores, políticas e serviços aí envolvidos. Retomado o papel histórico do CAPSi enquanto articulador da rede de SMCA (COUTO, 2012), podemos compreender que o fato do protocolo elegê-lo enquanto serviço privilegiado de gestão dos projetos terapêuticos de crianças e adolescentes com sofrimentos psíquicos não aponta para uma restrição, mas como estratégia importante para construir uma rede de cuidado e garantir que suas ações tenham direção psicossocial.

Enquanto dispositivo normativo, o protocolo busca, sim, constranger as práticas que tenham caráter totalizante, que produzam individualizam e isolamento, restringindo as possibilidades de cuidado e gestão da vida. Imprimir tal direcionamento no texto que regulamenta a implementação de uma rede de cuidado é um marco importante, mas, como nos indica Couto, não é garantia definitiva que esta será de fato efetivada. De fato, a positividade da rede reside justamente no seu caráter processual, o que significa afirmar que ela está em permanente construção. Ela é efetivada nas práticas cotidianas de cuidado e se singulariza na medida em que são singulares as situações de cada usuário que nela se insere.

O que pode um protocolo? Se levantamos esta questão não o fazemos para respondê-la em definitivo, mas para cultivá-la. O caso do protocolo da SMS-SP foi convocado para esta discussão para servir de gatilho, um indutor para que seja possível então ampliar nossas questões. Perguntamos então: o que podem as práticas farmacológicas com o metilfenidato? Como podemos interferir nas realidades performadas por tais práticas, como também atores e nós desta grande rede que conecta medicamentos, pesquisadores, usuários, diagnósticos, interesses econômicos e políticos, protocolos?

3. SOBRE OS (DES)CAMINHOS DE CONSTRUIR UMA PESQUISA-INTERVENÇÃO

Neste capítulo, narramos os caminhos e descaminhos de um grupo de pesquisa que constrói uma pesquisa-intervenção. Trata-se de um percurso tortuoso e até meio acrobático, repleto de guinadas, meias voltas e mergulhos. E não poderia mesmo ser diferente, uma vez que escolhemos o método cartográfico para dar pernas às nossas questões, ou, para usar um termo mais bergsoniano, aos nossos problemas de pesquisa. Se é que um Cartógrafo e seus problemas têm pernas, arriscamos dizer que eles necessitam antes, de bons joelhos. Pois é preciso, na trilha das intensidades, estar sempre disposto a adaptar o passo: rastejar em certos momentos, correr a galope em outros e em muitos tantos parar, esperar, tomar uma nova direção. E como nos lembra Heráclito²⁵, toda direção é nova, já que não é possível se banhar em um mesmo rio duas vezes – a cada mergulho, nem nós nem o rio somos os mesmos.

Na pesquisa, como na vida, não nos bastam os joelhos: quantos melhor funcionam as articulações, melhor nos movimentamos através dela. Também nos caminhos de um cartógrafo, nossos problemas são tão melhores quanto mais conseguem *articular*, ou seja, apontar para novos problemas, multiplicando sentidos (BARROS; BARROS, 2013). De fato, são os problemas que movem a análise em cartografia (BARROS; BARROS, 2013) e, se durante a construção desta pesquisa percorremos vários espaços, geograficamente falando, também habitamos/fomos habitados – por vezes invadidos – por questões as mais diversas, pousos sempre provisórios, porque sempre em processo de construção. E é deste (des)caminho, que bem pode também ser descrito como um infinito trabalho de tessitura, que trataremos nas próximas linhas.

Para se narrar o que parece tão inenarrável quanto uma caminhada longa e tortuosa, ou o laborioso trabalho de tecer uma rede com suas tantas linhas e nós, é preciso lançar mão de certos artifícios, e um deles pode ser a escolha de um ponto de partida. O fazemos como estratégia para dar conta da difícil tarefa de traduzir em escrita a intensidade da experiência, e com a premissa de afirmar a arbitrariedade do

²⁵ Filósofo grego que viveu de 535 a 475 a.C., cujo pensamento se fundamenta da ideia de que todo objeto no Universo está em estado de constante fluxo.

ponto escolhido, pois tantos outros poderiam ser eleitos. Aqui escolhemos partir, portanto, da compreensão de que nas sociedades contemporâneas as práticas farmacológicas se constituem como importantes vetores de subjetivação, participando junto a outros fatores na construção de realidades e modos de viver. Deste ponto, lançamos já algumas perguntas, que atuam como linhas mestras no traçado de nossas análises: quais são as realidades que temos performado – enquanto usuários, familiares de usuários, pesquisadores, profissionais de saúde, gestores – nas práticas farmacológicas com a Ritalina no Espírito Santo? Quais outros arranjos podemos fazer existir, a partir de novas articulações? Como dar força e visibilidade a movimentos que tenham como efeito a multiplicação de sentidos diante da problemática da hiperatividade e/ou desatenção e seu tratamento?

Uma vez que estamos tratando de uma pesquisa-intervenção, que se alia ao método cartográfico e às ferramentas da análise institucional, consideramos que tais questões só podem ser colocadas – e recolocadas – se entendermos que também nós pesquisadores, fazemos parte do arranjo que propomos analisar (RODRIGUES, 2012).

Ao assumirmos que o pesquisador é parte de seu campo de análise, rompemos definitivamente com qualquer pretensão de neutralidade no ato de pesquisar, afirmando que ele implica, necessariamente, em produzir interferência. A pesquisa-intervenção toma tal afirmativa como base e passa a olhar para os efeitos da pesquisa como aspectos fundamentais para seu processo de análise. Mas, como Moraes (2010) nos alerta, a intervenção em pesquisa pode seguir duas tendências diferentes. A primeira é a da intervenção que se faz *sobre* o outro. Neste modelo, o pesquisado é colocado em posição de passividade em relação ao pesquisador, que detém o controle sobre todo o processo. Cabe somente a ele definir as questões e finalidades da pesquisa, bem como elaborar os dispositivos utilizados. Tal forma de pesquisar produz uma intervenção de cunho “ortopédico”, pois a intervenção se dá em apenas um sentido, do pesquisador, único detentor da capacidade de agir, em direção ao pesquisado.

Moraes (2010) sugere que os dispositivos de pesquisa atuem em outra direção, possibilitando uma redistribuição das *capacidades de agir* - ou ainda, nas palavras de Vinciane Despret (2004), promovendo uma melhor distribuição das expertises e

da influência. Trata-se de um movimento de abertura do plano comunicacional (PASSOS, EIRADO, 2009) no qual os pontos de vista de pesquisadores e pesquisados são colocados em relação de transversalidade e, portanto, mútua interferência. Assim, sugere-se que os dispositivos de pesquisa intervenção se façam *com* o outro, “na medida em que [o dispositivo] é construído em articulação com o que interessa ao outro” (MORAES, 2010, p. 30).

Partindo de tal perspectiva de se fazer pesquisa e performar realidades, o que se analisa é aquilo que surge na relação entre pesquisador e pesquisado, a *diferença* que é produzida a partir deste encontro. Tal diferença, no entanto, não se constitui a partir de uma operação de soma ou subtração de partes, mas de certa bifurcação, uma possibilidade de deriva oportunizada pelo contato entre diferentes, de variação onde antes parecia haver demasiada estabilidade. Portanto, a pesquisa intervenção, no sentido afirmado por Lourau (apud BARROS; PASSOS, 2009a), inverte a concepção clássica de ciência e pesquisa, afirmando que, ao invés de conhecer para transformar, é necessário (e inevitável) transformar para conhecer. Alimentados por tal perspectiva fomos tessendo nossos problemas de pesquisa percebendo que trata-se mesmo de um cultivo, de uma aprendizagem não garantida ou dada de antemão.

3.1 A Farmácia Cidadã Metropolitana: sobre mapas e cartografias

Entre [a análise de] um processo e outro é possível ‘pescar’ algumas coisas nas breves conversas que temos com os trabalhadores do arquivo. Tudo me parece muito rico, embora eu não tenha muita clareza do que fazer com isso agora. Uma coisa que tem me beliscado muito os ouvidos por aqui é a tal não adesão aos tratamentos como um inimigo a ser vencido. Não acho muito espaço para falar por agora, mas não consigo deixar de pensar que se o usuário não toma o medicamento deve haver aí algum bom motivo, então não se trata apenas de convencê-lo a tomar... São necessários espaços para se conversar, não só infomar... (Trecho do diário de campo – 12/04/2011)

Desde 2010 o Grupo Fractal de Pesquisa analisa as políticas públicas de saúde e educação voltadas para o TDAH no Espírito Santo. Este trabalho se inicia com um levantamento dos serviços e das políticas de educação e saúde voltadas para esta demanda. Uma vez que os estudos sobre o atendimento do TDAH pela rede pública no Espírito Santo eram então inexistentes, consideramos importante, naquele momento, ter uma “visão geral” sobre o território que estávamos propondo estudar. Assim, ao descobrirmos que o metilfenidato é dispensado publicamente pelo estado

do ES desde 2007, a Política Estadual de Assistência Farmacêutica passou a capturar nossos olhares e interesses, despontando inicialmente como campo problemático privilegiado em nosso trabalho.

Nosso foco maior de análise, até então, incidia sobre o diagnóstico de TDAH e as controvérsias a ele relacionadas. Familiarizados com a literatura nacional e internacional sobre a construção histórica desta categoria nosológica e sua polêmica expansão, nos interessava conhecer como o TDAH se atualizava no estado do Espírito Santo: os processos que constituem as demandas em torno deste diagnóstico e como estas são absorvidas pela rede de saúde local. O consumo de metilfenidato comparecia, portanto, como um aspecto importante a ser discutido dentro desta problemática, por ser uma das principais fontes de controvérsia que alimentam o debate em torno do TDAH e configurar-se, quase sempre, como estratégia terapêutica privilegiada (ou única) no tratamento do transtorno.

Nosso primeiro projeto já trazia em seus objetivos a realização de um dispositivo grupal, naquela época nomeado por nós de *Rodas de Conversa*. Ambicionávamos que as *Rodas* funcionassem como um dispositivo de pesquisa-intervenção, que permitisse o *pesquisar com* os atores que, no ES, vivenciavam as práticas farmacológicas em torno da Ritalina.

Assim, na trilha dos serviços e políticas voltadas para o TDAH no ES, nossas primeiras entradas se deram em torno da dispensa pública do metilfenidato. Encontramos, então, uma especificidade extremamente importante neste território: embora as listas nacionais²⁶ de medicamentos disponibilizados pelo SUS não contemplem este psicoestimulante, no ES a Ritalina é dispensada publicamente pelo estado, como um medicamento especializado. Isto significa dizer, entre outras coisas, que os trâmites necessários à retirada do medicamento via SUS acionam uma rede específica de procedimentos, protocolos, profissionais, espaços, ampliando e complexificando a rede de ações e sentidos que compõem, no ES, as práticas farmacológicas em torno do metilfenidato.

²⁶Nos referimos aqui à Relação Nacional de medicamentos essenciais (RENAME) e ao Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (Portaria Nº 2.981/GM/MS e atualizações), nos quais o Ministério da Saúde define os medicamentos básicos e especializados a serem disponibilizados à população via SUS. Os estados e municípios possuem, no entanto, autonomia para acrescentar suas listas a fim de atender às especificidades de seus territórios.

Buscando cartografar esta rede, ainda em 2010, iniciamos uma parceria com a Gerência Estadual de Assistência Farmacêutica (GEAF), que nos levou à Farmácia Cidadã Metropolitana (FCM), a maior do Espírito Santo no que se refere à população atendida, sendo também a que dispensa o maior volume de Ritalina no estado. Durante mais de 1 ano de pesquisa, habitamos vários espaços da FCM, conversamos com gestores, farmacêuticos, técnicos administrativos e profissionais responsáveis, por exemplo, pela elaboração do protocolo de dispensa de metilfenidato. Tivemos acesso, ainda, aos processos de solicitação de metilfenidato abertos na FCM, a partir dos quais realizamos um primeiro “levantamento de dados” das pessoas em tratamento com este medicamento, dos médicos prescritores bem como dos números relativos à sua dispensa no estado²⁷. Entre as questões que este trabalho nos possibilitou dar visibilidade, causou especial repercussão a tendência de crescimento da demanda de metilfenidato, por parte da população capixaba, desde os últimos cinco anos, em quase todas as Farmácia Cidadãs do Estado.

Tal levantamento foi disparador de uma reunião com a GEAF e todos os coordenadores das Farmácias Cidadãs do Espírito Santo, na qual os dados colhidos foram apresentados e avaliados coletivamente. O aumento do consumo do metilfenidato provocou alerta e preocupação. Para a gestão estadual, era preciso mais regulamentação na dispensa do medicamento. Acreditavam que os médicos prescritores e equipes responsáveis pela dispensa não estariam seguindo os protocolos necessários. Sem regulamentação, o acesso ao medicamento corria o risco de tornar-se excesso de medicamento. Mas uma outra questão despontava como problema: atendendo ou não às exigências definidas no protocolo de dispensação, era nítida a dificuldade de se acompanhar os efeitos do consumo da Ritalina nas vidas dos usuários do medicamento, de seus familiares e das instituições das quais faziam parte.

Qual era o impacto da política estadual de assistência farmacêutica, voltada para o TDAH, na vida de seus usuários? Esta era uma questão que não poderia ser respondida e mesmo melhor formulada sem acessar os atores que compõem as

²⁷ Uma descrição mais completa desta fase da pesquisa e seus resultados está disponível em CALIMAN e DOMITROVIC (2013). Destacamos a expressão tradicional “levantamento de dados” e a colocamos entre aspas porque, mesmo quando realizamos uma pesquisa que busca organizar dados e números, aparentemente fixados nos registros e protocolos de dispensação, trata-se, sobretudo, de uma colheita de dados, que sofrem também ali a intervenção do pesquisador, dos dispositivos utilizados e de todo arranjo organizado em torno da pesquisa.

práticas farmacológicas em torno do metilfenidato. Este quadro é agravado quando pensamos que, inicialmente, a dispensa do metilfenidato no ES era condicionada à realização de acompanhamento psicológico, que deveria ser garantido pela rede pública de saúde. Embora esta exigência não garantisse, de antemão, uma gestão mais compartilhada da medicação, ao menos poderia ampliar os espaços de cuidado. No entanto, a partir da revisão do protocolo de dispensação, homologada em 2010, esta condicionalidade é retirada, mudança que é justificada pela incapacidade da rede de saúde em garantir o serviço de acompanhamento psicológico para uma demanda em crescimento (CALIMAN; DOMITROVIC, 2013). Após esta medida, o medicamento torna-se, por excelência, o dispositivo de intervenção privilegiado no tratamento público do TDAH, e bem pouco se sabe sobre seus efeitos na vida dos sujeitos, direta ou indiretamente, a ele relacionados.

O levantamento realizado nos possibilitou ter uma visão ampla da dispensação pública do metilfenidato no estado, e nos permitiu abrir diálogo com os gestores da Assistência Farmacêutica. Podemos dizer que foi possível traçar certo “mapa”, uma vez que pudemos dar contornos, mesmo que provisórios, ao estado da arte do consumo estadual do psicoestimulante via SUS. Entretanto, como nos indica o médico e psicanalista Luis Eduardo Aragon (2003), os mapas, em sua natureza de sobrevôo, se baseiam em códigos pré-determinados e tendem a ser fixos, não são sensíveis às variações do território. As nossas perguntas exigiam novos dispositivos de pesquisa que, acoplados ao mapa, tateassem mais de perto o que no território vibrava, movia. Sentíamos que a própria gestão estadual de assistência farmacêutica e seus instrumentos de regulamentação e dispensação, de alguma forma, inquietavam-se com a ausência de dados vibrantes, moventes, vivos. Permaneciam as perguntas que não podiam ser respondidas pelos protocolos e dispositivos existentes: o que acontecia na vida dos sujeitos que faziam uso do metilfenidato? Como faziam uso? Quando? O que os levava a solicitarem o medicamento? Quais eram as demandas?

