

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS
Curso de Graduação em Farmácia-Bioquímica

A QUESTÃO DA MEDICALIZAÇÃO EM SAÚDE DE CRIANÇAS E
ADOLESCENTES: UMA REFLEXÃO

Karyna Leme Roque

Trabalho de Conclusão do Curso de
Farmácia-Bioquímica da Faculdade de
Ciências Farmacêuticas da
Universidade de São Paulo.

Orientadora:

Dra. Maria Aparecida Nicoletti

São Paulo
2019

SUMÁRIO

	Pág.
LISTA DE ABREVIATURAS	1
RESUMO	2
1. INTRODUÇÃO	3
2. OBJETIVOS	6
3. MATERIAL E MÉTODOS	6
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	6
4.1 Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)	8
4.1.1. <i>Histórico do TDAH</i>	8
4.1.2. <i>Etiologia e causas do TDAH</i>	10
4.1.2.1. <i>Aspectos genéticos e das funções cerebrais</i>	10
4.1.2.2. <i>Aspectos ambientais</i>	11
4.1.2.3. <i>Aspectos sociais</i>	11
4.1.3. <i>Diagnóstico do TDAH</i>	12
4.1.3. <i>Prevalência de TDAH em populações</i>	13
4.2. Medicamentos utilizados no Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)	14
4.2.1. <i>Metilfenidato</i>	16
4.2.2. <i>Lisdexanfetamina</i>	16
4.2.3. <i>Críticas ao tratamento medicamentoso em TDAH</i>	17
4.2.4. <i>Medicamentos utilizados em TDAH em números</i>	17
4.2.5. <i>Impacto do contexto social no tratamento do TDAH</i>	18
4.4. Medicalização na pedagogia	19
4.5. Medicalização e TDAH na mídia	20
4.6. Medicalização e a dualidade de opiniões	22
5. CONCLUSÃO	23
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	23
7. BIBLIOGRAFIA	24
8. ANEXOS	32

LISTA DE ABREVIATURAS

ABDA	Associação Brasileira do Déficit de Atenção
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BRATS	Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
DSM	Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
EUA	Estados Unidos da América
INBC	Conselho Internacional de Controle de Narcóticos
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAUM	Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos
Rename	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SNGPC	Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade
WHO	<i>World Health Organization</i>

RESUMO

ROQUE, K. L. **A questão da medicalização em saúde de crianças e adolescentes: uma reflexão.** 2019. 19f. Trabalho de Conclusão de Curso de Farmácia-Bioquímica – Faculdade de Ciências Farmacêuticas – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019.

Palavras-chave: Medicalização; criança; adolescente; TDAH

INTRODUÇÃO: Medicalização é o termo usado para definir quando questões não médicas passam a serem vistas como questões médicas. Essas questões são geralmente denominadas como doenças e transtornos e a terapia mais utilizada é a medicamentosa. O uso do medicamento pode silenciar os sintomas dessas questões, sem que haja uma investigação da origem dos mesmos. Esse uso pode se tornar irracional, gerando um problema de saúde pública. Um exemplo de medicalização é o que pode acontecer com crianças e adolescentes em idade escolar. Nesse caso, há a transformação de questões pedagógicas, políticas, sociais e familiares unicamente em questões médicas. A literatura em relação à medicalização de crianças e adolescentes aborda principalmente o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) e o metilfenidato, principal medicamento para tratamento. **OBJETIVOS:** O presente estudo teve como objetivo revisar a literatura sobre medicalização da população infantil e adolescente, contextualizar o cenário atual, discutir e refletir impactos desta prática e em quais situações está mais presente. **MATERIAL E MÉTODOS:** Revisão bibliográfica do tipo narrativa nas bases *Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs)*, *Web of Science*, *US National Library of Medicine – National Institutes of Health (PubMed)* para consulta de artigos relevantes ao tema proposto. Os descritores usados na pesquisa, em português e em inglês, foram: “medicalização”, “criança”, “adolescente”, “TDAH”, “metilfenidato”. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A partir da leitura dos artigos, foram selecionados os principais temas a serem abordados: TDAH (histórico, etiologia e causas, diagnóstico e prevalência), medicamentos utilizados para o tratamento de TDAH (metilfenidato, lisdexanfetamina), números e críticas a respeito destes medicamentos, impactos do contexto social no tratamento do transtorno, e a relação da medicalização com a pedagogia e com a mídia. **CONCLUSÃO:** A revisão bibliográfica realizada tem como conclusão a importância de considerar, além do desenvolvimento infantil e de aspectos genéticos, o contexto social, ambiental e as relações familiares como fatores que contribuem para o TDAH.

1. INTRODUÇÃO

O termo medicalização “surgiu no final da década de 1960 para se referir à crescente apropriação dos modos de vida do homem pela medicina”, apropriação essa que teve o poder de transformar aspectos básicos da vida em agravos à saúde (GAUDENZI e ORTEGA, 2012).

Segundo Conrad (2007), o termo tem como uma de suas definições o “processo pelo qual problemas não médicos passam a ser definidos e tratados como problemas médicos, frequentemente em termos de doenças ou transtornos”. Dessa forma, processos naturais da vida passam a ser medicalizados, como desenvolvimento infantil, morte, dificuldades de aprendizagem (CONRAD, 1992), gravidez e parto, timidez, sobrepeso (ZORZANELLI et al., 2014), angústia e mal-estar (AMARANTE, 2007). A prescrição de medicamentos e seu uso costumam ser o “recurso terapêutico mais utilizado” (FERRAZZA et al., 2010) e podem ser vistos como única forma de terapia possível de responder às situações da vida cotidiana (AMARANTE, 2007).

“Na área da Saúde Mental, esse problema também assume relevância e gravidade, especialmente por se constituir um campo de disputas de modelos de cuidado, em que a racionalidade psiquiátrica revela forte poder” (CAVALCANTE e CABRAL, 2017). Percebe-se, assim, que ocorre um processo de “psiquiatrização” da vida social, em que qualquer sinal de sofrimento psíquico é transformado em enfermidade e que utiliza o medicamento como principal estratégia terapêutica (CAVALCANTE e CABRAL, 2017; FERRAZZA et al., 2010).

Com o uso do medicamento como única e mais importante forma de terapia, o indivíduo com questões psíquicas será conduzido ao silenciamento dos sintomas, sem que haja uma devida investigação da origem dos mesmos (CAVALCANTE e CABRAL, 2017). Dessa forma, a medicalização da vida acaba se tornando um caminho mais curto e rápido para diminuir o sofrimento psíquico (DANTAS, 2009).

Levando-se em consideração o conceito de uso racional de medicamentos, que abrange o estabelecimento da necessidade do uso do mesmo; a prescrição do medicamento apropriado (de acordo com os resultados de eficácia e segurança comprovados), em sua forma farmacêutica, dose e período de tratamento corretos; o

acesso a ele por meio de preços acessíveis; o cumprimento dos critérios de qualidade; o fornecimento das orientações necessárias e o cumprimento do completo regime terapêutico (WHO, 1987); sabe-se que este conceito se constitui em um importante fator de promoção da qualidade de vida em saúde pública. Dessa forma, pode-se acordar que a medicalização se torna um problema de saúde pública, já que pode gerar um uso irracional de medicamentos, além de um aumento no uso destes, trazendo consequências financeiras. Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) estimam que mais da metade dos medicamentos são prescritos, dispensados ou vendidos de forma inadequada, sendo o uso irracional um problema de nível mundial (BRASIL, 2019a).

Considerando que “comportamentos que não são aceitos socialmente e que passam a ser vistos apenas pela lógica médica, levando, conseqüentemente, a um alto índice de prescrição de psicofármacos, entre outras classes farmacológicas” (BRASIL, 2019b), é possível traçar grupos populacionais com maiores chances de serem medicalizados, dentre eles: “crianças em idade escolar, adolescentes e adultos em privação de liberdade, usuários que necessitam de atenção em saúde mental, e pessoas com mais de 60 anos” (BRASIL, 2019b).

Como citado acima, o conceito medicalização vai muitas vezes em encontro com o uso de medicamentos relacionados à educação em crianças e adolescentes. Medicalizando a educação, transformam-se problemas pedagógicos e políticos em questões biológicas, e não se leva em conta o contexto social e o histórico do indivíduo. Assim, com a crescente incursão do saber médico na escolarização, multiplicaram-se os diagnósticos relacionados à aprendizagem (FERREIRA, 2015).

Um dos diagnósticos relacionados à aprendizagem é o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH), que tem como sintomas: a desatenção, a hiperatividade e a impulsividade. A construção desse diagnóstico iniciou-se na década de 1950, porém, tornou-se mais conhecido na década de 1960, pelo aparecimento do metilfenidato (psicotrópico da categoria das anfetaminas), um dos fármacos utilizados em tratamentos para o TDAH (MORAES, 2012).

