

# Entre o transtorno do déficit de atenção e hiperatividade e o aprimoramento cognitivo: Reflexões sobre a medicalização do mau desempenho escolar

**Between ADHD and cognitive improvement: Reflections on the medicalization of poor school performance**

**Entre TDAH et amélioration cognitive: Réflexions sur la médicalisation de mauvais performance scolaire**

**Cristiana de Siqueira Gonçalves\* & Rosa Maria Leite Ribeiro Pedro\***

Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, Brasil.

**Resumo:** O presente artigo visa desdobrar as controvérsias do diagnóstico de TDAH (Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade) e de seu tratamento medicamentoso através do cloridrato de metilfenidato. Controvérsias relacionadas à demanda por assistência médica que, advindas da escola e/ou dos pais diante de dificuldades no âmbito escolar, nos fazem questionar se estaríamos medicalizando o mau desempenho escolar. São controvérsias alimentadas pelo aumento no número de diagnósticos e pelo modo de prescrição do cloridrato de metilfenidato, que apontam para uma busca que diz respeito ao aprimoramento da performance escolar, mais do que ao tratamento de uma patologia. E que também estão vinculadas ao contexto atual e suas exigências por bons resultados e competitividade que, articuladas ao individualismo, põe sobre os pais a responsabilidade por gerir esse indivíduo produtivo desde a infância, fazendo do consumo de medicamentos um meio de responder a essas exigências. Tais aspectos evidenciam uma rede que ainda está em debate, em negociação e que pode ser seguida. Nesse sentido, consideramos importante seguir as práticas de psiquiatras, da indústria farmacêutica e da mídia na performance desse campo, assim como dos pais e da escola. Práticas que, postas em debate, podem ser diferentes, possibilitando a construção de outros futuros.

**Palavras-chave:** TDAH, aprimoramento cognitivo, cloridrato de metilfenidato, ritalina

\* **Correspondência:** [cristianasiqueira@yahoo.com.br](mailto:cristianasiqueira@yahoo.com.br); [rosapedro@globo.com](mailto:rosapedro@globo.com)

**Abstract:** The present article aims to unfold the controversies regarding the diagnosis of ADHD (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder) and its drug treatment through methylphenidate hydrochloride. Controversies related to the demand for medical assistance that, coming from school and/or parents in the face of difficulties in school environment, makes us question whether we are medicalizing poor school performance. In addition, controversies are fueled by an increase in the number of diagnoses and by the methylphenidate hydrochloride prescription method, which point to a search for improving school performance rather than treating a pathology. They are also linked to contemporary context and its demands for good results and competitiveness that, linked to individualism, puts on parents the responsibility for managing this productive individual since childhood, making the consumption of medicines a means of meeting these demands. Such aspects show a network that is still under debate, under negotiation, and that can be followed. In this sense, we consider important to follow the practices of psychiatrists, of pharmaceutical industry and the media in performing this field, as well as those of parents and school. Practices that, when debated, may be performed otherwise, enabling the construction of other futures.

**Keywords:** ADHD, cognitive improvement, methylphenidate hydrochloride, ritalin

**Résumé:** Cet article vise à dévoiler les controverses concernant le diagnostic du TDAH (Trouble de Déficit de l'Attention/Hyperactivité) et son traitement médical par le chlorhydrate de méthylphénidate. Les controverses liées à la demande d'assistance médicale qui, venant de l'école et/ou des parents face aux difficultés du milieu scolaire, nous amènent à se demander si nous médicalisons les mauvais résultats scolaires. De plus, des controverses alimentées par l'augmentation du nombre de diagnostics et par la manière de prescrire du chlorhydrate de méthylphénidate, qui signalent une ardeur d'améliorer les performances scolaires plutôt que de traiter une pathologie. Et qui sont également liés au contexte actuel et à ses exigences de bons résultats et de compétitivité qui, alliés à l'individualisme, confient aux parents la responsabilité de gérer cet individu productif depuis l'enfance, faisant de la consommation de médicaments un moyen de répondre à telles exigences. De tels aspects montrent un réseau qui est encore en débat, en négociation et qui peut être suivi. En ce sens, nous considérons qu'il est important de suivre les pratiques des psychiatres, de l'industrie pharmaceutique et des médias dans la performance de ce domaine, ainsi que des parents et de l'école. Les pratiques, ainsi débattues, peuvent être performées différemment, permettant la construction d'autres futurs.

**Mots-Clés:** TDAH, amélioration cognitive, chlorhydrate de méthylphénidate, ritalin

## Introdução<sup>1</sup>

O cloridrato de metilfenidato, mais conhecido pela Ritalina, fabricado pela Novartis Biotecnologia, mas também comercializado no Brasil pela Janssen-Cilag Farmacêutica com o nome de Concerta, é um estimulante do sistema nervoso central atualmente indicado para crianças e adultos com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e também, no caso da Ritalina, indicado para o tratamento da narcolepsia. Atualmente, porque nem sempre foi assim.

Sintetizado em 1944 pelo químico Leandro Panizzon, da empresa Suíça CIBA, e patenteado 10 anos depois com o nome de *Ritalin*, o cloridrato de metilfenidato passou a ser comercializado no mercado americano em 1956 com indicação para condições que pouco se aproximam das atuais (Blech, 2009; Brant & Carvalho, 2012; Domitrovic, 2014; Herrera, 2015). Sendo descrito como um estimulante do sistema nervoso central de excelente tolerância, com efeitos colaterais mais leves e controlados se comparados às anfetaminas (Conrad, 2007), a Ritalina era indicada para o tratamento de adultos com distúrbios psicológicos diversos como “fadiga crônica, letargia, estados de psicose associada à depressão e narcolepsia” (Herrera, 2015, p. 26) e episódios de confusão no envelhecimento (Blech, 2009). Além disso, atuando como melhorador do humor e da performance em geral, sem provocar euforia, seu uso por sujeitos sãos era totalmente tolerado para fins de eficácia e para “passar uma noite em claro a pensar” (Domitrovic, 2014, p. 31), sendo empregado, assim, como auto-medicação para melhorar o desempenho intelectual, para o emagrecimento e melhoria da performance atlética (Itaborahy, 2009, citado por Brant & Carvalho, 2012).

Naquele momento, não tinha sido criado o TDAH, quadro clínico que popularizou a Ritalina, não havia diagnóstico psiquiátrico específico para o qual a substância pudesse ser indicada, sendo impensável ministrar anfetaminas e outras substâncias similares às crianças (Blech, 2009). Como destaca Domitrovic (2014), a psiquiatria infantil não tinha como prática o uso de medicamentos psiquiátricos, visto que o sofrimento psíquico infantil era pouco aceito e estudado e os desvios mentais em crianças, em geral, eram considerados inatos e incuráveis.

Assim, primeiramente sugerido para adultos, o consumo da Ritalina por crianças só foi aprovado pela FDA (*Food and Drugs Administration*) em 1961. Foi indicada para crianças com

<sup>1</sup> Este artigo é parte de uma pesquisa de mestrado realizada nos anos de 2014 a 2016 no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Tal pesquisa teve como objetivo seguir a rede de consumo de medicamentos para o aprimoramento da performance cognitiva ou, mais especificamente, o consumo desses medicamentos por jovens e adultos, visando ter um bom rendimento nos estudos e/ou no trabalho. Embora não definindo de antemão quais medicamentos seriam abarcados, seguindo aquilo que era trazido pelos/as entrevistados/as, a pesquisa acabou se restringindo ao consumo do cloridrato de metilfenidato (Gonçalves, 2016). O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES).

Disfunção Cerebral Mínima (DCM) – categoria diagnóstica da época que precedeu o que conhecemos hoje por TDAH<sup>2</sup> – apenas nos anos 70, quando passou a ser associada fundamentalmente a hiperatividade jovem (Herrera, 2015).

Segundo Blech (2009), tal associação foi possível a partir de pesquisas acerca do efeito dessa substância no organismo de crianças e, no final dos anos 60, do uso do medicamento, por cientistas, como um meio para diagnosticar a doença. Para tais cientistas, quem modificasse seu comportamento ao ingerir o fármaco estaria doente e, em contrapartida, aquele que não reagisse à substância estaria saudável. Visto isso, para Blech (2009, p. 117), “O aparecimento da doença foi possível a partir da existência dos psicofármacos, pois o diagnóstico era estabelecido através da terapia”. Como ressaltam Brant e Carvalho (2012), primeiro se inventou o remédio para depois forjar a doença.

Assim foi que, principalmente nos anos 60 e 70, o uso da Ritalina consolidou-se no meio médico e leigo como medicamento voltado para o tratamento de crianças com problemas de comportamento evidenciados no contexto escolar. A partir de então, multiplicaram-se as publicações de experimentos exaltando seus benefícios e reforçando teorias biomédicas de problemas do comportamento infantil no qual o tratamento medicamentoso assumia a centralidade. Ademais, passaram a ser desenvolvidas ações com vistas a educar os/as médicos/as e a população em geral – por meio de vídeos, cartilhas e panfletos – sobre a natureza da disfunção, como reconhecê-la, avaliá-la e tratá-la, apontando o uso de psicoestimulante como primeira alternativa terapêutica (Domitrovic, 2014).

Como resultado, em meados dos anos 70 assistimos a uma explosão da prescrição de psicoestimulantes para crianças nos EUA, fazendo com que a CIBA admitisse ter tido dificuldade em atender a demanda pelo medicamento, que ficou esgotado nas prateleiras (Domitrovic, 2014). Nessa mesma época, 200.000 a 300.000 crianças tomaram medicamentos modificadores do comportamento nos EUA, tornando a Ritalina sinônimo de psicofármaco infantil (Blech, 2009).

Se, até o final da década de 1970, tal diagnóstico era considerado uma patologia infantil, nas décadas de 1980 e 1990 ele passa a ser visto como um distúrbio do desenvolvimento que continua na vida adulta, um quadro crônico e incurável (Caliman, 2006, 2009). Ademais, com a primeira explosão publicitária sobre o TDAH e o metilfenidato, na década de 1990, este último é consagrado como o medicamento mais conhecido e utilizado no tratamento do transtorno (Caliman, 2006), aumentando sua popularização e o público alvo passível de consumir tal medicamento.

<sup>2</sup> Nos anos 80, com a publicação do DSM III (American Psychiatric Association, 1980), surge a categoria diagnóstica de “Desordem de Déficit de Atenção” (DDA), estabelecendo o metilfenidato como primeira linha de tratamento, sendo apenas em 1994, com o lançamento do DSM IV (American Psychiatric Association, 1994), que a nomenclatura TDAH aparece pela primeira vez.

Visto tudo isso, embora nossa pesquisa tenha se voltado para questões acerca do cloridrato de metilfenidato em jovens e adultos que dele fazem uso visando o aprimoramento cognitivo, seu consumo por crianças com TDAH e as questões que envolvem esse uso não deixou de se fazer presente. Inclusive no que tange à discussão sobre o aprimoramento cognitivo infantil, aspecto que pretendemos abordar no presente artigo, desdobrando as redes que performam<sup>3</sup> tal realidade.

### Metodologia da pesquisa

O presente artigo é parte de uma pesquisa embasada teórica e metodologicamente pela Teoria Ator-Rede (TAR) – principalmente na obra de Bruno Latour (1994, 2000, 2008, 2012) –, que visou cartografar as controvérsias relacionadas ao consumo do cloridrato de metilfenidato, além de traçar como os diferentes atores presentes nesse campo – medicamento, mídia, representantes da indústria farmacêutica, médicos/as psiquiatras e consumidores/as – vêm se articulando. Para tanto, realizámos uma pesquisa na qual entrevistámos médicos/as psiquiatras, consumidores/as de ritalina e propagandistas da indústria farmacêutica, além de analisarmos materiais de fontes diversas, tais como matérias jornalísticas, documentos da ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) e bulas de medicamentos.

A partir das entrevistas, buscámos traçar como se dá o consumo, como ele é demandado junto aos/às médicos psiquiatras, como os diferentes atores percebem e lidam com o mesmo, e quais questões presentes na atualidade colaboram para a existência desse fenômeno. Procurámos também traçar a prospecção e as expectativas futuras dos diferentes atores dessa rede. A partir da análise do material colhido, foram desdobradas as controvérsias presentes nesse campo, assim como as questões presentes na atualidade que colaboram para a busca desse medicamento e o que nos reserva o futuro (Gonçalves, 2016).