Acreditávamos que estas eram boas questões, bons problemas que deveriam vir acoplados à evidência do crescimento do consumo per se. Era preciso estar atento ao fato de que formular perguntas em torno de um *porquê* provavelmente nos levaria à armadilha de construir nexos causais, insensíveis à diversidade de demandas, que só podem ser pensadas em suas complexidades, sempre instáveis, provisórias,

inacabadas. A busca dos “porquês” poderia nos levar também facilmente a questionar a legitimidade de tais demandas, quando não era esta a direção que seguíamos. Diferentemente, tentamos “martelar” as perguntas que buscam causas, para transformá-las em partículas infinitamente menores, até que passem a questionar não mais as razões por traz daqueles números e gráficos, mas sim os seus modos (COSTA; ANGELI, FONSECA et al, 2012). Como a demanda pelo medicamento surge e se sustenta, levando a um crescimento? Ou, dito de outra forma, quais processos e vetores de subjetivação atuam na sua produção e como atuam? Quais os sentidos que o medicamento e o diagnóstico de TDAH assumem na vida das pessoas – médicos, usuários, familiares entre outros – envolvidas em sua prescrição, dispensa e consumo? Quais os diferentes usos do medicamento e quais os arranjos que os possibilitam? A quais processos de produção de vida se conectam? Como tais formas de uso operam nas vidas dos sujeitos? Quais possibilidades são abertas e quais são fechadas a partir delas?

Assim, nos interessava cartografar os processos que envolviam o consumo público do metilfenidato e acreditávamos – sem deixar de reconhecer o tamanho do desafio – que tais questões deveriam habitar e nortear as políticas de assistência farmacêutica voltadas para o TDAH no ES. Habitar a FCM, produzir dados sobre o consumo do metilfenidato no ES, compartilhá-los e analisá-los coletivamente com os coordenadores das Farmácias Cidadãs do Estado fez com que a rede de atores que compõem as práticas farmacológicas em torno do metilfenidato no ES se ampliasse, multiplicando-se. Fazíamos a rede crescer e se conectar, embora ainda de modo frágil. Daí o desafio. Como fazer essa rede conversar e se articular? Quais dispositivos construir e criar para fazer com que a Política de Assistência Farmacêutica voltada para o TDAH no ES fosse mais que uma dispensa (não) informada do medicamento? Como, na assistência farmacêutica, ampliar o escopo de questões em torno do uso do medicamentos?

Pactuamos com a GEAF que nosso próximo passo na pesquisa seria acoplar ao mapa do consumo, as experiências de vida, de técnicos da FCM e usuários adultos de metilfenidato, que retiravam o medicamento na referida farmácia. Era uma proposta inicial, uma tentativa de, entre números e mapas, ouvir vozes encarnadas, ver rostos vivos e diversos, fazer com que alguns atores da rede que começávamos a cartografar, rede que compõe as práticas farmacológicas em torno do

metilfenidato, pudessem se conectar de outro modo, mais vívido, mas intenso, mais articulado.

3.2 Uma Rede de Conversações: articulando controvérsias em entrevistas-conversas

Desligado o gravador pela segunda vez ele diz “Difícil se abrir, falar de nossa vida, né? Principalmente para falar de problema. Ninguém quer falar de problemas”. Jogo no ar que existem certas situações em que é bom falar dos problemas, mas que tenho impressão que é necessário transpor uma espécie de barreira. Nas palavras dele: “é, tem que criar confiança.” (Trecho do Diário de Campo, dia 08/03/2012)

“...Aí eu tentei novamente, tá? Aí eu parei um tempo, aí consegui, mesmo com a amitriptilina bem fraca, eu consegui voltar a dormir, normalmente, tá? Sem interrupção... E daí um tempo normalizou... Pensei: vou voltar a tomar a Ritalina, acho que não foi a Ritalina... Aí um mês depois... [pausa, suspiro] ah... então foi a Ritalina. Aí tentei uma outra vez, entendeu? Três dias apenas que eu tomei, também voltou a insônia... Ah, com certeza é a Ritalina... Fiquei morrendo de dó, sabe? Tipo assim, aquela pessoa querida que você... sabe que vai embora mas morre com o coração, o coração apertadinho... Para mim a Ritalina é... aquele amor proibido.” (Trecho de entrevista realizada no dia 24/05/2012)

Incitados por nossas questões, fizemos, a partir de 2011, a primeira tentativa de realizar as *rodas de conversa* sobre os usos do metilfenidato. A proposta de então era que os participantes das rodas fossem adultos que retiravam o metilfenidato na FCM e os profissionais que ali trabalhavam. Entretanto, logo percebemos que determinadas características do serviço atuavam como entraves para a nossa proposta, uma vez que, geralmente, a farmácia cidadã é frequentada por seus usuários no máximo uma vez por mês, pelo tempo o mais breve possível e sem regularidade de horário. Tal modo de funcionamento dificultava a realização dos grupos com a regularidade necessária.

Contudo, entendíamos que o contato com os usuários era algo essencial: um ponto fundamental da rede que almejávamos cartografar, tecer, fortalecer. Ponto ainda desarticulado nas tessituras da Política de Assistência Farmacêutica. Precisávamos nos aproximar das experiências de uso do medicamento, colocar nossas análises em composição com elementos mais vivos, concretos, múltiplos, pois estas permaneciam bastante restritas ao levantamento de dados, em geral quantitativos, em prontuários. Assim, modulamos a proposta diante dos limites que encontramos

no campo naquele momento, de forma que decidimos fazer entrevistas com os adultos que retiram o metilfenidato na FCM²⁸.

Realizamos um conjunto de nove entrevistas, produzindo um material denso e múltiplo. Em relação ao diagnóstico de TDAH, as falas dos usuários entrevistados evidenciaram o quanto seu efeito na vida dos sujeitos é variável. Eles ora se identificavam mais intensamente com este, ora menos, aderindo ou não ao discurso bioidentitário em torno do transtorno (CALIMAN, 2012). No entanto, de uma forma geral, foram os relatos em torno do uso do medicamento que passaram a nos chamar mais a atenção. Foram muitos os sentidos que emergiam ao se falar sobre o uso do psicoestimulante, embaralhando as fronteiras entre os ditos usos médicos e não médicos do medicamento.

O encontro com aqueles usuários adultos de metilfenidato desnudava, sobretudo, as controvérsias que habitam seu consumo: medicamento indicado para o tratamento de um transtorno crônico e incurável? Direito inquestionável dos sujeitos diagnosticados com TDAH que, sem o medicamento, teriam sua vida arruinada, com prejuízos sérios para a vida acadêmica, profissional, social? Tônico do humor? Anabolizante cerebral? Droga da obediência? Nas entrevistas, o metilfenidato fora descrito, em alguns momentos, como um tratamento indispensável e “para a vida toda”, uma vez que o “TDAH não tem cura”. Mas em outros, o uso do medicamento surgia como da ordem de uma escolha, do qual se podia inclusive tirar férias, pois em alguns momentos era preciso “estar mais relaxado”, e portanto, “menos focado”. Ao mesmo tempo em que o psicoestimulante fora apontado como uma ferramenta potente para o alcance de certos objetivos de performance acadêmica e profissional, era revelada a face de seu uso recreativo. Além de utilizado misturado à outras substâncias, por exemplo em festas, o uso cotidiano foi muitas vezes descrito como prazeroso, por gerar uma sensação de bem estar e auto-confiança. E não faltaram também as queixas em relação aos efeitos colaterais, que faziam do medicamento um “amor proibido” ou uma ameaça à vida social de seus usuários, quando percebiam determinadas alterações de comportamento, como agitação, agressividade e insônia. Somadas a estas, surgiam tantas outras questões, como o receio de tornar-se dependente, o reforçamento do rótulo de ser portador de uma

²⁸ Para mais informações sobre esta etapa da pesquisa, consultar CALIMAN e RODRIGUES (2014).

“doença”, as dúvidas em torno da autoria de certas conquistas: “Foi eu ou o medicamento? Quando sou eu e quando é o medicamento?”. É importante destacar que tal multiplicidade de sentidos não se deve ao fato de termos entrevistado várias pessoas: a polifonia se fazia presente na fala de um mesmo sujeito.

Muitos dos entrevistados queixaram-se de se sentirem perdidos em meio a tantas questões, efeitos e sentimentos em torno do metilfenidato. A realização das entrevistas-conversas gerou efeitos interessantes, e muitos dos entrevistados-interlocutores disseram que teriam interesse em participar de um trabalho semelhante, que fosse realizado coletivamente, de forma contínua e frequente. Nas entrevistas, ficava claro o quanto era fundamental ao usuário não só ter mais *informações* sobre o medicamento, mas principalmente dispor de espaços de diálogo e compartilhamento de experiências, nos quais suas questões pudessem trabalhadas. Por “trabalhar”, não queremos dizer “domesticar” a experiência, anulando suas controvérsias, mas sim trazê-las à baila, para que os relatos de experiência dos usuários, em toda a sua riqueza e polifonia, pudessem ser efetivamente considerados na condução de seus tratamentos. Ao dizer “trabalhar”, destacamos ainda o caráter produtivo e criador do encontro grupal ou da entrevista (coletiva ou individual), que além de criar ocasião para que a experiência de vida surja, visa modificá-la neste processo, alterando-a e reinventando-a coletivamente (TEDESCO; SADE; CALIMAN, 2013).

Assim, se ainda não tínhamos inaugurado a realização de *rodas de conversa* propriamente ditas, dávamos continuidade à tessitura de uma *rede de conversações*, iniciada desde o começo em nossa parceria com a GEAF. Tal como o médico sanitário Ricardo Teixeira (2003) define, cada momento de conversa constitui-se como um nó da rede, criando linhas de comunicação entre pesquisadores, gestores, prescritores, profissionais de saúde, familiares e usuários de metilfenidato. A cada nova “região de conversa” habitada, sofríamos o bom contágio de pontos de vista diversos, de forma que a polifonia de questões se atualizava e ampliava contato a contato. Trata-se da criação de certo plano coletivo a partir do qual nosso próprio problema de pesquisa era modulado.

O contato com os diversos relatos de experiência, de profissionais da Assistência Farmacêutica aos usuários de metilfenidato, provocava a ampliação de nosso

problema de pesquisa, na medida em que criávamos mais e mais conexões. Se inicialmente buscávamos cartografar as políticas e práticas voltadas para o TDAH no ES, tendo como ponto de partida a Política de Assistência Farmacêutica Estadual, seus protocolos e números, fomos aos poucos percebendo que esta era atravessada por uma multiplicidade de atores, cujas experiências pouco ou quase nada compareciam na tessitura das práticas de cuidado em torno do TDAH. No que tange a um ponto específico de tais práticas, os usuários, nossas conversas e descaminhos foram aos poucos nos apontando que a experiência do uso de medicamentos, embora seja única para cada sujeito, não diz respeito somente a ele, como se fosse um organismo isolado, que tem seu funcionamento afetado por uma substância química. Além disso, o momento do consumo é apenas um ponto que está ligado à todo um arranjo de outras práticas, atores, cenários e enredos. Mas não se trata exatamente de uma *ponta*, ou seja, o consumo não é uma resultante final e acabada de todo o processo. As práticas de consumo criam também efeitos que reverberam em todo o conjunto: nas relações familiares, nos laboratórios farmacêuticos, nas questões escolares, nas equipes de saúde e na própria política de assistência farmacêutica. São todas, portanto, práticas que se interferem e performam certa realidade no que se refere ao uso de fármacos: práticas farmacológicas.

Sáíamos da experiência na FCM com a impressão de que articulações potentes tinham sido possíveis, de que nossas análises em torno das práticas farmacológicas se ampliara e complexificara, mas permanecia a sensação de que as entrevistas individuais haviam sido intervenções ainda muito pontuais. Parecia que, naquele experiência, a intervenção da pesquisa tinha se dado mais em nós e na reformulação de nosso problema, embora não desconsiderássemos a experiência da entrevista como força interventiva e produtora de mundos (TEDESCO; SADE; CALIMAN, 2013). Também não conseguimos acessar a experiência dos trabalhadores da FCM neste processo. Mas muitas questões foram criadas no nosso encontro com os profissionais, práticas, procedimentos, instrumentos da Farmácia Cidadã. A dispensa do metilfenidato realizada na FCM é, sem dúvida, uma linha que compõe a tessitura das práticas de cuidado em torno do TDAH. Como potencializá-la? Essa foi uma questão formulada, mas não trabalhada por nós. Por algum motivo, a experiência na FCM produziu, naquele momento, este questionamento e um

desvio momentâneo. Ali na FCM desembocavam pistas de outras linhas da tessitura das práticas de cuidado em torno do TDAH. Tínhamos acesso aos nomes dos prescritores do metilfenidato e, através deles, das clínicas privadas e dos serviços públicos que mais solicitavam o medicamento. Seguindo a linha dos serviços de saúde que mais demandam o metilfenidato, deixamos o espaço da FCM e decidimos criar condições para, em algum destes serviços, conectarmos um novo dispositivo na rede de conversações, que vínhamos tecendo na construção de nossos problemas, atualizando nossa proposta inicial das *rodas de conversa*.

Foi seguindo novas pistas, agora de grupos de pesquisa que visavam, como nós, colocar em análise as práticas de gestão de psicofármacos, que nos encontramos com a Estratégia da Gestão Autônoma da Medicação – GAM e, com ela, entra em cena a Política de Saúde Mental Brasileira, na qual o consumo de psicotrópicos comparece como importante elemento a ser analisado.

3.3 Uma nova forma para o desejo de conversar em roda: Estratégia da Gestão Autônoma da Medicação – GAM

Iniciava-se, então, uma nova fase da pesquisa, que propõe a utilização de um novo dispositivo para o trabalho coletivo junto a usuários de psicofármacos e profissionais da saúde: o Guia Brasileiro de Gestão Autônoma da Medicação (GGAM), traduzido, adaptado e validado à realidade brasileira em uma parceria que envolveu a universidade Federal Fluminense (UFF), a Universidade de Campinas (UNICAMP), a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e a universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), além de pesquisadores da Universidade de Montreal, no Canadá (ONOCKO-CAMPOS et al., 2012; PALOMBINI et al, 2013; PASSOS; CARVALHO; MAGGI, 2013).

Tal guia tem sua primeira versão elaborada no Canadá, como fruto de uma estratégia iniciada em 1993, no Quebec. Seu principal objetivo está na promoção da participação ativa dos usuários nas decisões sobre medicação e por isso foi nomeada estratégia da Gestão Autônoma da Medicação (GAM) (ONOCKO CAMPOS et al., 2012).

A estratégia GAM é inaugurada com grupos de debate de usuários e técnicos e visava, inicialmente, a diminuição ou abandono do uso de psicofármacos, apontando

para tratamentos alternativos. Na medida em que o projeto foi desenvolvido, percebeu-se que para se discutir o uso de medicamentos era indispensável atentar-se às experiências e contextos de vida das pessoas, trazendo a tona fatores como seu sofrimento e as expectativas em relação aos seus tratamentos. Logo, a suspensão do tratamento medicamentoso foi mantida, mas o foco passa a ser o compartilhamento dos significados que este assumia na vida das pessoas que dele faziam uso (ONOCKO CAMPOS et al., 2012; PASSOS; CARVALHO; MAGGI, 2013).

O GGAM é então criado em 2001, sendo direcionado principalmente às pessoas diagnosticadas com transtornos mentais graves, pontuando a importância das decisões a respeito de seus tratamentos serem feitas de forma compartilhada entre trabalhadores da saúde e usuários. Assim, atribui-se ao usuário não só o direito de acesso a todas as informações em relação ao seu tratamento, como também o de consentir ou não que o mesmo seja realizado.

O guia orienta que tais decisões precisam ser tomadas tendo como norte a melhoria da qualidade de vida dos sujeitos, levando-se em conta as suas próprias necessidades e experiências. Portanto, parte-se da vida em sua potência de pluralidade de experiências, na qual o medicamento pode entrar – ou não – como um fator a ser gerenciado, a fim de promover melhorias para aquele sujeito, de acordo com sua própria avaliação. Assim, nas palavras de Onocko Campos et al, uma das ideias centrais no guia “é a de que o tratamento em saúde mental é mais do que o uso de medicamentos, e que as pessoas são mais do que uma doença, não podendo ser reduzidas aos seus sintomas” (2012, p.969).

Entendendo-se que o GGAM poderia se constituir como “ferramenta para enfrentar o uso pouco crítico de medicamentos no Brasil” (ONOCKO-CAMPOS et al, 2013; PALOMBINI et al, 2013), ele é adaptado à realidade brasileira em 2010, a partir do trabalho coordenado entre equipes de pesquisa da UFF, Unicamp, UFRJ e UFRGS, nas áreas de medicina, saúde coletiva e psicologia. Entre outras estratégias, foram realizados grupos de intervenção (GIs) simultaneamente em três cidades brasileiras - Rio de Janeiro/RJ, Campinas/SP e Novo Hamburgo/RS. Nos GIs foram feitas a leitura e discussão do guia em coletivos compostos pelas equipes de pesquisa, usuários e trabalhadores da rede de saúde mental de cada cidade (ONOCKO-CAMPOS et al, 2013).