O metilfenidato é um medicamento controlado pela portaria N°344/98 (BRASIL, 1998) da Secretaria de Vigilância em Saúde e só pode ser dispensado com Notificação

de Receita tipo “A” de cor amarela para medicamentos relacionados na lista A3 onde se inserem os Psicotrópicos.

No Brasil, o metilfenidato não integra a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) estabelecida pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2018). No entanto, como estados e municípios têm relativa autonomia para incluir produtos que atendam as especificidades locais, já é possível perceber um movimento de inclusão deste medicamento nas listas selecionadas de algumas cidades (ESHER e COUTINHO, 2017).

Segundo o Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde (BRATS), um estudo realizado em 2014 chegou à conclusão de que existem evidências que crianças estariam sendo medicadas mesmo sem ter o diagnóstico de TDAH e casos do transtorno sendo tratados sem necessidade (BRATS, 2014; ESHER e COUTINHO, 2017).

O discurso médico-científico tem se expandido e ganhado força no campo pedagógico, fazendo com que a medicalização atue como intervenção terapêutica de forma majoritária na sociedade (MERLETTI, 2012). A partir disso, frente a essa ampliação do diagnóstico, o indivíduo tem menores chances de construir respostas que possam ir além de sua identificação como “doente”, “hiperativo” (GUARIDO, 2007).

Da mesma forma, a transformação da dificuldade de aprendizagem em uma doença tratável tira a responsabilidade dos pais e da escola na formação do indivíduo e acaba por culpabilizá-lo. Sendo assim, “a produção de um fracasso escolar deixa de ter um caráter multifacetado e passa a ter um único sentido biológico” (FERREIRA, 2015).

Pelo diagnóstico do TDAH envolver padrões de comportamento que são típicos da faixa etária infantil e questões de fundo social, “é necessário fazer um balanço benefício e risco antes de se iniciar a administração de medicamentos para tratamento do transtorno do déficit de atenção, principalmente, quando o tratamento for de longo prazo” (BRASIL, 2019a).

2. OBJETIVOS

Objetivo geral: Revisar a literatura sobre medicalização da população infantil e adolescente e contextualizar o cenário atual.

Objetivo específico: Discutir e refletir sobre os impactos dessa medicalização na sociedade, particularmente, em relação às crianças e aos adolescentes, e em quais situações essa prática está sendo mais frequente.

3. MATERIAL E MÉTODOS

O trabalho de conclusão de curso consistiu em uma revisão bibliográfica do tipo narrativa. A metodologia utilizada foi uma pesquisa documental nas bases de dados *Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs)*, *Web of Science*, *US National Library of Medicine – National Institutes of Health (PubMed)*, sites governamentais e de entidades nacionais e internacionais, revistas e jornais de grande circulação, publicados nos últimos 10 anos. Também foi realizada busca manual nas referências dos artigos selecionados para leitura. Os descritores utilizados foram “medicalização”, “criança”, “adolescente”, “TDAH”, “metilfenidato”, incluindo a versão destes termos para o inglês.

Por meio da leitura de títulos e resumos, foram selecionados artigos e outros documentos para a posterior leitura caso estivesse de acordo com os objetivos propostos. Os documentos foram selecionados nos idiomas inglês, português e espanhol.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A maior parte dos artigos encontrados em torno do tema e selecionados para leitura abordavam, em algum ponto, a relação entre medicalização e educação.

Segundo Pais et al. (2016), percebe-se que as primeiras necessidades de um olhar mais atento para crianças e adolescentes emergem a partir da escola, quando esses indivíduos apresentam uma ruptura do fluxo normal da classe. Essa ruptura pode

estar relacionada tanto com questões pedagógicas (como dificuldades de aprendizagem), como questões de disciplina (como dificuldades de autocontrole) (REYES et al., 2019). Assim, com o objetivo de minimizar sintomas que estejam afetando o rendimento do aluno em sala de aula e prejudicando o bom funcionamento das atividades escolares (BARBOSA, 2019), parte da escola e dos profissionais da educação, na maioria dos casos, o encaminhamento de crianças e adolescentes para a área da saúde, mediante os pais (PAIS et al., 2016).

As questões de disciplina e, também, as comportamentais se encontram nessa série de queixas trazidas pelas escolas e pelos pais. Padrões comportamentais, que anteriormente eram considerados irritantes e indesejados, mas típicos do desenvolvimento infantil ou da vida cotidiana, tornaram-se comportamentos fora do padrão e passaram a ser classificados em termos médicos (BARBOSA, 2019, HORSTKOTTER et al., 2015).

Com o aumento do encaminhamento de crianças em idade escolar aos serviços de saúde mental, é crescente também o consumo de medicamentos psicotrópicos por essa população (SANCHES e AMARANTE, 2014). Dessa forma, um aluno diagnosticado tem a obrigação de passar por um tratamento farmacológico, sendo essa administração de medicamentos estratégica para mantê-lo na mesma instituição de ensino (REYES et al., 2019).

A partir de depoimentos de crianças encaminhadas para área da saúde por meio da escola, que foram coletados e analisados por (REYES et al., 2019), refletiu-se que a criança participa parcialmente da experiência de “paciente”, já que a decisão do consumo de medicamentos tem como base um acordo apenas entre adultos.

A lógica da medicalização, por contribuir para uma estigmatização de comportamentos vistos como diferentes no contexto escolar, por não problematizar esse contexto e as diferentes variáveis que compõem as vidas dos alunos, os coloca em condição de único responsável do processo de “não-aprendizagem”, sem a oportunidade de ser ouvido e suas singularidades percebidas ao fim de uma avaliação médica (SILVA et al., 2018).

Porém, como esse processo de “não-aprendizagem” constitui-se um reflexo de aspectos biológicos e psicológicos que precisam ser tratados, e de questões em

dimensões sociais, históricas, pedagógicas, políticas que precisam ser analisadas separadamente, a prática da medicalização implica na perda de espaço para se repensar nas condutas e métodos educacionais, sociais, na própria instituição denominada escola. Há também a falta de “auto-apropriação” do problema em questão dos profissionais de educação no sentido da intervenção e construção de novos conhecimentos e novas práticas que envolvem sua profissão (SILVA et al., 2018).

4.1. Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)

Destaca-se na literatura revisada a ocorrência de uma associação entre medicalização, educação e Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH).

Segundo DMS-V (APA, 2014), quinta edição do Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais feito pela Associação Americana de Psiquiatria,

[...] O TDAH é um transtorno do neurodesenvolvimento definido por níveis prejudiciais de desatenção, desorganização e/ou hiperatividade-impulsividade. Desatenção e desorganização envolvem incapacidade de permanecer em uma tarefa, aparência de não ouvir e perda de materiais em níveis inconsistentes com a idade ou o nível de desenvolvimento. Hiperatividade-impulsividade implicam atividade excessiva, inquietação, incapacidade de permanecer sentado, intromissão em atividades de outros e incapacidade de aguardar – sintomas que são excessivos para a idade ou o nível de desenvolvimento [...] (APA, 2014, p.32)

Os transtornos do neurodesenvolvimento são definidos como aqueles que têm início no período de desenvolvimento infantil. Esses transtornos manifestam-se, em geral, antes da criança ingressar na escola. Caracterizados por déficit no desenvolvimento, podem acarretar em prejuízos no funcionamento pessoal, social, acadêmico ou profissional. Além do TDAH, também são considerados transtornos de neurodesenvolvimento pelo DSM-V Deficiências Intelectuais, Transtorno da Fala, Transtorno da Linguagem, Transtorno do Espectro Autista, Transtorno do Desenvolvimento de Coordenação, entre outros (APA, 2014).

4.1.1. Histórico do TDAH

Revisando o histórico do TDAH, observa-se que o termo Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade foi adotado apenas em 1987, pelo DMS-III-R (APA, 1987).

Porém, as primeiras descrições médicas semelhantes ao TDAH surgiram a mais de 200 anos. Descrições análogas ao TDAH foram encontradas na literatura europeia do final do século XVIII ao início do século XX, e nos Estados Unidos da América a partir do início do século XIX. Pode-se perceber, assim, que não foram encontradas descrições do TDAH na literatura antiga (ADHD EUROPE, 2012).

No meio do século XX, utilizava-se o termo “síndrome da criança com lesão cerebral”, que era frequentemente associado a um déficit cognitivo e acabava incluindo indivíduos que, atualmente, seriam diagnosticados com TDAH (ADHD EUROPE, 2012). Esse termo evoluiu gradativamente até “disfunção cerebral mínima”.

Na segunda edição do DSM (DSM-II), foi a primeira vez que transtornos infantis foram introduzidos. Nessa edição, incluiu-se o termo “reação hiperkinética de infância” (APA, 1968). Já na terceira edição (DSM-III), houve a substituição do termo por “distúrbio de déficit de atenção” (APA, 1980). Até que na terceira edição revisada (DSM-III-R), foi adotado o termo TDAH (APA, 1987).

