

TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE: O DIAGNÓSTICO PODE SER TERAPÊUTICO?

Fabiola Stolf Brzozowski¹

Eliana Elizabeth Diehl

Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis-SC, Brasil

RESUMO. Nosso objetivo é discutir a relação entre o efeito placebo e metilfenidato, fármaco utilizado no tratamento do Transtorno de déficit de atenção com hiperatividade (TDAH), por meio do conceito de resposta de significado de Daniel Moerman (2002). A resposta de significado está relacionada ao efeito placebo, porém amplia esse conceito, já que também considera os efeitos psicológicos e fisiológicos do significado do tratamento de uma doença ou de um mal-estar, ou seja, envolve tanto substâncias inertes (placebo) quanto medidas terapêuticas. Foram analisados artigos científicos que compararam os efeitos do metilfenidato com placebo. A busca se deu na base de dados Pubmed, no período de 2000 a 2010. Observamos que a resposta de significado ocorre em estudos com metilfenidato e placebo, porém sugerimos que essa resposta tem início no momento em que o indivíduo e sua família recebem o diagnóstico do TDAH, que pode ser encarado como uma forma de alívio para os problemas comportamentais e esperança de eficácia do tratamento com metilfenidato.

Palavras-chave: metilfenidato; transtorno da falta de atenção com hiperatividade; efeito placebo.

ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER: CAN DIAGNOSIS BE THERAPEUTIC?

ABSTRACT. This article aims to discuss the relations between the placebo effect and methylphenidate, a drug used in the treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), through the concept of meaning response elaborated by Daniel Moerman (2002). Meaning response is related to the placebo effect, but covers a wider range of phenomena. It takes into account the psychological and physiological effects that go along with the meanings that people give to their diseases or illnesses, which involves both the effects of inert substances and standard medication. The study analyzed scientific papers that compared the effects of methylphenidate to placebo. The search has occurred in the Pubmed database for the period 2000-2010. We observe that the meaning response occurs in studies comparing methylphenidate and placebo, however we suggest that this response starts before the treatment. In other words, it starts when the individual and his family receive the ADHD diagnostic, which may represent relief to their behavioral problems and hope that the methylphenidate treatment will be efficient.

Key words: methylphenidate; attention deficit disorder with hyperactivity; placebo effect.

TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN/HIPERACTIVIDAD: EL DIAGNÓSTICO PUEDE SER TERAPÉUTICO?

RESUMEN. Nuestro objetivo es discutir la relación entre el efecto placebo y el metilfenidato, un fármaco utilizado para tratar el Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), utilizando el concepto de la respuesta de significado propuesta por Daniel Moerman (2002). La respuesta de significado se relaciona con el efecto placebo, pero también considera los efectos psicológicos y fisiológicos de lo sentido del tratamiento de una enfermedad o malestar, en otras palabras, puede ocurrir no solo con las sustancias inertes (placebo), sino también con las medidas terapéuticas convencionales. El estudio analizó artículos científicos que compararon los efectos de metilfenidato con placebo. La búsqueda se realizó en la base de datos Pubmed para el período 2000-2010. Observamos que la respuesta de significado ocurre en los estudios con metilfenidato y placebo, sin embargo, sugerimos que esta respuesta se inicia en el momento en que el

¹ *Endereço para correspondência:* Rua Domingos Berto, 500, Três Vendas, CEP 99700-000, Erechim-RS. *E-mail:* fabiola.stolf@gmail.com

individuo y su familia reciben el diagnóstico de TDAH, que puede ser visto como una forma de alivio para los problemas de comportamiento.

Palabras-clave: metilfenidato; trastorno por déficit de atención con hiperactividad; efecto placebo.

Já se sabe que muitas pessoas doentes, quando recebem de seu médico uma substância inerte, sentem melhoras em seus quadros: trata-se do chamado efeito placebo. Shapiro e Shapiro (2000) definem “placebo” e “efeito placebo” como

qualquer terapia prescrita consciente ou inconscientemente por um curandeiro, ou usado por um leigo, por seu efeito terapêutico em um sintoma ou doença, mas que realmente é inespecífico ou não especificamente efetivo para um sintoma ou doença a ser tratada. Definimos o efeito placebo como o efeito terapêutico não específico, psicológico ou psicofisiológico produzido por um placebo, ou o efeito da melhora espontânea atribuída ao placebo. (p. 12)

Utiliza-se a expressão “efeito placebo” para denominar uma série de condições que não se consegue controlar, como melhora ou cura espontânea, modificações no estado de saúde do paciente independentemente de qualquer ação química ou biológica observável, sentimento subjetivo de melhora (mesmo quando este sentimento não é compartilhado pelo médico), entre outras (Pignarre, 2008). Ainda segundo este autor, a explicação do efeito placebo só é utilizada por médicos e outros profissionais da saúde, pois os pacientes sempre irão procurar uma razão “mais interessante” para sua cura ou melhora que o médico e outros não conseguiram explicar cientificamente.