Como resultado do trabalho, a versão brasileira sofreu modificações importantes. Além de se substituir algumas das citações de usuários canadenses pelas registradas nos GIs, o guia foi adaptado ao contexto da saúde mental brasileira, contemplando pontos fundamentais como a Reforma Psiquiátrica e ao Sistema Único de Saúde (SUS), trazendo, por exemplo, os direitos dos usuários dos serviços de saúde e saúde mental no Brasil, os tipos de receitas de medicamentos utilizadas no país, entre outros (ONOCKO-CAMPOS et al, 2013).

Outra alteração importante foi a reelaboração da segunda parte da versão canadense, que aponta para a redução do uso do medicamento ou sua interrupção completa. A pesquisa demonstrou que esta não é uma matéria de interesse para os usuários brasileiros, para os quais o acesso ao medicamento é essencial – e nem sempre garantido. Por outro lado, destacaram a necessidade de maiores esclarecimentos sobre seus tratamentos e uma maior abertura de comunicação com seus médicos (ONOCKO-CAMPOS et al, 2013).

Assim, a versão brasileira do guia traz como foco a *cogestão* do tratamento medicamentoso, baseado no diálogo e negociação entre usuários e equipe de saúde, na qual o saber de ambas as partes é considerado. Tal torção do objetivo inicial do guia canadense alinha-se com o conceito de *autonomia* presente na base dos princípios da reforma psiquiátrica brasileira, que preconizam a coletivização das decisões, incluindo seus variados atores, com seus valores e pontos de vista distintos (PASSOS; CARVALHO; MAGGI, 2013).

Como destaca Palombini et al (2013), a autonomia neste sentido não está calcada na independência, mas na ampliação das redes de dependência, e apenas pode ser efetivada se um plano coletivo é acessado. Tal acesso ao plano coletivo traduz-se no fortalecimento dos processos de cogestão das questões que envolvem o cuidado em saúde. Como resume Onocko Campos et al:

O trabalho de adaptação do Guia canadense ao contexto brasileiro foi orientado pelo entendimento de que a decisão quanto ao melhor tratamento se faz em uma composição entre os saberes do usuário e da equipe de referência, numa gestão compartilhada do cuidado, um exercício de cogestão que engendra processos de autonomia. (ONOCKO CAMPOS et al., 2013, p. 972)

O GGAM, portanto, faz um convite à reflexão crítica e coletiva sobre o uso de medicamentos psicotrópicos, apostando na construção de estratégias de enfrentamento e mudança das questões que forem identificadas no grupo como relevantes.

Assim, a versão brasileira do GGAM²⁹ possui duas partes, além de alguns anexos que trazem informações técnicas sobre psicofármacos, como suas interações com outros medicamentos e substâncias, e o texto da lei 10.216 (Lei da Reforma Psiquiátrica).

A primeira parte foi a que se manteve mais semelhante ao guia canadense e denomina-se “Sua qualidade de vida”. Ao longo de seus quatro passos, são trabalhados aspectos cotidianos como a maneira como os usuários se vêem, se apresentam e pensam que os outros os veem; seu cotidiano, coisas que gostam ou não de fazer, o que gostariam de mudar; como se relacionam com as pessoas ao seu redor, locais por onde circula; como lidam com dificuldades e com quem podem contar quando necessário; entre outros. A segunda parte se chama “Um caminho para mudanças” e realiza uma recapitulação de todo o processo vivido pelo grupo até ali, fazendo-se um balanço dos seus efeitos: quais transformações positivas ocorreram e as questões que ainda apresentam dificuldades. Propõe-se, então, a elaboração de um plano de ação coletivo para o enfrentamento das problemáticas que foram destacadas no grupo como mais relevantes e desafiadoras.

Embora o guia traga um conjunto de perguntas predeterminadas e imprima certa direção, na medida em que possui um “caminho” de passos a serem seguidos, o modo de operar o grupo GAM ou o saber-fazer GAM deve atentar-se sempre à experiência que emerge a partir dos movimentos do próprio grupo (PASSOS; CARVALHO; MAGGI, 2013). Neste sentido, adotamos o GGAM-BR como dispositivo potente para acompanhar e partilhar a experiência de uso do metilfenidato, aceitando o convite de Moraes (2010) de promover a distribuição da expertise e poder de ação, na medida em que o saber de todos atua na construção coletiva das questões. Desta forma, tivemos como objetivo adotar a proposta do guia para direcioná-la à questão do metilfenidato, adaptando suas perguntas e passos para tratarmos da experiência com este medicamento especificamente.

²⁹ O índice do GGAMBR encontra-se entre os anexos desta dissertação.

A proposta de uso do guia a que se refere parte desta dissertação aborda algumas facetas do tratamento medicamentoso em saúde mental, diferentes das tratadas até hoje pelas pesquisas baseadas na estratégia GAM. Focamos em um medicamento utilizado principalmente pelo público infantil – o metilfenidato – indicado para um transtorno considerado “leve”³⁰ – o TDAH. Transtorno este que se encontra envolto em uma discussão polêmica que questiona, inclusive, sua existência patológica, e que problematiza o uso “médico” do metilfenidato. Nas demais pesquisas GAM o trabalho era direcionado para adultos diagnosticados com transtornos mentais graves, cujos medicamentos prescritos não têm sido alvo tão intenso de críticas e polêmicas. Além disso, a aproximação à experiência infantil anunciava mudanças importantes em nosso campo problemático, e colocava ainda novos desafios metodológicos. Por outro lado, quando retomamos as práticas farmacológicas em torno do metilfenidato analisadas até então, percebemos que são outros os caminhos e dispositivos trilhados na sua dispensação, especialmente no ES, o que nos levou a construir um diálogo direto com a Política de Assistência Farmacêutica Estadual.

No Brasil, o guia GAM já foi utilizado em grupos de intervenção com usuários (GIU) e com familiares dos mesmos (GIF) (ONOCKO-CAMPOS, 2013; RAMOS, 2012). As perguntas do GGAM são formuladas diretamente ao usuário de saúde mental, para serem respondidas em primeira pessoa. Assim, nos GIFs é proposto que se faça um exercício de deslocamento do ponto de vista, buscando responder da maneira como os usuários responderiam. Inspirados nesta experiência, definimos que iríamos iniciar nossas atividades de pesquisa sobre a experiência do uso do metilfenidato através de grupos com familiares e trabalhadores de um serviço em que a população infantil diagnosticada com TDAH é atendida.

³⁰ Embora esta compreensão do TDAH enquanto transtorno “leve” compareça nos debates sobre o transtorno, esta noção, como quase tudo que o envolve, não é consensual. Como já vimos anteriormente, a prescrição cada vez mais precoce da ritalina é frequentemente justificada pelas sérias consequências que o TDAH poderia vir a desencadear no futuro (o abuso de drogas, por exemplo). Além disso, o protocolo de dispensação de metilfenidato da SMS-SP, cuja recente publicação é discutida no capítulo 2, se apoia na ideia de que o TDAH é um transtorno complexo, cujo tratamento medicamentoso só é justificável em casos de alta gravidade nos sintomas.

3.4 Um hospital: considerações sobre o método

No caminho havia uma movimentação diferente, especialmente em frente à casa 1, da pediatria: uma fila dava voltas e descia as escadas para fora do corredor coberto entre os ambulatórios. Na porta fechada, um aviso: naquele dia o ambulatório começava a funcionar na parte dos fundos, já reformada, para que a parte da frente pudesse entrar em obras. Pensei que uma fila daquelas seria um prato cheio com alguns folhetinhos na mão e alguma vontade de bater um papo. Quase imediatamente este pensamento é respondido pelo eco da voz da enfermeira, quando havia falado comigo pela última vez: “em alguns projetos estamos tendo problemas na abordagem dos pacientes... é preciso regularizar, saber quantos serão, ter a metodologia infinitamente detalhada e já definida... estes projetos estão suspensos até a regularização...” ecos, ecos e mais ecos. Teriam sido exatamente estas as palavras? Claro que não, ela nunca diria ser necessário ter a “metodologia infinitamente detalhada”. Mas nada havia de mais concreto e real que a impressão que aquelas palavras me causaram, e ainda permaneciam reverberando em cada fibra dos meus músculos, nos dentes cerrados. [...] Me senti arremessada para o “fora” mais uma vez. Um fora que, naquele momento, não foi nada prazeroso de habitar. (trecho do diário de campo, dia 02/09/2013)

Desde o levantamento de dados realizado na FCM, havíamos tomado conhecimento da existência de um programa de pesquisa e extensão voltado exclusivamente para o TDAH, que se encontrava alocado no ambulatório de pediatria de um hospital público da cidade de Vitória. Na ocasião em que identificávamos os prescritores que mais solicitavam metilfenidato à FCM, percebemos que este seria um espaço de especial importância para abrir novos diálogos, por ser um serviço pelo qual passava grande parte da demanda estadual de diagnóstico e tratamento do TDAH³¹.

Após várias semanas de tentativas, conseguimos marcar uma reunião de apresentação da nossa proposta à equipe do programa, e nesta fomos autorizados a circular pelo ambulatório e organizar os grupos GAM. Fizemos constantes visitas ao local durante um período de seis meses, conversamos com vários profissionais, familiares e participamos de reuniões de equipe e de orientações para usuários. No entanto, experimentávamos constantemente uma sensação de “clandestinidade” e muitas vezes fomos questionados sobre a legitimidade da permissão para estarmos ali. Foi uma experiência desafiadora em vários sentidos, desde as conversas com a equipe do programa, passando pela submissão do projeto ao comitê de ética do Hospital e pela dificuldade de conseguirmos um espaço físico e horários que fossem adequados para realização dos grupos e, ao mesmo tempo, acessíveis tanto

³¹ Na época em que estivemos no serviço, este registrava o número de mais de 300 pacientes atendidos (crianças e adolescentes).

aos familiares quanto aos profissionais. Passados seis meses, não conseguimos iniciar a proposta dos grupos GAM. Embora alguns profissionais manifestassem interesse, de forma geral, era como se estivéssemos em uma contra marcha, que não criava liga com o ritmo e movimentos daquele ambulatório. Tudo soava incerto, difícil, moroso e nos parecia que a realização dos grupos tornava-se, a cada dia, mais distante de acontecer. Ao final de seis meses de tentativa, conseguimos realizar um encontro, com a presença de um pai e nenhum trabalhador da instituição. Naquele momento, a sensação era de derrota.

Hoje, um pouco mais distanciados da experiência, passamos a nos questionar sobre a complexidade que envolve a implantação de um dispositivo GAM e os processos de trabalho e cuidado que ele visa problematizar. Isto significa analisar não somente os entraves à nossa proposta por parte do programa TDAH, mas também os nossos próprios emperramentos. Como nos lembra Palombini (2013), propor um trabalho de pesquisa-intervenção amparada na Análise Institucional implica em interrogar os sentidos cristalizados nas instituições, de modo a desvelar as relações de poder e interesses em jogo. Não obstante, deve-se cuidar para que tal análise inclua o próprio pesquisador, empenhando aquilo que os socioanalistas designam por *análise de implicação*:

À produção dessas evidências, que fazem com que a experiência de análise não deixe de fora sua própria instituição, os socioanalistas denominam de “análise de implicação”: a aproximação com o campo requer a permanente análise do impacto que as cenas vividas/observadas têm sobre a história do pesquisador e sobre o sistema de poder, incluindo aí o próprio lugar de saber e estatuto de poder do pesquisador (PALOMBINI, 2013, p. 2904).

A análise de uma experiência de campo, neste sentido, é indissociável da análise de implicação (BARROS; BARROS, 2013; RODRIGUES, 2013). A própria formulação de nossas angustiadas questões, tão cheia de pronomes possessivos, nos dá uma dica. A dificuldade advinha exatamente em uma posição endurecida, que não permitiu que se dissolvessem as barreiras entre “*nós, nossos*” e os “*eles, deles*”. Apaixonados pela ideia de fazermos acontecer o grupo GAM e ainda com um certo cheiro de “anti-medicalizantes”, chegávamos com a *nossa* proposta já fechada a priori, tornando-a, em certo ponto, impermeável ao encontro com os movimentos daquele hospital. Ou seja, não conseguimos operar, neste dado momento, uma pesquisa *com* aquela equipe de profissionais (MORAES, 2010).

Ao mesmo tempo, é fundamental pontuar que tantos outros movimentos instituídos, que compunham a forma de funcionamento daquele hospital, dificultavam a execução dos grupos com o GGAM naquele espaço. O hospital em questão comporta ambulatórios de várias especialidades que pouco se comunicam entre si. Tal arranjo dita uma maneira de cuidar pautada em uma forte demarcação do campo de influência da cada especialidade, na qual os diferentes profissionais da saúde podem até formar uma equipe *multiprofissional*, mas que dificilmente opera de forma *transdisciplinar*. Na primeira, as diferentes especialidades trabalham de forma coordenada e focada, cada uma na sua área de competência, para o tratamento de um mesmo caso. Já na segunda, os saberes se interferem e se atravessam, cogerindo o projeto terapêutico e seus direcionamentos (PASSOS; BARROS, 2000). Era na segunda modalidade de cuidado que apostávamos. Um dos objetivos mais fundamentais da estratégia GAM é justamente este: aumentar o coeficiente de transversalidade entre as especialidades, entre trabalhadores, familiares e usuários, visando a construção da cogestão (PASSOS; CARVALHO, MAGGI, 2013). Proposta esta que colocava em questão a lógica de funcionamento do ambulatório de pediatria e especialmente o Programa TDAH, descrito pelos profissionais dali como uma “ilha” dentro do ambulatório.

Por sermos um grupo de pesquisa ligado ao departamento de Psicologia, houve, por exemplo, uma grande preocupação com a possibilidade de haver “interferência” do nosso trabalho nos atendimentos psicológicos já em curso, e muitas vezes se pontuou o perigo de ferirmos os princípios éticos da nossa profissão. Para nós, estava claro que não caíamos neste risco, uma vez que o grupo GAM não se pretendia como espaço de atendimento psicológico, mas sim de troca, inclusive, com outras áreas do cuidado. Buscamos esclarecer isso com a equipe, e alguns se surpreenderam em saber que psicólogos podiam realizar atividades com este formato, para além dos moldes clínicos mais tradicionais. A lógica do atendimento individual e especializado era bastante forte e difícil de se romper, exigindo bastante esforço para se abrir espaço para outras possibilidades.

Desde a primeira reunião que tivemos com a equipe, para apresentação da proposta dos grupos GAM, a palavra “autonomia” declaradamente “provocou arrepios³²” entre

³² Fala de uma trabalhadora do serviço, registrada em diário de campo.

a equipe, que de imediato a associou com a prática de automedicação. A própria ideia de cogestão provocava estranhamento, e muitas vezes era traduzida como “não medicação”, vista, portanto, como uma interferência negativa no tratamento. Tudo indicava que os processos e sentidos encontravam-se de tal forma estabilizados naquele espaço que havia pouquíssima área de manobra para se propor algo que os interrogassem. Assim, sentíamos que não conseguíamos criar ali uma zona de “inter-esse” que articulasse as diferenças de perspectiva ali evidentes – as “nossas” e as “deles” (DESPRET, 2004; TEDESCO; SADE; CALIMAN, 2013, p. 285).

O interesse na pesquisa deve ser mútuo entre pesquisadores e pesquisados, e se afirma na medida em que as perguntas que nela são feitas são pertinentes a todos os envolvidos, pois são formuladas coletivamente (BARROS; BARROS, 2013). Se nossa principal pergunta naquele momento era como fazer o grupo GAM acontecer, para a partir dele efetivamente construir movimentos de cogestão do tratamento com metilfenidato dos pacientes do ambulatório, ela vinha muito mais de nossa parte do que dos profissionais que ali trabalhavam. Aparentemente, esta não era para eles uma questão relevante e, com o tempo, percebemos que passou a ser até incômoda.

Com efeito, não se estabeleceu de forma consistente, naquele momento, uma relação de confiança entre os atores da pesquisa. A confiança é o que possibilita que ambos, pesquisadores e pesquisados, se lancem no desconhecido, trata-se de “disponibilidade para agir quando os limites e possibilidades de ação excedem a capacidade de compreensão e conhecimento” (TEDESCO; SADE; CALIMAN, 2013, p. 285). Tivemos muitos indícios de que não conseguimos viver isto naquele espaço.

Não fomos autorizados, por exemplo, a conversar livremente com os familiares que esperavam pelo atendimento de seus filhos para falarmos sobre os grupos e convidá-los a participar. Fomos orientados a esperar por aqueles que fossem encaminhados pelo médico, que faria a devida avaliação dos casos que “tivessem perfil para participar do grupo”. De nossa parte, tal regra parecia ferir totalmente os princípios da estratégia GAM, que buscava promover o poder de escolha compartilhada dos usuários de, inclusive, participar ou não do grupo.