No DSM-IV (APA, 1994), o TDAH foi descrito em dois conjuntos, um de sintomas para a desatenção e um de sintomas para o comportamento hiperativo-impulsivo. Tanto o DSM-V quanto o DSM-V.1, que está em vigor atualmente, mantêm os mesmos dois domínios comportamentais (desatenção e hiperatividade – impulsividade).

Na literatura a respeito da medicalização, o surgimento do DSM fez com que comportamentos e emoções comesçassem a passar por um processo de categorização. Assim, quando estes desviassem do padrão, mesmo podendo ser transitórios, passageiros e provenientes de múltiplos fatores, eles seriam categorizados como desordens de saúde mental (SILVA et al., 2018).

Já na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID), uma classificação que poderia envolver TDAH foi surgir apenas em 1967, quando a CID-8 (oitava revisão) usou o termo Hiperkinesia para nomear crianças com dificuldades com atenção, impulsividade e excesso de atividade, assim como os outros transtornos comportamentais (WHO, 1967).

Sua nona revisão (CID-9) utilizou novos termos, como Síndrome hiperkinética da infância (classificando crianças com pouca atenção e distração) e Distúrbio simples de atividade e atenção (classificando crianças distraídas, hiperativas e com curto período

de atenção) (WHO, 1977), o que corresponde ao DSM-IV, no qual o TDAH é dividido em dois conjuntos de sintomas (APA, 1994).

Já o CID-10, utilizado na atualidade, utilizou o termo Distúrbios da Atividade e da Atenção (F90.0) que engloba Síndrome de Déficit da Atenção com Hiperatividade, Transtorno de Déficit da Atenção com Hiperatividade, e Transtorno de Hiperatividade e Déficit da Atenção (WHO, 1992).

4.1.2. Etiologia e causas do TDAH

4.1.2.1. Aspectos genéticos e das funções cerebrais

O TDAH não possui ainda sua etiologia bem descrita (SHARMA e COUTURE, 2014), porém, há estudos que afirmam que o transtorno está relacionado a aspectos genéticos (MATHHEWS et al., 2014) e a função cerebral reduzida (CORTESE, 2012).

Em relação a aspectos genéticos, estudos familiares e de gêmeos mostraram que o transtorno apresenta alta herdabilidade (FARAONE et al., 2005). Um outro estudo mostrou que de 30% a 35% dos irmãos de crianças com o transtorno apresentam também TDAH (FARAONE et al., 2000).

A relação entre função cerebral reduzida e o TDAH foi baseada em estudos que observaram volume ou funcionalidade reduzidas da substância cinzenta e branca do cérebro. Com essa função cerebral reduzida, aspectos cognitivos, planejamento motor, velocidade de resposta de processamento, atenção, e outros fatores comportamentais são afetados, questões essas que são observadas em um indivíduo com TDAH (CORTESE, 2012, VAN EWIJK et al., 2012; NAKAO et al., 2011).

Outros estudos apontam que áreas do sistema nervoso central, como córtex pré-frontal, núcleo caudado e cerebelo, têm relação com TDAH. Essas áreas, juntas, regulam a atenção, o comportamento, as ações, entre outras funções, e estão interligadas por uma rede de neurônios. Essa rede é sensível ao ambiente neuroquímico e é mantida por neurotransmissores, como dopamina e noradrenalina (ARNSTEN e PLISKA, 2011). Dessa forma, uma maturação mais lenta do córtex pré-frontal (SHAW et al., 2007), ou um volume menor, com atividade reduzida córtex pré-

frontal, núcleo caudado ou cerebelo foram apresentados por indivíduos com TDAH (ARNSTEN e PLISKA, 2011).

4.1.2.2. Aspectos ambientais

As outras possíveis explicações para as diferenças no neurodesenvolvimento de crianças com TDAH, relacionadas aos contextos sociais e ambientais, tendem a serem subestimadas ou ignoradas (WEISSENBERGER et al., 2017). Um estudo que considerou fatores genéticos e estilo de vida no desenvolvimento do transtorno concluiu que a genética, o estilo de vida e o ambiente influenciaram significativamente e similarmente (SENGUPTA et al., 2015).

No contexto ambiental, menciona-se que a exposição a toxinas e a aditivos industriais podem influenciar de modo prejudicial o desenvolvimento do sistema nervoso. Durante o desenvolvimento do feto, exposição a agentes químicos e poluentes também podem afetar negativamente. Além disso, a exposição da mãe frente a medicamentos, drogas e álcool são prejudiciais, já que essa exposição pode ser posterior ao descobrimento da gravidez ou por não estar ciente dos riscos envolvidos. Já o bebê pode ser exposto a mamadeiras, a chupetas e a brinquedos contaminados, que também tem o potencial de causar déficits o seu desenvolvimento (WEISSENBERGER et al., 2017).

Uma maior quantidade de pesquisas acerca de poluentes ambientais e os seus efeitos sobre a ocorrência de transtornos ou distúrbios podem, em longo prazo, fazer com que empresas busquem práticas mais responsáveis na produção e tratamento de poluentes (WEISSENBERGER et al., 2017).

4.1.2.3. Aspectos sociais

A escolarização não é somente um processo individual de cada aluno, é um processo que se insere em um momento histórico, social e político (SANCHES e AMARANTE, 2018). Essa individualização não considera a influência do contexto em que o indivíduo está inserido, na instituição, na economia, nas questões interpessoais, nos problemas no sistema educacional, na relação cuidador-criança, na injustiça social, nas experiências traumáticas (ERLANDSSON et al., 2016).

A partir de estudos foi possível perceber que o diagnóstico de TDAH é mais presente em crianças de família que passaram por divórcio, que tem baixo nível socioeconômico, que algum familiar tenha alguma questão em saúde mental, que sofra etilismo, ou que seja viciado em alguma droga não lícita (CHRONIS et al., 2003; CRITTENDEN & KULBOTTEN, 2007; DALLOS, et al., 2012).

Um outro estudo que analisou relatos de crianças e das famílias, percebeu que muitas passaram por situações de violência (com a própria criança, com sua família, escola, ou na comunidade). A criança, por estar em desenvolvimento e crescimento, é mais vulnerável a essas situações, e o seu entorno acaba buscando na área da saúde uma intervenção médica para o sofrimento. “Por vezes, há de se considerar que o sintoma pode não ser sinal de uma doença e sim de uma tentativa de solução. É a forma singular com que cada pessoa expressa sua busca de soluções” (SANCHES e AMARANTE, 2018).

Esses fatores mencionados mostram que o diagnóstico de TDAH precisa ser colocado em um contexto que leve em consideração, além do ambiente, as relações familiares (REYES, 2019).

Porém, ainda assim há pouca literatura e pesquisa a respeito da relação da ocorrência do transtorno com um estilo de vida, comunicação familiar e políticas públicas sociais (WEISSENBERGER et al., 2017).

4.1.3. Diagnóstico do TDAH

Como ainda há ausência de biomarcadores para TDAH, os diagnósticos são feitos com base no relato de professores e pais. Assim, a escola desempenha um importante papel nessa avaliação (KIM et al., 2019).

Segundo DSM-V (APA, 2014), um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade, que acaba interferindo no funcionamento ou no desenvolvimento do indivíduo, é a característica principal do TDAH. A desatenção pode se manifestar como “divagação em tarefas, falta de persistência, dificuldade de manter o foco e desorganização – e não constitui consequência de desafio ou falta de compreensão”. Já a hiperatividade está relacionada ao movimento excessivo “quando não apropriado ou remexer, batucar ou conversar em excesso”. E a impulsividade está

ligada a ações abruptas que ocorrem com elevado potencial para dano à pessoa. Três subtipos de TDAH são reconhecidos: o com predominância da desatenção, o com predominância da hiperatividade/impulsividade e o tipo combinado, que se caracteriza pela combinação dos dois primeiros subtipos. O início do TDAH é na infância, e para o diagnóstico do transtorno, existe a exigência que sintomas estejam presentes antes dos 12 anos de idade. Além disso, manifestações devem estar presentes em mais de um espaço, como em casa, na escola, no trabalho). “A confirmação de sintomas substanciais em vários ambientes não costuma ser feita com precisão sem uma consulta a informantes que tenham visto o indivíduo em tais ambientes” (APA, 2014). Um maior detalhamento encontra-se presente em anexo (quadro 1: Critérios diagnósticos do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade).

Porém, mesmo tendo apenas ferramentas mais básicas como diretrizes para diagnóstico, o TDAH pode ser “super-diagnosticado” ou “sub-diagnosticado”. Um estudo realizado com pediatras avaliou se estes seguiam diretrizes em pelo menos dois contextos e com relatos de duas fontes, e apenas metade seguiu (EPSTEIN et al., 2014).

4.1.3. Prevalência de TDAH em populações

Segundo DSM-V (APA, 2014), levantamentos populacionais sugerem que o TDAH ocorre numa prevalência, na maioria das culturas, de em média 5% das crianças e 2,5% dos adultos.

Porém esse número não é um consenso e diversos estudos apresentam porcentagens maiores. Na Tabela 1, os dados coletados sobre a prevalência são apresentados de acordo com a região e a faixa etária com a qual o estudo foi realizado.

