
AS CONTROVÉRSIAS SÓCIO-HISTÓRICAS DAS PRÁTICAS FARMACOLÓGICAS COM O METILFENIDATO
LAS CONTROVERSIAS SOCIO-HISTÓRICAS DE LAS PRÁCTICAS FARMACOLÓGICAS CON METILFENIDATO
THE SOCIO-HISTORICAL CONTROVERSIES IN PHARMACOLOGICAL PRACTICES WITH METHYLPHENIDATE

<http://dx.doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29i163163>

Nathalia Domitrovic e Luciana Vieira Caliman

Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória/ES, Brasil

RESUMO

O metilfenidato, principal substância utilizada no tratamento farmacológico do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), é atualmente o psicoestimulante mais consumido no mundo e assunto constante na mídia e nas produções científicas em Psicologia e Psiquiatria. Neste artigo, discutimos alguns elementos do discurso científico sobre esse medicamento, nos servindo de elementos históricos, ricos em controvérsias, para propor sua emergência como problema, conforme indica Foucault. Assim, analisamos a diversidade de sentidos e práticas que envolvem o tema, desde a síntese das primeiras anfetaminas em laboratório, no início do século XX, até o momento atual, em que o metilfenidato é reconhecido como principal via de tratamento do TDAH, alcançando altíssimas taxas de consumo ao redor do planeta. Por fim, são apontadas algumas questões pertinentes ao contexto brasileiro, principalmente no que se refere às políticas públicas de saúde.

Palavras-chave: metilfenidato; TDAH; medicalização.

RESUMEN

El metilfenidato, la principal sustancia usada en el tratamiento farmacológico del Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), es actualmente el psicoestimulante más consumido en el mundo y tema constante en los medios de comunicación y en la producción científica de psicología y psiquiatria. En este artículo, se discuten algunos elementos del discurso científico sobre este producto, utilizándose elementos históricos, ricos en controversia, para proponer su emergencia como un problema, como indicado por Foucault. De este modo, se analiza la diversidad de significados y prácticas que implican el tema, desde la síntesis de las primeras anfetaminas en laboratorio, a principios del siglo XX, hasta el momento presente, donde el metilfenidato es reconocido como el principal medio de tratamiento del TDAH, alcanzando tasas de consumo extremadamente altas en todo el mundo. Por último, señalamos algunas cuestiones relacionadas con el contexto brasileño, especialmente con respecto a las políticas de salud pública

Palabras clave: metilfenidato; TDAH; medicalización.

ABSTRACT

Methylphenidate, the main substance used in the pharmacological treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), is currently the most consumed psychostimulant in the world and a constant matter in media and scientific production in psychology and psychiatry studies. In this article, we discuss some scientific discourse elements about this medicine by using historical elements that are rich in controversies, in order to propose their emergence as a problem, as Foucault indicates. Thus, we have analysed the diversity of meanings and practices involving this issue, from the production of the first amphetamines in laboratory in the early twentieth century to the present days, in which methylphenidate is recognized as the first choice of treatment for ADHD, reaching extremely high consumption rates around the planet. Finally, some relevant questions about the Brazilian context are pointed out, especially concerning public health policies.

Keywords: methylphenidate; ADHD; medicalization.

Introdução

O metilfenidato, principal substância utilizada no tratamento farmacológico do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), é atualmente o psicoestimulante mais consumido no mundo (ONU, 2011). Seu volume de produção atingiu, no ano de 2010, a marca de 43 toneladas – um valor mais que vinte vezes maior que a taxa de produção registrada em 1990 –, sendo responsável por 56% do volume total de estimulantes produzidos no planeta para fins medicamentosos. Nos EUA, o maior consumidor desse psicoestimulante, sua produção teve um aumento de seis vezes entre os anos 1990 e 2005 (Myers, 2007).

O Brasil acompanha a tendência mundial de crescimento do consumo desse medicamento. Em agosto de 2014, explodiu na mídia nacional a assustadora notícia de que o consumo do metilfenidato teria aumentado 775% em dez anos no país (CRF-SP, 2014). Ainda, segundo relatório da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa, 2012), o gasto estimado das famílias brasileiras com o medicamento foi de R\$ 28,5 milhões em 2011, o que equivale a um valor de R\$ 778,75 por cada mil crianças com idade entre seis e 16 anos.