Além disso, em vários momentos a equipe do programa manifestava preocupação em relação às possíveis incompatibilidades entre as perspectivas teóricas de nosso grupo de pesquisa e as suas, como se aí residisse um perigo potencial. Mais de uma vez fomos questionados se éramos *contra* o diagnóstico ou o medicamento, embora nunca tenhamos declarado – pelo menos intencionalmente – tal posicionamento.

De fato, aquela não era a posição que queríamos ocupar. Certamente, não somos a favor de qualquer movimento que totalize a experiência, ou seja, qualquer discurso que cale sua polifonia em nome de um sentido único e inquestionável. Tal como Machado, portanto, não nos colocamos contra os medicamentos, mas contra o seu uso indiscriminado e individual, reduzindo a complexidade da questão do TDAH em termos de um desequilíbrio neuroquímico. Não estávamos ali com a intenção de travar a *luta do contra* (MACHADO, 2014) tão presente no cenário discursivo brasileiro sobre o TDAH e a Ritalina. Não queríamos calar as tensões que se faziam presentes, mas justamente operar com elas em um plano micropolítico, habitar a fronteira para dissolver os pontos de vista solidificados e proprietários, *nossos e deles*. O que em nossas falas, corpos, gestos, era lido por aquela equipe como uma postura opositiva? Nunca soubemos exatamente como responder a esta interrogação, mas talvez esta não fosse mesmo uma boa questão. Novamente não era o “o *que*” ou “por *que*” que mais interessava, mas sim o *como*.

Portanto, não podemos nos furtar da análise de nossas próprias práticas, do modo que nos colocamos naquele espaço. Não foram poucos os desafios de se implantar um dispositivo GAM em um hospital como aquele, e, no caso desta experiência, podemos avaliar que na maior parte do tempo a diferença de pontos de vista não se fez valer como positividade, na medida em que não propiciava a variação, a diferenciação. Durante esta fase da pesquisa, de certa forma, experimentamos pelo avesso a postura do pesquisador cartógrafo, pois diante do funcionamento daquele programa, tão estabilizado e solidificado, reagimos quase como um espelho, de tal forma que algo em nossas práticas reforçou, em muitos momentos, os pontos de vista proprietários – *nossos e deles* – e os territórios existenciais solidificados (PASSOS; EIRADO, 2009). A dificuldade de acessar um plano comum era clara e se por ora ou outra houve momentos possíveis de transversalização e crise dos pontos de vista – afinal sempre há brechas, um pouco de possível! – não eram eles os que ganhavam maior relevo, mesmo em nossas análises.

É fundamental esclarecer que acessar um plano comum não equivale a criar consenso, anulando as diferenças (PASSOS; EIRADO, 2009). Portanto, não implicaria em abirmos mão de nossos princípios éticos, políticos, teóricos. Pelo contrário, trata-se de tê-los muito claros, para poder assim se permitir ser afetado pelo campo e poder a partir daí deixar advir a novidade, sem apego a formatos metodológicos específicos como, por exemplo, o dispositivo grupal clássico - pessoas reunidas em uma sala. Aos poucos fomos questionando que, assim como ocorreu na FCM, o recurso metodológico *grupos* GAM talvez não fosse a melhor maneira de fazermos, naquele espaço, se atualizarem as diretrizes da *estratégia* GAM ou potencializar as linhas das práticas farmacológicas em torno do metilfenidato. Haveria formas mais viáveis de gerar, naqueles serviços, movimentos em direção à criação de redes, ao compartilhamento do cuidado e gestão do tratamento medicamentoso entre usuários, familiares e profissionais de saúde?

O objetivo de tomar a experiência neste hospital como material de análise não está em cultivar uma memória ressentida ou um sentimento de falha diante do que “poderia ter sido feito”. Para isso foi necessário, sobretudo, um trabalho de nos despir dos pontos de vista proprietários, que nos colocavam em certo estado de *sobreimplicação*. Segundo Lourau, a sobreimplicação de um campo está ligada ao prejuízo na capacidade de análise, que se centra em um aspecto apenas, impossibilitando que outros elementos façam parte (LOURAU, 2004). Cai-se, então, na “tentação hipersubjetivista”, que segundo Passos e Eirado (2009), mantém e reforça a dualidade sujeito-objeto. Ou seja, mediante as dificuldades encontradas no campo, caímos por vezes na tendência de defender nosso ponto de vista nos vendo em situação de oposição à equipe do hospital, travando um embate estéril cujo produto é a imagem de que “nada aconteceu”, uma vez que o dispositivo que buscávamos implantar não entrou em operação.

É certo que muito aconteceu. Hoje é fundamental perceber e convocar os outros elementos que se encontravam em cena, mas que naquele momento imediato não compunham nossas análises. Entre eles, o descontentamento com o sucateamento do hospital e más condições de trabalho, protestos contra a privatização da administração do mesmo, uma constante necessidade de readaptação do fluxo de atendimento e uso dos espaços por conta de reformas, além das minúcias dos processos de trabalho ali em curso. Pudemos vivenciar tudo isso durante destes seis

meses de campo no hospital, na medida em que conhecemos e conversamos com trabalhadores e usuários e experimentamos amostras dos embates cotidianos do trabalho de um serviço público de saúde. Muito aconteceu, a ponto de interferir na formulação de nossas perguntas de pesquisa e transbordar nossos corpos em múltiplas sensações e emoções. Estas, por vezes, pareciam nos imobilizar, mas nos incitaram, por outro lado, a conhecer mais profundamente o desafio de se implantar um dispositivo GAM e buscar novas parcerias que nos fortalecessem. Assim, contar a passagem por este hospital neste breve relato é para nós o esforço de exercitar certa política de narratividade que não exclui o fora-texto, aquilo que não cabe nas oficialidades científicas “mas mostram, realmente, como se faz a pesquisa” (LOURAU apud BARROS; PASSOS, 2009b, p. 175). Saímos do hospital, sem deixá-lo completamente. Ele era, sem dúvida, mais uma linha na tessitura das práticas farmacológicas em torno do metilfenidato no ES. Com a bagagem mais cheia ainda de questões, rastros, experiências, atores, continuamos seguindo as linhas dos serviços que atendiam a demanda em torno do TDAH e do metilfenidato.

4. A SAÚDE MENTAL BATE À PORTA: OS GRUPOS GAM NO CAPSi

Durante nossa estadia no Hospital, percebemos que alguns pacientes atendidos ali também frequentavam o Centro de Atenção Psicossocial Infantil de Vitória (CAPSi), e em diversas vezes tivemos o desejo de visitar também este serviço. Em certo momento sentimos que já não era interessante sustentar a realização do campo no Hospital e assim, optamos por cultivar perguntas outras, incluindo novos atores na rede de conversações sobre as práticas farmacológicas em torno do metilfenidato. A saúde mental batia na porta. Uma outra política, outros serviços. Passamos a nos perguntar: como a Saúde Mental no Espírito Santo vem se apropriando, acolhendo ou não, as demandas em torno do TDAH e do metilfenidato?

Fizemos, portanto, contato com o Centro de Atenção Psicossocial Infantil de Vitória (CAPSi) para iniciar a conversa. Quais eram os processos que levavam certos usuários a serem atendidos no ambulatório que estivemos anteriormente e simultaneamente no CAPSi? Como a instituição lidava com a demanda dos casos considerados “leves” como o TDAH? Qual eram as práticas de cuidado do serviço em relação a esta demanda e ao tratamento com metilfenidato? Faria sentido propor ali um grupo GAM? Em poucos dias marcamos uma reunião com a gestão do serviço, que recebeu com entusiasmo a proposta. Foi enfatizado o quanto a questão do TDAH e da Ritalina era um desafio cotidiano para a equipe e que a criação de um espaço para cuidar desta problemática era, portanto, de interesse. Também a metodologia e os temas do GGAM foram bem aceitos, uma vez que este carrega em si os mesmos princípios, oriundos do ideário da Reforma Psiquiátrica, que regem o funcionamento dos CAPS: o trabalho multiprofissional e em rede, o modelo comunitário de atenção, a promoção da autonomia e participação dos usuários (COUTO, 2012). Em seguida, estivemos presentes em uma reunião de equipe do CAPSi na qual pudemos apresentar a proposta a todos os trabalhadores do serviço.

Assim, nas próximas páginas, tomamos como material de análise a vivência dos seis primeiros meses de parceria com o CAPSi, bem como a participação da pesquisadora que assina esta dissertação enquanto manejadora de GIFs durante aproximadamente quatro meses. Tratamos aqui de um primeiro ciclo de uso do guia GAM, que incluiu: sete encontros do GGAM nos quais trabalhamos os dois primeiros

passos da primeira parte do guia; a produção de uma narrativa sobre estes encontros; dois encontros subsequentes do GGAM, que tiveram por objetivo a validação coletiva desta narrativa.

Para selecionar os contatos dos familiares que convidaríamos a participar dos grupos, tivemos acesso aos prontuários de todas as crianças em atendimento no CAPSI. Consultamos o total de 348 prontuários buscando, em seu interior, qualquer referência explícita ao TDAH, hiperatividade e/ou desatenção ou ao uso de metilfenidato, fosse este prescrito pelo serviço ou não. Selecionamos, segundo este critério, 42 prontuários. Posteriormente a própria equipe do CAPSi nos sinalizou que, por experiência, o número de pacientes que possuem algum histórico de contato com o diagnóstico de TDAH ou uso de metilfenidato é provavelmente maior, embora tais informações não estivessem registradas no prontuário.

Em relação ao panorama nacional, o psicanalista Luciano Elia (2013), ex-consultor do Ministério da Saúde para a Saúde Mental de Crianças e Adolescentes, estima que cerca de 50% dos casos atualmente atendidos nos CAPSI são relacionados ao TDAH, cuja principal origem são encaminhamentos por parte das escolas. Tal fato reforça o desafio colocado ao CAPSI, enquanto articulador da rede, de construir relações de intersetorialidade, na qual a problematização da demanda junto a escola, família ou outros atores da rede de cuidado na qual se insere a criança/adolescente seja possível.

Embora prioritariamente direcionado para o acolhimento de transtornos mentais graves, os CAPS infantis têm lidado cotidianamente com o encaminhamento de crianças, principalmente das escolas, com outras demandas e questões. Os chamados “problemas de aprendizagem” e de conduta, os “casos leves”, têm constituído parte relevante das demandas que chegam ao CAPSi, muitas vezes já diagnosticados e medicados previamente. Atento a esta problemática, Elia (2013) adverte que, embora os CAPSi não sejam voltados para “casos leves”, que poderiam ser atendidos em ambulatórios e na atenção básica, é preciso observar que se o CAPSi se desobriga desses casos, ele perde sua função ordenadora da rede, tendo como consequência o retorno de uma rede de saúde mental medicalizada, ambulatorizada, sanitizada. Couto (2012), em sua análise sobre a Política de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes (SMCA), também destaca a

importância do CAPSi como promotor de ações de cuidado que devem se precaver contra a medicalização e redução de problemas advindos da precariedade social àqueles definidos como saúde mental. Adverte ainda sobre o perigo das práticas de ajustamento de conduta no trato com a criança e adolescente. (COUTO, 2012, p. 31).

De fato, entre os prontuários selecionados no CAPSi de Vitória, relatos de dificuldades escolares eram constantes, não somente em termos de problemas de aprendizagem, mas principalmente no que se refere a comportamentos que provocavam desordem nas salas de aula. A articulação com a educação, desde nossos primeiros momentos ali, foi apontada como um grande desafio pela equipe do CAPSi.

Começávamos, então, a planejar como seria feito o convite aos familiares para participarem das rodas. Em certo momento, na reunião de apresentação da nossa proposta à equipe CAPSi, uma trabalhadora disse “é só falar que é vai dar ritalina e vão vir mães aos montes aqui!”. A fala vinha carregada de certo incômodo, que aos poucos conseguimos analisar, cartografando quais eram as linhas que participavam de sua construção. Uma das mais evidentes era a popularidade que atualmente cerca este medicamento no ES, especialmente no campo educacional: “a escola quer laudo e Ritalina”. Esta era a fala que entoava na reunião de equipe. Mas além da especificidade da Ritalina e da popularidade do TDAH, tal fala traz como pano de fundo as relações histórias tecidas entre educação, saúde e saúde mental. Processos de patologização e medicalização das demandas escolares pela racionalidade médica e também psicológica e processos de pedagogização da saúde. Por outro lado, na saúde mental, os encaminhamentos vindos da escola são por vezes vistos como tentativas de desresponsabilização da escola pelo que deveria ser de seu domínio: “só querem laudos, só querem medicamento!”, fala que também inclui a família, performada como aquela que “só quer Ritalina”. O resultado do encontro de todos estes processos é a produção de uma demanda “batata quente” – que ninguém consegue segurar, porque em torno dela nenhuma rede é tecida. Como veremos mais adiante, deste encontro (ou desencontro?) histórico entre saúde e educação, resulta também a produção de um “desequilíbrio desequilibrado”, no qual a demanda ou o pedido de ajuda que chega com a família pode ser visto como ilegítimo ou não real.

No CAPSi, Ao conversarmos com a equipe, o tom dos relatos em torno das demandas das famílias e escolas por laudos e Ritalina parecia quase sempre se sustentar em torno da mesma interrogação: “o que fazer com isso?”. Havia um posicionamento forte da instituição em problematizar esta demanda. Em alguns momentos era dito: “não damos laudos aqui, não prescrevemos Ritalina”. Mas a pergunta permanecia aberta: o que fazer com uma demanda que insiste em bater à porta? Mas era ainda preciso interrogar quais efeitos tais posicionamentos e práticas (recusa em dar laudos e prescrever Ritalina) produzia na vida das pessoas, com as pessoas. Nosso desafio naquele primeiro momento era rearranjar uma composição, que então emergia como incômodo, para transformá-la em um convite ao diálogo, apostando que este poderia ocorrer nos grupos GAM. A demanda por Ritalina e a recusa em prescrevê-la precisavam ser postas lado a lado.

Continuávamos circulando pelo serviço, reforçando o convite à equipe a cada oportunidade. Fizemos também contatos telefônicos com os responsáveis pelas crianças e adolescentes cujos prontuários foram selecionados, a fim de fazer o convite à participação nos grupos e esclarecer a proposta. Mesmo nos casos em que se declarava que a criança não estava mais em tratamento com o metilfenidato, ou até nos que nunca esteve, o convite era feito. Partíamos do entedimento de que o principal critério para a participação não deveria residir em determinadas características formais dos responsáveis ou das crianças – sexo, idade, se faziam ou não uso do medicamento – mas no *interesse* que o encontro com a proposta fez emergir. Afinal, como nos indica Despret (2004), é o interesse a condição indispensável para que a operação de um dispositivo de pesquisa e a direção da intervenção que ele provoca possam ser de fato compartilhadas.

Assim, iniciamos os grupos GAM no CAPSi com a participação de três mães e três profissionais do serviço, além da equipe de pesquisadores, totalizando dez participantes. O grupo foi realizado semanalmente, de forma que a participação não impunha qualquer exigência de frequência: podia-se começar a participar a partir de qualquer dia e ir a quantos encontros fosse possível e desejado. Assim, ao longo dos encontros aqui relatados, o grupo teve uma composição bastante mutante, com atores e proporções variadas, incluindo pesquisadores (a mestranda, a professora coordenadora do grupo de pesquisa e os alunos de graduação); familiares (sendo a

maioria de mães e um pai); e trabalhadores (psicólogos, um assistente social, um psiquiatra e a coordenadora do serviço).

Os encontros foram gravados em áudio, mediante contratação no próprio grupo. A cada semana um dos pesquisadores era responsável pelo registro de informações e produção de uma memória referente a este dia, de forma que a gravação servia de aporte para tirar dúvidas e anotar falas importantes, por exemplo. As memórias eram posteriormente lidas e discutidas nas supervisões do grupo de pesquisa e alterações eram feitas sempre que considerado necessário.

Como dito anteriormente, após um total de sete encontros, todas as memórias foram lidas e debatidas novamente no grupo de pesquisa, a fim de se traçar as principais linhas de análise que vinham se constituindo ao longo do funcionamento do grupo. Buscamos, entre as falas de usuários, pesquisadores e trabalhadores, dar relevo a pistas que nos apontassem quais enunciados vinham se estremecendo, quais questionamentos se fortaleciam e quais os novos sentidos que surgiam. Este material analítico foi utilizado para se construir um novo texto, então nomeado *narrativa* (PASSOS; CARVALHO; MAGGI, 2013), que, por sua vez, foi apresentada ao grupo GGAM duas vezes para ser avaliada e interferida coletivamente³³.