Tabela 1: Prevalência de TDAH em relação a faixa etária e a região em que os estudos foram realizados.

Prevalência de TDAH (%)	Faixa etária da população	Região	Referência
17	6 a 15 anos (escola pública)	Brasil	Thiengo et al., 2014
15,5	4 a 11 anos	Chile	Reyes et al., 2019

18,7	4 a 11 anos	Santiago (Chile)	Reyes et al., 2019
6,26	crianças e adolescentes	China	Wang et al., 2017
20,5	6 a 14 anos	Faium (Egito)	Aboul-Ata e Amin, 2018
5,4	3 a 6 anos	Catalunha (Espanha)	Canals et al., 2018
11	jovens em idade escolar	EUA	Visser et al., 2014
18,7	jovens em idade escolar	Kentucky (EUA)	Visser et al., 2014
5,6	jovens em idade escolar	Nevada (EUA)	Visser et al., 2014
2,9	5 a 17 anos	Itália	Reale e Bonati, 2018
18,1	adolescentes	Tunísia	Mhalla et al., 2019

Fonte: elaborado pela autora, 2019.

Pela Tabela 1, pode-se observar que a prevalência dos estudos selecionados variou desde 2,9% até 20,5%, podendo essa variação ser maior com a inclusão de novos estudos. Das 11 prevalências observadas, seis tiveram um número maior que 15%, uma porcentagem bem maior do que a defendida pelo DSM.

Porém, além das faixas etárias não serem idênticas, a forma com que o diagnóstico foi realizado também não seguiu um padrão, o que traz prejuízos para uma comparação fundamentada.

4.2. Medicamentos utilizados no Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)

É preconizado que o tratamento usado em indivíduos com TDAH deva ser multimodal, o que inclui, orientação aos pais e professores e, na maioria das vezes, prescrição e uso de medicamentos. Além disso, a Terapia Cognitivo Comportamental é o tipo de psicoterapia indicada para tratamento do transtorno (ABDA, 2017).

Em relação aos medicamentos utilizados, segundo a Associação Brasileira do Déficit de Atenção (ABDA), segue o quadro 2 com a sequência do tratamento.

Quadro 2: Medicamentos utilizados no tratamento de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

Medicamentos utilizados no tratamento de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade			
Substância ativa	Nome comercial	Dosagem	Duração aproximada do efeito
<i>Primeira escolha: Estimulantes (em ordem alfabética)</i>			
Lisdexanfetamina	Venvanse	30, 50 ou 70mg pela manhã	12 horas
Metilfenidato (ação curta)	Ritalina	5 a 20mg de 2 a 3 vezes ao dia	3 a 5 horas
Metilfenidato (ação prolongada)	Concerta Ritalina LA	18, 36 ou 54mg pela manhã 20, 30 ou 40mg pela manhã	12 horas 8 horas
<i>Segunda escolha: Caso o primeiro estimulante não tenha obtido o resultado esperado, deve-se tentar o segundo estimulante</i>			
<i>Terceira escolha</i>			
Atomoxetina	Strattera	10,18,25,40 e 60mg 1 vez ao dia	24 horas
<i>Quarta escolha: Antidepressivos</i>			
Imipramina	Tofranil	2,5 a 5mg por kg de peso divididos em 2 doses	
Nortriptilina	Pamelor	1 a 2,5mg por kg de peso divididos em 2 doses	
Bupropiona	Wellbutrin SR	150mg 2 vezes ao dia	
<i>Quinta escolha: Caso o primeiro antidepressivo não tenha obtido o resultado esperado, deve-se tentar o segundo antidepressivo</i>			
<i>Sexta escolha: Alfa-agonista</i>			
Clonidina	Atensina	0,05mg ao deitar ou 2 vezes ao dia	12 a 24 horas

Fonte: ABDA, 2017.

Em outros países, como Canadá, Reino Unido, Espanha e Alemanha, há divisão entre tratamento para crianças e adolescentes e tratamento para adultos, e diferentes abordagens em relação ao *guideline* do tratamento de TDAH são encontradas, porém, com semelhanças notáveis (ADHD INSTITUTE, 2018).

O *guideline* da Espanha não é organizado em linhas de tratamento. Os medicamentos que podem ser prescritos têm a descrição da eficácia e da segurança, para que esses dois itens sejam levados em conta na hora da decisão. Nos outros três

guidelines, com linhas de tratamentos, o metilfenidato é encontrado na primeira linha majoritariamente sozinho. Apenas a primeira linha de tratamento do Canadá, o metilfenidato divide espaço com outros medicamentos de longa ação (lisdexanfetamina e sais mistos de anfetamina) (ADHD INSTITUTE, 2018).

Os outros medicamentos, lisdexanfetamina, anfetamina, atomoxetina, dexanfetamina, guanfacina de liberação prolongada, sais mistos de anfetamina, são encontrados na segunda ou na terceira linhas de tratamento (ADHD INSTITUTE, 2018).

4.2.1. Metilfenidato

Como visto anteriormente, o metilfenidato é uma das primeiras opções de tratamento do TDAH (ABDA, 2017; ADHD INSTITUTE, 2018). Segundo a bula (ANVISA, 2015), este medicamento é um fraco estimulante do sistema nervoso central (efeitos mais evidentes em relação às atividades cognitivas do que em relação às atividades motoras). O mecanismo de ação do metilfenidato ainda não foi completamente elucidado, mas há evidências da inibição da receptação de dopamina (inibição do transportador de dopamina) no núcleo estriado (sem que haja liberação de dopamina) (ANVISA, 2015 e LUETHI et al., 2018) e inibição do transportador de noradrenalina (LUETHI et al., 2018), fazendo com que os níveis desses neurotransmissores aumentem (FARAONE, 2018), o que pode justificar seu efeito estimulante (ANVISA, 2015).

Seus eventos adversos mais comuns incluem nervosismo e insônia, que usualmente podem ser controlados pela redução ou omissão de doses; diminuição de apetite; dor abdominal; náusea e vômitos. Quadros psicóticos, incluindo alucinações táteis e visuais ou manias foram relatados com uso de estimulantes, incluindo metilfenidato. O medicamento não é indicado para pacientes que apresentem distúrbios cardiovasculares e histórico familiar de morte súbita e arritmias, já que o uso de estimulantes do sistema nervoso central foi associado à morte súbita em pacientes com anormalidades estruturais cardíacas ou outros problemas graves. Além disso, a bula do medicamento traz a informação que dados de segurança e eficácia a longo prazo não são completamente conhecidos (ANVISA, 2015).

4.2.2. Lisdexanfetamina

A lisdexanfetamina aparece também na primeira linha de tratamento do *guideline* da Associação Brasileira do Déficit de Atenção (ABDA, 2017). Ela é um pró-fármaco da dextroanfetamina. Quando hidrolisada, gera dextroanfetamina, a qual é responsável pela atividade do fármaco. O mecanismo de ação terapêutica não é plenamente conhecido. Há evidências que as anfetaminas bloqueiem a receptação de dopamina e norepinefrina no neurônio pré-sináptico, aumentando assim a presença desses neurotransmissores no espaço extraneuronal. Por também ser um estimulante, seus eventos adversos e contraindicações são semelhantes ao do metilfenidato (ANVISA, 2016).

4.2.3. Críticas ao tratamento medicamentoso em TDAH

A literatura revisada mostra a grande presença do modelo biomédico no tratamento do transtorno e o medicamento como uma forma de controle, estando o seu efeito relacionado à ideia de disciplina e responsabilidade (REYES, 2019).

Além disso, estudos afirmam que o uso de medicamentos para tratamento de TDAH apenas suprime os sintomas, ao invés de obter a cura (KIM et al., 2019). Outro ponto levantado é que não se sabe muito sobre a efetividade em longo prazo dos medicamentos (ANVISA, 2015; ANVISA, 2016), sugerindo que tratamentos adjacentes ao farmacológico sejam necessários para causar remissão (fase em que não há sinais do transtorno, porém não se pode concluir como cura) do TDAH (KIM et al., 2019). Além de evidenciar a necessidade de um tratamento paralelo, a falta de conhecimentos em longo prazo deixa dúvidas sobre possíveis sequelas no uso contínuo destes (BARBOSA, 2019). No caso do metilfenidato, a ANVISA afirma que o tratamento não apresenta “qualidade metodológica” (BRATS, 2014).

Um estudo realizado com psiquiatras mostrou que a maioria (93%) prescrevia imediatamente medicamentos para tratamento de TDAH (EPSTEIN et al., 2014). Além disso, um boletim da ANVISA alerta que há evidências de que crianças sem sintomas de TDAH estejam sendo medicadas (BRATS, 2014).