A emergência de dados tão impressionantes sobre a produção e consumo do metilfenidato torna urgente a análise das controvérsias sociais, históricas e científicas em torno desse medicamento e de seus usos. Para tanto, neste artigo, elegemos o filósofo Michel Foucault como intercessor, o qual nos instrumentaliza para analisarmos o objeto em tela não como essência a ser descoberta, mas como resultado provisório de um entrecruzamento de forças, “múltiplas objetivações de práticas heterogêneas” (Lemos & Cardoso-Junior, 2009, p. 355). Para Foucault, nem mesmo os sujeitos possuem uma essência, pois são também produzidos no encontro de vetores, então chamados de vetores de subjetivação (Deleuze, 1996). Assim, são muitas as práticas que atuam como vetores na produção de subjetividades e objetos-medicamentos em relação: a pesquisa e desenvolvimento de fármacos; o mercado global e a lucrativa indústria farmacêutica; as estratégias de propaganda e as influências da mídia; as políticas e práticas de saúde envolvendo desde a regulamentação de medicamentos à sua prescrição e dispensação; as incorporações e apropriações de tais práticas na vida dos médicos, farmacêuticos, demais profissionais da saúde, usuários e familiares, entre outros aspectos. A este amplo conjunto de práticas, que a um só tempo se fazem presentes no encontro entre medicamentos e sujeitos e atuam na produção de ambos, denominamos práticas farmacológicas.

Neste artigo, analisaremos as práticas farmacológicas que atravessam o consumo do metilfenidato, nos debruçando sobre as seguintes questões: como e quando tal substância emerge na história como um problema e uma controvérsia sociotécnica? Como ele foi, é, tem sido visto, usado e reinventado? Como um olhar ampliado sobre sua emergência pode nos auxiliar a construir um posicionamento engajado e crítico frente ao seu crescente consumo? Para o encerramento deste, traremos algumas questões pertinentes ao cenário brasileiro e às políticas públicas de saúde, que consideramos fundamentais.

Para tanto, analisaremos alguns elementos do discurso científico sobre o metilfenidato, nos servindo também da análise de sua história e de sua emergência como problema. Nos propomos a fazê-lo, como nos indica Foucault (2003), tomando a história para a análise de um problema atual, visando a destrinchar os processos que participam de sua emergência.

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

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

Partimos, portanto, da ideia de que tanto o TDAH quanto os usos do metilfenidato foram e são continuamente construídos por práticas, as quais nos interessa analisar e interrogar, questionando os postulados instituídos que ganham o estatuto de verdade no campo social (Lemos & Cardoso-Junior, 2009). Assim, nos interessa analisar o uso do metilfenidato ao longo da história, buscando ampliar a percepção quanto aos sentidos e práticas que o atravessam no cenário atual.

Metilfenidato: uma breve apresentação

O metilfenidato é uma substância derivada da anfetamina, cuja principal aplicação, atualmente, reside no tratamento do TDAH e da Narcolepsia (Ritalina, s.d.). É o princípio ativo do medicamento

Ritalina, produzido e comercializado mundialmente pelo laboratório Novartis Biociências. Atualmente, a substância é também comercializada pelo laboratório Janssen Cilag, sob o nome comercial *Concerta*, menos consumido no Brasil do que a *Ritalina*.

A substância é descrita pela empresa que a comercializa como um “fraco estimulante do sistema nervoso central” (*Ritalina*, s.d.). Entre os efeitos adversos mais comumente relatados estão a insônia, crises nervosas, hipertensão, dores de cabeça, alterações de apetite e taquicardia (Myers, 2007). O mecanismo de ação da substância no organismo ou, mais especificamente, no cérebro, não está completamente elucidado (Myers, 2007; *Ritalina*, s.d.). Algumas hipóteses associam seus efeitos estimulantes à ação sobre a dopamina no núcleo estriado do cérebro, aumentando sua concentração sináptica na região, ou, ainda, em certa atuação no sistema noradrenérgico (Genro, 2008; Myers, 2007). No entanto, não há consenso ou comprovação definitiva, e as incertezas sobre seu funcionamento no sistema nervoso central continuam a existir (Genro, 2008; *Ritalina*, s.d.).