Estimativas sobre o efeito placebo geralmente derivam de estudos que incluem um grupo-controle com placebo. Em razão da grande variabilidade dos estudos, as reações positivas ao placebo variam de 21% a 58%. As proporções do efeito placebo são menores em estudos duplo-cego, um pouco maiores em estudos monocego, e apresentam os mais altos valores em relatos clínicos não controlados de um tratamento que se acredita ser efetivo (Shapiro & Shapiro, 2000). É preciso considerar que estudos duplo-cego são aqueles em que nem o paciente nem seu médico conhecem o tratamento que esse paciente está recebendo ou irá receber. Um estudo monocego, por sua vez,

é aquele em que somente uma das partes envolvidas (geralmente o paciente) não sabe o tratamento que irá receber.

Existem controvérsias entre os próprios médicos sobre a existência do efeito placebo. Moerman (2002) se pergunta por que isso ocorre, e, para ele, é devido à ligação da medicina com a ciência: “A educação médica é preenchida com ciência.” (p. 13). Esse tipo de educação é extremamente útil para o entendimento de relações de causa, como “antibiótico mata bactéria” ou “fumar pode causar câncer de pulmão”. Quando se passa para assuntos mais sutis, em que um medicamento funciona em um país e em outro não, quando um paciente melhora mesmo recebendo uma droga inerte, quando uma pílula funciona melhor quando é azul do que quando é vermelha, a educação médico-científica pode não ajudar muito a entender esses acontecimentos.

Apesar de não se conhecer o porquê da ocorrência do efeito placebo e seus mecanismos, algumas explicações são dadas para o efeito positivo desses medicamentos “inertes”. Estas explicações estão relacionadas principalmente a fatores biológicos, como, por exemplo, o caso da dor: placebos diminuem a sensação de dor por aumentarem os opioides endógenos. No caso da depressão, o efeito do placebo seria devido a um efeito benéfico sobre os neurotransmissores (Shapiro & Shapiro, 2000). Outra hipótese bastante atraente está relacionada ao papel das endorfinas na resposta positiva ao placebo. Para Morris (2000), a questão em voga na ciência hoje não é saber se os placebos funcionam - pois é praticamente consenso que eles realmente geram uma resposta -, e sim, saber como eles funcionam.

Assim, o objetivo principal desse trabalho é conhecer a relação entre efeito placebo e o metilfenidato (Ritalina[®]), um fármaco utilizado no tratamento do Transtorno de déficit de atenção com hiperatividade (TDAH), por meio do conceito de resposta de significado de Daniel Moerman (2002), nossa base teórica de análise. Analisamos artigos coletados a partir da base de dados Pubmed, entre os anos de 2000 e 2010, que comparavam os efeitos do metilfenidato com placebo. As palavras-chave utilizadas foram

methylphenidate e *placebo*. Do total de artigos encontrados (502), cinco foram selecionados para fazerem parte desta discussão, pelas seguintes razões: 1) seus objetivos eram comparar os efeitos entre metilfenidato e placebo; 2) a metodologia e os resultados eram claros; e 3) os artigos eram ensaios clínicos.

Na sequência apresentaremos os principais resultados de nossa análise, que está organizada em subseções para melhor compreensão do texto. A primeira subseção a seguir discutirá os estudos clínicos que envolvem o metilfenidato e sua comparação com placebo. Na subseção seguinte será abordado brevemente o conceito de resposta do significado; por fim, o objetivo da terceira subseção é apresentar o exemplo do TDAH e do metilfenidato na perspectiva desse conceito. Consideramos essa abordagem extremamente interessante, pois amplia a noção comumente associada à resposta gerada pelo uso de substâncias inertes (ou placebos). Isso quer dizer que é possível, por meio da ideia de resposta de significado, incluir também outros tipos de interação entre tratamento/diagnóstico e a pessoa tratada, tais como o efeito nocebo e o efeito terapêutico que o próprio diagnóstico pode apresentar.

O METILFENIDATO SOB OUTRO OLHAR

Estudos sobre o metilfenidato frente ao placebo

O fármaco metilfenidato, um estimulante do sistema nervoso central (SNC) com estrutura similar à das anfetaminas, é comercializado no Brasil sob as marcas comerciais Ritalina® e Concerta®. É considerado o tratamento de primeira escolha e o mais utilizado em casos de transtorno de déficit de atenção com hiperatividade (TDAH) desde o início de sua comercialização, no final dos anos de 1950 (Vierhile, Robb & Ryan-Krause, 2009).