4.2.4. Medicamentos utilizados em TDAH em números

A partir de dados da Organização das Nações Unidas, a produção mundial de metilfenidato aumentou, entre 1990 e 2006, 1200%. Segundo o Conselho Internacional de Controle de Narcóticos (INBC), houve um aumento do consumo mundial, que passou de 21,8 toneladas em 2002, para 35,8 toneladas em 2006 (INCB, 2008).

De acordo com o Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC) da ANVISA (2013), o consumo de metilfenidato aumentou 75% em crianças de 6 a 16 anos no Brasil (entre 2009 e 2011). Durante a Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM), estudo transversal realizado no Brasil entre 2013 e 2014, foi encontrado que o metilfenidato estava entre os medicamentos mais utilizados em doenças crônicas em crianças de seis a 12 anos (PIZZOL et al., 2016).

Segundo SNGPC (2013), em 2009, foram comercializadas 557.588 caixas do medicamento, já em 2011, foram 1.212.850. A produção e importação teve um aumento de 6322% de 1996 a 2012 no Brasil (de nove quilos para 578 quilos) (BARROS, 2014).

4.2.5. Impacto do contexto social no tratamento do TDAH

Levando em consideração o diagnóstico de TDAH e o meio social em que a criança se encontra, pode-se perceber que jovens com níveis socioeconômicos mais baixos apresentam taxas mais altas de TDAH (RUSSELL et al., 2015). Porém, o uso de medicamentos para o transtorno é maior em crianças economicamente favorecidas quando comparadas às menos favorecidas, podendo ser em resposta da pressão acadêmica e da responsabilidade escolar (KING et al., 2014). As escolas, assim, desempenham um papel na explicação da variação na prevalência e na remissão do transtorno e podem ajudar ou piorar as disparidades de tratamento entre as classes sociais (KIM et al., 2019).

A taxa de remissão de TDAH em ambientes mais inclusivos de educação especial é maior em crianças menos favorecidas economicamente, porém a taxa não varia em crianças mais favorecidas (KIM et al., 2019).

Já em relação ao tratamento combinado (medicamento e tratamento comportamental), crianças menos favorecidas não apresentaram melhora, enquanto as

mais favorecidas melhoraram em comparação com o tratamento apenas com o medicamento (RIEPPI et al., 2002). Essas diferenças apresentadas podem ser justificadas pelo menor acesso e menores opções de tratamentos quando se trata de crianças de níveis socioeconômicos mais baixos. Dessa forma, as intervenções escolares que promovem uma maior inclusão geram efeitos mais amplos nessa população. Já em crianças de níveis socioeconômicos mais altos, esse ambiente inclusivo não altera a remissão de TDAH, já que tal população tem maior acesso aos tratamentos fora da escola. Contudo, pouca literatura é encontrada acerca das taxas de remissão em relação às condições sociais e institucionais (KIM et al., 2019).

4.4. Medicalização na pedagogia

Como já mencionado anteriormente, os primeiros olhares mais atentos para crianças e adolescentes emergem a partir da escola, quando eles saem do fluxo de aprendizagem normal da classe em que estão (REYES et al., 2019). Assim, é majoritariamente a partir de profissionais da educação que esses indivíduos são encaminhados para área da saúde mental (PAIS et al., 2016).

Por meio de uma análise de livros didáticos utilizados na formação de professores, percebeu-se a presença de terminologia médica sendo adotada no ambiente escolar e incentivando professores a se enxergarem como extensões da profissão médica (FREEDMAN, 2016). Dessa forma, o espaço escolar pode ser visto mais com um espaço de diagnóstico, do que um local onde alternativas pedagógicas sejam propostas (SANCHES e AMARANTE, 2014), com professores, educadores e psicólogos escolares frequentemente identificando e administrando medicamentos para crianças diagnosticadas com TDAH (MALACRIDA, 2004).

Um outro estudo que analisou prontuários de crianças atendidas por um serviço local de saúde evidenciou que o maior motivo de encaminhamentos infantis para o setor de saúde mental de um centro de saúde foi a dificuldade escolar. E tais encaminhamentos foram realizados antes que as crianças tivessem passado por uma avaliação pedagógica (SANCHES e AMARANTE, 2014).

Assim, o aluno com perfil agitado já não é mais levado em consideração sem que se pense sobre algum distúrbio neurológico (SANCHES e AMARANTE, 2014), levando

os comportamentos percebidos como divergentes não serem mais provenientes de variações normais de personalidade (ERLANDSSON et al., 2016).

Uma das formas de intervenção que pode ser feita em prol dos alunos com TDAH (podendo ser estendida para todos alunos) é projetada para a melhoria do desempenho escolar, com estratégias de modificação comportamental. Os alunos com TDAH podem receber ajuda dos professores com fornecimento de instruções e materiais adicionais, com estruturação do tempo da lição de casa, com a colaboração dos pais, com uso de objetivos, tutoria por pares e treinamento estratégico (CHRONIS et al., 2006). Além disso, uma mudança importante é fazer com que as crianças e jovens tenham mais tempo ao ar livre e que reconheçam a importância da atividade física durante as aulas de educação física (PONTIFEX et al., 2013). Porém, a implementação desse gerenciamento requer do tempo e da disposição de educadores, bem como de uma infraestrutura para que uma melhor acomodação aconteça (KIM et al., 2019).

4.5. Medicalização e TDAH na mídia

Vários veículos foram facilitadores para a divulgação do TDAH e sua globalização. Entre eles estão a influência da psiquiatria ocidental, da mídia e da *Internet*, dos grupos de apoio, entre outros (CONRAD e BERGEY, 2014).

A mídia mostra assim ter um papel importante na divulgação do TDAH, uma vez que apresenta descobertas científicas que defendem a visão de que o transtorno é uma doença neurológica, com a principal causa em fatores genéticos, e que seu tratamento com medicamentos é seguro e efetivo (GONON et al., 2012).

Além disso, a mídia inicialmente publicou sobre as primeiras descobertas do TDAH, porém, não exerceu seu trabalho de divulgação quando tais descobertas foram posteriormente refutadas em revistas científicas. A atualização da informação científica não chegou ao público leigo e essa falta de atualização pode ser, de certa forma, tendenciosa (GONON et al., 2012).

Um estudo realizado na Austrália analisou a mídia impressa e o uso de metáforas que envolvessem TDAH e notou a contribuição que estas apresentavam em relação à medicalização do comportamento infantil. Alguns artigos analisados em tal

estudo traziam o uso de medicamentos como o fator que possibilitaria o aprendizado para a criança desatenta e que perturbasse o ambiente. Dessa forma, mais uma vez, o comportamento infantil era explicado apenas por discursos médicos (HARWOOD et al., 2017).

Um dos pontos discutidos envolvia a rara presença da voz dos pais da criança diagnosticada com TDAH. O discurso de médicos, cientistas e assistentes sociais eram mais frequentes do a voz daqueles mais diretamente afetados pela questão, mostrando assim uma certa hierarquia do discurso científico perante os relatos de “leigos”. Outro ponto abordado foi a redução da complexidade do TDAH, do seu diagnóstico e do seu tratamento. Mesmo quando críticas foram feitas em relação aos medicamentos e ao diagnóstico, a medicalização do comportamento da criança não foi bem explorada (HARWOOD et al., 2017).

A mídia impressa também usa uma metáfora de luta quando referencia a busca por um médico que “compreenda” os pais, que diagnostique e prescreva medicamentos o mais cedo possível (HARWOOD et al., 2017).

Outro estudo realizou análise em um documento publicado *on-line* pelo Instituto Nacional de Saúde Mental dos EUA, com o tema TDAH. Esse documento traz um rótulo de TDAH nítido, exato e explicativo, mesmo tendo esse transtorno sintomas diversos e flutuantes. Um dos pontos levantados pelo artigo é a presença de uma longa descrição de medicamentos e marcas disponíveis que podem ser usadas para tratamento do comportamento indesejado, enquanto tratamentos não médicos (treinamento comportamental e intervenções educacionais) são brevemente mencionados. A utilização da palavra “distúrbio” junto com referências à imagem e à neuroquímica criam a impressão de que a criança com TDAH apresente uma incapacidade crônica e de longo prazo. Além disso, não há menção sobre o contexto em que o indivíduo está inserido, sobre as circunstâncias dentro da família e comentários sobre a organização da escola para entender o motivo das dificuldades da criança (ERLANDSSON et al., 2016).

Uma outra análise foi feita em comunidades virtuais da rede social *Facebook* (espaço em que instituições e pessoas divulgam e discutem informações, com vasta disponibilidade de informações), com foco na comunidade da Associação Brasileira do

Déficit de Atenção, que também tem um *site* que é citado por pesquisadores e recebe apoio de associações profissionais, federações e empresas nacionais e internacionais, dos Laboratórios Farmacêuticos *Novartis* e *Shire*, entre outras instituições (BIANCHI et al., 2016). Essa associação é um importante difusor de informações tanto para profissionais, quanto para outros públicos, e, analisando essas informações, pode-se considerar que há um discurso biomédico predominante em relação ao TDAH (MARTINHAGO, 2018).