As memórias produzidas nos encontros, bem como a narrativa foram relidas a fim de se circunscrever alguns temas de discussão para este capítulo, que serão apresentados a seguir. Substituiremos os nomes citados nas memórias por referências genéricas, como “uma mãe”, “um profissional do serviço” ou até mesmo “alguém”. Esta escolha se deve não apenas porque não consultamos as pessoas sobre a preferência de serem ou não nomeadas no texto, mas principalmente porque tal recurso narrativo corrobora com o esforço de evitar qualquer movimento identitário, de individualização das questões discutidas. As questões levantadas no grupo, portanto, são por nós entendidas como instituições que por ora ganham maior ou menor consistência na voz de um ou mais sujeitos, mas que são performadas em rede, por múltiplos atores.

³³ O processo de produção desta Narrativa ultrapassa os objetivos da presente dissertação. O texto integral desta encontra-se em anexo, para conhecimento.

4.1 Sobre o “desequilíbrio desequilibrado”

Os familiares que estiveram presentes ao longo dos encontros do grupo eram em sua maioria mães, com histórias e vivências diferentes, mas que também se aproximavam. Um ponto em comum entre grande parte delas foi a declaração de que a busca por mais informações sobre o metilfenidato e o TDAH foi o gatilho para começarem a participar dos grupos. Em vários momentos, declaravam que se sentiam despreparadas para cuidarem de seus filhos, e ansiavam por ter mais conhecimentos que poderiam ajudá-las neste desafio. Por outro lado, haviam também mães cujos filhos haviam parado de tomar ritalina e usavam outra medicação, outras que não tomavam medicamento algum, mas que queriam estar conosco.

Os relatos eram quase sempre muitos intensos. As dificuldades que as mães enfrentavam no cuidado com seus filhos vinham muito frequentemente acompanhadas de lágrimas, expressão do peso e do desamparo sentidos ao ter que tomar decisões sobre o seu tratamento sem se sentirem suficientemente seguras para isso.

Sobre tomar decisões pela criança, eu queria dizer que é algo muito dolorido e difícil. São perguntas que fazemos, para as quais nem sempre temos respostas, e por isso temos que tomar algumas decisões. – Fala de uma mãe participante do 2º grupo GAM

Uma mãe contou ao grupo ter sentido grande felicidade ao ser “selecionada” para estar junto de um “grupo de pesquisa sobre a ritalina”, pois a partir daí conheceria melhor a medicação que seu filho estava tomando e poderia se sentir mais preparada para lidar com suas questões. Disse que necessitava saber exatamente o que era a ação do remédio e o que não era, se determinados comportamentos do seu filho poderiam ser por conta de efeitos colaterais, se o medicamento estava agindo de acordo com o esperado, etc.

Percebíamos nestas falas iniciais que o acesso à informação sobre o medicamento era algo importante para as mães, direito que deveria ser exercitado e cultivado no grupo. Nossos primeiros passos na Farmácia Cidadã Metropolitana ressurgiam no CAPSi. Lá, aprendemos que a dispensa informada do medicamento é parte

importante das práticas farmacológicas. Ao mesmo tempo, fazia-se necessário pontuar que aquela era uma atividade promovida por um grupo de pesquisa que estuda “os usos da ritalina”, e não a ritalina em si, o que significava uma diferença bastante importante: estávamos interessados nas práticas que envolvem o uso da ritalina e em propiciar o encontro entre diferentes atores que dela participam. Assim, uma função importante do manejo era buscar promover a lateralidade entre as falas de todos os presentes (PASSOS; CARVALHO; MAGGI, 2013) e afirmar aquele espaço enquanto zona de troca e construção de comum: o conhecimento que as mães traziam sobre o cuidado com o seus filhos era de tanto valor quanto o que os pesquisadores ou os trabalhadores traziam consigo. Todos estávamos ali para aprendermos coisas novas uns com os outros, e mais que isso, esperávamos conseguir *apreender* o que surgiria de totalmente novo a partir daquele encontro, um saber que não seria de ninguém, porque surgia do *entre* nós.

As mães relataram que um dos principais motivos para se sentirem tão pressionadas no cuidado dos filhos eram as cobranças vindas de terceiros, principalmente das escolas. Foi frequente a reclamação de que muitas pessoas as culpavam pelos comportamentos dos filhos, como se elas não cuidassem ou os educassem adequadamente. Tal pressão, somada às incertezas frente ao diagnóstico e ao tratamento dos filhos, resultava em uma sensação de peso e solidão. Solidão e peso advindos também do excesso de responsabilidades, de tarefas, trabalho, afazeres da casa, cuidado do lar, do marido, do filho, dos filhos. “É uma vida cansada”, definiu uma das mães. Neste momento do grupo, todas as demais respiraram em sintonia. Esta era uma sensação que as aproximava. E nesta vida cansada, grande parte do tempo era dedicado ao cuidado do filho diagnosticado com TDAH. “Só eu mesmo pra lidar com ele, só eu compreendo o que ele tem, minha vida é cuidar dele”. Cuidado que, em alguns casos, implicava em estar diariamente na escola, acompanhando o filho, ouvindo as queixas dos professores e do diretor, mas também brigando e lutando por sua inclusão. Cuidado que, em muitos casos, implicava em uma procura incessante por profissionais na rede pública de saúde que acolhessem suas demandas. Afinal, para onde e para quem endereçar o pedido de ajuda? A escola parecia dizer: ele tem um problema e não sabemos como resolver e à mãe era outorgada a tarefa de dar conta da situação. Como? Onde? Com quem?

Nos grupos, foi ficando claro que a insegurança das mães não era efeito somente de uma *falta* de informação, mas também de certa sobreposição de orientações dadas por profissionais diversos, de forma descoordenada, que nem sempre entravam em relação de coerência umas com as outras. Uma queixa bastante ilustrativa deste sentimento foi que “*os médicos não falam a mesma língua*”.

Ao contarem as histórias dos tratamentos de seus filhos, as mães participantes do grupo GAM demonstraram o quanto a demanda de TDAH encontra-se dispersa pela rede de saúde e educação do Espírito Santo, e que a comunicação entre os serviços e profissionais é falha ou inexistente. De fato, muitas mães explicaram que seus filhos são atendidos em vários serviços simultaneamente, algumas vezes por profissionais diferentes, de uma mesma especialidade.

No grupo surgiram pistas importantes para compreendermos a dispersão do TDAH pela rede. Em parte, as mães recorrem a vários serviços diante da dificuldade da marcação de consultas. Ao não conseguir o atendimento em um local com agilidade, marca-se onde se consegue mais rapidamente. Mas o fator mais relevante para acionarem vários serviços estava na busca pelo acolhimento e legitimação de suas demandas.

(...) esse desequilíbrio é tão desequilibrado que o próprio médico fala que você, mesmo passando por todas as dificuldades, o profissional fala que seu filho não é doente. Então, assim, a gente passa de pastel na história. Porque você busca reforço [do médico] e ele fala 'não, seu filho não tem nada'. Então, não sei, é um desequilíbrio inteiro. A criança fica descoberta pela medicina e fica descoberta pela educação. – Fala de uma mãe participante do 5º grupo GAM

Esta foi uma fala extremamente analisadora no grupo. Se por um lado, pesquisadores e trabalhadores de saúde apontavam a importância de se ter cautela ao se dar um diagnóstico e prescrever medicamentos, por outro, as mães falavam da necessidade de terem seu pedido de socorro legitimado. O “desequilíbrio desequilibrado” diz da produção de um não-lugar, no qual sua experiência de sofrimento é desconsiderada, tornada ilegítima mediante a avaliação de um profissional que diz que “não é nada”. Como acolher as falas das mães e tornar sua experiência um elemento vivo para a construção dos projetos terapêuticos de seus filhos e, ao mesmo tempo, estar atento ao risco de medicalização e medicamentação da demanda?

Talvez, esta seja uma das questões mais complexas em torno do TDAH e do metilfenidato na atualidade. A problematização dos processos de medicalização em torno dos comportamentos desatentos, hiperativos e impulsivos tem, muitas vezes, contribuído para a produção deste “não lugar”, ou de um lugar de desassistência no qual crianças e famílias são lançadas. Lugar este não apenas marcado pela ausência de serviços e de profissionais que tomem para si a coresponsabilidade do cuidado, mas que fortalece as práticas e discursos moralizantes e culpabilizadores: não sendo um problema médico, então, a culpa é da família que não sabe educar ou a culpa é da escola que não sabe ensinar. Desequilíbrio desequilibrado.

Percebemos no grupo que, muitas vezes, por trás de um “desejo de diagnóstico” (CALIMAN, 2012), encontra-se uma queixa legítima que quer ser acolhida, respeitada, ouvida. No grupo, víamos o tempo todo o peso dos discursos moralizantes e culpabilizantes e seus efeitos: produção de sofrimento, isolamento e de práticas desarticuladas.

No que tange à demanda pelo medicamento, a polarização entre “mães que querem Ritalina” e a resistência à prescrição da mesma era também explicitada. Uma mãe relata o sofrimento de receber orientações médicas completamente diferentes em um momento de crise de seu filho. Diagnosticado com TDAH em um serviço, seu filho fez uso de Ritalina por um tempo e, com a diminuição dos sintomas, descontinuou o uso. Depois de alguns meses, a criança volta a ter um quadro de muita agitação e a mãe o leva a outro médico. Este, ao avaliar seu filho, não concorda com o diagnóstico de TDAH e não lhe prescreveu o metilfenidato, apesar de ela ter relatado que tal tratamento havia funcionado bem anteriormente:

[...] *Foi muito complicado.* A mãe narra a situação de quando precisou recorrer a um médico em um momento em que seu filho estava muito agitado, e teve como resposta *eu não faço a prescrição deste remédio.* Ela insiste que precisa de ajuda, e diante desta necessidade, o doutor prescreveu outro medicamento, o Neuleptil. A mãe conta *que perguntava o que é que ele tem,* e ele respondia *ele só é uma criança agitadinha...* Sente-se indignação no seu tom de voz ao reproduzir a fala do médico. Segundo a mãe, o medicamento prescrito começou a dar muitas dores de cabeça na criança. Retornou ao médico, que receitou o Diazepan, mas os sintomas de agitação aumentaram com o uso. A mãe disse que *só no primeiro dia que eu dei [o Diazepan] ele [seu filho] já me deixou doídnha.* Ela foi ao médico pela terceira vez, que voltou a receitar o Neuleptil. *Aí eu cansei,* diz ela. Marcou então uma consulta em outro serviço, *que demora um pouquinho, mas eles chamam.* Lá conversa com um neuropediatra, *que segundo ela, deu as orientações direitinho.* O médico disse *pelo que eu estou vendo seu filho tem hiperatividade sim, ele já subiu e desceu desta cama 35 vezes,*

pelo que eu contei. Por fim ele passou a Ritalina, que, nas palavras dela, embora não seja perfeito foi o que melhor serviu para ele (Trecho de memória do 2º grupo GAM).

Foi um trabalho bastante delicado acolher tal demanda no grupo sem cair em, no mínimo, dois riscos. O primeiro, de colocar os pesquisadores em certa posição “messiânica” cuja promessa seria dar a palavra final diante da confusão que por vezes a polarização causava. O segundo, de abordar o problema em questão de forma individualizada na figura de determinado profissional. A presença dos trabalhadores do serviço nos grupos foi fundamental para que trabalhassemos estes dois aspectos. Por um lado, porque ao colocarem suas opiniões e experiências diante da demanda das mães, mostravam que o saber trazido pelos pesquisadores não implicava em autoridade. Na medida em que nossos pontos de vista eram postos em posição de lateralidade com os demais, o centro que a princípio estávamos colocados, provavelmente por nos apresentarmos como proponentes do grupo, foi aos poucos se dissolvendo.

Os trabalhadores, por vezes, assumiram que também tinham de enfrentar inseguranças e dúvidas ao exercer o cuidado, e por isso buscavam ser cautelosos ao fechar um diagnóstico ou prescrever determinado tratamento: “não necessariamente os sintomas indicam que há uma doença, mas que há a necessidade de aquela situação não permanecer da forma como está, isso não se pode negar”, declarou um deles. Outro afirmou ser importante investigar qual a função do sintoma, e não simplesmente “*arrancá-lo com o medicamento*”. E acrescenta: “*a gente não quer paciente mudo, a gente quer paciente falando*”.

Ao se falar dos efeitos dos medicamentos, mães e trabalhadores do CAPSi demonstraram preocupação. A discussão deste aspecto foi fundamental para a desconstrução de certa imagem, bastante vinculada nas críticas ao tratamento medicamentoso, de que os familiares desejam o medicamento simplesmente por ser a via “mais fácil”. As mães afirmaram que a decisão por medicar é difícil, que os efeitos do medicamento não são os esperados, mas que este é, em certos momentos, uma opção de abertura de possibilidades para seus filhos.

A troca de experiências e sensações entre profissionais, familiares e pesquisadores convidava, assim, à dissolvência das polarizações, das figuras de “vítimas” ou

“culpados”, evidenciando a necessidade de se ampliar a formulação dos problemas em questão, para além dos pontos de vista “de cada um”.

Se inicialmente a questão trazida pelas mães era a “necessidade de informação”, ao longo dos encontros do grupo GAM ela foi se modulando, indicando que o problema não era somente a falta de informação per si. A demanda colocada pelas mães indicava uma necessidade de pensarmos o *modo* de cuidado que vinha sendo performado nas experiências relatadas. A diversidade de vozes que habitou o grupo trazia a complexidade da questão: cuidar não significa necessariamente diagnosticar e prescrever medicamentos, mas é fundamental compreender que medidas como estas geralmente trazem algum conforto para as mães, que necessitam de apoio em suas demandas. Ficava então o desafio: quais outras práticas de cuidado poderiam se construídas a partir de então? Ou ainda, como construir estratégias de cuidado, de forma mais compartilhada e coletiva?

Durante os encontros do GGAM foi aos poucos ficando claro que para se exercer o cuidado de forma mais ampliada, para que o acolhimento de fato se efetive sem recorrer à resposta automática de diagnosticar e medicar, é fundamental a abertura dos graus de comunicação. Trata-se de transversalizar o diálogo, não somente entre familiares e profissionais, mas também junto à escola, ao resto da família, aos demais espaços que a criança frequenta e às próprias crianças. Trata-se de combater pré-julgamentos e compreensões enrijecidas, para performar o cuidado como fruto de negociações incessantes, considerando as singularidades e desafios que cada caso apresenta. Um verdadeiro equilibrar-se no desequilíbrio, sempre.

Podemos dizer que nossos encontros, em alguma medida, iam se constituindo como espaços de cuidado ao passo que estas questões eram discutidas e compartilhadas, e a importância da transversalidade foi ficando evidente, tanto na condução do próprio grupo, quanto na gestão do projeto terapêutico das crianças em questão. Os reposicionamentos subjetivos que se dão neste processo apontam para a dimensão clínica de nossa pesquisa, e a nós, enquanto pesquisadores, cabia a função de acompanharmos e promovermos tal movimento (BARROS; BARROS, 2013; PALOMBINI, 2013). Segundo nos indica Passos e Eirado (2009), tal aproximação entre pesquisa e clínica é própria do método de pesquisa cartográfico, que lida com seus problemas “buscando soluções e testando hipóteses”, mas, efetivamente,

cuidando. Assim, o “[...] paradigma [do cartógrafo] não é o do conhecer, mas o de cuidar, não sendo também o do conhecer para cuidar, mas o do cuidar como única forma de conhecer” (PASSOS; EIRADO, 2009, p. 122). Isso significa, em outras palavras, buscar que os problemas colocados sejam encaminhados no grupo no sentido de gerar um aumento nos graus de transversalidade, propiciando movimentos de “maior liberdade autogestiva” (PASSOS; EIRADO, 2009, p, 123) de indivíduos e coletivos.

A discussão do conceito de *autonomia* proposta pelo guia é um bom exemplo deste processo. No início as mães compreendiam que autonomia como “fazer as coisas sozinho” e “tomar decisões por si”. Posteriormente, a importância de se ter uma rede de apoio para se tomar decisões e lidar com os desafios diários de cuidado com seus filhos foi se fortalecendo. De uma forma geral, chegou-se a conclusão que a presença do CAPSi na rede de apoio era fundamental.

É Deus e o CAPSi. Quando você tem uma rede de apoio, você não tá sozinha. O CAPSi é minha rede de apoio e tira o peso das minhas costas. – trecho de memória do 3º GGAM.