Acredita-se que o metilfenidato estimule várias regiões do sistema nervoso central, causando uma ativação do córtex e aumento do nível de alerta. Algumas explicações para essa ação de ativação são: inibição da recaptção da dopamina e da noradrenalina, aumentando a concentração desses neurotransmissores na fenda sináptica; liberação de dopamina nos neurônios pré-sinápticos (Faraone & Buitelaar, 2010); e bloqueio da enzima MAO (monoaminoxidase) (Cordioli, 2005); porém, de

acordo com Ortega et al. (2010), existe pouca discussão nos periódicos médicos sobre a forma de o metilfenidato exercer sua ação. Esse fato revela certa incerteza, ou até desconhecimento quanto a esse mecanismo de ação.

Os efeitos considerados terapêuticos, devidos aos estimulantes, incluem redução da hiperatividade, da impulsividade e da falta de atenção e aumento de comportamentos relacionados, como manutenção do foco em uma tarefa, o desempenho acadêmico e escolar e as relações sociais (Faraone & Buitelaar, 2010).

Os primeiros efeitos dos estimulantes em crianças foram relatados em 1937 pelo psiquiatra Charles Bradley. Ele testou um fármaco chamado benzedrina, uma forma racêmica da anfetamina, em trinta crianças com “doenças do comportamento” suficientemente severas para justificar uma hospitalização (Bradley, 1937). Aqui é preciso esclarecer que forma ou mistura racêmica é uma mistura de dois enantiômeros, em quantidades iguais, de uma molécula quiral. Em outras palavras, é um composto formado por duas moléculas de formas moleculares iguais, porém assimétricas, como se uma fosse a imagem especular da outra (formas racêmicas). Voltando ao assunto anterior, Bradley (1937) relatou que, após receberem a benzedrina, catorze crianças obtiveram boa resposta, com melhoras nas tarefas escolares, que apareceram, segundo ele, já no primeiro dia em que a benzedrina foi administrada. Logo depois, Bradley e outros autores publicaram relatos clínicos de crianças com sintomas parecidos com os do TDAH, que tiveram uma melhora do quadro durante o tratamento com anfetaminas (Findling, 2008).

O metilfenidato foi sintetizado em 1944 por um químico chamado Leandro Panizzon, da empresa Ciba. A substância foi testada no próprio pesquisador e em sua esposa, Margarita, ou Rita. Foi registrado um efeito estimulante e Rita passou a utilizá-la com regularidade antes de jogar tênis. A princípio, o metilfenidato foi utilizado somente por adultos, no tratamento de cansaço intenso, quadros depressivos e episódios de confusão da velhice (Blech, 2005).

Somente nos anos de 1960 é que foram apresentados os resultados, e segundo estes o metilfenidato produzia um efeito considerável em escolares com problemas de aprendizagem (Blech, 2005). Esses relatos iniciais levaram a estudos randomizados controlados, incluindo o

MTA – *Multimodal Treatment Study* (Estudo de Tratamento Multimodal), um ensaio de catorze meses, que avaliou a eficácia e tolerabilidade a longo prazo do metilfenidato em 579 crianças com TDAH. O MTA sugeriu que os benefícios desse medicamento continuaram durante os catorze meses de estudo (MTA, 1999). Foi a partir desses estudos que os *guidelines* de associações de psiquiatria e de pediatria, tanto nacionais quanto estrangeiras, passaram a considerar os estimulantes como o tratamento de primeira escolha em casos de crianças com TDAH (Findling, 2008).

De acordo com Faraone, Spencer, Aleardi, Pagano e Biederman (2004), através de metanálise comparando estudos de metilfenidato no tratamento de adultos com TDAH, o metilfenidato apresenta resultados superiores aos do placebo, tanto que alguns deles relatam até 70% de respostas utilizando doses altas do medicamento; em doses mais baixas (27 mg/dia), houve melhora de 53%; porém os autores não citam os valores das respostas que ocorreram com o uso do placebo.

Em outro estudo, duplo-cego, controlado por placebo, 64% das crianças tiveram melhora com o uso do metilfenidato. Por sua vez, no grupo que recebeu placebo, em 27% das crianças foi considerado ter havido melhora de seus quadros. Os autores chamaram a atenção para o fato de que esses dados são consistentes com as taxas de resposta encontradas em outros estudos clínicos controlados desse tipo (Greenhill, Findling & Swanson, 2002). Segundo esses autores, as taxas de resposta ao placebo, em estudos com o metilfenidato, giram em torno de 4% a 20%. Outros autores afirmam que 30% das crianças com TDAH respondem ao placebo em estudos clínicos randomizados duplo-cego (Sandler & Bodfish, 2008).