Assim como o mecanismo físico-químico do metilfenidato, as bases biológicas específicas do comportamento associado ao TDAH não foram definitivamente comprovadas (Genro, 2008; Myers, 2007; *Ritalina*, s.d.). Dessa forma, torna-se necessário pontuar que a indicação do metilfenidato para o tratamento desse transtorno não se fundamenta em um total conhecimento de sua ação no organismo, de suposto restabelecimento de um equilíbrio bioquímico padrão. Se o metilfenidato é hoje considerado como medicação de primeira escolha para o tratamento do TDAH, isso se deve fundamentalmente pela observação clínica de alguns de seus efeitos, como a redução da desatenção, hiperatividade e/ou impulsividade (Genro, 2008) e, sobretudo, ao longo processo que, historicamente, atrelou significativamente medicamento e transtorno (Caliman, 2006).

Diante disso, nos perguntamos quais processos levaram o *metilfenidato* a se constituir como um medicamento tão consumido a ponto de chamar a atenção das autoridades sanitárias nacionais e internacionais tais como a Anvisa (2012) e a ONU (2011), mobilizando tanto furor na mídia.

Segundo a socióloga Dupanloup, isso se deve em parte a certo “sucesso médico”, baseado na eficácia de ação contra os sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade, mas fundamentalmente se apoia em um sucesso de outra ordem, que atravessa esferas simbólicas, práticas, políticas e econômicas (Dupanloup, 2001).

Partindo do sentido deleuziano de subjetividade, como um processo, produção incessante que inclui em si traços considerados econômicos, políticos, desejantes, entre outros (Barros, 2003), nos interessa tomar as práticas farmacológicas como fatores que interferem nos modos de viver. Insta frisar que tal movimento não ocorre no sentido de um absoluto assujeitamento, pois inclui também a apropriação ativa do medicamento como objeto de desejo e produtor de sentidos.

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

Como afirma Caliman (2006), o uso de dados históricos tornou-se bastante comum na produção acadêmica e científica sobre o TDAH e o metilfenidato. Muitos dos textos que favorecem o tratamento medicamentoso do transtorno se valem de breves notas históricas sobre nomenclaturas anteriores do diagnóstico ou experiências passadas “bem sucedidas” de administração de psicoestimulantes para o tratamento de distúrbios infantis (Rohde & Halpern, 2004). Essas referências são, em geral, utilizadas para conferir confiabilidade e afirmar a tradição no uso desse medicamento, e sugerem que tal percurso histórico pode facilmente ser traduzido em uma narrativa linear, consensual, progressiva e não contestável de seus fatos.

Tal uso da História como uma memória (Foucault, 1979) apaziguada e despida das controvérsias morais, sociais, políticas, econômicas, científicas que a constituem contribui para a construção de uma imagem monolítica do fenômeno TDAH/metilfenidato, estabilizando sentidos instituídos, tais como as teses que afirmam o TDAH como um fato biológico *apenas* (Caliman, 2010), que deve ser, necessariamente, tratado com a terapêutica medicamentosa. É como se à história coubesse unicamente a tarefa de narrar o progresso científico, furtando-se de interrogá-lo e expor as controvérsias inerentes a sua constituição (Schlosser & Ninneman, 2012).

Dupanloup (2001) aponta que as produções científicas que se valem de exemplos de tratamentos “bem sucedidos” de cerca de sessenta anos atrás

para atestarem a antiguidade e segurança do uso do metilfenidato pecam por anacronismo. Tanto o metilfenidato quanto os distúrbios e demandas para os quais ele era empregado não possuíam, na época, os mesmos significados e valores culturais que possuem hoje. O tratamento de crianças com distúrbios comportamentais com metilfenidato no fim dos anos 50, por exemplo, era ainda de ordem experimental e reservado aos casos graves – em geral, crianças institucionalizadas –, realidade muito diferente da atual.

Assim, trataremos neste artigo a análise de alguns aspectos históricos, iniciando pelas primeiras anfetaminas, “as ancestrais” do metilfenidato, que passaram a ser sintetizadas no início dos anos 30.

As primeiras anfetaminas e o tratamento com psicoestimulantes

Anos após a descoberta da adrenalina, realizada em 1901, foram feitas experiências de síntese de novas substâncias, dela derivadas: as anfetaminas. A efetividade dessas novas moléculas artificiais foi logo reconhecida no tratamento da narcolepsia e da depressão (Dupanloup, 2004).