Um importante episódio relatado por uma mãe foi a ida de uma psicóloga do CAPSi a uma reunião da escola de seu filho, com o objetivo de trocar informações sobre a situação da criança atendida e traçar juntos estratégias de ação. A mãe descreve que a forma dos profissionais da escola lidarem com seu filho e com ela mesma sofreu um desvio importante a partir daquele encontro. No entanto, não se trata de uma solução “mágica” e definitiva. A inserção de seu filho na escola depende de uma constante gestão das relações que ali se dão:

A mãe abre um sorriso, ela é a primeira a experimentar esse encontro [entre escola e CAPSi] que, segundo ela, foi fundamental para a adaptação de seu filho. Professores, funcionários, auxiliares... todos ficaram sabendo da situação dele, que passa a ter tratamento diferenciado. *O que também às vezes não é bom, quando eles acham que meu filho não vai dar conta das coisas.* Ela conta sobre a época em que não passavam os exercícios de casa para ele em sala de aula. Vendo as páginas do caderno do menino em branco, ela vai investigar sobre o que está acontecendo até exigir que o dever seja passado para ele também. *Eu não ligo se ele não fizer o dever, mas eu quero que o dever seja passado para ele igual é passado para todos.* – Trecho de memória do 3º GGAM

Como vimos no capítulo 1, o TDAH está desde o princípio de sua história atrelado às dificuldades escolares. Atualmente, as escalas mais utilizadas para diagnóstico do transtorno têm versões para serem respondidas pelos professores. Assim, o fato da escola demandar com tanta urgência a atuação da saúde deve ser encarado como

um analisador importante. O que as escolas estão, de fato, pedindo quando solicitam um laudo? Quais os múltiplos processos em curso que fazem emergir tal demanda, sob esta forma? Será que a recorrente solicitação pelo tratamento medicamentoso não indica a falta de espaço para criação de outras alternativas? Como criar tais espaços, entre as numerosas demandas do dia-a-dia, a fim de acolher as questões das escolas e problematizá-las de forma conjunta? Estas eram algumas das questões que emergiam entre nós, e certamente continuaram a reverberar nas práticas dos profissionais e também das mães ali presentes.

Em vários momentos, o grupo foi um espaço não só para se analisar as dificuldades, mas de se lembrar e valorizar boas experiências como a citada a cima, que evidenciam a potência do CAPSi como articulador da rede de atendimento às crianças e adolescentes com questões de Saúde Mental. Assim, ficou evidente que o desempenho desta função está não só no texto da política e nos trabalhos acadêmicos. No CAPSi de Vitória ela também comparece como desafio cotidiano, e é apontada como aspecto fundamental a ser trabalhado e potencializado.

4.2 Ouvindo a experiência infantil: o devir-criança como um convite à dissolvência dos pontos de vista

Assim como no Canadá e nos projetos da UNICAMP, UFF e UFRGS, os grupos aconteceram tendo por fio condutor a leitura do guia GAM. Assim, como no NA experiência de GIF promovido pela UFF, propusemos que tentássemos responder às perguntas do guia como as próprias crianças responderiam, a fim de deslocarmos nossos pontos de vista, através da inclusão da experiência infantil.

A proposta foi logo aceita, mas não sem certa apreensão. O grupo muitas vezes comentava que transportar-se para o ponto de vista da criança não era simples, pois seria necessário ignorar toda a experiência que nós, adultos, acumulamos durante a vida. Nas palavras de uma mãe, era *“difícil extrair a realidade do olhar deles em relação às perguntas, fazer de conta que não temos experiência”*. No início, era ainda difícil dizer, no grupo, que nosso objetivo não era alcançar “a verdade” ou o verdadeiro olhar das crianças, como se este estivesse escondido, a espera de ser revelado. Buscávamos aproximações a atravessamentos e, para isso, não

esperávamos deixar para trás nossas experiências e pontos de vista. Queríamos sim, pô-los em variância e errância através do/no encontro.

A partir do sexto encontro, algumas mães trouxeram seus guias preenchidos com respostas das próprias crianças, elaboradas conjuntamente em casa. As falas infantis muito frequentemente faziam o grupo explodir em risos, ou exclamações de surpresa e assombro. Aos poucos, ficava mais claro que mergulhar na experiência infantil não equivalia a uma operação de “subtrair” as experiências do adulto. Ao inverso, tratava-se de embarcar em uma lógica outra, menos presa à expectativas sociais e acordos tácitos do que é válido ou não. Como nos sugere Ceccim e Palombini (2009), a criança é o cartógrafo por excelência, pois prefere a viagem aos mapas pré-estabelecidos: “Os lugares, ela os localiza na sua carta, assinalando seus conhecimentos e movendo-se pelo produto de encontros e acasos, afetos-criança. Produz a si mesma” (PALOMBINI, 2009, p. 308). Podemos dizer, portanto, que o comparecimento da experiência infantil nos grupos GAM foram um constante convite a exercitarmos o ethos cartográfico, quando, vez ou outra, nossos pontos de vista se mostravam cristalizados.

Um exemplo disto está na pergunta “o que você gostaria de fazer e não faz?”. Uma das mães, ao tentar imaginar o que o filho responderia, arrisca: *“acho que ele gostaria de ler. Eu vejo que é uma necessidade que ele sente”*. A outra mãe, por outro lado, lê entre risos que a resposta dada pelo filho da companheira foi *morar nos Estados Unidos. “Tá vendo como ele sonha alto”*, comenta ela, e completa lendo a resposta da pergunta anterior, “O que você gosta de fazer?": *“Pilotar um carro de corrida”*.

As falas das crianças atuaram em nossos encontros, portanto, como importantes moduladores de problemas, por transbordarem em controvérsias. Nos lembrou do compromisso de nos mantermos abertos à experiência tecida no grupo, permitindo a efetiva dissolução dos pontos de vista (PASSOS; EIRADO, 2009). Em outras palavras, tal postura significava “acolher um devir-criança em nós (CECCIM; PALOMBINI, 2009, p. 309)”.

Assim, nossas formas já tão instituídas de olhar para as demandas apresentadas pelas mães foram em vários momentos equivocados pelos “sonhos altos” das

crianças, que provocavam súbitas inflexões: quando esperávamos ouvir uma criança com problemas escolares, se pronunciou um futuro piloto de corrida!

Sempre driblando nossas expectativas de adultos, as falas infantis não se deixavam capturar em rótulo algum, nem mesmo no de “fantasiosas”. Se em alguns momentos suas declarações surpreendiam pela inventividade, em outros era a concretude e precisão de seus relatos que nos colocavam em suspensão. Ao expressarem suas percepções, afirmavam-se enquanto sujeitos, que tinham muito a dizer sobre si, sobre seu sofrimento, seu tratamento:

A manejadora pergunta à mãe o que ficou como marca para ela. A mãe ri: ah, esses pontos aí, que ele colocou. Ela aponta para o guia, na parte da pergunta “Por que você começou a usar medicamentos?” (p. 25 e 26). Que ele quando começou a tomar a medicação, ele relatou que ele tava tendo problemas para dormir, porque ele estava agitado, que ele estava deprimido, que ele sofria... Ela parece querer rir, mas pára. E quando ele colocou aí que ele achava que ele tava perturbando as pessoas em volta dele. Isso para mim foi chocante! Ouvir que ele também se sentia assim, que ele estava sofrendo! E imita ele falando: “Ah minha mãe, eu estou sofrendo!”. Para mim foi chocante! Saber disso, saber pela boquinha dele. Ela prossegue, em um tom de quem quer se explicar: assim, no falar dele eu sentia, mas eu não sabia que ele se sentia assim, vamos dizer, que ele sabia colocar um nome para aquilo que ele tava sentindo. Como, né, que ele tava so-fren-do... E ele falar com toda firmeza isso. (trecho da memória do 9ª encontro do grupo GAM)

Algumas mães pontuaram que o exercício de fazer as perguntas do guia GAM com seus filhos permitiu que olhassem de forma diferente para as suas experiências e opiniões. Algumas disseram que começaram a conversar mais com eles sobre seus tratamentos a partir de então, o que para nós se constitui como um analisador fundamental dos efeitos de nossa pesquisa-intervenção.

[...] porque uma verdade é, a gente tá tão envolvido nesse mundo deles, assim, de crítica, de resolver problemas que, a verdade é que eles no fundo ficam um pouco esquecidos, porque a gente tá sempre cuidando deles, mas nunca perguntando a eles realmente o que eles pensam, o que eles acham, como eles se sentem em relação a isso. (fala de uma mãe no 8º encontro do grupo GAM)

A fala acima convoca-nos para a inclusão da experiência infantil no cuidado que é a ela direcionado. Uma forma de praticar o cuidado que, paradoxalmente, faz com que as crianças fiquem “um pouco esquecidas”. O que elas pensam? O que acham? Como se sentem em relação ao próprio cuidado que lhes é direcionado? Esta foi uma questão fundamental no grupo, na medida em que iniciávamos a construção de um lugar ativo para a experiência infantil na cogestão da medicação.

Outra questão que desempenhou um papel bastante importante em nossos encontros foi a do tópico do guia chamado “pessoas a sua volta”. Neste, o usuário é convidado a mapear a rede de apoio com a qual ele pode contar. As mães, que sempre se entenderam como muito presentes nas vidas e tratamentos dos filhos, ficaram surpresas por não ganharem destaque ou até mesmo estarem ausentes das redes descritas por eles.

Então, com quem seu filho conta? Uma das mães responde: *Ele colocou aqui Marcelo, Sírio e Samuel.* Uma outra comenta em tom brincalhão *Oi?*, a outra mãe continua *Eu falei: "cadê a mamãe?" e ele ficou rindo de mim.* Alguém comenta em tom de piada *mamãe tá na fase do já era.* A mãe continua: *ele ficou rindo de mim. Eu eu falei "cadê a mamãe?"* (trecho da memória do 6º encontro do grupo GAM).

Durante a leitura da pergunta, o grupo dá risadas diante das reações de uma mãe, que se mostrava agitada, inquieta. Quando a palavra é dirigida a ela, comenta que respondeu antes do seu filho que a pessoa mais próxima dele seria ela, mas ele disse que era o Pai, em segundo lugar o irmão e no outro lado ele colocou o nome dela. *A última, mas fazer o que né?* Seu tom de voz é meio divertido, meio magoado. Em uma linha mais abaixo ele colocou o nome do médico do CAPSi, em outra a do estagiário da Escola e, do outro lado, o do médico da APAE. [...] A mãe disse: *eu fiquei pensando, gente, não é nenhuma das respostas que eu colocaria, e assim, muito interessante, como cabeças pensam diferente.* A manejadora indaga: *Sem dúvida, mas porque tanta surpresa?* Ela responde *porque quem está mais perto dele diariamente sou eu! Isso dói muito na gente, porque a gente tá no dia a dia – seu tom de voz é de quem está sem fôlego, como se estivesse fazendo esforço – batalhando, pelejando, aí quando você vai perguntar...* (trecho da memória do 7º encontro do grupo GAM)

A surpresa e, de certa forma, decepção das mães de não comparecerem como primeira referência de apoio para seus filhos foi um aspecto importante de ser cuidado no grupo. Foi possível notar, nestes momentos, alguns sinais de que o manejo se descentralizava (PASSOS; CARVALHO; MAGGI, 2013): as mães faziam perguntas umas às outras, se dirigiam diretamente aos profissionais – e não à manejadora – propunham assuntos a serem discutidos.

O fato foi ressignificado de diferentes formas. Quase automaticamente, uma das mães tirou uma conclusão: “é que ele conta tanto comigo que nem conta. Ele sabe que estarei sempre ali por ele”. Mas a outra saída, a que foi mais fortalecida por nós, na função do manejo, foi a de que talvez a rede de apoio relamente não seja tão restrita quanto as mães as enxergam. Despontava aí, uma possibilidade de virada para a “vida cansada” das mães, que se sentiam tão solitárias na sua função de cuidar. Se as crianças visualizavam alternativas, porque não apostar nelas?

Marques e Palombini (2013), ao relatarem sua experiência com grupos GAM, apontam como um índice de sucesso da intervenção a ocorrência da “deslocalização do cuidado”. Segundo as autoras, o cuidado se deslocaliza na medida em que passa a não depender de figuras ou ambientes únicos, e portanto, permite uma maior liberdade de escolha ao usuário. No caso de nossa experiência de pesquisa, podemos pensar a importância deste combate à monopolização do cuidado em duas dimensões: do CAPSi, em relação aos outros dispositivos do território; e dos principais cuidadores, em relação aos demais possíveis atores da rede de cuidado.

Em um momento posterior, comemoramos a fala de uma mãe, que contou que havia permitido que um outro parente buscasse seu filho na escola. Mãe de “vida cansada”, mas incansável, que “de tão presente na vida do filho”, sentia o estranhamento de não ser a primeira com quem “ele podia contar”. Contar com outras pessoas, era também um aprendizado que precisava ser por ela cultivado no e com o grupo. Aprendizado nada fácil depois de tantas histórias vividas de exclusão, desassistência e culpabilização. Como confiar novamente no outro, na escola, nos parentes? Diante de nossa experiência no grupo, aquele pequeno gesto ganhou grande significado: um movimento de afirmação do desejo de se performar uma rede de apoio mais ampla para seu filho e para si, conseqüentemente, na qual fosse possível momentos de deslocalização do cuidado (MARQUES; PALOMBINI, 2014).

4.3 A recusa desembaraçada das crianças: pode desenhar?

No texto “Cartografar é acompanhar processos”, as psicólogas Laura Pozzana de Barros e Virgínia Kastrup (2009) apresentam relatos aventurecos de encontros de pesquisa *com* crianças de comunidades de baixa renda da zona sul do Rio de Janeiro, com os objetivos de investigar os efeitos da leitura e do brincar. No quarto encontro relatado, se deparam com o não comparecimento de uma criança sequer:

“Ficamos um pouco frustrados com o “furo”, mas nos demos conta de que naquela prática com crianças os tratos precisam ser flexíveis e levar em conta os acasos do dia-a-dia. As crianças se encontram porque querem, porque gostam, porque preferem isto a outra coisa, como, por exemplo, ver TV ou ficar em casa” (BARROS; KASTRUP, 2009, p. 67).

Nos grupos GAM em Vitória, também tivemos que nos haver com as oscilações do “querer” e “não-querer” das crianças, através dos relatos das mães que tentaram

responder o guia GAM com elas. Foi interessante conhecer um pouco mais sobre a relação entre aquelas mães e seus filhos e filhas, e as estratégias utilizadas diante da missão proposta. No entanto, trataremos neste tópico, em vias de conclusão, não sobre o sucesso, mas da importância da *recusa* ou *recalcitrância* de uma das crianças para os andamentos de nossa pesquisa.

Entre os relatos empolgados das mães que haviam feito as perguntas do guia GAM com seus filhos, uma parecia frustrada por não conseguir respostas. Contou que lançou mão de várias estratégias, como levar o guia em uma viagem de família, momento em que imaginou que a criança estaria mais relaxada e, portanto, propensa à aceitar a atividade. No entanto, tudo que conseguiu foi uma reclamação por parte dela, chamando o guia de “seu livrinho feio”. A mãe disse que esclareceu que o guia não era somente dela, mas para as duas responderem juntas. A recusa continuava. Quando finalmente perguntou à criança porque não havia gostado do guia, ela responde: “*eu não posso escrever no livro, não posso fazer nada, não posso fazer um desenho, então o livro não é meu*”.

Aqui, entendemos que a criança anuncia um importante desafio. A recusa não indicava fracasso, mas certa forma de re-existência, um convite à modulação de nosso instrumento, para que este não se amparasse na docilidade dos pesquisados (DESPRET, 2004, p. 124). Como tornar o guia GAM interessante para as crianças? Como evitar a reprodução de um modo pedagogizante, que remeta à forma endurecida que a maioria das atividades escolares assume? Quais perguntas seriam mais interessantes para elas, mais propensas a criação de novas articulações?

Na experiência carioca, Barros e Kastrup descrevem seu processo como um “pesquisar brincando, brincando de pesquisar” (2009, p. 62), que significou incorporar à metodologia de trabalho os elementos mais variados: bolinhas de gude, brincadeira de pique-esconde, brincadeira de repórter, lanches, ilustrações, charadas...

No grupo GAM em Vitória, buscamos afirmar que sim, ela poderia desenhar o guia o quanto quisesse, poderia recortar, fazer colagens... tudo para que ela pudesse fazer dele, “nosso”. Transformar o guia em território comum, porque interferido, co-construído (MARQUES; PALOMBINI, 2013).