Admitindo que a ocorrência da resposta de significado no grupo-teste tenha sido a mesma que no grupo-controle (27%), poderíamos sugerir que apenas 37% das crianças apresentaram resultados positivos pela ação farmacológica do metilfenidato. Isto é, dos 64% que responderam ao tratamento, se 27% responderiam também ao placebo, apenas 37% responderam ao próprio metilfenidato. Talvez essa diferença, nesse estudo em particular, tenha sido até menor, uma vez que foram excluídas do estudo as crianças que não haviam respondido ao metilfenidato no passado (Greenhill et al., 2002).

Além disso, Greenhill et al. (2002) observaram que, durante o período de tratamento, 52% das crianças (perfazendo o total de oitenta crianças) que receberam o metilfenidato relataram pelo menos um efeito adverso do medicamento. O que chama a atenção é a quantidade de crianças que apresentaram efeitos adversos recebendo placebo (38% ou sessenta e uma crianças). Estes dados indicam que o placebo também pode ter resultados negativos no tratamento, ou seja, podem apresentar efeito nocebo.

Pode-se notar, então, que 27% das crianças que receberam placebo apresentaram melhora do quadro, porém 38% delas relataram pelo menos um efeito adverso; já no caso do grupo que recebeu o metilfenidato, 64% apresentaram melhora e apenas 52% relataram algum efeito adverso. Então, nesse caso, proporcionalmente, as crianças que receberam placebo relataram mais efeitos adversos do que as crianças que receberam o metilfenidato.

Ainda em relação ao TDAH, um estudo foi realizado na tentativa de diminuir os efeitos adversos do metilfenidato, por meio da diminuição da dose do estimulante combinado com placebo. Nesse caso, não houve diferença de eficácia do tratamento das crianças que receberam a aplicação de 50% da dose de metilfenidato + placebo, quando comparadas às que receberam dose de 100% de metilfenidato. Por outro lado, foram observados menos efeitos adversos com a utilização do placebo (Sandler & Bodfish, 2008). O resultado, nesse caso, sugere o placebo como uma terapia complementar para diminuir a dose do metilfenidato e, conseqüentemente, seus efeitos adversos.

De acordo com esses mesmos autores (Sandler & Bodfish, 2008), participar de um estudo clínico geralmente traz expectativas positivas em relação ao novo tratamento, que exerce um importante papel no efeito placebo. Na verdade, o simples fato de participar de uma pesquisa pode, por si só, ser terapêutico e levar a uma resposta positiva ao tratamento, caracterizando uma resposta “de significado”.

A resposta de significado

Um medicamento é considerado eficaz quando apresenta uma resposta maior do que a apresentada pelo placebo. Para testar essa resposta, utiliza-se o ensaio clínico randomizado, de preferência duplo-cego, considerado o padrão ouro para testes com medicamentos. Esses

estudos surgiram, segundo Harrington (2002), como uma tentativa da medicina de se proteger contra os efeitos enganadores do placebo. Para Pignarre (2008), os ensaios contra placebo, além do objetivo já conhecido (testar medicamentos), permitem também compreender que é possível curar mesmo não se utilizando os medicamentos considerados eficazes.

Para a realização de um estudo desse tipo, primeiramente faz-se necessário transformar os pacientes em casos e considerá-los semelhantes entre si, sendo possível transformá-los, então, em grupos comparáveis; entretanto, os diferentes casos nunca podem ser totalmente similares, eles não se tornam “clones” e não se pode afirmar que eles possuam capacidades iguais de cura (Pignarre, 2008). Algumas pessoas apresentarão efeito placebo, outras não; algumas responderão bem ao medicamento testado, outras não; algumas apresentarão efeitos adversos, tanto com o medicamento quanto com o placebo, e outras não, e assim por diante.

Pignarre (2008) afirma que são muitas as razões pelas quais as pessoas se sentem melhor após um episódio de doença, e uma delas são os medicamentos. A utilização de uma substância química ou biologicamente ativa é somente uma dessas maneiras, pois outros fatores também influenciam esse processo. Em pessoas saudáveis, grande parte das doenças são autolimitadas, por exemplo. Em outros casos, ocorre o que Moerman (2002) chama de “regressão à média”. A ideia é que doenças crônicas (as que não são autolimitadas por si só) aumentam e diminuem, ou seja, os doentes pioram por um tempo, depois melhoram, depois pioram, e assim por diante. Um dos fatores dessa melhora é a própria consulta médica.