Nos final dos anos 30, as anfetaminas – também conhecidas como aminas de vigília ou psicoestimulantes – já eram largamente aceitas e utilizadas nos EUA. O sucesso de alguns de seus efeitos desejáveis, como a diminuição de apetite, estimulação da atividade intelectual e supressão da fadiga fizeram seu uso se expandir rapidamente, sendo inclusive empregadas pelas forças armadas americanas no início da Segunda Guerra Mundial. Nos anos 40, o uso das anfetaminas tornou-se comum também entre os esportistas, como emagrecedores e suplementos (Dupanloup, 2004).

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

Assuntos que envolvem anfetaminas se tornaram alvo constante da mídia, evidenciando a disputa de sentidos que se forma em torno de seu uso: ora destacam-se seus benefícios, ora seus riscos. Em sua tese, Dupanloup (2004) descreve tais movimentos ambivalentes, trazendo como exemplo a diminuição

do uso das anfetaminas para o emagrecimento, a partir dos anos 40 nos EUA. A autora explica que o fenômeno nasce principalmente de certa repressão moral, condizente com uma cultura na qual o esforço pessoal é muito valorizado. Portanto, o “sucesso” de um medicamento não se deve unicamente a seu efeito químico, pois é também determinado pela interação das conjunturas morais, sociais, políticas e culturais em jogo (Dupanloup, 2004; Schlosser & Ninneman, 2012).

Apesar disso, no início dos anos 50 havia se instalado nos EUA certa “tradição do psicoestimulante”, que não encontrava paralelo na Europa, onde as críticas e tabus a respeito de seu uso eram (e continuam sendo) mais fortes. Nesse mesmo período, outros medicamentos psiquiátricos ganhavam também destaque no mercado – tais como o antipsicótico clorpromazina e os antidepressivos IMAO –, provocando uma verdadeira revolução na clínica psiquiátrica. Por um lado, constituíram-se como dispositivos que auxiliaram na abertura dos asilos, uma vez que foram uma ferramenta eficaz no controle dos impulsos violentos e/ou indesejáveis dos pacientes institucionalizados adultos, possibilitando, em conjunto com outras estratégias terapêuticas, sua inserção social. O mesmo não se pode dizer, entretanto, da psiquiatria infantil, cuja prática não incluía, ainda, o uso de medicamentos psiquiátricos. Segundo Dupanloup (2004), isso se deve, em grande parte, pelo fato de que o sofrimento psíquico infantil era pouco aceito e estudado na época, pois os desvios mentais em crianças eram, em geral, considerados inatos e incuráveis.

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

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

As primeiras experiências de tratamento de crianças com psicoestimulantes são atribuídas ao pediatra americano Charles Bradley, cujo nome

é frequentemente citado nos artigos e trabalhos científicos sobre a Ritalina que trazem algum conteúdo histórico (Caliman, 2010; Dupanloup, 2004; Pastura & Mattos, 2004; Singh, 2002).

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

Inicialmente, a bezenderina estava sendo testada por Bradley para aliviar os efeitos secundários de um exame cerebral, a pneumoencefalografia¹ (Dupanloup, 2004). Bradley começou a perceber uma melhora na performance escolar das crianças submetidas ao tratamento, que passaram a apresentar uma motivação “além da usual” para trabalhar, assim como um melhor desempenho nas tarefas de leitura e cálculos. Observou, ainda, alterações emocionais, descrevendo que as crianças se apresentavam “mais plácidas e flexíveis” (Bradley, citado por Singh, 2002, p. 588).

Apesar dos efeitos relatados, a falta de tradição da terapia medicamentosa de crianças com distúrbios mentais não foi tão facilmente superada, e os experimentos do Dr. Bradley com a Benzedrina não tiveram prosseguimento imediato. Assim, embora os ensaios clínicos de Bradley sejam constantemente citados, sobretudo nos discursos de promoção do uso do metilfenidato, para se datar o início da administração de anfetaminas em crianças, é importante frisar que essa foi uma experiência isolada e pontual, que abrangia quadros patológicos bastante diversos do atual diagnóstico de TDAH.

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

A descoberta do Metilfenidato e o início de sua comercialização

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

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

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

Além disso, haja vista a popularidade que a psicanálise ainda gozava no país, muitos dos anúncios estadunidenses representavam a Ritalina como uma “ajudante na psicoterapia” que teria a propriedade de

“ajudar os pacientes psiquiátricos a falar” (Dupanloup, 2004, p. 136). Nessa época era também comercializada na forma injetável, que foi retirada do mercado muito rapidamente. Segundo Singh (2007), os motivos dessa rápida suspensão permanecem obscuros, mas especula-se sobre a probabilidade de seu potencial uso abusivo, não somente por parte dos pacientes, como também pelos médicos.