Já vislumbrávamos os próximos passos de nossos (des)caminhos de pesquisa, que apontavam para os tão sonhados grupos com crianças. Assim, o desafio de remodulação do instrumento, a fim de garantir a efetivação da *estratégia* GAM fica como uma herança/provocação para os momentos futuros, que ultrapassam o objetivo desta dissertação. Mas que já comparece aqui como fragmento, promessa do processo que segue.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Mas a cabeça estala também ao imaginar o contrário: alguma coisa que tivesse começado – pois onde começaria? E que terminasse – mas o que viria depois de terminar? Como vê, é-me impossível aprofundar e apossar-me da vida, ela é aérea, é meu leve hálito. Mas bem sei o que quero aqui: quero o inconcluso.” **Clarice Lispector**, *Água Viva*.

Convidamos você, leitor, a revisitarmos a cena que inicia este trabalho para experimentá-la novamente, sob interferência das análises e discussões feitas ao longo dele. Partindo dela, traremos algumas pontuações que menos concluem e mais apontam para a continuidade de nosso percurso, se bem que sob novas formas, com novos atores em cena, novos desafios e, como não poderia deixar de ser, novas perguntas. O texto a seguir foi feito a partir da memória da segunda roda do seminário *A Experiência do Uso de Psicofármacos: Desafios para a Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil* e de nova escuta do áudio da mesma.

Em uma nublada tarde de agosto, no ano de 2014, cerca de 40 pessoas se encontravam reunidas em um local de eventos, rodeado de largas janelas com vista para o mangue, na Universidade Federal do Espírito Santo. Era uma imagem bonita e no mínimo curiosa: haviam ali professores da UFES e também convidados de outras universidades, mães de crianças usuárias do CAPSi, alunos de graduação em Psicologia e do mestrado em Psicologia Institucional, profissionais de diferentes serviços da rede de Saúde e Assistência Social do Espírito Santo – CAPS e CAPSi, Gerência Estadual de Assistência Farmacêutica, Centro Pop, hospitais – e algumas crianças rodopiando por entre as cadeiras, pufs e sofás que acomodavam a todos em uma ampla roda. Éramos pessoas bastante diferentes, vindas de lugares diversos mas estávamos ali juntos por força de um interesse que compartilhávamos: conversar sobre o uso de medicamentos psicotrópicos.

Eram cerca de 14 horas da tarde e estávamos prestes a começar a segunda roda de conversa do dia, cujo título enunciava exatamente seu tema central: *Estratégia GAM – Cogestão Autônoma da Medicação*. As vozes se misturavam, em uma doce desordem, dando a sensação de estarem todos a vontade por ali, que alguns já se conheciam, e outros estavam contentes por terem se conhecido. Pensei comigo que, embora não oficialmente, a roda já tinha começado. Ou melhor, não havia terminado, desde a parte da manhã, ou talvez desde o primeiro grupo GAM que

realizamos, ou ainda desde o primeiro momento que montamos o grupo de pesquisa. Por isso uma roda: em sua rotação agrega novos elementos, configurações que fazem e se desfazem, diferentes velocidades que se interferem, conversas que giram, pontos de vista que se desmancham e/ou se *mancham* uns dos outros, ou geram outros ainda de novas cores, incômodos, amizades, ideias, planos, perguntas, problemas que apontam para a multiplicação, ampliação, porque articulados.

As apresentações começam. Nossos convidados da UFF falam a todos os presentes sobre a estratégia GAM, sobre a adaptação do guia para o uso no Brasil e, finalmente, contam sobre as experiências cariocas com os grupos GAM. Em seguida é o momento de compartilharmos nossas experiências com o grupo GAM no CAPSi Vitória. Em alguns momentos eu olhava em volta e pensava como era interessante a diversidade de pessoas presentes. Várias delas faziam ou fizeram, das mais diversas formas, parte daquele trabalho que viemos apresentar. Os colaboradores mais recentes, trabalhadores do CAPSi e mães participantes do grupo GAM, foram convidados a darem sua contribuição na apresentação. Os que tinham conhecido a proposta da pesquisa em momentos anteriores agora poderiam se inteirar das nossas atividades mais recentes.

Os que conheciam o GAM pela primeira vez colocavam suas questões. Comemorei ao perceber que a roda não foi nem um pouco apaziguada, pois tivemos momentos intensos. *Qual é a ideia, que outros profissionais, outros serviços possam prescrever medicamentos? Ou ainda, autonomia de quem, se todos podem tomar suas decisões, todos são autônomos!* Em vários momentos eram os próprios participantes do grupo GAM, trabalhadores do CAPSi e mães, que tantas vezes respondiam a questões como estas, e colocavam outras. Um indicador importante, pois apontava que estávamos conseguindo construir a tal autonomia juntos, na medida em que o grupo era cogerido por todos, e todos se sentiam responsáveis por ele.

A roda foi lugar de produção. Discutimos algumas dificuldades e impasses. Colocou-se uma das nossas questões mais recentes, sobre um futuro grupo com as crianças, que começávamos a vislumbrar. Nos últimos encontros do grupo GAM a realização de um trabalho com as crianças já vinha sendo pontuado. Como fazer para pensar a *estratégia* GAM com este grupo? Adaptar o Guia? Se basear nos passos deste e

montar outros dispositivos, mais artísticos, mais lúdicos? Poderíamos nos aproximar das escolas para pensar estes dispositivos? Quais estratégias poderíamos arrumar para efetivar tal aproximação? Quais os desafios éticos e teóricos que implica em pensarmos a cogestão do tratamento medicamentoso com crianças? Assim colhemos algumas boas questões para alimentar os novos projetos do grupo de pesquisa.

Interessante também perceber que pouco falamos sobre o metilfenidato em si naquela roda, mas que íamos ampliando nossas questões para outros medicamentos. Tal movimento já ia se fazendo presente desde os últimos grupos GAM que eu havia participado, ou, colocando melhor, talvez desde o início já apontávamos para isso. De certo modo, nossa proposta era desde sempre trazer o metilfenidato como um assunto “piloto”, pois queríamos fortalecer aquilo que transbordava para além dele: relações entre trabalhadores do CAPSi e as famílias das crianças, questões da rede de saúde, os vínculos entre crianças, suas famílias e comunidade, as outras dimensões de Projeto Terapêutico, entre outros aspectos.

As mães comentam, dizem sobre o que sentem que o grupo trouxe de interferência em suas vidas. Já não ouço, mas sinto as palavras que arrepiam ao percorrer minha pele. E com elas, encerro este texto, por não encontrar palavras melhores para concluir inconcluindo: sugerindo novas possibilidades que se abrem a partir daqui.

Em pequenas perguntas ele [o guia GAM] me fez enxergar um mundo, tipo, de possibilidades, ou seja, ele tá tomando um remédio, tá, mas tem outros, né? Eu acho que ele [seu filho] já percebia isso, ele já percebia as outras redes mais rápido do que a mim, que não conseguia enxergar. Vendo vocês falarem [hoje] eu entendi que quando ele botou lá o doutor, a doutora, ou o neuro, ou o pai, ou o vizinho [...] ele percebeu as muitas redes que ele podia contar e eu não conseguia perceber. [...] Conhecer nossos filhos de primeira mão, isso para mim foi muito importante, mesmo, assim, não gostando muito das respostas [risos]. Mesmo assim. (Fala de uma mãe participante do grupo GAM na segunda Roda do Seminário *A Experiência do Uso de Psicofármacos: Desafios para a Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil*)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, B. C. A. A Regulação Econômica do Mercado Farmacêutico no Brasil. Fala apresentada no **V Fórum Nacional de Medicamentos** – Acesso e Inovação. 7 de novembro de 2013. Senado Federal, Brasília. Disponível em: <http://www.acaoresponsavel.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=318&Itemid=154> Acesso em: 17 fev. 2014.

ARAGON, L. E. P. A espessura do encontro. Dossiê. **Interface Comunic, Saúde, Educ**, v.7, n.12, p.11-22, 2003.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO DÉFICIT DE ATENÇÃO. Entenda o TDAH nos critérios do DSM-5. Disponível em: <<http://www.tdah.org.br/br/textos/textos/item/964-entenda-o-tdah-nos-crit%C3%A9rios-do-dsm-v.html#sthash.QY2WDGFw.dpuf>> 2013. Acesso em 05 ago. 2014.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO DÉFICIT DE ATENÇÃO. Carta Aberta à população sobre TDAH. 2014. Disponível em: < <http://www.tdah.org.br/br/noticias/reportagens/item/1080-carta-aberta-%C3%A0-popula%C3%A7%C3%A3o-sobre-tdah.html#sthash.EDSRq6sB.dpuf>>. Acesso em: 02 ago. 2014

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO DÉFICIT DE ATENÇÃO. Médicos, Psicólogos e Fonoaudiólogos - Leia abaixo as instruções de como se cadastrar para constar no site da ABDA. [s.d.]a Disponível em: <<http://www.tdah.org.br/br/associe-se.html#sthash.94flBW70.dpuf>>. Acesso em: 07 set. 2013

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO DÉFICIT DE ATENÇÃO. Quem Somos. Disponível em: <<http://www.tdah.org.br/br/a-abda/quem-somos.html>> [s.d.]b. Acesso em: 07 set. 2013.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. Carta aberta à população. 2014. Disponível em: <<http://tdah.org.br/images/stories/pdfs/carta%20aberta%20a%20populacao%20sobretdah.pdf>>. Acesso em: 02. Ago. 2014

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE MENTAL. Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e a iniciativa exemplar da SMS de São Paulo. [s.d.]. Disponível em: <<http://www.abrasme.org.br/mensagem/view2?q=MTY4NTUIMkMxNTEIMkM5WQ3M2VhODc0ZjFiOTlwMWI5OGU5Y2Y5YTA3ODJIZA==>>. Acesso em: 02 ago. 2014

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados**: resultados 2009. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2010. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/sngpc/resultados_2009.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2011.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Prescrição e consumo de metilfenidato no Brasil: identificando riscos para o monitoramento e controle sanitário. **Boletim de Farmacoepidemiologia do SNGPC**, ano 2, n. 2, jul./dez. 2012. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/sngpc/boletins/2012/boletim_sngpc_2_2012_corrigido_2.pdf>. Acesso em: 06 mar. 2012.

ARAUJO, Álvaro Cabral; LOTUFO NETO, Francisco. A nova classificação americana para os transtornos mentais: o DMS-5. **Jornal de psicanálise**, São Paulo, v. 46, n. 85, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352013000200011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 ago. 2014.

BARROS, M. E. B. Modos de gestão produção de subjetividade na sociedade contemporânea. **Revista do Departamento de Psicologia – UFF**. Niterói, v.14 - n.2, p.59-74, 2003.

BARROS, L. M. R.; BARROS, M. E. B. O Problema da Análise em Pesquisa Cartográfica. **Fractal Revista de Psicologia**, v. 25, n.2, p. 373-390, 2013.

BARROS, R. B.; PASSOS E. Cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. da (Orgs.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009a p. 17- 31.

BARROS, R. B.; PASSOS E. Diário de Bordo de uma viagem-intervenção. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. da (Orgs.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009b. p. 172 – 200.

CALIMAN, L. V. **A Biologia Moral da Atenção: a construção do sujeito (des)atento**. 2006. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

CALIMAN, L. V. Notas sobre a História Oficial do Transtorno do Déficit de Atenção/hiperatividade TDAH. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 30, n. 1, 2010. p. 45 – 61

CALIMAN, L. V. . Os bio- diagnósticos na era das cidadanias biológicas. **Cadernos de Subjetividade (PUCSP)**, v. 01, p. 112-119, 2012

CALIMAN, L. V.; DOMITROVIC, N. Uma análise da dispensa pública do metilfenidato no Brasil: o caso do Espírito Santo. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 879-902, 2013.

CALIMAN, L. V. ; RODRIGUES, P. H. P. A Experiência do Uso de Metilfenidato em Adultos Diagnosticados com TDAH. **Psicologia em Estudo**, v. 19, n. 1, p. 125-134, 2014.

CAPONI, S. Uma análise epistemológica do diagnóstico de depressão. **Interface (Botucatu)** [online]. 2009, vol.13, n.29, pp. 327-338. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832009000200007&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 15 set. 2012.

CAPONI, S; BITTENCOURT, S. C. A Ética da responsabilidade e o uso de medicamentos para o transtorno do déficit de atenção e hiperatividade. **Revista Brasileira de Ciência, Tecnologia e Sociedade**, v.1, n.1, p. 113-129, 2009.

CECCIM, R. B. ; PALOMBINI, A. L. Imagens da infância, devir-criança e uma formulação à educação do cuidado. **Psicologia e Sociedade** (Impresso), v. 21, p. 301-312, 2009.

COLLARES, C. A. L.; MOYSÉS, M. A. A. Dislexia e TDAH: uma análise a partir da ciência médica. In: Conselho Regional de Psicologia de São Paulo & Grupo Interinstitucional de Queixa Escolar (Orgs.), **Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doença de indivíduos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

CONRAD, P. Expansion: from hyperactive children to adult ADHD. In: _____. (Org.). *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, p.46-69, 2006.

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DE SÃO PAULO. Consumo de Ritalina® aumentou 775% em dez anos. 2014. Disponível em: <<http://portal.crfsp.org.br/noticias/5713-consumo-de-ritalina-aumentou-775-em-dez-anos-aponta-pesquisa.html>> Acesso em: 15 ago. 2014.

COUTO, M. C. V. Política de Saúde Mental para crianças e adolescentes: especificidades e desafios da experiência brasileira (2001-2010). Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB-UFRJ), 2012. 178 fls. Tese Doutorado.

COUTO, M. C. V. parabéns à SM da cidade de são paulo [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <capsinareforma@yahoo.com.br> em 27 jul. 2014.

COSTA, L. A.; ANGELI, A. A. C.; FONSECA, T. M. G. Cartogtafar. In: FONSECA, T.; NASCIMENTO, L.; MARASCHIN, C. (Org.). **Pesquisar na diferença**. Porto Alegre: Sulina, 2012. p. 43-46.

DELEUZE, G. O que é um dispositivo? In: DELEUZE, G. **O mistério de Ariana**. Lisboa: Vega, 1996. p. 83-96.

DESPRET, V The body we care for: figures of anthropo-zoo-genesis. In: AKRICH, M.; BERG, M. (Ed.). **Body and Society** (special issue on "Bodies on Trial"). London, v. 10, n. 2-3, p. 111-134, 2004.

ELIA, L. **Centro de atenção psicossocial como dispositivo de atenção à crise**: em defesa de uma certa (in)felicidade inventiva. Fala realizada no II Colóquio Internacional NUPSI/USP e XI Colóquio de Psicopatologia e Saúde Pública – Invenções democráticas: construções da felicidade. 2013. Centro de Convenções Rebouças, São Paulo.

FOUCAULT, M. A Poeira e a Nuvem. In: _____. **Ditos e escritos IV**. Estratégia, Poder- Saber. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003. p.322-334.

_____. Nietzsche, a genealogia e a história. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979. p. 15-37.

GORENSTEIN, C.; SCAVONE, C. Avanços em psicofarmacologia – mecanismos de ação de psicofármacos hoje. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, n. 21, v.1, p. 64 – 73, 1999.

HEALY, D. The New Medical Oikumene. In: PETRYNA, A.; LAKOFF, A.; KLEINMAN, A. (Orgs) **Global pharmaceuticals: Ethics, Markets and Practices**. Durham, VC: Duke University Press, 2006, p. 61 – 84.

IBM. **Fractal Geometry**. [s.d.] Disponível em: <<http://www03.ibm.com/ibm/history/ibm100/us/en/icons/fractal/>>. Acesso em: 10 nov. 2014

ITABORAHY, C. A Ritalina no Brasil: uma Década de Produção, Divulgação e Consumo. Dissertação (Mestrado em Medicina Social) – Instituto de Medicina Social – Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 2009.

JENKINS, J. H. Introduction. In: _____. (Org.) **Pharmaceutical Self: The Global Shaping of Experience in an Age of Psychopharmacology**. Santa Fe: SAR Press, 2011a. p. 03 – 16.

_____. Psychopharmaceutical Self and Imaginary in the Social Field of Psychiatric Treatment Self: In: _____. (Org.) **Pharmaceutical Self: The Global Shaping of Experience in an Age of Psychopharmacology**. Santa Fe: SAR Press, 2011b. p. 17 – 39.

KIRMAYER, L. J.; RAIKHEL, E. From Amrita to Substance D: Psychopharmacology, Political Economy and Technologies of the Self. **Transcultural Psychiatry** v. 46 n.5 . p. 5 – 15, 2009.