Por essas razões, Moerman (2002) sugere que o placebo não causa o efeito placebo. Placebos são inertes, e ser inerte significa não fazer nada. Se provoca mudanças, não é inerte; porém placebos são inertes e mudanças ocorrem. Só o fato de duas coisas acontecerem simultaneamente não significa que uma cause a outra. O autor sugere uma abordagem diferente para o problema, definindo o que ele chama de resposta de significado (*meaning response*), que são os efeitos psicológicos e fisiológicos do significado do tratamento de uma doença ou de um mal-estar. A resposta de significado está relacionada à prescrição não só de medicamentos inertes, mas também de medicamentos ativos.

Assim, os efeitos clínicos do placebo, e até de outras terapias, não estão relacionados com a hipnose, testes de sugestibilidade ou estudos de laboratório utilizando voluntários, e podem variar num mesmo indivíduo ao longo do tempo. Dessa forma, o estímulo ao placebo e a qualquer outra terapia deve refletir uma terapêutica confiável ao paciente (Shapiro & Shapiro, 2000), o que reforça a ideia de “resposta de significado” de Moerman.

Muito do nosso conhecimento sobre o mundo vem de nossas experiências, e a representação que fazemos do mundo não o retrata como ele realmente é, mesmo porque ninguém tem como saber como o mundo realmente é. Todo conhecimento acontece a partir de uma perspectiva e de contextos específicos. Dessa forma, as coisas que as pessoas sabem e fazem variam muito de uma cultura para outra. A cultura influencia também a forma como experienciamos nossos processos de adoecimento. Os significados das doenças variam de acordo com o lugar e a cultura, mesmo com a importante influência da medicina científica (Moerman, 2002). A doença não é apenas um conjunto de sinais e sintomas físicos que se observa em uma realidade, mas é um conjunto de experiências relacionadas a significados e relações sociais; é um processo subjetivo que depende do contexto sociocultural e da vida pessoal do indivíduo (Langdon, 1994). Como os significados dão forma a vários aspectos de nossa vida, não é surpresa pensar que eles influenciam também a efetividade dos tratamentos médicos (Moerman, 2002).

Moerman (2002) ilustra alguns estudos que exemplificam seu conceito de “resposta de significado”. Um desses estudos é o descrito a seguir: em um estudo para avaliar o melhor tratamento para dor de cabeça, 835 mulheres que utilizavam ácido acetilsalicílico para esse mal foram divididas em quatro grupos, cada um dos quais recebeu um conjunto de comprimidos iguais. O grupo A recebeu placebo com os dizeres “comprimidos de analgésico”. O grupo B recebeu os mesmos placebos, porém com o nome comercial mais popular de ácido acetilsalicílico. O grupo C recebeu ácido acetilsalicílico com os dizeres “comprimidos de analgésico”. O grupo D recebeu ácido acetilsalicílico com o nome comercial mais famoso. De maneira geral, o ácido acetilsalicílico apresentou melhores resultados que os placebos, porém as pessoas do grupo B

(placebo com nome fantasia) relataram maior alívio da dor em comparação com o grupo A, que, por sua vez, também apresentou resultados positivos. Então, para os grupos A e B as pílulas eram inertes, mas tomar uma pílula não foi inerte e o nome fantasia também não foi inerte. O grupo D também apresentou maior redução da dor do que o grupo C, indicando que o nome de fantasia foi importante também nos grupos que receberam o ácido acetilsalicílico. Segundo Moerman, isto é importante, pois indica que não há efeito placebo, já que não havia placebo. Assim como no grupo B, o nome fantasia fez diferença para o grupo D.

Segundo Shapiro e Shapiro (2000), as variações de respostas ao placebo entre estudos são devidas, principalmente, aos estímulos do comprimido (e dos fatores relacionados a ele, como rótulo, embalagem, etc.), aos métodos de administração, à duração do tratamento, ao paciente, ao terapeuta, à situação e a muitos outros fatores, que variam de estudo para estudo. O exemplo acima ilustra muito bem como isso ocorre: o simples fato de receber um medicamento rotulado com seu nome mais conhecido, aquele que se acredita ter um efeito positivo, já é suficiente para gerar uma resposta. Essa resposta, nesse caso, foi devida ao significado que esse nome representa para a melhora e cura da dor de cabeça.