Fica claro, portanto, que o metilfenidato não foi originalmente destinado ao tratamento de crianças com distúrbios de comportamento, como alguns artigos científicos levam a crer quando remetem as suas origens às pesquisas de Bradley. De forma semelhante ao caso dos antipsicóticos, sua invenção não é o resultado de uma pesquisa focada no tratamento para uma patologia específica: seus diversos usos e indicações são definidas e redefinidas continuamente, e seus efeitos e mecanismos de ação vêm sendo descobertos ao longo do tempo.

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

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

Em 1966, o Serviço de Saúde Pública dos EUA publicou um guia diagnóstico da disfunção cerebral mínima (DCM), em cuja revisão bibliográfica o diagnóstico foi associado a 38 termos diferentes, incluindo síndrome de hiperatividade e hiperinesia. Foi o início de uma ampla ação que visava, por meio de vídeos, cartilhas e panfletos, a “educar” os

médicos e a população em geral sobre a natureza da disfunção, sobre como reconhecê-la, avaliá-la e tratá-la, apontando como primeira alternativa terapêutica o uso de psicoestimulantes. É nesse cenário que o público-alvo da Ritalina começou a se transformar. Antes vendida principalmente para uma população envelhecida e cansada, passa a ser fundamentalmente associada à hiperatividade jovem, de forma que, nos anos 70, a grande maioria dos anúncios americanos apresentava a Ritalina como “o tratamento para DCM” (Singh, 2007).

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

Nos anos 80, a publicação do DSM III pela Associação Americana de Psiquiatria² (APA) oficializou a direção assumida pela psiquiatria da época. A nova versão do manual, que então viria a ser conhecido como “Bíblia da Psiquiatria”, excluía praticamente todos os termos que tivessem alguma relação com teorias psicodinâmicas, afirmando se pautar em um “empirismo puro”, por se pretender descritivo e atóxico. Seu objetivo, presente também na então nova Classificação Internacional de Doenças³ (CID 10), era diagnosticar doenças mentais fundamentalmente por observações objetivas dos comportamentos (Rodrigues, 2003). Embora o DSM III não trouxesse em seu conteúdo a indicação expressa de qualquer tipo de tratamento, Pereira (2009) afirma que o fortalecimento da abordagem biológica das disfunções mentais promovida a partir da sua publicação trouxe como consequência o incentivo à medicamentação, na medida em que aumentou o número de casos com etiologia neurobiológica e, portanto, considerados passíveis de serem tratados com fármacos. A articulação entre supostos transtornos de base biológica e o tratamento medicamentoso se fortalecia.

Assim, é no contexto de elaboração do DSM III e da biologização da psiquiatria que o diagnóstico da Desordem do Déficit de Atenção (DDA) surgiu como uma categoria psiquiátrica (Caliman, 2006; Pereira,

2009) e que, conseqüentemente, o metilfenidato passou a se estabelecer cada vez mais como seu tratamento de primeira linha (Dupanloup, 2004).

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

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

A nomenclatura de Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade surgiu pela primeira vez com o lançamento do DSM IV, em 1994 (Caliman, 2006; Pereira, 2009). Segundo ele, o diagnóstico poderia se apresentar em três subtipos: o predominantemente desatento, o predominantemente hiperativo e o combinado, que indicava a presença de sintomas tanto de desatenção quanto de hiperatividade. Segundo Caliman (2006) é nos anos 90 que o mundo presenciou a primeira explosão publicitária sobre o TDAH e o metilfenidato, consagrando esse como o medicamento mais conhecido e utilizado no tratamento do transtorno. Foi também nessa época que o transtorno passou a ser reconhecido como uma doença crônica e incurável, e o debate sobre os direitos da criança TDAH, como o requerimento de serviços educacionais especiais, passou a conquistar mais espaço, através da criação das Associações de pais de crianças com TDAH e de profissionais especialistas em TDAH. Tais movimentos não tiveram a mesma força, por exemplo, na maior parte dos países europeus (Dupanloup, 2004), embora tenham ganhado eco anos mais tarde no Brasil, como veremos mais à frente.