LARA, L.; GUARESCHI, N.; GONÇALES, Z. Aos Psicólogos em Atuação nas Políticas Públicas. In: Bernardes, A.; Marchezi, T. G.; Moraes, M. **Cartas para pensar políticas de pesquisa em Psicologia**. 2014, Vitória, Edufes.

LATOUR, B. **How to talk about the body?**: The Normative Dimension of Science Studies, 1999. Disponível em: <<http://www.bruno-latour.fr/articles/article/77-BODY%20NORMATIVE.pdf>> Acesso em: 05 nov. 2012.

_____. **Reagregando o social: uma introdução à teoria do ator-rede**. Salvador: EDUFBA-Edusc, 2012.

LOURAU, R. Implicação e sobreimplicação. In: ALTOÉ, S. (Org.) **René Lourau: analista institucional em tempo integral**. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 186 - 197

LEMONS, F. C. S.; CARDOSO-JUNIOR, H. R. A genealogia em Foucault: uma trajetória. **Psicologia e Sociedade**, Florianópolis, v. 21, n. 3, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822009000300008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 Jan. 2014.

MA, Z. When Love Meet Drugs: Pharmaceuticalizing ambivalence in Post-Socialist China. **Culture, Medicine and Psychiatry**, n. 36. p. 36-51, 2012.

MACHADO, A. M. Perdas e apostas na luta contra o silenciamento presente no processo medicalização. **Revista entreideias**, Salvador, v. 3, n. 1, p. 111-123, 2014.

MARQUES, C. C.; PALOMBINI, A.; PASSOS, E.; ONOCKO, R. T. Sobre mudar de lugar e produzir diferenças: A voz dos usuários de serviços públicos de saúde mental. **Artigos Departamento de Psicologia Social e Institucional/UERJ**, v. 9, n. 1, p. 106-126, 2013.

MATTOS, P. et al . Apresentação de uma versão em português para uso no Brasil do instrumento MTA-SNAP-IV de avaliação de sintomas de transtorno do déficit de atenção/hiperatividade e sintomas de transtorno desafiador e de oposição. **Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre , v. 28, n. 3, 2006.

MATTOS, P. LOUZÃ, M. R. Questões atuais no tratamento farmacológico do TDAH em adultos com metilfenidato. **J. Bras. Psiquiatr**, v. 56, p. 53-56, 2007.

MORAES, Marcia. A ciência como rede de atores: ressonâncias filosóficas. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro , v. 11, n. 2, 2004.

MORAES, M. Pesquisar COM: política ontológica e deficiência visual. In: MORAES, M.; KASTRUP, V. **Exercícios de ver e não ver: arte e pesquisa COM pessoas com deficiência visual**. Rio de Janeiro: Nau, 2010, p.26-51.

MYERS, R. L. Methylphenidate (Ritalin). In: _____. **The 100 Most Important Chemical Compounds: A Reference Guide**. Greenwood Press: Westport, CT, 2007. p 178-180.

RITALINA. Comprimidos. Responsável técnico Marco A. J. Taboão da Serra: Novartis Biociências S.A., [s.d.]. Bula de remédio. Disponível em: <<http://www4.anvisa.gov.br/base/visadoc/BM/BM%5B26162-1-0%5D.PDF>> Acesso em: 10 ago. 2012.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. et al. Adaptação multicêntrica do guia para a gestão autônoma da medicação. **Interface (Botucatu)**, v. 16, n. 43, p.967-980, 2012.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Report of the International Narcotics Control Board for 2011**. Statistics for 2010. Disponível em: < http://www.incb.org/pdf/annualreport/2011/English/AR_2011_English.pdf > Acesso: 29 mar 2012.

PALOMBINI, A. L. et al. Relações entre pesquisa e clínica em estudos em cogestão com usuários de saúde mental. **Ciênc. saúde coletiva** [online], vol.18, n.10, p. 2899-2908, 2013.

PASSOS, Eduardo; BARROS, Regina Benevides de. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. *Psic.: Teor. e Pesq.*, Brasília , v. 16, n. 1, Apr. 2000 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722000000100010&lng=en&nrm=iso>. access on 26 Nov. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722000000100010>.

PASSOS, E.; CARVALHO, S. V.; MAGGI, P. M. A. Experiência de autonomia compartilhada na saúde mental: o “manejo cogestivo” na Gestão Autônoma da Medicação. **Pesquisas e Práticas Psicossociais** v. 7 n.2, p. 269 – 278, 2012.

PEREIRA, C. S. C. **Conversas e Controvérsias: uma análise da constituição do TDAH no cenário científico e educacional brasileiro**. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2009.

PETRYNA, A; KLEINMAN, A. The Pharmaceutical Nexus. In: PETRYNA, A.; LAKOFF, A.; KLEINMAN, A. (Orgs) **Global pharmaceuticals: Ethics, Markets and Practices**. Durham, VC: Duke Univesity Press, 2006. p. 1 – 32.

ROHDE, L. A.; HALPERN, R. Transtorno do Déficit de Atenção/hiperatividade: atualização. **Jornal de Pediatria [Online]** n. 80, Supl. 2, p. S61-S70, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n2s0/v80n2Sa08.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2012.

RODRIGUES, H. C. de B. Analisar. In: FONSECA, T.; NASCIMENTO, L.; MARASCHIN, C. (Org.). **Pesquisar na diferença**. Porto Alegre: Sulina, 2012. p. 35-37.

RODRIGUES, J.T. A Medicação como única resposta: uma miragem do contemporâneo. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 8, n. 1, p. 13-22, 2003.

ROSA, B.P.G.D., WINOGRAD M. Palavras e pílulas: sobre a medicamentação do mal-estar psíquico na atualidade. **Psicologia e Sociedade**. n. 23, p. 37-44, 2011

ROSE, N. Becoming neurochemical selves. In: STEHR, N. (Org.), **Biotechnology, commerce and civil society**. New York: Transaction Press, 2004. p. 89–128.

SÃO PAULO (Estado), Portaria nº 986/2014, de 12 de junho de 2014. **Diário Oficial [do] Município de São Paulo**, São Paulo, 12 jun. 2014, p.19.

SCHLOSSER, A.; NINNEMAN, K. The Antropology of Psychopharmaceuticals: Cultural and Pharmacological Efficacies in Context. **Culture, Medicine and Psychiatry**, v. 36, p. 2 – 9, 2012.

SINGH, I. Bad Boys, Good Mothers, and the “Miracle” of Ritalin. **Science in Context**, v. 15, p. 577 – 603, 2002.

SINGH, I. (2007a). Clinical implications of ethical concepts: The case of children taking stimulants for ADHD. **Clinical Child Psychology and Psychiatry**, v. 12, n. 2, p. 167-182, 2007a

SINGH, I. Not just naughty: 50 years of stimulant drug advertising. In: TOON, A.; WATKINS, E. (Orgs.) **Medicating Modern America**. New York: NYU Press, 2007b. p. 131-155.

STAHL, S. M. **Psicofarmacologia: Bases Neurocientíficas e aplicações práticas**. Rio de Janeiro: Editora Médica e Científica Ltda., 2002.

TEDESCO, S. ; SADE, C.; CALIMAN, L. V. . A entrevista na pesquisa cartográfica: a experiência do dizer. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 25, p. 299-322, 2013.

TONE, A ; WATKINS, E. S. (2007). **Medicating Modern America**. Prescription Drugs in History. New York: New York University Press.

APÊNDICE I**SUMÁRIO – GGAM-BR****APRESENTAÇÃO****PARTE UM: SUA QUALIDADE DE VIDA**

Primeiro passo: conhecendo um pouco sobre você

Segundo passo: observando a si mesmo

Terceiro passo: ampliando a sua autonomia

Quarto passo: conversando sobre os medicamentos psiquiátricos

PARTE DOIS: UM CAMINHO PARA MUDANÇAS

Quinto passo: por onde andamos

Sexto passo: planejando nossas ações

Anexo 1: Informações sobre alguns medicamentos psiquiátricos

Anexo 2: Informações sobre algumas interações medicamentosas

Anexo 3: Informações sobre algumas plantas medicinais

Anexo 4: Lei 10.216: Lei da Reforma Psiquiátrica.

APÊNDICE II

PRIMEIRA NARRATIVA GAM PARCIAL REFERENTE AOS ENCONTROS DE Nº1 ATÉ Nº7

Nos nossos primeiros encontros conversamos sobre o que era a pesquisa e o Guia GAM. Entendemos que o objetivo dos encontros seria conversar sobre as experiências das crianças e adolescentes que tomam Ritalina. Combinamos de responder as questões do Guia GAM imaginando como as crianças responderiam, mas poderíamos falar também de nossas próprias experiências. No grupo ouvimos histórias de crianças que tomam Ritalina há muito tempo, de outras que já não tomam mais e daquelas que nunca tomaram.

Temos incertezas sobre os efeitos da Ritalina e sobre a necessidade e a função do laudo na vida das crianças. Por isso, pensamos ser importante que os familiares e profissionais de saúde possam conversar sobre estas e outras coisas para tomarem juntos as decisões sobre o tratamento. E as crianças, o que será que elas pensam e sentem sobre tudo isso? Muda alguma coisa conversamos com elas sobre estes assuntos?

Às vezes é difícil se colocar no lugar delas. Parece que elas sentem bem diferente do adulto e têm um jeito próprio de pensar. Elas nos surpreendem com suas respostas e atitudes e fazem coisas que nem sempre entendemos. Será que elas vão saber responder às questões do Guia? As crianças sabem o que se passa com elas? Mesmo com esta dúvida ficamos empolgados para fazermos as perguntas a elas, porque queríamos muito entendê-las melhor. Elas têm muito a dizer. Foi muito bom, mas porque também foi tão difícil ouvir algumas coisas que elas falaram?

É preciso ter muito cuidado quando somos responsáveis por uma criança. Ela ainda está em crescimento, é um corpinho em formação. Quando pensamos que elas ainda têm uma longa vida pela frente, tomar decisões importantes fica mais difícil e precisamos avaliar bem o que fazer. Muitas vezes tomamos decisões sem ter certeza se será o melhor pra elas, e isso dói. Quais decisões são mais difíceis de tomar e por que? Como poderia ser diferente?

Vemos que há semelhanças e diferenças entre essas crianças e adolescentes. Alguns ficam bem sozinhos, outros não, uns são mais calados, outros mais comunicativos, uns já se viram na cozinha, outros só comem o que tiver pronto. Até uma mesma criança muda! Dependendo da situação, das

peessoas que estão com ela, de várias coisas que não dá pra saber ao certo, elas ficam mais ou menos agitadas, brincam ou falam sério, sabem até onde ir com cada um ou em cada situação. Às vezes também eles passam dos limites, fazem birra, gritam, falam coisas que achamos estranho, diferente. As pessoas também reagem de formas diferentes, alguns entendem, outros acham que essas crianças não foram educadas direito, ou não apanharam o bastante, pensam que eles estão fingindo ou estão fazendo birra.

É difícil compreender a nossa situação, tem hora que nem nós entendemos muito bem. Algumas crianças percebem quando estão mais agitadas e nervosas, mas não entendem direito porque ou não conseguem se controlar. E ficam magoadas quando percebem que o jeito deles às vezes deixa as pessoas que eles amam tristes. As realções com outras pessoas também são de muitos tipos. Tem parente que ajuda, tem parente que discrimina, tem amigos que acabam se tornando mais próximos que a família. Alguns os compreendem, outros não tem muita paciência. Nem todo mundo aceita o jeito delas serem e isso às vezes preocupa a gente, mesmo sabendo que é difícil para qualquer pessoa agradar a todos.

Na escola também surgem muitos problemas, nossos telefones tocam muito com reclamações. Algumas crianças costumam implicar, falam que vão bater, matar... chega até a nos assustar. Nos passeios da escola até as professoras se aborrecem e às vezes achamos melhor acompanhá-los para tentar evitar problemas. Alguns de nós tentam fazer de tudo para que as crianças e adolescentes não dêem trabalho na escola e nem em outros lugares, porque sentimos que eles sofrem quando são rejeitados e nós sofremos também. Mas será que eles também não sofrem quando protegemos eles demais? E tem momentos que eles nos surpreendem, tem momentos que percebemos que eles conseguem coisas que achamos que não conseguiriam.

Muitas pessoas acham que não educamos direito e ficam dando palpite sobre como devemos ou não tratar nossas crianças, falam até que o bom mesmo seria umas palmadas. Acham que a falta de concentração deles, a agitação, os comportamentos agressivos são culpa da família que não soube educar. Mães principalmente ouvem muito esse tipo de comentário e volta e meia é preciso se segurar para não responder com um palavrão bem mal-educado.

Aqui no CAPSi não se prescreve a Ritalina, mas sim outros remédios. É difícil de entender quando insistem em não dar a Ritalina sem explicar o porquê.

A Ritalina não é uma maravilha, mas muitas vezes é de grande ajuda. Chegamos a procurar outros profissionais de saúde para conseguir a receita da Ritalina. Não foi fácil, tivemos que nos mobilizar, conseguir marcar consultas particulares e arranjar o dinheiro para pagá-las. Por que os médicos não falam a mesma língua?

Não temos clareza sobre os efeitos da Ritalina na vida das crianças e adolescentes que os tomam. Não é um medicamento simples e temos que ter muito cuidado. Mas ela as vezes é importante para as crianças conseguirem participar de atividades da escola, acompanhar as aulas de educação física, parar um pouco, aprender, se concentrar, ler... Tem criança que pede pra tomar o remédio. Ao mesmo tempo, parece que a Ritalina prende, trava, impede algumas crianças de fazerem o que elas querem e serem como elas são naturalmente. Elas viram uma “plantinha”. Será que isso é bom para a escola? E será que é bom pra elas? Quando as crianças perdem aquele jeitinho ativo, brincalhão, falante, alegre, ficamos preocupados. Elas também sentem isso e se incomodam. Na hora de tomar o remédio já não querem mais, se escondem, cospem, gritam, choram e correm da gente.

O que é efeito do medicamento e o que não é? Qual a dosagem ideal? Alguns tomam o medicamento apenas para ir para escola, mas tem dia que em casa também precisa. Muitas vezes quando as crianças estão tomando Ritalina ou tem um laudo do médico, isso facilita um pouco as nossas vidas. As pessoas param de falar que elas estão só fazendo pirraça ou que é nossa culpa e percebem que elas não são assim porque querem.

É importante para nós que as pessoas entendam as necessidades de nossas crianças e tenham um olhar especial sobre elas. Na escola, por exemplo, temos que ter um laudo para conseguir um estagiário que as acompanhe. Algumas delas passaram a aprender mais e a gostar da escola depois da amizade que fizeram com o estagiário. Só que esse tratamento diferenciado também atrapalha, porque a escola passa a tratar diferente demais. Acha que elas não vão dar conta da atividade escrita porque elas são diferentes e não passam para elas. Não as incentiva a fazer o movimento de educação física porque pensa que elas não vão conseguir. Queremos que a escola entenda que eles são diferentes, mas não queremos que eles sejam vistos como doentes e incapazes. Isso é complicado. É muito importante quando o CAPSi ajuda nessa conversa com a escola.

Lendo o guia, discutimos o que é autonomia. Autonomia não é só fazer as coisas por conta própria, como decidir sozinho se vai tomar ou deixar de tomar o remédio. Autonomia também quer dizer tomar decisões com a segurança de uma rede de apoio, que dê acompanhamento e informação, não só por parte dos médicos e profissionais, mas também o apoio de nossos familiares e vizinhos e outros serviços de saúde. Mas muitas vezes essa rede de apoio não está presente. Ou será que tem um buraco nela?

As tarefas do dia-a-dia sobrecarregam: lavar, passar, fazer comida, cuidar da casa, do filho, do marido... E nem sempre aguentamos fazer isso tudo com tanta agitação, tanto grito das crianças. É uma vida cansada. Sentimos que temos que dar conta de tudo sozinhos, não é fácil tomar decisões tão complicadas e nos falta apoio, nos falta conversar com alguém, nos falta informações. Ficamos angustiados e sentimos o peso disso nas atividades do dia-dia ou nas decisões sobre medicação. Achamos que não temos muito tempo para nós. A falta de um lugar onde possamos compartilhar esse peso é algo que aumenta essa situação desconfortável. Será que esse grupo pode nos ajudar sobre essas questões?

O CAPSi tem ajudado bastante. Alguns familiares e amigos também, mas ainda assim nos sentimos um pouco sozinhos. Temos que dar conta de muitas coisas e aprender a lidar com as crianças/adolescentes no dia-a-dia. É importante pensar sobre a melhor forma de cuidar, de decidir medicar ou não, decisões importantes que terão impacto no futuro delas, mas é mais confortável quando podemos pensar nisso juntos.