Associações para pessoas com transtornos mentais tendem a ser financiadas por laboratórios farmacêuticos, o que pode gerar um conflito de interesse, já que, ao invés de um grupo de apoio, há disseminação de estratégias biopolíticas e de informações fornecidas pelos próprios laboratórios. Assim, as postagens em redes sociais, que são vistas com caráter educativo, podem ser somadas à publicidade, articulando com a medicalização da infância, no caso do TDAH (MARTINHAGO, 2018).

Entretanto, mesmo percebendo um viés da medicalização, poucas críticas foram feitas na mídia em relação ao uso da explicação biomédica do transtorno (ERLANDSSON et al., 2016).

4.6. Medicalização e a dualidade de opiniões

Pode-se perceber a dualidade de opiniões a respeito da medicalização do TDAH com os pontos abordados acima. De um lado, há a presença de um discurso biomédico que considera o medicamento uma substância com efeitos terapêuticos assertivos por conta de suas propriedades químicas. Do outro, há o discurso acadêmico das ciências sociais e humanas que consideram o medicamento um instrumento de controle social (NAVARRO e VRECKO, 2017).

Porém, da mesma forma que o TDAH varia de acordo com contextos sociais, ambientais e políticos, a forma que medicamento se desdobra na rotina é alterado por vários determinantes contextuais e vai além de agir apenas em termos de coerção e controle. O uso de medicamentos pode sim alterar as experiências da criança tanto em sala de aula, quanto fora, mas eles não funcionam sozinhos. As crianças podem estar no papel de agentes ativos e não apenas como sujeitos passivos do discurso biomédico (NAVARRO e VRECKO, 2017).

Mesmo assim, para uma melhor abordagem, seja com a utilização ou não de medicamentos, é necessário evitar uma narrativa que envolva apenas o transtorno, e ensinar o que é esperado às crianças (MEERMAN et al., 2017).

5. CONCLUSÃO

Com base no que foi apresentado, pode-se perceber que a medicalização de crianças e adolescentes é mais abordada pela literatura quando relacionada ao TDAH. Esse transtorno, mesmo tendo um histórico relativamente novo, é defendido por estudos que comprovam sua existência relacionada ao neurodesenvolvimento. Porém, o uso de medicamentos para tratamento não se mostra eficiente em todos os casos, sem demais assistência em paralelo. É necessário considerar que, além do desenvolvimento infantil e de aspectos genéticos, o contexto social, ambiental e as relações familiares também são fatores que contribuem para o aparecimento de TDAH.

O tema medicalização torna-se mais real quando os números apresentados refletem sobre o aumento da produção e do uso de medicamentos para tratamento de TDAH, quando estudos comprovam que crianças e adolescentes estão utilizando medicamento mesmo sem necessidade, e quando a mídia apresenta, na maior parte das vezes, apenas o discurso biomédico.

A forma de se lidar com o problema apenas com o tratamento medicamentoso mostra-se prejudicial ao indivíduo, já que outros contextos não são enxergados e o meio educacional perde espaço e apropriação para discutir novas práticas e repensar na forma em que a educação escolar costuma ser realizada.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a realização desta revisão bibliográfica, pode-se perceber que o termo medicalização aparece mais no discurso acadêmico das ciências sociais e humanas, do que no discurso biomédico. Por esse motivo, fez-se necessária a busca por artigos que abordassem esse outro discurso para que uma reflexão pudesse ser feita.

Sobre cada ponto levantado, os dois discursos aparecem de forma evidente. Sobre o TDAH, de um lado há a crítica do diagnóstico, a crítica de como foi abordado ao longo da história, de sua definição. Esse lado aborda que o TDAH é ocasionado por múltiplas questões de diversas esferas e discorda do uso de medicamentos para tratamento. Do outro lado, há a afirmação do TDAH ser proveniente apenas de aspectos genéticos e do neurodesenvolvimento, discordando de possíveis outras causas, e abordando as questões ao entorno com viés.

Mesmo com esses pontos de discordância, essa revisão concluiu que a medicalização ocorre mais no sentido de não existir muitos estudos que abordem o transtorno como proveniente de múltiplos fatores, já que não é possível separá-los na avaliação de um indivíduo.

Porém, para uma melhor reflexão dos impactos da medicalização, a falta de estudos com dados abrangentes, relevantes e confiáveis se fez presente. Não foram encontrados artigos, pela busca bibliográfica, que abordassem um grupo de crianças com diagnóstico de TDAH e que fizesse uso de medicamento, no qual fosse aplicado os critérios de diagnóstico da forma correta e fosse avaliado se houve um posterior erro no momento de diagnosticar; se essas crianças medicadas erroneamente tiveram impactos em seus diversos contextos. E até mesmo uma comparação na educação de alunos com TDAH entre os que utilizam medicamento e os que não e entre os que estão inseridos em instituições onde professores tenham maior disponibilidade para propor mudanças no sistema educacional.

7. BIBLIOGRAFIA

ABOUL-ATA, M.A.; AMIN, F.A. The prevalence of ADHD in Fayoum City (Egypt) Among School-Age Children: Depending on a DSM-5-Based Rating Scale. *J. Atten. Disord.*, v.22, n.2, p.127-133, 2018.

ADHD EUROPE. A brief history of ADHD. 2012. Disponível em: <<https://www.adhdeurope.eu/information/articles/a-brief-history-of-adhd/>>. Acesso em: 09.ago.2019.

ADHD INSTITUTE. 2017/2018 ADHD Guidelines: A summary of recommendations for pharmacological treatment from selected guidelines. 2018. Disponível em:

<https://adhd-institute.com/wp-content/uploads/2018/12/ADHD_Guidelines_Booklet.pdf>. Acesso em: 29.ago.2019.

AMARANTE, P. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AMERICAN PSYCHITRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-II*. 2. ed. Washington, 1968.

AMERICAN PSYCHITRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-III*. 3. ed. Washington, 1980.

AMERICAN PSYCHITRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-III-R*. 3. ed. revisada. Washington, 1987.

AMERICAN PSYCHITRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV*. 4. ed. Washington, 1994.

AMERICAN PSYCHITRIC ASSOCIATION. *Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-V*. 5. ed. São Paulo: Artmed, 2014.

ANVISA. Estudo aponta crescimento no consumo de metilfenidato. 2013. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br>>. Acesso em: 18.fev.2019.

ANVISA. Novartis: Bula profissional - Ritalina e Riatlina LA, 2015. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=24848562016&pIdAnexo=4017454>. Acesso em: 30.ago.2019.

ANVISA. Shire: Bula profissional - Venvanse, 2016. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=24013492016&pIdAnexo=3961937>. Acesso em: 30.ago.2019.

ARNSTEN, A.F.; PLISZKA, S.R. Catecholamine influences on prefrontal cortical function: relevance to treatment of attention deficit/hyperactivity disorder and related disorders. *Pharmacol Biochem Behav*, v.99, p.211-216, 2011.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO DÉFICIT DE ATENÇÃO. Tratamento. 2017. Disponível em: <<https://tdah.org.br/tratamento/>>. Acesso em: 30.ago.2019.

BARBOSA, S.A. Mapeando as controvérsias que envolvem o processo de medicalização da infância. *Psicologia & Sociedade*, Belo Horizonte, v.31, 2019.

BARROS, D.B. Os usos e sentidos do metilfenidato: experiências entre o tratamento e o aprimoramento da atenção. 2014. Tese Doutorado em Saúde Coletiva - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

BIANCHI, E.; Ortega, F.; Faraone, S.; GONÇALVES, V.P.; ZORZANELLI, R.T. Medicalización más allá de los médicos: marketing farmacéutico en torno al Trastorno

por Déficit de Atención e Hiperactividad en Argentina y Brasil (1998-2014). *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.25, n.2, p.452-462, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME 2018. Brasília, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 31 dez. 1998.

BRASIL (2019a). Ministério da Saúde. Uso Racional de Medicamentos. 2019. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/uso-racional-de-medicamentos>>. Acesso em: 18.jun.2019.

BRASIL (2019b). Ministério da Saúde. Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos Uso de Medicamentos e Medicalização da Vida: Recomendações e Estratégias. Brasília. 2019. Disponível em: <<http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/fevereiro/14/ERRATA-Livro-USO-DE-MEDICAMENTOS-E-MEDICALIZACAO-DA-VIDA.pdf>>. Acesso em: 23.fev.2019.

BRATS. Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde. Metilfenidato no tratamento de crianças com déficit de atenção de hiperatividade. BRATS, n.23, 2014.

CANALS, J.; HIDALGO, P.M.; JANE, M.C.; DOMENECH, E. ADHD Prevalence in spanish preschoolers: comorbidity, socio-demographic factors, and functional consequences. *J. Atten. Disord.*, v.22, n.2, p.143-153, 2018.

CAVALCANTE, D.M.; CABRAL, B.E.B. Uso de medicamentos psicotrópicos e repercussões existenciais para usuários de um CAPS II. *Estudos de psicologia (Natal)*, v.22, n.3, p.293-304, 2017.