Os anos 2000 foram marcados pela expansão do grupo de indivíduos “diagnosticáveis”, assim como o aumento do consumo de metilfenidato em várias regiões do mundo. Um levantamento realizado pelo *US Centers for Disease Control* entre 2004 e 2005 estimou que aproximadamente 4.600.000 (8,4%) das

crianças americanas, entre 6 a 17 anos, em algum momento de suas vidas, receberam o diagnóstico de TDAH. Entre elas, 59% estão fazendo uso de algum medicamento. O relatório ainda indica que tem crescido o número de pré-escolares sob medicação, principalmente nos EUA, onde 0,44% desses já estão recebendo tratamento medicamentoso, em comparação com os 0,02% de pré-escolares alemães, 0,05% dos pré-escolares nos Países Baixos e 0% no Reino Unido (Parens & Johnston, 2009). Entre a população adulta, o TDAH vem também ganhando destaque: a prevalência do transtorno em 4% em maiores de idade nos EUA levou ao reconhecimento oficial do TDAH como um dos problemas mais graves e importantes da saúde pública americana (Caliman, 2006).

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

Os critérios mais recentes para o diagnóstico do transtorno surgiram com a publicação do DSM V, em maio de 2013. Essa versão da chamada “Bíblia da Psiquiatria” tem sido alvo de intensas críticas, principalmente no que se refere à abertura dos critérios diagnósticos e à ampliação do número de nosologias. Em relação ao TDAH, o DSM V traz algumas alterações bastante relevantes, como a inclusão de critérios para o diagnóstico em adultos⁴ e a classificação do quadro em três intensidades, de acordo com o grau de comprometimento que os sintomas causam na vida do indivíduo: leve, moderado e grave Associação Brasileira de Déficit de Atenção (ABDA, 2013). Entre as mudanças mais polêmicas, podemos citar a abertura para a comorbidade entre o TDAH e o Transtorno do Espectro Autista e o aumento da idade mínima na qual o paciente apresentou os primeiros sintomas para que o diagnóstico possa ser efetuado, indo de 07 (DSM IV) para 12 anos (Araujo & Lotufo-Neto, 2013).

Atualmente, a popularidade do TDAH é tamanha que esse é considerado por alguns como o distúrbio

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

Considerações finais

Quais desafios o metilfenidato coloca para o cenário brasileiro?

A comercialização do metilfenidato no Brasil teve início em 1998, quando a Ritalina foi inserida no mercado nacional. Quatro anos mais tarde, em 2002, o Concerta entra também em circulação no país. Apesar da entrada recente do psicoestimulante no seu mercado, datando menos de 20 anos, o Brasil já vem registrando altas preocupantes no consumo do mesmo (ANVISA, 2012).

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

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

Vale frisar, ainda, que, no contexto brasileiro, os debates acerca do TDAH e do metilfenidato incluem

as políticas públicas de saúde como um aspecto de grande importância, seja no posicionamento da Política de Saúde Mental em relação ao Diagnóstico, seja na constante problematização da dispensa do medicamento à população via Sistema Único de Saúde – SUS.

Para citar um exemplo dos pontos de tensão desse debate, apontamos a criação do Projeto de Lei nº 7081 de 2010, voltado para a “garantia” de direitos específicos a portadores de TDAH e Dislexia, o qual tramita no Congresso Nacional já há seis anos entre acaloradas discussões. Outro marco importante e recente foi a renovação do protocolo de dispensação do metilfenidato pela prefeitura de São Paulo, em meados de 2014, como estratégia de enfrentamento às altas taxas de prescrição desse medicamento no Município (Domitrovic, 2014). Ambos são exemplos, entre outros acontecimentos, de elementos que vêm alimentando um verdadeiro duelo de titãs, que envolve nomes de peso tais como a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), a Associação Brasileira do Déficit de Atenção e Hiperatividade (ABDA), a Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME), o Conselho Federal de Psicologia (CFP), o Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade, entre outros.

Nos debates então travados, fica também bastante evidente, como buscamos demonstrar ao longo deste artigo, que os dados a cerca do metilfenidato não se constituem como “evidências” fechadas que necessariamente apontam em determinada direção. A intensa discordância no meio acadêmico e científico é uma expressão bastante clara de que é possível, por outro lado, tomar dados como “problemas”, parte de uma multiplicidade historicamente construída e constantemente refeita e transformada no arranjo dos acontecimentos.