Outro exemplo que podemos citar é o caso dos antidepressivos. Segundo análises de estudos submetidos ao FDA (*Food and Drug Administration*) realizadas por Kirsch (2009), apenas 43% desses estudos mostraram uma eficácia estatisticamente significativa da droga antidepressiva em relação ao placebo. Kirsch indica que aproximadamente 82% das respostas positivas aos antidepressivos são devidas, na realidade, ao efeito placebo, ou à “resposta de significado”. Em outras análises realizadas por esse autor, apenas 25% da melhora obtida com o uso de antidepressivos estavam associados à substância ativa.

Bittencourt (2010), analisando as edições de um livro de farmacologia, encontrou referências ao efeito placebo no caso dos antidepressivos, afirmando que é difícil provar a distinção clínica e estatística entre substância ativa e placebo, principalmente em razão das altas taxas de resposta da substância inerte (entre 30% e 40%). Assim, se fossem levados em conta somente os estudos clínicos controlados contra placebo, os antidepressivos não deveriam ser

utilizados, uma vez que a chance de eles fazerem efeitos é de apenas 30%, além do efeito placebo.

Dessa forma, podemos dizer que a resposta de significado ocorre por causa dos significados que as pessoas dão aos processos de cura. Então, ocorre não só em placebos, mas também quando há substância ativa, conforme se pode observar pelos exemplos anteriores. Reflexões acerca do significado do adoecimento podem nos ajudar a compreender o efeito placebo. Dito de outra forma, as pessoas melhoram por meio do incremento de soluções denominadas placebo; porém também melhoram quando existe princípio ativo na medicação, por exemplo (Moerman, 2002).

O TDAH e o metilfenidato na perspectiva da resposta de significado

Poucos estudos atuais foram encontrados comparando metilfenidato com placebo, principalmente por questões éticas. Pelo fato de ser tido como uma substância inócua, o placebo não pode ser utilizado quando há outros tratamentos disponíveis (Teixeira, 2008). Por outro lado, nem todos os estudos encontrados relatavam as taxas de resposta dos dois tratamentos, desconsiderando a resposta gerada pelo placebo. Em relação aos estudos de eficácia de medicamentos, de uma maneira geral, desde a década de 1980 os laboratórios farmacêuticos estão envolvidos em todos os processos da pesquisa, do planejamento à discussão dos resultados. Esse envolvimento da indústria nos ensaios clínicos faz com que a tendenciosidade de tais estudos seja não apenas possível, mas extremamente provável. Para Angell (2007), “os pesquisadores não controlam mais os ensaios clínicos; os patrocinadores os controlam” (p. 117).

No caso do metilfenidato, foram encontrados alguns estudos que demonstram, a partir da nossa análise, que a resposta de significado em crianças com diagnóstico de TDAH existe, e por essa razão influencia também o tratamento com a substância ativa. Um significado importante que pode estar influenciando nessa resposta é o do próprio diagnóstico.

O indivíduo (principalmente a criança) ter características e sintomas do TDAH altera muito a vida familiar. Alguns autores afirmam que essas famílias vivenciam situações que podem tornar mais difícil o cotidiano como, por exemplo, mais tensões e discussões, barulho constante,

hora das refeições perturbadoras, dificuldades em comer fora de casa (Phelan, 2005), etc.

Assim, o diagnóstico do TDAH pode apresentar uma exculpação para a família e para a própria criança, pois comportamentos que eram tidos como falta de educação ou preguiça se transformaram em sintomas de uma doença. Desta forma, a culpa por esses comportamentos deixa de ser da criança ou da família e passa a ser do cérebro, da doença, podendo esta última ser rapidamente resolvida com a administração de um medicamento (Brzozowski, 2009).

De modo geral, mães e professores de crianças com TDAH acham melhor a criança ser rotulada de doente do que de preguiçosa, pois pelo menos suas atitudes não são devidas a ela mesma, mas ao seu problema. Juntamente com a medicalização dos desvios, tem ocorrido também uma diminuição na responsabilidade atribuída a esses desvios (Conrad & Schneider, 1992). Além disso, para algumas mães de crianças com TDAH, o efeito de melhora após o diagnóstico com TDAH não está no medicamento em si, mas em todas as mudanças que vieram a partir desse diagnóstico (Brzozowski, 2009). Além do medicamento, geralmente várias recomendações são feitas para mudar o entorno da criança com TDAH, como, por exemplo: maior individualização e atenção, tanto na criança quanto na escola; sentar na frente na sala de aula; prova oral; aulas de reforço; alguma companhia para fazer os deveres e outras medidas para melhorar a atenção da criança em seus afazeres.

A resposta de significado se torna evidente quando se pensa nesses exemplos, nos quais o metilfenidato teria um efeito parcial. O significado que o diagnóstico tem para uma família, livrando-a da culpa pelo mau comportamento da criança, além das outras medidas tomadas em seu âmbito social, pode estar surtindo um efeito considerável, talvez até maior do que o do próprio metilfenidato.