CHRONIS, A.M.; JONES, H.A.; RAGGI, V.L. Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review. Attention Deficit Hyperactivity Disorder From A Neurosciences And Behavioral Approach*, v.26, p.486-502, 2006.

CHRONIS, A.M.; LAHEY, B.B.; PELHAM, W.E.; KIPP, H.L.; BAUMANN, B.L.; LEE, S.S. Psychopathology and substance abuse in parents of young children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, v.42, p.1424–1432, 2003.

CONRAD, P.; BERGEY, M.R. The impending globalization of ADHD: Notes on the expansion and growth of a medicalized disorder. *Social Science & Medicine*, v.122, p. 31-43, 2014.

CONRAD, P. Medicalization and Social Control. *Annual Review of Sociology*, v.18, p.209-232, 1992.

CONRAD, P. *The medicalization of society. On the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2007.

CORTESE, S. The neurobiology and genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): what every clinician should know. *Eur J Paediatr Neurol*, v. 16, p.422-433, 2012.

CRITTENDEN, P.M; KULBOTTEN, G.R. Familial contributions to ADHD: An attachment perspective. *Tidskrift for Norsk Psykologforening*, v.44, p.1220–1229, 2007.

DALLOS, R.; DENMAN, K.; STEDMON, J.; SMART, C. The construction of ADHD: Family dynamics, conversations and attachment patterns. *Journal of Depression and Anxiety*, v.1, 2012.

DANTAS, J.B. Tecnificação da vida: uma discussão sobre o discurso da medicalização da sociedade. *Fractal, Revista de Psicologia*, v.21, n.3, p.563-580, 2009.

EPSTEIN, J.N.; KELLEHER, K.J.; BAUM, R. Variability in ADHD care in community-based pediatrics. *Pediatrics*, v.134, p.1136–1143, 2014.

ERLANDSSON, S., LUNDIN, L.; PUNZI, E. A discursive analysis concerning information on “ADHD” presented to parents by the National Institute of Mental Health (USA). *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, v.11, 2016.

ESHER, A.; COUTINHO, T. Uso racional de medicamentos, farmacêuticalização e usos do metilfenidato. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.22, n.8, p.2571-2580, 2017.

FARAONE, S.V.; BIEDERMAN, J.; MICK, E.; WILLIAMSON, S.; WILENS, T.; SPENCER, T.; WEBER, W.; JETTON, J.; KRAUS, I.; PERT, J.; ZALLEN, B. Family study of girls with attention deficit hyperactivity disorder. *The American Journal of Psychiatry*. v.157, n.7, p.1077–1083, 2000.

FARAONE, S.V.; PERLIS, R.H.; DOYLE, A.E.; SMOLLER, J.W.; GORALNICK, J.J.; HOLMGREN, M.A.; SKLAR, P. Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, v.57, n.11, p.1313–1323, 2005.

FARAONE, S.V. The pharmacology of amphetamine and methylphenidate: Relevance to the neurobiology of attention-deficit/hyperactivity disorder and other psychiatric comorbidities. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, v.87, p.255-270, 2018.

FERRAZZA, D.A., LUZIO, C.A., ROCHA, L.C., SANCHES, R.R. A banalização da prescrição de psicofármacos em um ambulatório de saúde mental. *Paidéia*, v.20, n.47, p.381-390, 2010.

FERREIRA, R.R. A Medicalização nas Relações Saber-Poder: Um Olhar Acerca da Infância Medicalizada. *Psicologia em Estudo*, v.20, n.4, p.587-598, 2015.

FREEDMAN, J.E. An analysis of the discourses on attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in US special education textbooks, with implications for inclusive education. *International Journal of Inclusive Education*, v.20, p.32–51, 2016.

GAUDENZI, P.; ORTEGA, F. The statute of medicalization and the interpretations of Ivan Illich and Michel Foucault as conceptual tools for studying demedicalization. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v.16, n.40, p.21-34, 2012.

GONON, F., KONSMAN, J.P.; COHEN, D.; BORAUD, T. Why most biomedical findings echoed by newspapers turn out to be false: The case of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *PLoS One*, v.7, n.9 p.1–11, 2012.

GUARIDO, R. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. *Educação e Pesquisa*, v.33, n.1, p.151-161, 2007.

HARWOOD, V.; JONES, S.; BONNEY, A.; MCMAHON, S. Heroic struggles, criminals and scientific breakthroughs: ADHD and the medicalization of child behaviour in Australian newsprint media 1999–2009. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, v.12, 2017.

HORSTKOTTER, D.; DONDORP, W.; WERT, G. Medicalization, Demedicalization and Beyond: Antisocial Behaviour and the Case of the Dutch Youth Law. *Public Health Ethics*, v.8, n.3, p.284-294, 2015.

INTERNATIONAL NARCOTICS CONTROL BOARD (INCB). Report of the International Narcotics Control Board for 2007. INCB, 2008. Disponível em: <https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2008/AR_08_English.pdf>. Acesso em: 22.ago.2019.

KIM, M.; KING, M.D.; JENNINGS, J. ADHD remission, inclusive special education, and socioeconomic disparities. *SSM – Population Health*, v.8, 2019.

KING, M.D.; JENNINGS, J.; FLETCHER, J.M. Medical adaptation to academic pressure: Schooling, stimulant use, and socioeconomic status. *American Sociological Review*, v.79, p.1039-1066, 2014.

LUETHI, D.; KAESER, P.J.; BRANDT, S.D.; KRAHENBUHL, S.; HOENER, M.C.; LIECHTI, M.E. Pharmacological profile of methylphenidate-based designer drugs. *Neuropharmacology*, v.134, P.133-140, 2018.

MALACRIDA, C. Medicalization, ambivalence and social control: mothers' descriptions of educators and ADD/ADHD. *Health*, Londres, v.8, n.1, p.61-80, 2004.

MARTINHAGO, F. TDAH nas redes sociais: caminhos para a medicalização da infância. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, v.8, n.2, p.95-117, 2018.

MATTHEWS, M.; NIGG, J.T.; FAIR, D.A. Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Current Topics in Behavioral Neurosciences*, v.16, p.235-266, 2014.

MEERMAN, S.; BATSTRA, L.; GRIETENS, H.; FRANCES, A. ADHD: a critical update for educational professionals. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, v.12, 2017.

MERLETTI, C.K.I. Hiperatividade, comportamento opositor e déficit de atenção: mal-estar da criança ou mal-estar do adulto ao infantil. In: Retratos do mal-estar contemporâneo na educação. Anais do 9º colóquio internacional do LEPSI IP/FE-USP, São Paulo. 2012.

MHALLA, A.; GUEDRIA, A.; BRAHEM, T.; AMAMOU, B.; SBOUI, W.; GADDOUR, N.; GAHA, L. ADHD in Tunisian Adolescents: Prevalence and Associated Factors. *J. Atten. Disord.*, v. 22, n.2, p.154-162, 2018.

MORAES, R.B.S. “...como se fosse lógico”: considerações críticas da medicalização do corpo infantil pelo TDAH na perspectiva da sociedade normalizadora. 2012. Tese de Doutorado - Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2012.

NAKAO, T.; RADUA, J.; RUBIA, K.; MATAIX-COLS, D. Gray matter volume abnormalities in ADHD: voxel-based meta-analysis exploring the effects of age and stimulant medication. *Am. J. Psychiatry*, v.168, n.11, p.1154–1163, 2011.

NAVARRO, S.R.; VRECKO, S. Pharmaceutical entanglements: an analysis of the multiple determinants of ADHD medication effects in a Chilean school. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, v.12, 201

PAIS, S.C.; MENEZES, I.; NUNES, J. A. Health and school: thoughts on the medicalization of education. *Caderno de Saúde Pública*, v. 32, n. 9, 2016.

PIZZOL, T.S.D.; TAVARES, N.U.L.; BERTOLDI, A.D.; FARIAS, M.R.; ARRAIS, P.S.D.; RAMOS, L.R.; OLIVEIRA, M.A.; LUIZA, V.L.; MENGUE, S.S. Use of medicines and other products for therapeutic purposes among children in Brazil. *Rev. Saúde Pública*, v.50, 2016.

PONTIFEX, M.B.; SALIBA, B.J.; RAINE, L.B.; PICCHIETTI, D.L.; HILLMAN, C.H. Exercise improves behavioral, neurocognitive, and scholastic performance in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J. Pediatr*, v.162, p.543–551, 2013.

REALE, L.; BONATI, M. ADHD prevalence estimates in Italian children and adolescents: a methodological issue. *Ital. J. Pediatr.*, v. 44, n.1, 2018.

REYES, P.; COTTET, P.; JIMENEZ, A.; JAUREGUI, G. Rethinking medicalization: discursive positions of children and their caregivers on the diagnosis and treatment of ADHD in Chile. *Saúde Soc.*, São Paulo, v.28, n.1, p.40-54, 2019.