Quando se inclui neste bojo a gestão de políticas de saúde, consideramos que a sustentação deste debate se faz fundamental, pois assim se garante seu caráter legitimamente público. Analisar os processos que sustentam a emergência de uma questão tão pujante no âmbito da saúde mental de crianças e adolescentes quanto o TDAH e seu tratamento é fundamental para que nos posicionemos criticamente. Cabe considerar quais efeitos queremos fortalecer ao abordarmos a questão do TDAH, escolhendo quais práticas desejamos impulsionar, quais terapêuticas devem ter seu acesso ampliado e quais precisam ser consideradas com mais cautela. Diante dos altos índices do consumo do metilfenidato, urge investirmos em planos terapêuticos ampliados, que não se restrinjam ao

tratamento medicamentoso, com critérios cuja formulação incluía usuários e familiares.

Tais análises devem ser feitas sempre considerando a concretude das experiências vividas por pacientes, familiares, pesquisadores, professores e tantos outros autores envolvidos, evitando o posicionamento totalitário na gestão de nossas práticas. Assim, cuidamos daquilo que é mais caro e fundamental à vida: a potência de diferir, de se habitar um plano comum de trocas e mútua interferência, onde formas instituídas são rachadas e novas podem surgir (Machado, 2014).

Notas

- 1 O procedimento incluía injeções de ar no interior do encéfalo, provocando dores de cabeça e pressão baixa (Dupanloup, 2004).
- 2 Do original em inglês American Psychological Association.
- 3 Desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a CID é o manual diagnóstico oficialmente adotado no Brasil.
- 4 Embora o DSM V tenha lançado pela primeira vez os critérios específicos para a realização de diagnósticos em adultos, esses já eram feitos anos antes, adaptando-se as normas para crianças e adolescentes publicadas no DSM IV. Mattos e seus colaboradores (2006) afirmam que nos anos 70 se acreditava que os sintomas de hiperatividade e desatenção regrediam com a puberdade, mas alegam que desde 1980 o DSM III já admitia, embora “de forma pouco incisiva” (p. 50), a possibilidade da forma adulta do transtorno. A partir dos anos 90, o TDAH passa a se consolidar como um transtorno incurável. No adulto, os sintomas costumam ser relacionados com dificuldades no emprego, abuso de drogas, alcoolismo, propensão a acidentes de trânsito e atos criminosos (Caliman, 2006).