A cartografia aqui apresentada é um recorte, restrito a um campo específico de pesquisa, parte de uma discussão mais ampla que envolve muitos outros atores. Ela objetiva dar visibilidade à constituição dessa rede com suas diferentes vozes, mapear como os diferentes atores se apropriam da Ritalina para fins de aprimoramento cognitivo e vão compondo sua existência articulados a esse medicamento.

<sup>3</sup> O conceito de performance é utilizado por Annemarie Mol (2007) para destacar que a realidade não precede as nossas práticas, sendo antes performada pelas mesmas. Nesse sentido, ela ressalta o caráter local, histórico, cultural e material da realidade, assim como seu caráter múltiplo. Havendo também o destaque ao caráter político das ontologias, visto que, se as realidades são performadas por nossas práticas, há nessa performance interesses, negociações, associações, política.

## TDAH ou aprimoramento cognitivo?

Embora o objetivo da pesquisa por nós realizada tenha girado em torno do consumo do cloridrato de metilfenidato por jovens e adultos na busca por uma melhora cognitiva, restringindo a discussão ao terreno do uso *off-label* – não indicado na bula –, ou seja, o consumo feito para o que alguns médicos chamaram de *doping cognitivo*, logo nas primeiras entrevistas realizadas ficou claro que a questão do aprimoramento cognitivo também aparecia na demanda e tratamento de crianças.

Os dois primeiros entrevistados, um propagandista da indústria farmacêutica e um médico psiquiatra, destacaram o aprimoramento cognitivo como a finalidade da Ritalina, ou seja, ser um “amplificador cognitivo” – termo utilizado pelo psiquiatra. Além disso, também foi ressaltado que a própria demanda pelo diagnóstico e tratamento do TDAH está relacionada à questão da performance e do desempenho escolar, como sublinhado abaixo:

O filho de um amigo meu, ele precisou entrar no medicamento, aí assim, através desse medicamento esse menino ele conseguiu melhorar a performance dele dentro do colégio, com a ajuda do medicamento, o medicamento estabilizou ele, deu uma concentração maior pra ele, ele pode se concentrar mais, ele começou a ter melhor captação daquilo tudo. (Propagandista da indústria farmacêutica)

O TDAH se transformou basicamente num diagnóstico escolar, em que sentido? Em geral há alguma queixa que ou parte da escola ou então até parte dos pais, mas que tem a ver com o desempenho escolar (...) em geral, essas pessoas, aí nesse caso falando mais das crianças, (...) crianças e adolescentes são a maioria no caso de TDAH, elas chegam às vezes por uma indicação direta ou indireta da escola (...). No caso do TDAH, crianças e adolescentes onde se identificou alguma dificuldade e que geralmente passa pela escola (...) onde já se fez algum tipo de tentativa e alguém avaliou e: “Olha, não tá melhorando, não tá dando certo, então é melhor ter uma avaliação e etc.”. E é claro, essa questão do remédio tá sempre colocada. (Médico psiquiatra)

Tais relatos, ao destacarem a questão da performance escolar como algo que envolve a demanda pelo tratamento do TDAH, nos permitem colocar em questão o próprio diagnóstico e se essa demanda feita pela escola e pelos pais visa o tratamento ou o aprimoramento da performance, como levanta uma das psiquiatras entrevistadas:

Porque normalmente a escola pressiona muito os pais... os pais se sentem muito pressionados e querem que os filhos tenham resultados também, né? Cognitivos bons, entende? Eu tinha uma mãe que falava assim: “Pô, eu desço...”, é do ambulatório que eu fazia... ambulatório quase gratuito, a mãe falava assim: “Ah, eu desço o morro, levo o menino pra escola, ele não copia nada, não aprende nada. Porque que eu vou fazer isso? Não adianta nada”. Esse menino precisava de Ritalina, ele tomava. (Médica psiquiatra)

A questão de desempenho escolar e da melhora da performance parece estar implícita no modo como tais medicamentos são indicados pelos/as médicos/as: prioritariamente antes de a criança ir para a escola, com orientação de suspensão nos feriados, finais de semana e férias:

“Você estuda de manhã, usa um de manhã”. (...) falo pra usar antes de alguma atividade, do colégio ou de aula particular (...) o uso é feito durante a semana, antes da aula, e no fim de semana não é feito, nas férias não se faz, enfim, (...) todo mundo faz isso pra reduzir efeitos colaterais. (Médico psiquiatra)

Esse relato vai ao encontro do que é destacado no Boletim de Farmaco-epidemiologia de 2012, publicado pelo Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (ANVISA, 2012). Segundo este, há uma variação no consumo do metilfenidato ao longo do ano, com a diminuição no consumo deste medicamento nos meses de férias – janeiro, julho e dezembro – e um aumento no segundo semestre do ano, em que geralmente as crianças teriam que estudar mais para passar de ano. Este aspecto também é trazido pelo Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade (FSMES, 2015). Analisando os dados de consumo de 2012, eles destacam uma diferença na venda do metilfenidato nos meses de janeiro e de outubro: 4,7% das vendas do ano foram realizadas em janeiro, ao passo que 10% das vendas totais foram realizadas em outubro. Esses dados, segundo o Fórum, demonstram que as crianças e adolescentes em processo de escolarização reduzem o consumo do medicamento no período de recesso escolar, aumentando esse consumo ao longo do ano, principalmente na época em que pode ocorrer a reprovação escolar.

Frente a isso, vários questionamentos nos surgem: se a criança tem um transtorno, por que esse transtorno só é medicado quando ela precisa “estar concentrada” no colégio? Se é um transtorno, por que a principal questão colocada é a da performance escolar? Esse esquema de uso não estaria relacionado diretamente ao aprimoramento da performance escolar? Ter o diagnóstico de TDAH seria demonstrativo de que existe realmente um transtorno ou estaríamos considerando como transtorno o mau desempenho? Estaríamos medicalizando o mau desempenho? O que estaria em jogo nesses diagnósticos, seria uma questão de tratamento ou de melhora da performance? E tal aumento do consumo, estaria relacionado a um aumento do número de diagnósticos de TDAH ou estaríamos diante de um consumo que não visa tratamento, mas o aprimoramento cognitivo?

Tais questionamentos nos levam à discussão acerca do próprio diagnóstico, pois, se existe um uso *off-label*, voltado claramente para o aprimoramento cognitivo, a discussão acerca do aprimoramento cognitivo não está completamente ausente quando a questão é o diagnóstico de TDAH, cuja primeira linha de tratamento é o consumo de medicamentos como a Ritalina. Sendo difícil, neste sentido, definir a linha que separa o tratamento do aprimoramento quando a questão é o TDAH, que é um diagnóstico considerado controverso por muitos/as estudiosos/as.

Essas controvérsias são alimentadas pelo aumento no número de casos de crianças, adolescentes e adultos/as diagnosticados/as, pela disseminação da prescrição de estimulantes e pela

proliferação de processos legais que, com base no diagnóstico, pleiteiam educação especial e privilégios no ambiente de trabalho. Controvérsias que contribuem para o clima de suspeita em torno do transtorno (Caliman, 2008; Caliman & Domitrovic, 2013), levando alguns a acreditar que as crianças possam estar tomando a mando dos pais ou professores/as para melhorar a ordem na sala de aula (Greely et al., 2008).

Como destacado por um relatório de 2002 do Conselho Nuffield de bioética (Blech, 2009, pp. 32-33) – um círculo britânico formado por filósofos/as, médicos/as e cientistas – “parte do problema radica na extensão dos diagnósticos ou na tendência para definir as perturbações de um modo tão amplo que cada vez mais e mais indivíduos são apanhados nas teias dos diagnósticos”. Segundo esse relatório, o desenvolvimento de medicamentos que produzem determinado efeito em uma característica pode fazer com que a mesma seja encarada como perturbação ou algo que pode ser tratado ou alterado, levando a uma ampliação do público passível de consumir tais medicamentos para tratamento ou para aprimoramento de performance.

Assistimos, deste modo, desde a sua constituição na década de 1960, ao crescimento constante da categoria diagnóstica do TDAH. Considerado inicialmente uma desordem infantil e transitória, que raramente chegava à adolescência, atualmente é descrito como um transtorno psiquiátrico que pode perdurar por toda a vida. Sendo um quadro crônico, para as crianças a medicação passou a ser para a vida toda. Já para os/as adultos/as nunca antes diagnosticados/as, certas dificuldades na vida profissional, pessoal e relacional passaram a ser interpretadas como signos da manifestação do TDAH que, mesmo sendo diagnosticado pela primeira vez, revelariam os sinais e sintomas já presentes no organismo de forma oculta ou não revelada (Caliman & Domitrovic, 2013; Ortega et al., 2010). Tal expansão diagnóstica, como vimos, vem articulada ao surgimento e posterior aumento no consumo do metilfenidato.

Segundo relatório da ONU de 2015, a fabricação mundial do cloridrato de metilfenidato bateu o recorde em 2013, chegando a 72 toneladas. Embora os EUA sejam o maior fabricante, sendo responsável por 77% de todo o metilfenidato fabricado, em 2013 apareciam como o quinto país com maior nível de consumo *per capita* desse medicamento, estando atrás da Islândia, Bélgica, Suécia e Canadá (FSMES, 2015).

No Brasil, aprovado para a comercialização desde 1998, o consumo do metilfenidato também vem crescendo. Dados disponibilizados pelo Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC) demonstram que em quatro anos houve um aumento de mais de 180% na quantidade de unidades físicas dispensadas: em outubro de 2009 foram comercializadas 58.719 caixas desse medicamento, ao passo que em outubro de 2013 esse número foi de 108.609 caixas (FSMES, 2015).

Tais números e estatísticas aumentam as controvérsias em torno do diagnóstico, porém também são usados no discurso de legitimação do TDAH, visto que a prevalência de casos seria

demonstrativa de que a doença realmente existe. Servem, assim, como dispositivos de inscrição<sup>4</sup> (Latour, 2000) que ajudam na construção de argumentos que demonstram a “realidade” de tal transtorno, assim como servem para pôr em questão a sua existência.

### **Das controvérsias acerca da natureza biológica do TDAH**

Para além dos números de casos e de consumo, Caliman (2009) destaca que o discurso científico que legitima a existência do TDAH defenderia sua realidade biológica e cerebral, sustentando seu argumento na possibilidade de visualização objetiva da patologia. Neste contexto, o diagnóstico de TDAH seria real porque visível e biológico: “A existência de certas patologias mentais e sua legitimidade médica passaram a estar vinculadas à possibilidade de sua visualização: a imagem do ‘cérebro anormal’ possibilitava o diagnóstico da ‘mente anormal’” (p. 142).

Neste contexto, as tecnologias da imagem cerebral passaram a alimentar a crença de que tais “fatos científicos” são objetivos e neutros. Contudo, como ressalta Caliman (2009), as tecnologias de imagem cerebral não são auto-evidentes ou, como podemos dizer, auto-explicativas. Além disso, considerações acerca do que é ou não uma consequência adversa, assim como a intensidade com que ela se torna ou não patológica, depende do que é bom ou ruim, certo ou errado para uma dada sociedade. A tarefa de decisão, sendo atribuída aos pais e principalmente às mães de crianças diagnosticadas com TDAH, se faria num contexto cultural em que crenças de boa maternidade, infância normal e autenticidade seriam co-produtivas das decisões dessas mães, que tendem a reproduzir essas crenças (Singh, 2002a, 2004, 2005, citado em Domitrovic, 2014). Porém:

---

<sup>4</sup> Segundo Latour (2000), os dispositivos de inscrição – mapas, gráficos, estatísticas, etc. – sendo móveis, estáveis e combináveis, são o meio pelo qual se pode atuar sobre eventos, lugares e pessoas à distância, sendo a solução para quem quer levar os outros a acreditar em algo que poderia se supor incoerente. Neste sentido, podemos dizer que tais números e estatísticas, enquanto elementos estáveis, móveis e combináveis, atuam como um meio de fortalecer o argumento, colaborando para tornar os fatos moles em fatos duros. Inicialmente, o número em si não representa nada, mas, combinando estes números a determinados argumentos – como o de que ele demonstra a existência do TDAH, ou que ele demonstra, ao contrário, que há um exagero no número de diagnósticos e prescrições, o que põe em dúvida a existência do transtorno –, acaba por fortalecê-los. E, caso surja uma controvérsia, mais estatísticas podem ser feitas e acumuladas para fortalecer o argumento da realidade daquele fato. Em suas palavras: “Todos esses objetos ocupam o começo e o fim de um ciclo semelhante de acumulação; não importa se estão longe ou perto, se são infinitamente grandes ou pequenos, infinitamente velhos ou novos, todos terminam numa escala tal que possa ser dominada com o olhar; num ponto ou noutro, eles assumem a forma de uma superfície plana de papel que pode ser arquivada, presa a uma parede e combinada com outras; todos ajudam a inverter o equilíbrio de forças entre quem domina e quem é dominado” (pp. 369-370) ou, como podemos dizer aqui, entre quem define a “realidade do fato”.

Contra as suspeitas em torno do diagnóstico, era preciso reafirmar a legitimidade da natureza biológica e cerebral do transtorno. Ele não era um efeito da forma de vida atual, da necessidade de segurança, das exigências de produtividade e sucesso, da lógica do risco e do pensamento psiquiátrico baseado na evidência visual. As questões econômicas, políticas, sociais e morais que ajudaram a criar o “fato TDAH” deveriam ser mitigadas. (Caliman, 2009, p. 140)

Busca-se com isso silenciar as controvérsias – disputas, debates, negociações – presentes no processo de construção e manutenção de tal categoria diagnóstica. Essa tentativa de silenciamento do processo de construção do diagnóstico está presente nos dados históricos utilizados na produção acadêmica e científica sobre o TDAH e o metilfenidato. Nestas, são utilizados textos que favorecem o tratamento medicamentoso do transtorno, além de notas históricas sobre nomenclaturas anteriores e experiências bem sucedidas na administração de psicoestimulantes no tratamento. Tudo isso, visando dar confiabilidade e afirmar a tradição no uso dos mesmos. Sugere-se, assim, um percurso histórico através de uma narrativa linear, consensual, progressiva e não contestável dos fatos (Caliman, 2010, citada em Domitrovic, 2014), que nos faz acreditar que o meio de tratamento do TDAH é pelo consumo de psicoestimulantes.

Porém, como destaca o *Consensus Development Statement on Diagnosis and Treatment of Attention Deficits Hyperactivity* publicado pelo *National Health Institutes* (NHI), não há consenso no meio científico a respeito do TDAH, as teorias sobre sua causa permanecem especulativas e não há comprovação da sua causalidade orgânica, mais especificamente cerebral (Caliman & Domitrovic, 2013; Ortega et al., 2010). Além disso, não há teste que comprove a existência do transtorno, nem limites objetivos entre o TDAH, outras desordens comportamentais e a “normalidade”, havendo também divergências na prevalência do TDAH em diferentes regiões que apontam para o risco de aumento excessivo de diagnósticos em certas nacionalidades (Rose, 2006; Singh, 2006, citado em Caliman, 2009). Ademais, o mecanismo físico-químico do medicamento é pouco conhecido e as bases biológicas do comportamento associado ao TDAH não foram comprovadas (Genro, 2008; Myers, 2007, citado em Domitrovic, 2014). Deste modo, não havendo nenhum teste ou exame específico e preciso para identificação do TDAH, o diagnóstico é feito a partir de um processo misto “que inclui testes psicológicos, história clínica, análise do desempenho escolar e entrevistas com pais e professores” (Caliman, 2008, p. 563).

Por fim, podemos destacar que, sendo a Ritalina um psicofármaco que pode ser receitado por médicos/as não especialistas, sem uma formação específica em psiquiatria e saúde mental, em atendimentos curtos, o que Aguiar (2003) chama de “psiquiatria dos generalistas”, também deveríamos questionar o modo como esse diagnóstico e tratamento são realizados.

Assim, se esse limite não é claro e se esse diagnóstico pode ser feito por médicos/as sem uma formação criteriosa, estaríamos frente a um TDAH, merecedor de tratamento medicamentoso, ou estaríamos frente a uma dificuldade “normal” que estaria sendo percebida como pato-

lógica? Será que este fenômeno poderia se caracterizar como um *enhancement* e não como um tratamento?

Tais aspectos demonstram a linha tênue envolvida no diagnóstico de TDAH, que exige um julgamento normativo, sendo difícil avaliar se o medicamento é consumido para fins terapêuticos ou como aprimorador (Coenen et al., 2009). Destacam também a dificuldade em estabelecer os limites entre o TDAH, outras desordens comportamentais e o comportamento normal (Caliman & Domitrovic, 2013). Evidenciam assim a complexidade do processo de legitimação e “des-legitimação” do transtorno, visto que envolve “valores morais, interesses políticos, econômicos e sociais específicos de uma época e de um contexto” (Caliman, 2009, p. 143).

Contexto este que envolve a publicação do DSM III – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (American Psychiatric Association, 1980) e a psiquiatria biológica, que são parte integrante de um longo processo da forma como a desordem mental passa a ser investigada, explicada e tratada. Desde os anos 1980, com a publicação do DSM III, a psiquiatria tem valorizado a análise quantitativa na definição dos transtornos mentais, obscurecendo a distinção entre o que é normal, anormal ou melhor que normal. Nessa psiquiatria, o indivíduo com TDAH não se diferenciaria completamente do indivíduo normal, sendo a intensidade dos sintomas o critério definidor de anormalidade em relação a uma média (Caliman, 2008).

Segundo Caliman (2009, p. 136), “Para o discurso da legitimidade biológica e visual do TDAH, as contingências locais, morais, sociais e políticas de uma época não afetam a produção científica da patologia e a condição existencial que ela descreve”. Porém, como bem destaca a autora, não só a interpretação médica atual como as vozes destoantes são parte da constituição da patologia.

Além disso, o diagnóstico do TDAH se constitui em um contexto no

qual o indivíduo bem-sucedido, produtivo e feliz, é auto-gestor atento, consciente, racional e prudente. Nesta economia, não há limites para as exigências de atenção e, na busca pela sua maximização, todo indivíduo será um pouco desatento. Por outro lado, a psicofarmacologia atual afirma que logo não terá limites para a intensificação da atenção (....) O transtorno da atenção e do autocontrole legitimou-se neste contexto, quando as limitações corporais e cerebrais da atenção foram parcialmente eliminadas. (Caliman, 2008, p. 565)

Visto isto, uma das preocupações do debate ético atual acerca do TDAH diz respeito exatamente a essa separação entre tratamento e otimização requeridas no espaço educacional e ocupacional, estando no centro desse diagnóstico a discussão acerca da possibilidade de otimização da atenção e o questionamento sobre até onde estaríamos tratando de uma patologia ou buscando a melhora da performance cognitiva, visto que:

A farmacologia do transtorno da atenção e da hiperatividade se confunde e por vezes se identifica com as drogas cosméticas que buscam melhorar a performance cerebral. Estimulantes são drogas que prometem aumentar as capacidades de concentração, de memória e de atenção, necessárias ao desenvolvimento da performance produtiva. (Caliman, 2008, p. 564)

Então, voltamos a perguntar: ter o diagnóstico de TDAH seria demonstrativo de que existe realmente um transtorno ou estaríamos considerando como um transtorno o mau desempenho? O que estaria em jogo nesses diagnósticos seria uma questão de tratamento ou de uma melhora da performance? Estaríamos medicalizando o mau desempenho?

## Gestão do capital humano

Se existe uma demanda pelo cloridrato de metilfenidato visando a melhora da performance escolar, essa se articula a questões contemporâneas, como destacado pelos/as diferentes entrevistados/as de nossa pesquisa. De acordo com um dos psiquiatras, essa demanda estaria relacionada tanto ao imperativo de manter sempre uma alta performance, quanto a um excesso de individualismo. Segundo ele, vivemos em uma sociedade em que parece que está todo mundo competindo para ver quem chega na frente: “Desde a alfabetização, passando pelo ENEM [Exame Nacional do Ensino Médio], até o ambiente do trabalho, principalmente no mundo corporativo, no mundo empresarial, no mundo acadêmico e etc.”. Aspecto que também foi destacado por uma das consumidoras entrevistadas, segundo a qual vivemos em um ambiente cada vez mais competitivo e daqui a pouco as pessoas começarão a dar, no ensino básico, Ritalina para crianças que não têm TDAH.

Já o individualismo apareceria no sentido do “cada um por si” e das pessoas poderem contar, no máximo, com a sua família. Tal aspecto foi relatado pelo mesmo psiquiatra citado acima, que disse perceber que quando a família chega ao seu consultório pedindo socorro, este “socorro” é a medicação. Para ele, as pessoas não teriam mais com quem contar, não teriam mais rede de proteção social como no passado – família, religião, vizinhança –, estando cada vez mais sozinhas para lidar com as suas dificuldades. Nesse quadro, o discurso científico ou pseudocientífico se transforma em um discurso sedutor, em que o sujeito vai encontrar a resposta que ninguém mais dá, nem a escola, nem o/a terapeuta. Esse tipo de busca acaba se misturando com a questão da performance, do desempenho, da ideia de que está “ficando para trás”.

Esta fala vai ao encontro do que Rose (2007, citado em Caliman, 2012) destaca acerca de uma “economia política da esperança” que estaria se formando em torno da biomedicina contemporânea, fazendo com que uma promessa seja

explícita ou implicitamente oferecida e continuamente alimentada a cada nova descoberta de uma nova droga, de um novo tratamento ou de um novo diagnóstico. Acredita-se que a biomedicina tem ou terá a resposta para as perguntas ainda não respondidas, doenças sem cura, problemas e sofrimentos que não se deseja ter, que se espera aliviar. Há uma expectativa, um sentimento de que, “enfim, a resposta chegou ou chegará”. (p. 102)

Este discurso científico ou pseudocientífico, como colocou o entrevistado, nos faria crer que a melhor maneira para lidarmos não apenas com a doença, mas com questões existenciais e com a ineficácia, é pelo consumo de medicamentos. Vemos então um sujeito que, tendo sua constituição subjetiva articulada à indústria da comunicação – que divulga as novas descobertas biomédicas – e à sociedade de consumo, encontra no medicamento a resolução para todos os males – não apenas das doenças, como também da ineficácia, encontrando no cuidado com o corpo a possibilidade de uma vida não apenas saudável, mas potente.

Assim, tendo que gerir a sua empregabilidade em um mundo competitivo, não apenas fazendo cursos e adquirindo habilidades, mas tendo que estar ativo para cumprir metas e disponível integralmente, o consumo de medicamentos para a melhora cognitiva parece ser um meio para conseguir aderir a tal modelo. Modelo que abarca não apenas o ser humano individual, que passa a se conceber como uma empresa, mas também a família, que passa a ser percebida como uma pequena empresa cujo objetivo é fabricar um indivíduo empregável. Como destaca a teoria do capital humano, “O filho também é um capital que é preciso fazer frutificar. A educação torna-se uma avaliação das capacidades da criança nos planos físico, intelectual ou psíquico. Seu sucesso escolar é o objeto de um investimento essencial” (Gaulejac, 2007, p. 182). A educação aqui é um investimento para o futuro e os pais são os responsáveis pelo sucesso dos/as filhos/as.

Esse aspecto foi destacado por um dos psiquiatras entrevistados, que ressaltou que a questão da performance está envolvida na demanda dos pais pela Ritalina. Segundo ele, haveria uma preocupação dos pais em relação ao futuro profissional dos/as filhos/as, uma ideia de que podem estar “papando mosca”, que existiria algum recurso que poderia ajudar e eles/as não estão usando. Neste sentido, a demanda estaria ligada à preocupação dos pais com o futuro profissional e a carreira dos/as filhos/as, e o colégio seria determinante.

Tal argumento aponta para o que Brant e Carvalho (2012) destacam acerca do consumo do metilfenidato que, diferentemente do consumo de outras substâncias psicotrópicas,

parece estar associado ao aumento da produtividade (escolar e profissional), à crença de melhor sociabilidade e desempenho. Envolve elementos de ordem institucional, como saúde, educação, trabalho e economia. O consumo opera-se, sobretudo, mediante prescrição de um profissional do campo da saúde, em atendimento à demanda do sujeito individual ou coletivo, inserido nos setores da educação e/ou do trabalho, em resposta ao imperativo de uma economia em um mundo extremamente competitivo e globalizado. (p. 625)

Aspectos que remetem à discussão ética acerca da possibilidade de coerção ao consumo desses medicamentos, seja diretamente, pela solicitação de reforço farmacêutico por empregadores/as ou pela escola, no caso das crianças; ou indiretamente, advinda da necessidade de o sujeito competir com seus/suas colegas (Greely et al., 2008). Apontam também para um modo

de ser que busca com o consumo desses medicamentos responder às exigências de performance e competitividade. Não se quer fazer aqui uma afirmação determinista, onde todas essas demandas e pressões levariam à busca pelo medicamento, mas que essa busca parece se articular a demandas presentes na contemporaneidade e a uma tentativa de responder às mesmas.

### Considerações Finais

Embora a pesquisa por nós realizada não tivesse como foco primordial o consumo do metilfenidato para o tratamento do TDAH, mas o consumo *off-label* – realizado principalmente por estudantes e executivos/as buscando bons rendimentos em seus estudos e trabalho –, a questão do aprimoramento da performance cognitiva também se fez presente em relação à demanda, diagnóstico e tratamento desse transtorno. Diagnóstico inexistente até o aparecimento desse medicamento, mas que nos anos posteriores multiplicou-se, abarcando não apenas o período da infância, mas também a vida adulta.

Tal aspecto faz com que seja de suma importância a realização de pesquisas nesse âmbito, que desdobrem a rede que produz e sustenta o diagnóstico de TDAH, bem como o consumo de medicamentos capazes de “tratar” esse transtorno. No âmbito deste artigo, pudemos ver alguns desses atores: escola, pais, psiquiatras, mas também os/as pesquisadores/as e os discursos que legitimam o diagnóstico e seu modo de tratamento, os manuais diagnósticos como o DSM, o próprio medicamento, as exigências por bom rendimento, boa performance e a competitividade. Sabemos que a mídia, através de campanhas de conscientização, também exerce um papel importante na divulgação dos sinais e sintomas dos transtornos e do tratamento medicamentoso.

O debate é grande e, como vimos, traz controvérsias em relação ao diagnóstico e ao tratamento medicamentoso. A demanda por assistência médica e tratamento, partindo da escola ou dos pais diante de dificuldades no âmbito escolar, o aumento no número de diagnósticos, assim como o próprio modo de prescrição do cloridrato de metilfenidato trazem controvérsias quanto ao diagnóstico do TDAH, apontando para uma busca que, para além de “tratar uma doença”, envolve a melhora da performance escolar.

Tal busca, como destacado pelos/as entrevistados/as, está vinculada ao contexto atual e suas exigências por bons resultados e competitividade que, articuladas ao individualismo, põem sobre os indivíduos e, no caso aqui trabalhado, sobre os pais, a responsabilidade por gerir esse indivíduo produtivo. Nesse contexto, o consumo do cloridrato de metilfenidato acaba sendo um meio de responder a essas exigências.

Vale ressaltar que esse medicamento, embora muito receitado, não está livre de efeitos secundários nocivos, tais como diminuição do apetite e a perda de peso decorrente disso, diminui-

ção do sono, tiques motores, enjoo, dor de cabeça, risco de evento adverso grave e eventos cardiovasculares – que o/a médico/a tem que levar em conta por ocasião da prescrição. Além disso, trata-se de um medicamento que consta na lista de substâncias de controle especial – lista A3, de substâncias psicotrópicas –, estando sujeito à notificação de receita “A” ou receituário amarelo – que é o receituário mais controlado que existe no mercado brasileiro de medicamentos –, havendo retenção de uma via na farmácia. Um controle estabelecido principalmente pelo potencial de abuso da droga (ANVISA, 2010).

No entanto, em se tratando do consumo por crianças, esse risco de uso abusivo é considerado raro (Mota & Pessanha, 2014), sendo a maior preocupação o desconhecimento de seus efeitos a longo prazo – o que também se fez presente na fala de nossos/as entrevistados/as. Segundo Dalibert (2014), devido ao pouco conhecimento acerca do funcionamento do nosso cérebro, mexer com ele pode acarretar efeitos indesejados. Além disso, em se tratando de tecnologias emergentes, o conhecimento sobre seus efeitos e consequências seria limitado, sendo desconhecidos seus efeitos colaterais e seus efeitos a longo prazo.

Há, assim, controvérsias e incertezas quanto à segurança desses medicamentos que, segundo uma das consumidoras entrevistadas, deveriam gerar um debate ético, sobretudo em relação às crianças, pois o efeito futuro desses medicamentos ainda está por ser totalmente descoberto:

A criança 'tá correndo, a criança 'tá brincando, ela está sendo criança, “ah! taca Ritalina nela porque é hiperativa” (...) Então, qual o efeito que isso pode ter numa sociedade? (...) será que a Ritalina diminui a criatividade da criança, por exemplo? Que efeito que isso pode ter na vida futura dessa mesma criança, como adulto, se ela teve uma infância em que ela foi, ela teve que ser, ela foi tolhida, né? Teve que se enquadrar? Não sei. (Consumidora)

Concluindo, podemos destacar que tais controvérsias permitem ver uma rede que ainda não está estabilizada, ou seja, que ainda está em debate, em negociação, sendo importante seguir seus movimentos e os diversos agenciamentos que, até o presente momento, colaboram para o aumento do diagnóstico de TDAH e, conseqüentemente, do consumo de psicotrópicos como a Ritalina. Nesse sentido, consideramos importante seguir as práticas de psiquiatras, da indústria farmacêutica e da mídia na performance desse campo, assim como dos pais e da escola. Práticas que, postas em debate, podem ser diferentes, possibilitando a construção de outros futuros.

## Referências Bibliográficas

- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (2010). *O que devemos saber sobre os medicamentos*. Anvisa.
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (2012). Prescrição e consumo de metilfenidato no Brasil: Identificando riscos para o monitoramento e controle sanitário. *Boletim de Farmacoepidemiologia do SNGPC*, 2(2), 2-14.

- <http://antigo.anvisa.gov.br/documents/33868/3418264/Boletim+de+Farmacoe epidemiologia+n%C2%BA+2+de+2012/c2ab12d5-db45-4320-9b75-57e3d4868aa0>
- Aguiar, Adriano (2003). *Entre as ciências da vida e a medicalização da existência: Uma cartografia da psiquiatria contemporânea*. Estados gerais da psicanálise: Segundo encontro mundial, Rio de Janeiro, Brasil. [http://egp.dreamhosters.com/encontros/mundial\\_rj/port/trabalhos/2d\\_Aguiar\\_47130903\\_port.htm](http://egp.dreamhosters.com/encontros/mundial_rj/port/trabalhos/2d_Aguiar_47130903_port.htm)
- American Psychiatric Association. (1980). *DSM-III: Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1994). *DSM-IV: Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). American Psychiatric Association.
- Blech, Jorg (2009). *Os inventores de doenças: Uma denúncia corajosa e documentada sobre os abusos da indústria farmacêutica*. Ambar.
- Brant, Luiz, & Carvalho, Tales (2012). Metilfenidato: Medicamento gadget da contemporaneidade. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 16(42), 623-636. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832012000300004>
- Caliman, Luciana (2006). *A biologia moral da atenção: A construção do sujeito (des)atento* [Tese de doutoramento, Universidade do Estado do Rio de Janeiro]. Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. <http://www.bdt.uerj.br/handle/1/4614>
- Caliman, Luciana (2008). O TDAH: Entre as funções, disfunções e otimização da atenção. *Psicologia em Estudo*, 13(3), 559-566. <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2016.3.21479>
- Caliman, Luciana (2009). A constituição sócio-médica do “fato TDAH”. *Psicologia & Sociedade*, 21(1), 135-144. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822009000100016>
- Caliman, Luciana (2012). Os regimes da atenção na subjetividade contemporânea. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 64(1), 2-17. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1809-52672012000100002](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1809-52672012000100002)
- Caliman, Luciana, & Domitrovic, Nathalia (2013). Uma análise da dispensa pública do metilfenidato: O caso do Espírito Santo. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 23(3), 879-902. <https://www.scielo.br/pdf/physis/v23n3/12.pdf>
- Coenen, Christopher, Schuijff, Mirjam, Smits, Martijntje, Klaassen, Pim, Hennen, Leonhard, Rader, Michael, & Wolbring, Gregor (2009). *Human enhancement*. European Parliament.
- Conrad, Peter (2007). *The medicalization of society*. The John Hopkins University Press.
- Dalibert, Lucie (2014). *Posthumanism and somatechnologies: Exploring the intimate relations between humans and technologies* [Tese de doutoramento]. University of Twente. <https://doi.org/10.3990/1.9789036536516>
- Domitrovic, Nathalia (2014). *As práticas farmacológicas com o metilfenidato: Habitando fronteiras entre o acesso e o excesso* [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Espírito Santo]. RiUfes – Repositório Institucional da Universidade do Espírito Santo. <http://repositorio.ufes.br/handle/10/2951>
- Fórum Sobre Medicalização da Educação e Sociedade – FSMES. (2015). *Nota Técnica: O consumo de psicofármacos no Brasil, dados do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados ANVISA (2007-2014)*. [https://cetadobserva.ufba.br/sites/cetadobserva.ufba.br/files/1\\_1.pdf](https://cetadobserva.ufba.br/sites/cetadobserva.ufba.br/files/1_1.pdf)
- Gaulejac, Vincent (2007). *Gestão como doença social: Ideologia, poder gerencialista e fragmentação social*. Idéias & Letras.

- Gonçalves, Cristiana S. (2016). *Sobre o consumo de medicamentos para o aprimoramento da performance cognitiva: Cartografando controvérsias, seguindo os atores e tecendo a rede* [Dissertação de mestrado não publicada]. Universidade Federal do Rio de Janeiro. <http://objdig.ufrj.br/30/teses/839197.pdf>
- Greely, Henry, Campbell, Philip, Sahakian, Barbara, Harris, John, & Kessler, Ronald (2008). Towards responsible use of cognitive-enhancing drugs by the healthy. *Nature*, 456, 702-705. <https://doi.org/10.1038/456702a>
- Herrera, Miguel (2015). *Da depressão ao transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: Estudo sobre a produção publicitária da Ritalina* [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul]. LUME – Repositório Digital da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. [https://lume.ufrgs.br/handle/10183/129986?locale-attribute=pt\\_BR](https://lume.ufrgs.br/handle/10183/129986?locale-attribute=pt_BR)
- Latour, Bruno (1994). *Jamais fomos modernos: Ensaio de antropologia simétrica*. Editora 34.
- Latour, Bruno (2000). *Ciência em ação: Como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora*. Editora UNESP.
- Latour, Bruno (2008). Como falar do corpo? A dimensão normativa dos estudos sobre a ciência. In João Arriscado Nunes & Ricardo Roque (Orgs.), *Objectos impuros. Experiências em estudos sociais da ciência*. Edições Afrontamento.
- Latour, Bruno (2012). *Reagregando o social: Uma introdução à teoria do ator-rede*. Edufba; Edusc.
- Mol, Annemarie (2007). Política ontológica: Algumas ideias e várias perguntas. In João A. Nunes & Ricardo Roque (Eds.), *Objectos impuros: Experiências em estudos sociais da ciência*. Edições Afrontamento.
- Mota, Jéssica, & Pessanha, Fernanda (2014). Prevalência do uso do metilfenidato por universitários de Campos dos Goytakazes. *VÉRTICES*, 16(1), 77-86.
- Ortega, Francisco, Barros, Denise, Caliman, Luciana, Itaborahy, Claudia, Junqueira, Livia, & Ferreira, Cláudia (2010). A ritalina no Brasil: Produções, discursos e práticas. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 14(34), 499-510. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832010005000003>