Nos exemplos de ensaios clínicos citados anteriormente, não há descrição de mudanças comportamentais dos sujeitos que fazem parte do meio em que esses indivíduos vivem em relação aos indivíduos classificados, então não temos como saber se elas ocorreram ou não. De qualquer maneira, o próprio diagnóstico, por si só, pode gerar mudanças desse tipo, quando classifica o indivíduo e muda o significado que se dá para os seus comportamentos. A resposta

de significado pode estar ocorrendo a partir do próprio diagnóstico.

Ian Hacking (2006) afirma que os indivíduos classificados (por um diagnóstico, por exemplo) interagem com sua classificação, reforçando ou amenizando os efeitos dessa classificação (efeito *feedback* positivo ou negativo, respectivamente). A partir do momento em que tem consciência de sua classificação o indivíduo se modifica, e essa modificação pode também modificar a classificação, movimento que ele chamou de efeito de arco.

Seria de pensar que o efeito de arco só ocorresse em pessoas que tenham consciência de sua classificação; então esse efeito não seria possível em crianças com TDAH, pelo menos as menores. Para Hacking (2006), por sua vez, podem ocorrer efeitos de arco que englobam unidades sociais mais amplas, como a família e também os professores, no caso específico do TDAH. Ao saber do diagnóstico, a família (principalmente a mãe) e os professores modificam suas atitudes para com a criança, fazendo-a também modificar seus comportamentos e a percepção de si mesma, e assim por diante (Brzozowski & Caponi, 2009).

No caso do TDAH em crianças e do uso do metilfenidato, não é somente o significado que a criança dá ao tratamento que influencia o processo da resposta do significado. Como se pode observar, a família representa um papel essencial, e o significado que ela dá ao TDAH e seu tratamento pode também gerar uma resposta positiva a esse tratamento. Para Erving Goffman (2008), os membros dessa família poderiam ser considerados “informados”, pois são as pessoas que sentem os efeitos de um estigma, juntamente com o indivíduo estigmatizado; ou seja, os familiares “informados” vivem como se também fossem classificados como portadores da doença.

Outros estudos com metilfenidato, como o MTA (1999), concluem que o medicamento apresenta resultados superiores em relação à terapia sozinha (no caso, resultado comportamental). Pode ser que isso realmente seja verdadeiro, mas temos que considerar, nesse caso, o significado do medicamento para a sociedade. O medicamento representa a cura, uma resposta rápida a um problema. Além disso, Morris (2000) sugere que a crença de que os médicos entendem da doença dá a muitos pacientes uma expectativa automática de alívio, de forma que a mera aparência de alguém em um jaleco branco – ou alguma outra imagem

cultural potente da medicina – pode produzir um efeito placebo.

Neste sentido, as mães que acatam a opinião e o tratamento médico o fazem por acreditarem e terem confiança no profissional que prescreveu o medicamento. Além disso, há uma expectativa sobre o futuro dessas crianças: para as mães, a criança com TDAH precisa se adequar às normas da sociedade para que possa concorrer nas mesmas condições quando tiver alguma oportunidade (Brzozowski, 2009). Esses são outros fatores que também influenciam o significado atribuído pelas pessoas ao diagnóstico. O tratamento medicamentoso passa a ser o recurso que sacia essa expectativa em relação ao futuro; é por meio do medicamento que o indivíduo pode mudar e ser igual aos demais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante das ideias apresentadas acima, sugerimos que a resposta de significado é um fator importante e considerável nos casos de indivíduos (principalmente crianças) com TDAH que recebem metilfenidato. Essa abordagem permite perceber que as respostas à doença e aos tratamentos vão além da abordagem biomédica tradicional, essencialmente biologicista; elas também estão relacionadas com o significado que é dado aos eventos relacionados à saúde e podem se modificar ao longo do tempo. Isso poderia ser levado em conta quando da prescrição e acompanhamento por um profissional da saúde, que geralmente não considera essas outras questões.

Em nosso caso, a partir de alguns dados da literatura sobre resultados de placebo *versus* metilfenidato, observamos que é possível pensar na existência de uma resposta de significado, tal como propõe Moerman, em casos de pessoas que tomam esse medicamento; porém, mais do que isso, podemos extrapolar essa resposta para além do tratamento medicamentoso e afirmar que o próprio diagnóstico do TDAH pode gerar uma resposta de significado, quando este é encarado como uma forma de alívio e esperança para os “problemas comportamentais”.