Referências

- Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. (2012). Prescrição e consumo de metilfenidato no Brasil: identificando riscos para o monitoramento e controle sanitário. *Boletim de Farmacoepidemiologia do SNGPC*, 2(2), 1-14. Acesso em 06 de março, 2012, em http://www.anvisa.gov.br/sngpc/boletins/2012/boletim_sngpc_2_2012_corrigido_2.pdf
- Araujo, A. C. & Lotufo, F. (2013). A nova classificação americana para os transtornos mentais: o DMS-5. *Jornal de Psicanálise*, 46(85), 99-116.
- Associação Brasileira de Déficit de Atenção – ABDA. (2013). Entenda o TDAH nos critérios do DSM-5. Acesso em 05 de agosto, 2014, em <http://www.tdah.org.br/br/artigos/textos/item/964-entenda-o-tdah-nos-crit%C3%A9rios-do-dsm-v.html>
- Barros, M. E. B. (2003). Modos de gestão produção de subjetividade na sociedade contemporânea. *Revista do Departamento de Psicologia UFF*, 14(2), 59-74.
- Collares, C. A. L. & Moyses, M. A. A. (2010). Dislexia e TDAH: uma análise a partir da ciência médica. In Conselho Regional de Psicologia de São Paulo & Grupo Interinstitucional de Queixa Escolar (Orgs.), *Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doença de indivíduos* (pp. 71-110). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Conselho Regional de Farmácia de São Paulo – CRF/SP. (2014). *Consumo de Ritalina® aumentou 775% em dez anos*. Acesso em 15 de agosto, 2014, em <http://portal.crfsp.org.br/noticias/5713-consumo-de-ritalina-aumentou-775-em-dez-anos-aponta-pesquisa.html>
- Deleuze, G. (1996). O que é um dispositivo? In *O mistério de Ariana* (pp. 83-96). Lisboa: Vega.
- Domitrovic, N. (2014). *As práticas farmacológicas com o Metilfenidato: habitando fronteiras entre o acesso e o excesso*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Psicologia Institucional, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória.
- Dupanloup, A. (2001). Le succès médical et social d'une psychopathologie: l'hyperactivité infantile. *Carnets de bord*, 2, 23-37.
- Dupanloup, A. (2004) *L'Hyperactivité Infantile: Analyse Sociologique d'une Controverse Socio-Médicale*. Tese de Doutorado em Ciências Sociais, Université de Neuchâtel, Switzerland.
- Foucault, M. (1979). Nietzsche, a genealogia e a história. In *Microfísica do poder* (pp. 15-37). Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, M. (2003). A poeira e a nuvem. In *Ditos e escritos IV, Estratégia, Poder- Saber* (pp. 322-334). Rio de Janeiro: Forense.
- Genro, J. P. (2008). *O gene do transportador de dopamina e a suscetibilidade genética ao transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade em crianças*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-graduação em genética e biologia molecular, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Lemos, F. C. S. & Cardoso-Junior, H. R. (2009). A genealogia em Foucault: uma trajetória. *Psicologia & Sociedade*, 21(3), 353-357.
- Machado, A. M. (2014). Perdas e apostas na luta contra o silenciamento presente no processo medicalização. *Revista entreideias*, 3(1), 111-123.
- Mattos, P. & Louzã, M. R. (2007). Questões atuais no tratamento farmacológico do TDAH em adultos com metilfenidato. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56(supl. 1), 53-56.
- Mattos, P., Serra-Pinheiro, M. A., Rohde, L. A., & Pinto, D. (2006). Apresentação de uma versão em português para uso no Brasil do instrumento MTA-SNAP-IV de avaliação de sintomas de transtorno do déficit de atenção/hiperatividade e sintomas de transtorno desafiador e de oposição. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 28(30), 290-297.
- Myers, R. L. (2007). Methylphenidate (Ritalin). In *The 100 Most Important Chemical Compounds: A Reference Guide* (pp. 178-180). Westport, CT: Greenwood Press.
- Organização das Nações Unidas - ONU. (2011). Report of the International Narcotics Control Board for 2011. Statistics for 2010. Acesso em 29 março, 2012, em https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2011/AR_2011_English.pdf
- Parens, E. & Johnston, J. (2009). Facts, Values, and Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): an update on the controversies. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 3(1), 1-17.
- Pastura, G. & Mattos, P. (2004). Efeitos colaterais do metilfenidato. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31(2) 100-104.

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

Ritalina. (s. d.). *Cloridrato de metilfenidato*. São Paulo: Novartis Biociências. Acesso em 10 de agosto, 2012, em http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/firmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=10716102013&pIdAnexo=1909485

Rodrigues, J. T. (2003). A medicação como única resposta: uma miragem do contemporâneo. *Psicologia em Estudo*, 8(1), 13-22.

Rohde, L. A. & Halpern, R. (2004). Transtorno do Déficit de Atenção/hiperatividade: atualização. *Jornal de Pediatria*, 80(supl. 2), 61-70. Acesso em 12 de março, 2012, em <http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n2s0/v80n2Sa08.pdf>

Schlosser, A. & Ninneman, K. (2012). The Antropology of Psychopharmaceuticals: Cultural and Pharmacological Efficacies in Context. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 36, 2- 9.

Singh, I. (2002). Bad Boys, Good Mothers, and the “Miracle” of Ritalin. *Science in Context*, 15, 577-603.

Singh, I. (2007). Not just naughty: 50 years of stimulant drug advertising. In A. Toon & E. Watkins. (Orgs.), *Medicating Modern America* (pp. 131-155). New York: New York University Press.

Agência de fomento: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior [Capes] - Bolsa de Mestrado da primeira autora, recebida de 2012 a 2014.

Submissão em: 28/04/2016

Revisão em: 17/08/2016

Aceite em: 08/09/2016

Nathalia Domitrovic é mestre em Psicologia Institucional pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia Institucional do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo – PPGPSI. Endereço: Rua Desembargador Carlos Xavier Paes Barreto, n. 211 apto. 902. Mata da Praia/ES, Brasil. CEP 29065-330. E-mail: n.domitrovic@gmail.com

Luciana Vieira Caliman é professora de psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo e do Programa de Pós-graduação em Psicologia Institucional do Departamento de Psicologia da UFES – PPGPSI E-mail: calimanluciana@gmail.com