RIEPPI, R.; GREENHILL, L.L.; FORD, R.E.; CHUANG, S.; WU, M.; DAVIES, M. Socioeconomic status as a moderator of ADHD treatment outcomes. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, v.41, n.3, p.269-277, 2002.

RUSSELL, A.E.; FORD, T.; WILLIAMS, R.; RUSSELL, G. The association between socioeconomic disadvantage and attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD): A systematic review. *Child Psychiatry and Human Development*, 2015.

SANCHES, V.N.L.; AMARANTE, P.D.C. Estudo sobre o processo de medicalização de crianças no campo da saúde mental. *Saúde em debate*, Rio de Janeiro, v.38, n.102, p.506-514, 2014.

SHARMA, A.; COUTURE, J. A Review of the Pathophysiology, Etiology, and Treatment of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *Annals of Pharmacotherapy*, v.48, n.2, p.209-225, 2014.

SHAW, P.; ECKSTRAND, K.; SHARP, W. Attention-deficit/hyperactivity disorder is characterized by a delay in cortical maturation. *Proc Natl Acad Sci U S A*, v.104, p.19649-19654, 2007.

SENGUPTA, S.M.; FORTIER, M.; THAKUR, G.A.; BHAT, V.; GRIZENKO, N.; JOOBER, R. Parental psychopathology in families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder, and exposed to maternal smoking during pregnancy. *J. Child Psychol. Psychiatry*, v.56, p.122-129.

SILVA, C.M.S.; RODRIGUES, R.C.; MELLO, L.N. Medicalização da queixa escolar e o uso de psicofármacos como resposta a questões comportamentais. *Estudos & Pesquisa em Psicologia*, v.18, n.3, 2018.

THIENGO, D.L.; CAVALCANTE, M.T.; LOVISI, G.M. Prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados: uma revisão sistemática. *J. Bras Psiquiatr.*, v.63, n.4, 2014.

VAN EWIJK, H.; HESLENFELD, D.J.; ZWIERS, M.P.; BUITELAAR, J.K.; OOSTERLAAN, J. Diffusion tensor imaging in attention deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. *Neurosci. Biobehav.* v.36, n.4, p.1093-1106, 2012.

VISSER, S.N.; DANIELSON, M.L.; BITSKO, R.H.; HOLBROOK, J.R.; KOGAN, M.D.; GHANDOUR, R.M. Trends in the parent-report of health care provider-diagnosed and medicated attention-deficit/hyperactivity disorder: United States, 2003-2011. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, v.53, p.34-46, 2014.

WANG, T.; LIU, K.; LI, Z.; LIU, Y.; SHI, W.; CHEN, L. Prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder among children and adolescents in China: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, v. 17, 2017.

WEISSENBERGER, S.; PTACEK, R.; KLICPEROVA-BAKER, M.; ERMAN, A.; SCHONOVA, K.; RABOCH, J.; GOETZ, M. ADHD, Lifestyles and Comorbidities: A Call for an Holistic Perspective - from Medical to Societal Intervening Factors. *Frontiers in Psychology*, v.8, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *International classification of diseases: ICD-8*. 8. ed. Geneva, 1967.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *International classification of diseases: ICD-9*. 9. ed. Geneva, 1977.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *International classification of diseases: ICD-10*. 10. ed. Geneva, 1992.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The rational use of drugs: report of the conference of experts. Geneva, 1987.

ZORZANELLI, R.T.; ORTEGA, F.; JÚNIOR, B.B. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.19, n.6, p.1859-1868, 2014.

8. ANEXO

Quadro 1: Critérios diagnósticos do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

Critérios diagnósticos do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
A. Um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere no funcionamento e no desenvolvimento, conforme caracterizado por (1) e/ou (2):
<p>1. Desatenção: Seis (ou mais) dos seguintes sintomas persistem por pelo menos seis meses em um grau que é inconsistente com o nível do desenvolvimento e têm impacto negativo diretamente nas atividades sociais e acadêmicas/profissionais:</p> <p>Nota: Os sintomas não são apenas uma manifestação de comportamento opositor, desafio, hostilidade ou dificuldade para compreender tarefas ou instruções. Para adolescentes mais velhos e adultos (17 anos ou mais), pelo menos cinco sintomas são necessários.</p> <ol style="list-style-type: none"> Frequentemente não presta atenção em detalhes ou comete erros por descuido em tarefas escolares, no trabalho ou durante outras atividades (p. ex., negligencia ou deixa passar detalhes, o trabalho é impreciso). Frequentemente tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas (p. ex., dificuldade de manter o foco durante aulas, conversas ou leituras prolongadas). Frequentemente parece não escutar quando alguém lhe dirige a palavra diretamente (p. ex., parece estar com a cabeça longe, mesmo na ausência de qualquer distração óbvia). Frequentemente não segue instruções até o fim e não consegue terminar trabalhos escolares, tarefas ou deveres no local de trabalho (p. ex., começa as tarefas, mas rapidamente perde o foco e facilmente perde o rumo). Frequentemente tem dificuldade para organizar tarefas e atividades (p. ex., dificuldade em gerenciar tarefas sequenciais; dificuldade em manter materiais e objetos pessoais em ordem; trabalho desorganizado e desleixado; mau gerenciamento do tempo; dificuldade em cumprir prazos). Frequentemente evita, não gosta ou reluta em se envolver em tarefas que exijam esforço mental prolongado (p. ex., trabalhos escolares ou lições de casa; para adolescentes mais velhos e adultos, preparo de relatórios, preenchimento de formulários, revisão de trabalhos longos). Frequentemente perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (p. ex., materiais escolares, lápis, livros, instrumentos, carteiras, chaves, documentos, óculos, celular). Com frequência é facilmente distraído por estímulos externos (para adolescentes mais velhos e adultos, pode incluir pensamentos não relacionados). Com frequência é esquecido em relação a atividades cotidianas (p. ex., realizar tarefas, obrigações; para adolescentes mais velhos e adultos, retornar ligações, pagar contas,

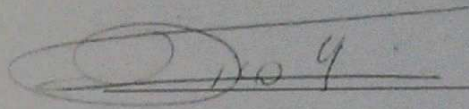
manter horários agendados).
<p>2. Hiperatividade e impulsividade: Seis (ou mais) dos seguintes sintomas persistem por pelo menos seis meses em um grau que é inconsistente com o nível do desenvolvimento e têm impacto negativo diretamente nas atividades sociais e acadêmicas/profissionais:</p> <p>Nota: Os sintomas não são apenas uma manifestação de comportamento opositor, desafio, hostilidade ou dificuldade para compreender tarefas ou instruções. Para adolescentes mais velhos e adultos (17 anos ou mais), pelo menos cinco sintomas são necessários.</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Frequentemente remexe ou batuca as mãos ou os pés ou se contorce na cadeira. b. Frequentemente levanta da cadeira em situações em que se espera que permaneça sentado (p. ex., sai do seu lugar em sala de aula, no escritório ou em outro local de trabalho ou em outras situações que exijam que se permaneça em um mesmo lugar). c. Frequentemente corre ou sobe nas coisas em situações em que isso é inapropriado. (Nota: Em adolescentes ou adultos, pode se limitar a sensações de inquietude.) d. Com frequência é incapaz de brincar ou se envolver em atividades de lazer calmamente. e. Com frequência “não para”, agindo como se estivesse “com o motor ligado” (p. ex., não consegue ou se sente desconfortável em ficar parado por muito tempo, como em restaurantes, reuniões; outros podem ver o indivíduo como inquieto ou difícil de acompanhar). f. Frequentemente fala demais. g. Frequentemente deixa escapar uma resposta antes que a pergunta tenha sido concluída (p. ex., termina frases dos outros, não consegue aguardar a vez de falar). h. Frequentemente tem dificuldade para esperar a sua vez (p. ex., aguardar em uma fila). i. Frequentemente interrompe ou se intromete (p. ex., mete-se nas conversas, jogos ou atividades; pode começar a usar as coisas de outras pessoas sem pedir ou receber permissão; para adolescentes e adultos, pode intrometer-se em ou assumir o controle sobre o que outros estão fazendo).
B. Vários sintomas de desatenção ou hiperatividade-impulsividade estavam presentes antes dos 12 anos de idade.
C. Vários sintomas de desatenção ou hiperatividade-impulsividade estão presentes em dois ou mais ambientes (p. ex., em casa, na escola, no trabalho; com amigos ou parentes; em outras atividades).
D. Há evidências claras de que os sintomas interferem no funcionamento social, acadêmico ou profissional ou de que reduzem sua qualidade.
E. Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de esquizofrenia ou outro transtorno psicótico e não são mais bem explicados por outro transtorno mental (p. ex., transtorno do humor, transtorno de ansiedade, transtorno dissociativo, transtorno da personalidade, intoxicação ou abstinência de substância).

Fonte: APA, 2014

25/09/2019

Karyra Lima Roque.

Data e assinatura do aluno(a)



25/09/2019

Data e assinatura do orientador(a)