REFERÊNCIAS

- Angell, M. (2007). *A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos: como somos enganados e o que podemos fazer a respeito*. Rio de Janeiro: Record.
- Bittencourt, S. C. (2010). *A “bíblia da farmacologia” e os antidepressivos: análise dos livros-texto “Goodman e Gilman – As bases farmacológicas da terapêutica” de 1941 a 2006*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina.
- Blech, J. (2005). *Los inventores de enfermedades: cómo nos convierten en pacientes*. Barcelona, Espanha: Destino.
- Bradley, C. (1937). The behavior of children receiving benzedrine. *The American Journal of Psychiatry*, 94, 577-85.
- Brzozowski, F. S. & Caponi, S. (2009). Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade: classificação e classificados. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 19(4), 1165-87.
- Brzozowski, F. S. (2009). *Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade: medicalização, classificação e controle dos desvios*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina.
- Conrad, P. & Schneider, J. W. (1992). *Deviance and medicalization: from badness to sickness*. Philadelphia: Temple University Press.
- Cordioli, A. V. (2005). *Psicofármacos: consulta rápida*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed.
- Faraone, S. V. & Buitelaar, J. (2010). Comparing the efficacy of stimulants for ADHD in children and adolescents using meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19, 353-64.
- Faraone, S. V., Spencer, T., Aleardi, M., Pagano, C. & Biederman, J. (2004). Meta-Analysis of the efficacy of methylphenidate for treating adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 24(1), 24-9.
- Findling, R. L. (2008). Evolution of the treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in children: a review. *Clinical Therapeutics*, 30(5), 942-57.
- Goffman, E. (2008). *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC.
- Greenhill, L. L., Findling, R. L. & Swanson, J. M. (2002). A double-blind, placebo-controlled study of modified-release methylphenidate in children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Pediatrics*, 109(3), E39.
- Hacking, I. (2006). O autismo: o nome, o conhecimento, as instituições, os autistas - e suas interações. In M. Russo & S. Caponi (Org.), *Estudos de filosofia e história das ciências biomédicas* (pp. 305-20). São Paulo: Discurso Editorial.
- Harrington, A. (2002). “Seeing” the placebo effect: historical legacies and present opportunities. In H. A. Guess, A. Kleinman, J. W. Kusek & L. W. Engel (Org.), *The science of the placebo: toward an interdisciplinary research agenda* (pp. 35-52). London: BMJ Books.
- Kirsch, I. (2009). Antidepressants and the placebo response. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 18(4), 318-22.
- Langdon, E. J. (1994). Breve Histórico da Antropologia de Saúde. In A Negociação do Oculto: Xamanismo, Família e Medicina entre os Siona no Contexto Pluri-Étnico.

- Trabalho apresentado para o Concurso de Professor Titular na UFSC* (pp. 3-15).
- Moerman, D. E. (2002). *Meaning, medicine and the 'placebo effect'*. Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press.
- Morris, D. B. (2000). Placebo, pain, and belief: a biocultural model. In A. Harrington (Org.), *The placebo effect: an interdisciplinary exploration* (pp. 187-207). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- MTA, The MTA Cooperative Group. (1999). A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56, 1073-86.
- Ortega, F., Barros, D., Caliman, L., Itaborahy, C., Junqueira, L. & Ferreira, C. P. (2010). A ritalina no Brasil: produções, discursos e práticas. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 14(34), 499-510.
- Phelan, T. W. (2005). *TDA/TDAH: Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade*. São Paulo: M Books do Brasil Ltda.
- Pignarre, P. (2008). O efeito placebo não existe! *Le site de Philippe Pignarre*. Recuperado em 15 maio, de 2010, de <http://www.pignarre.com/article.php?article=54>.
- Sandler, A. D. & Bodfish, J. W. (2008). Open-label use of placebos in the treatment of ADHD: a pilot study. *Child: Care, Health and Development*, 34(1), 104-10.
- Shapiro, A. K. & Shapiro, E. (2000). The placebo: is it much ado about nothing? In A. Harrington (Org.), *The placebo effect: an interdisciplinary exploration* (pp. 12-36). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Teixeira, M. (2008). Placebo, um mal-estar para a medicina: notícias recentes. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 11(4), 653-60.
- Vierhile, A., Tobb, A. & Ryan-Krause, P. (2009). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents: Closing Diagnostic, Communication, and Treatment Gaps. *Journal of Pediatric Health Care*, 23, S5-S21.

Recebido em 03/10/2012
Aceito em 10/10/2013

Fabiola Stolf Brzozowski: doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, bolsista de doutorado pela CAPES.

Eliana Elisabeth Diehl: Departamento de Ciências Farmacêuticas, Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica.