



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

Campus Baixada Santista

Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde

MARIA JOSÉ DA SILVA

**O USO DO CLORIDRATO DE METILFENIDATO EM
UNIDADE INFANTIL DA REDE PÚBLICA DE SANTOS:
REMEDIANDO A DESMEDIDA?**

**SANTOS
2014**

MARIA JOSÉ DA SILVA

**O USO DO CLORIDRATO DE METILFENIDATO EM
UNIDADE INFANTIL DA REDE PÚBLICA DE SANTOS:
REMEDIANDO A DESMEDIDA?**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* do Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde da Universidade Federal de São Paulo, *Campus* Baixada Santista, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre Profissional em Ensino de Ciências da Saúde

Orientador: Prof. Dr. Sidnei José Casetto

Coorientador: Prof. Dr. Alexandre de Oliveira Henz

**SANTOS
2014**

S586u

Silva, Maria José da, 1965-

O uso do cloridrato de metilfenidato em unidade infantil da rede pública de Santos : remediando a desmedida? / Maria José da Silva ; Orientador: Prof. Dr. Sidnei José Casetto ; Coorientador: Prof. Dr. Alexandre de Oliveira Henz. – Santos, 2014.

91 f. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de São Paulo – Campus Baixada Santista, Programa de Pós-graduação em Ensino em Ciências da Saúde, 2014.

1. Cloridrato de metilfenidato. 2. Medicalização. 3. TDAH. 4. Assistência farmacêutica. 5. Criança. I. Casetto, Sidnei José, Orientador. II. Henz, Alexandre de Oliveira, Coorientador. III. Título.

CDD M610.7

MARIA JOSÉ DA SILVA

**O USO DO CLORIDRATO DE METILFENIDATO EM UNIDADE INFANTIL DA
REDE PÚBLICA DE SANTOS:
REMEDIANDO A DESMEDIDA?**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* do Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde da Universidade Federal de São Paulo, *Campus* Baixada Santista, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre Profissional em Ensino de Ciências da Saúde
Área de concentração: Educação Permanente em Saúde.

Aprovação: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Eunice Nakamura
Universidade Federal de São Paulo

Profª Drª Sandra Noemi Cucurullo de Caponi
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Dr. Walber Toma
Universidade Santa Cecília de Santos

Suplente: Prof. Dr. Damian José Kraus
Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo

Orientador: Prof. Dr. Sidnei José Casetto
Universidade Federal de São Paulo

À *Maria Clara* hoje com 06 anos
e a todas as crianças serelepes e levadas da breca.

AGRADECIMENTOS

A *Deus* e a *Jesus* pela oportunidade da vida.

Aos meus pais *José Carlos* e *Mônica* por todos os amorosos ensinamentos.

Aos meus *irmãos* e à minha *mana Moniquinha* pelo carinho e presença marcante em minha vida.

Aos meus *sobrinhos* e *sobrinhas* pelas alegrias do convívio.

Albino por toda paciência, dedicação e amor.

Aos meus *amigos* pela força e carinho constantes.

Aos *colegas* da 1ª Turma do Mestrado Profissional pela coragem.

Aos *professores* da Unifesp pelo profundo aprendizado.

À professora *Rosilda* pelas animadas aulas de inglês e incentivo para a vida.

Alexandre e *Sidnei* meus especiais orientadores pela Coragem, Força e Transformação.

Mesmo quando tudo pede um pouco mais de calma
Até quando o corpo pede um pouco mais de alma
A vida não para
Enquanto o tempo acelera e pede pressa
Eu me recuso faço hora vou na valsa
A vida é tão rara

Enquanto todo mundo espera a cura do mal
E a loucura finge que isso tudo é normal
Eu finjo ter paciência
E o mundo vai girando cada vez mais veloz
A gente espera do mundo e o mundo espera de nós
Um pouco mais de paciência

Será que é tempo que lhe falta pra perceber
Será que temos esse tempo pra perder
E quem quer saber
A vida é tão rara (Tão rara)

Mesmo quando tudo pede um pouco mais de calma
Até quando o corpo pede um pouco mais de alma
Eu sei, a vida não para (a vida não para não)

Será que é tempo que lhe falta pra perceber
Será que temos esse tempo pra perder
E quem quer saber
A vida é tão rara (tão rara)

Mesmo quando tudo pede um pouco mais de calma
Até quando o corpo pede um pouco mais de alma
Eu sei, a vida não para (a vida não para não... a vida não para)

Paciência - Lenine

RESUMO

Nos últimos anos tem ocorrido uma expansão do uso de cloridrato de metilfenidato, princípio ativo da Ritalina®, conhecido como a “droga da obediência”. É um estimulante do sistema nervoso central, que aumenta a atenção e reduz a impulsividade e hiperatividade em pacientes com Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Em âmbito mundial, o metilfenidato é o estimulante que apresenta maior demanda de consumo em comparação com a soma de todos os outros estimulantes. Sua vinculação ao TDAH tem sido fator importante de justificativa para tal crescimento. A medicalização da infância e da vida, segundo a literatura consultada, insere-se no contexto contemporâneo de constituição de bioidentidades e concepção fiscalista do sofrimento mental. O presente estudo teve como objetivo analisar a demanda do medicamento metilfenidato em crianças de 06 a 10 anos, no período de 2008 a 2012, em uma unidade de atendimento infantil da rede pública de Santos, para esclarecer como foi utilizada essa medicação e suas relações com o tratamento do TDAH. Tratou-se de um estudo de caso, de abordagem quantitativo-qualitativa, com a realização de entrevista semiestruturada com os profissionais do Centro de Valorização da Criança da Região Central Histórica (psicólogo, fonoaudiólogo, acompanhante terapêutico, assistente social e psiquiatra) e consulta aos prontuários médicos desta unidade. As entrevistas foram analisadas pela técnica de análise de conteúdo, do tipo temática. De acordo com este método foram selecionados trechos das entrevistas, segundo categorias derivadas do roteiro de entrevista. Estes trechos permitiram identificar núcleos de sentido que, por sua vez, possibilitaram a elaboração de temas gerais, sendo lançados em um quadro sistematizado. Os dados quantitativos resultantes dos prontuários foram organizados em uma tabela e submetidos a análise estatística. Os resultados mostraram profissionais críticos a respeito do diagnóstico do TDAH e de seu tratamento medicamentoso, tendo havido redução do uso do metilfenidato, mas com tendência de substituição por outro medicamento, a Risperidona. Aventou-se a hipótese de que vivemos um tempo de desmedidas, no qual esforços de contenção se sucedem.

Palavras chave: Cloridrato de Metilfenidato. TDAH. Assistência Farmacêutica. Criança.

ABSTRACT

In recent years, an expansion of the use of methylphenidate hydrochloride has been occurred, the active ingredient in Ritalin, known as the "drug of obedience." It is a central nervous system stimulant that increases alertness and reduces impulsiveness and hyperactivity in patients with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). Worldwide, methylphenidate is a stimulant that has larger consumer demand compared to the sum of all other stimulants. Its connection to ADHD has been a determinant justification for such growth. The medicalization of childhood and the medicalization in life, according to the literature, are inserted in the contemporary context of the bio-identities constitution and the physicalist view of mental distress. The present study aimed to analyze the demand of the drug methylphenidate in children from 6 to 10 years old within 2008 and 2012, in child health unit of the public health network in Santos, to clarify how this medication was used and its relation with the ADHD treatment. It was a case study of a quantitative-qualitative approach, conducting semi-structured interviews with professionals in Centro de Valorização da Criança da Região Central Histórica (psychologist, speech therapist, therapeutic companion, social worker and psychiatrist) consulting medical records of this unit. The interviews were analyzed using content analysis, that is, the thematic technique. According to this method, parts of the interviews were selected as stated in the categories derived from the interview script. It was allowed through these parts to identify core meaning which consequently enabled the elaboration of general themes, being launched on a systematic framework. The quantitative data obtained from the medical records were organized into a table and subjected to statistical analysis. The results showed critical professionals about the diagnosis of ADHD and its pharmacological treatment with reduction in the use of methylphenidate, however with a tendency to substitute it for another drug, Risperidone. It was hypothetically suggested that we live in a hubris time in which adjustment efforts occur.

Keywords: Methylphenidate Hydrochloride. ADHD. Pharmaceutical Care. Child.

SUMÁRIO

1 – Introdução.....	10
1.1 – Corrosão, biologia molecular e identidades em declínio.....	13
1.2 – Notas acerca da constituição e da emergência do TDAH.....	17
1.3 – O fármaco metilfenidato.....	23
1.4 – Medicalização e híbris.....	26
2 – Objetivos.....	29
2.1 - Objetivo Geral.....	29
2.2 – Objetivos Específicos.....	29
3 - Método de Pesquisa.....	30
3.1 - Sujeitos da Pesquisa.....	31
3.2 – Produção de Dados.....	31
3.3 – Análise de Dados.....	33
3.4 – Aspectos Éticos.....	33
4 – Resultados e Discussão.....	35
5 – Considerações Finais.....	56
6 – Referências.....	57
7 – Anexos.....	60
7.1 – Anexo A – Quadro 1 – Critérios diagnósticos do DSM-IV-TR para o TDAH.....	60
7.2 – Anexo B – Quadro 2 – Efeitos das anfetaminas.....	62
7.3 – Anexo C – Quadro 3 – Caracterização farmacêutica do metilfenidato.....	63
7.4 - Anexo D - Quadro 4 – Recomendações da AAP para tratamento medicamentoso do TDAH e efeitos cardiológicos.....	64
7.5 – Anexo E – Quadro 5 – Bula para paciente – Ritalina®.....	65
7.6 – Anexo F – Autorização da Prefeitura Municipal de Santos/Secretaria Municipal de Saúde.....	77
7.7 – Anexo G – Autorização do Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde para início da pesquisa.....	78
7.8 – Anexo H – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa.....	79
8 – Apêndices.....	81
8.1 – Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	81
8.2 - Apêndice B – Termo de Consentimento de Uso de Banco de Dados.....	83
8.3 – Apêndice C – Roteiro de Entrevista Semiestruturada dirigida ao psiquiatra.....	85
8.4 – Apêndice D – Roteiro de Entrevista Semiestruturada dirigida aos demais técnicos da equipe.....	86
8.5 – Apêndice E – Orientações para realização de Entrevista Semiestruturada..	87
8.6 – Apêndice F – Tabela 1 – Dados Quantitativos.....	88
8.7 – Apêndice G – Quadro 1 – Dados Qualitativos.....	89

1 – INTRODUÇÃO

O interesse por este tema nasceu de uma experiência vivida e de questões que merecem um aprofundamento no que diz respeito à expansão do consumo do cloridrato de metilfenidato, na rede pública de Santos, Estado de São Paulo, especificamente em uma unidade de saúde infantil. Durante oito anos atuando na Secretaria de Saúde de Santos (SMS) como farmacêutica e, posteriormente, na Coordenação da Assistência Farmacêutica (Coafarma), institucionalizada em dezembro de 2009 pela Lei Complementar nº 667, tive a oportunidade de acompanhar ações e serviços relacionados ao medicamento em suas mais variadas extensões.

O crescimento exponencial do consumo de metilfenidato no município despertou-me o interesse de analisar a utilização do fármaco em crianças de 06 a 10 anos, no período de 2008 a 2012, particularmente em relação ao acesso e uso racional do metilfenidato utilizado no tratamento do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH).

O metilfenidato foi padronizado em 2008 pela Comissão de Padronização de Medicamentos (CPM) da SMS, oficialmente constituída pela Portaria nº 004/2006. Conforme Portaria GM/MS nº 344/98, é classificado como droga psicotrópica, está inserido na lista A3 (substâncias psicotrópicas), sujeito a notificação especial (receita amarela) (ANVISA, 2014). Mesmo diante de controles rigorosos para a emissão de receituário médico, há que se ressaltar a atual polêmica sobre o adequado uso desse medicamento que tem se processado na Associação Brasileira do Déficit de Atenção (ABDA), Conselhos de Psicologia, comunidade médica, sociedade civil, dentre outros.

No mercado farmacêutico tal medicamento é conhecido pelos nomes fantasias de Ritalina®, produzido pela Novartis®, e o sugestivo Concerta®, pelo laboratório farmacêutico denominado Janssen Cilag. No decorrer da dissertação será adotado o nome resumido da substância ativa, metilfenidato, em detrimento dos nomes comerciais citados anteriormente.

De fato, nos últimos anos vem crescendo o uso daquela que ficou conhecida como a “droga da obediência”, indicada para o tratamento do TDAH. Seu princípio ativo, o cloridrato de metilfenidato, é um estimulante do sistema nervoso central, que aumenta a atenção e reduz a impulsividade e hiperatividade em pacientes com TDAH (NOVARTIS®, 2014). Vários estudos (Ortega *et al.*, 2010) mostram que, em âmbito mundial, o metilfenidato é o estimulante que apresenta maior demanda de consumo em comparação com a soma de

todos os outros estimulantes, tendo em vista seu vínculo com o diagnóstico de TDAH. Pode ser utilizado ainda no tratamento de narcolepsia e obesidade, com restrições.

Com base em relatório emitido pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 2008, sobre produção e consumo de psicotrópicos, esses autores apontaram que a fabricação mundial de metilfenidato em 2006 aproximou-se de 38 toneladas. Em contrapartida, a produção mundial de psicoestimulantes, anfetaminas e seus derivados, excluindo-se o metilfenidato, esteve próximo de 34 toneladas no mesmo ano. Seguindo esta proporção, temos um aumento importante superior a 580% na fabricação de metilfenidato entre os anos de 1990 (2,8 toneladas) e 1999 (19,1 toneladas). Essa progressão é justificada pelo uso do fármaco para tratamento de TDAH, associado à ampla divulgação ocorrida em 1990. Verifica-se uma queda na produção para 16 toneladas no ano de 2000. Mas, ainda que se considere a redução em alguns anos, a tendência foi de crescimento, pois em 2004 chegou-se a 33,4 toneladas, em 2005 próximo a 28,8 toneladas e em 2006 alcançou-se a marca de 38 toneladas produzidas. Há que se considerar ainda que, destas 38 toneladas, um total de 34,6 foi produzido pelos EUA, ocupando assim o primeiro lugar no ranking das categorias de maiores produtores e maiores consumidores. Esse montante é consumido pelo público interno que a cada ano cresce, representando atualmente, 82,2% de todo metilfenidato consumido no mundo. Desta forma, houve um aumento considerável de 1200% na produção mundial nos anos de 1990 a 2006.

O Instituto Brasileiro de Defesa dos Usuários de Medicamentos (IDUM) constatou que, no ano 2000, foram vendidas no Brasil 71 mil caixas desses medicamentos. Em 2008 as vendas atingiram a marca de 1.147.000 caixas, um aumento de 1.616% apenas com a substância metilfenidato. Incluindo-se as outras dextro-anfetaminas, esse número vai para mais de dois milhões de caixas vendidas. O IDUM extraiu os dados do IMS-PMB – Pharmaceutical Market - publicação de um instituto suíço que mantém atualizado todos os dados do mercado farmacêutico brasileiro (IDUM, 2012).

Os usuários que utilizaram o metilfenidato gastaram em 2008 cerca de 88 milhões de reais, considerando-se o preço no varejo (a Caixa da Ritalina® com 60 comprimidos – 10mg custava em 2008, de acordo com tabela da Associação Brasileira do Comércio Farmacêutico (ABCFARMA), R\$ 56,46 (ICMS de 19% - RJ e R\$ 55,69 – ICMS 18%- SP e MG). O Concerta® 54mg - 30 comprimidos custava R\$ 372,61 (ICMS 19% e 367,52 – ICMS

18%). Já a Ritalina LA® amplia a dosagem para 20mg - 30 comprimidos e custava R\$ 211,61 e 208,72.

Esse consumo crescente verifica-se também nos municípios do Estado de São Paulo, pois no ano de 2010 foram adquiridos pelo serviço público 1.026.169 comprimidos e dispensados 757.318. Já em 2011 foram adquiridos 1.589.824 comprimidos e dispensados 1.263.166. Vale salientar que dos 645 municípios pertencentes ao Estado de São Paulo, 287 participaram da pesquisa (FÓRUM SOBRE MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO E DA SOCIEDADE, 2012).

No caso do município de Santos, a demanda registrada no Sistema Integrado de Administração de Materiais (SISAM) no período de 2008 a 2012 foi a seguinte:

ANO	COMPRIMIDOS
2008	46.600
2009	57.800
2010	84.000
2011	80.000
2012	70.180

De acordo com o panorama municipal, pode-se verificar que a proporção de comprimidos distribuídos entre 2008 e 2010 aponta importante crescimento. Já a partir de 2011 inicia-se um leve declínio que se acentua ao longo do ano de 2012, provavelmente indicando uma tendência.

Os dados apresentados no âmbito municipal seguem lógica semelhante daqueles apresentados em dimensão estadual, nacional e mundial, sugerindo a necessidade de entendimento dos usos do metilfenidato em território nacional por profissionais de saúde, pela sociedade de um modo geral e por órgãos públicos, tratando-os como questão de saúde

pública. Vale a pena interrogar se esses números seriam expressão dos interesses da indústria farmacêutica, se informariam algo acerca da clínica médica contemporânea, e/ou se ajudariam a entender aspectos da vida urbana no século XXI.

1.1 Corrosão, biologia molecular e identidades em declínio

Diante dos fatos apresentados, faz-se necessário enveredar pelos caminhos da clínica moderna. Para Bezerra Jr. (2002, p. 231), “segundo a leitura clássica de Foucault (1994), a invenção da clínica médica acarretou uma novidade revolucionária: a noção de um saber sobre o individual e uma prática voltada para a experiência de sofrimento do indivíduo”. Nesta clínica, o doente passa a ser o centro das atenções, levando a se considerar o indivíduo passível de conhecimento científico. Com isso, estabelece-se a relação médico-paciente, que se baseia no exame e registro das queixas individualizadas.

Essas queixas começam a se intensificar na medida em que os indivíduos são cada vez mais instados a exercer autonomia, fazer escolhas, decidir, opinar e mudar com maior frequência seu repertório de relações inter e intrapessoais. Bezerra Jr. (2002, p. 233) acrescenta que tais escolhas estão relacionadas à/ao: “ideologia, identidade, aparência, padrão moral de conduta, tudo parece depender de decisão individual, já que as antigas referências à tradição, classe, família, cultura local etc., tiveram sua legitimidade questionada e seu poder normativo esvaziado”.

Esse novo *modus operandi* adotado pelo homem contemporâneo o faz enfrentar riscos com maior frequência, colocando-o como administrador de seus próprios atos, sentimentos e desejos, auxiliado ainda por ferramentas de gestão empresarial que fomentem o empoderamento como apoio às suas decisões. Nesse sentido, a sociedade contemporânea se apresenta cada vez mais dinâmica, o mercado mais mutável e as sucessivas trocas de emprego mais comuns. Os trabalhadores tendem a intensificar sua dedicação, buscam maior flexibilidade e, assim, respondem pelo aumento da produtividade a curto prazo. Porém, para isso, distanciam-se paulatinamente de regras estabelecidas e procedimentos formais.

O pensamento de curto prazo instalado vem estabelecer “laços frouxos” nas relações entre empregador e trabalhador, verificando-se uma falta de compromisso contínuo e deslealdade institucional, pois o vínculo empregatício também passa a ser curto, instável, podendo resultar na perda do emprego e prejuízo na carreira profissional. Disso resulta uma maior disponibilidade de mão-de-obra para o mercado e os trabalhadores constatarem que a empresa não é mais o seu “porto seguro” como se apresentava no passado.

Em contradição ao que vivenciamos na atualidade, o mundo anterior era caracterizado pela linearidade do trabalho e da vida, gerando maior segurança ao trabalhador:

O que mais me impressionou em Enrico e sua geração foi ver como o tempo era linear em suas vidas: ano após ano trabalhando em empregos que raras vezes variavam de um dia para o outro. E, nessa linha de tempo, a conquista era cumulativa: toda semana, Enrico e Flavia conferiam o aumento de suas poupanças, mediam a vida doméstica pelas várias melhorias e acréscimos que haviam feito na casa de fazenda. Finalmente, o tempo que viviam era previsível... O faxineiro sentia que se tornava o autor de sua vida, e, embora fosse um homem inferior na escala social, essa narrativa lhe dava um senso de respeito próprio (SENNET, 2009, p. 14).

O fato de se manter num processo constante de exposição ao risco, com consequente aumento de vulnerabilidade, favoreceria a corrosão do caráter do homem contemporâneo. “O risco é bem diferente de um alegre cálculo das possibilidades contidas no presente” (SENNET, 2009, p. 96) . Devido ao fator incerteza, estar em risco compreende uma condição bem mais deprimente do que promissora. Afinal, como lidar concretamente com a “liberdade de escolha” quando se está diante de sistemas fragilizados como o monetário, o político e outros que, minimamente, ofertariam confiança e segurança ao indivíduo? Conforme reforça Bezerra Jr. (2002, p. 233), a respeito do contraste entre referências sociais incertas e a crescente pressão sobre o indivíduo: “[...] de um lado o desmantelamento das redes de segurança fornecidos pelo Estado; de outro, as exigências de competitividade acirrada, o culto à flexibilidade, a celebração da performance, a ideologia da prosperidade, a exaltação da competência pessoal etc”.

Mergulhado nesse estilo de vida associado a um conjunto de metas a atingir, pressionado pelo alto desempenho, pelo culto do corpo, pela busca da prosperidade, dentre outros, o indivíduo exibe a saúde como parte de um espetáculo e aspira ao perfil ideal de um sujeito, tornando-o dependente de demandas de bens e serviços especializados que possam apoiá-lo em tal estilo de vida, maximizando os prazeres e minimizando os desprazeres.

As relações entre indivíduos passam a adotar regras voltadas à prática de reconhecimento, de vigilância fisiológica, de convicções acerca do desempenho de si mesmo, que contribuem para a classificação moral de atributos físicos:

Comportar-se de modo a exibir uma imagem saudável significa apresentar-se a si e aos demais como um sujeito independente, responsável, confiável, dotado de vontade e auto-estima. Recusar este imperativo ou simplesmente deixar de privilegiá-lo em relação a outros é expor-se à reprovação moral e ao sentimento de desvio, insuficiência pessoal ou fracasso existencial (BEZERRA JR., 2002, p. 234).

Interessa, nesse caso, verificar qual o impacto destas recentes narrativas, verdades e técnicas de si em relação à subjetividade que se aproximam fortemente do externo, do visual, da imagem do corpo, bem como do desfrute de suas sensações. Esses fatores promovem a redescrição do sujeito com destaque para a formação de bioidentidades desapropriadas de sentimentos e horizontes futuros.

A citada crise de valores e concepções tradicionais individuais, nos âmbitos religioso, político ou histórico, teria fortalecido o poder da ciência que, segundo Bezerra Jr. (2002, p. 234), passa a apropriar-se da totalidade do discurso dominante tornando-se “capaz de fornecer não só a explicação para os fatos do mundo mas também – e esta é a novidade – significação para os acontecimentos da existência”. Em paralelo, ocorre o estouro das tecnologias nas áreas da informática e computação, promovendo a transformação do cotidiano e refazendo o olhar de mundo dos indivíduos. Com a possibilidade de comunicação em rede verificam-se mudanças no modo como o indivíduo se depara com sua experiência subjetiva tendendo, então, a conceber de modo fisicalista o sofrimento mental – sentimentos, afetos - em detrimento da perspectiva psicológica ou intersubjetiva. A inserção do vocabulário psicopatológico no cotidiano das pessoas transforma-se em palavras comuns usadas com certa liberdade: “tristeza”, “desencanto” ou mesmo “angústia” cedem rapidamente lugar a expressões como “depressão” ou “distímia”, ou “síndrome do pânico”, supostamente mais precisas” (BEZERRA JR., 2002, p. 235).

Contudo, o que vem sorrateiramente se anunciando é que esses sintomas possuem uma única origem, o cérebro, que não funciona bem, está com baixos níveis de substâncias como serotonina, dopamina, noradrenalina, por exemplo, fatores que correspondem ao biológico molecular. Com isso, observa-se o amplo destaque dado ao cérebro como o único órgão que concentraria em suas atividades a capacidade de definir o que é ser alguém, uma espécie de proprietário do *self* e, como destaca Ortega & Bezerra Jr. (2006) “o cérebro responde cada vez mais por tudo aquilo que outrora nos acostumamos a atribuir à pessoa, ao indivíduo, ao sujeito”, o ser humano essencialmente reduzido ao cérebro.

Essa transformação remete à figura de um organismo cibernético, um ser antropológico denominado “ciborgue” por Haraway (2000), formado pela dualidade – máquina/organismo, mente/corpo, na fronteira do orgânico e do inorgânico, de um lado a mecanização e a eletrificação do humano e de outro a humanização e a subjetivação da máquina, com o propósito da construção de um corpo de alta performance. Diante de uma grande variabilidade de inscrições sociais e imaginárias no campo neurocientífico, o homem-cérebro vem aproximar as questões neurológicas das ciências humanas.

Com o advento das biotecnologias nas últimas décadas, a premissa neuronal vem sendo inserida com considerável impacto nos campos da política (neuropolítica), educação (neuroeducação), ética (neuroética), ascese (neuroascese), filosofia (neurofilosofia), fenomenologia (neurofenomenologia), além, claro, das conhecidas neuropsicologia e neuropsicanálise (termos inexistentes para a psicologia e psiquiatria), demonstrando a potência do paradigma biológico na descrição e esclarecimento da dinâmica da vida em sociedade. Essas recentes tecnociências inseridas no cotidiano dos indivíduos, segundo Bezerra Jr. (2006, p. 54), não representam apenas “a simples multiplicação de técnicas capazes de ampliar ou enriquecer nossas propriedades naturais, mas a transformação radical de nossa própria natureza, cujos alicerces passam a ser diretamente manejáveis pela ação da cultura”.

Envolvido rotineiramente no crescente processo do culto da imagem, de tornar-se visível, o sujeito intensificaria sua submissão ao cientificismo médico, à indústria farmacêutica e às especialidades que prometam promover o bem-estar. Em contrapartida, deposita suas frustrações e desejos reprimidos no campo do desempenho físico e mental que falha, sendo sintomas predominantes os:

[...] fenômenos aditivos (incapacidade de restringir ou adiar a obtenção de satisfação, que se torna compulsiva seja via drogas ilícitas, medicamentos, consumo, ginástica, sexo etc.), transtornos vinculados à imagem ou à experiência do corpo (bulimias, anorexias, ataques de pânico), depressões menores e distimias (ausência de desejo, motivação, empenho) (BEZERRA JR., 2002, p. 235).

Para suprimir esses sinais de doenças que indicam o declínio da interioridade e dificuldades de lidar com os infortúnios da vida, o sujeito busca intervenção corretiva medicamentosa, acreditando na solução imediata de seus conflitos, procurando retirar de si

todo sofrimento. Como se esse mal-estar fosse classificá-lo como um ser falido, incompetente para o exercício de suas obrigações perante a vida.

Com a subjetividade cada vez mais contrária a experimentar conflitos internos e apoiada pela tecnicidade da medicina, que se baseia fortemente em cálculos estatísticos, exames por imagens e dados laboratoriais, o caso clínico acompanhado de sua singularidade e o doente de suas emoções, sentimentos, aflições e outros são colocados em segundo plano. Haveria uma tendência atual da clínica médica em priorizar os riscos de adoecimento, aprimorando seus conhecimentos técnicos nas áreas da correção e modelagem.

No campo das movimentações da psicopatologia é curioso ressaltar alguns diagnósticos recentes que foram criados, usados e depois simplesmente descartados, como a homossexualidade, que deixou de ser considerada uma patologia em 1974, e o da personalidade múltipla, específico da cultura americana, que gerou quase uma epidemia nos EUA durante um tempo e desapareceu. A depressão, que nos anos 50 atingia um patamar de 2% da população, hoje em dia, segundo cálculos estatísticos, poderá alcançar uma proporção de uma em cada quatro pessoas. Esses exemplos demonstram que o quadro das doenças mentais varia de acordo com o contexto (BEZERRA Jr., 2013). Por outro lado, alguns diagnósticos mudam de nome, como é o caso da psicose maníaco-depressiva que se converteu no transtorno bipolar, vocabulário fartamente utilizado pela população. Um outro exemplo é o do autismo, igualmente disseminado, assim como o TDAH, na medida em que as crianças não têm sido poupadas da inclusão nesse “admirável mundo”. Daí a necessidade de entender o que é este transtorno, quais são os critérios para o seu diagnóstico e sua história.

1.2 Notas acerca da constituição e da emergência do TDAH

O TDAH teve diversos antecedentes ao longo do século XX: “encefalite letárgica”, “dano cerebral mínimo”, “disfunção cerebral mínima”, “hipercinesia”, “doença do déficit de atenção” (DDA) e “transtorno do déficit de atenção com hiperatividade”. A cada uma dessas classes de doenças são delineados grupos de sintomas análogos que referem a comportamentos desviantes na infância, por comumente apresentar notas baixas, problemas de comportamento e dificuldade de adaptação ao ambiente escolar, comportamentos agressivos e indisciplinados, desatentos e impulsivos, dificuldade de completar tarefas, acrescidos ainda de “ladroagem, distúrbios no sono, moralidade inconsistente com a idade e esquecimento” (RAFALOVICH, 2001, p. 94).

Atribui-se o pioneirismo na investigação da percepção da agitação, baixa concentração e impulsividade descritas como condição médica em diversas condutas infantis, que, até então, eram consideradas como “maus comportamentos”, ao pediatra inglês George Frederic Still, que estudou no início do século XX, um grupo de crianças que apresentavam esse perfil comportamental. Ainda nas primeiras décadas desse período, uma epidemia de encefalite reforçava a possibilidade da existência de certa causa biológica a tais comportamentos, devido a sequelas importantes de hiperatividade, impulsividade e comportamento perturbador, questões que contribuíram para o surgimento do diagnóstico de Disfunção Cerebral Mínima (DCM) que se disseminou pelos EUA nos anos de 60 e 70, recaindo sobre crianças a suspeita de possuírem um mau funcionamento cerebral (LIMA, 2005, p. 61).

Com a valorização e aceitação da DCM pelos pais e pelas escolas, que justificavam o comportamento indevido de seus filhos e o fracasso escolar de seus alunos, houve uma importante expansão do mercado de especialistas destinando cuidados específicos à infância. No Brasil, por volta de 1960, os destaques são para a psicopedagogia com explicações centradas nos processos e dificuldades de aprendizagem, e para a psicomotricidade, que propõe auxílio na coordenação do equilíbrio e desenvolvimento motor e intelectual, na reeducação e correção de disfunções. A inserção dos comportamentos hiperativos e impulsivos na área da neuropsiquiatria sustentou a terapêutica medicamentosa e, em consequência, aumentou o uso de psicofármacos para tais diagnósticos.

Porém, a DCM foi apontada como uma categoria diagnóstica repleta de fragilidades, uma vez que agrupava circunstâncias clínicas diversas e, em alguns momentos, discrepantes. Fatores como dificuldades em definir a essência neurológica, dentre outros, contribuíram para o surgimento de categorias mais descritivas. Isto favoreceu o surgimento de novos perfis diagnósticos, passando-se a descartar as expressões “lesão” ou “disfunção” cerebral de sua nomenclatura. Estas novas categorias, segundo Lima (2005, p. 66), “sem dispensar uma postulação etiológica (em geral neurológica), enfatizavam a sintomatologia mais aparente e marcante”. Com a perspectiva de melhor aperfeiçoar as classificações preconizadas pela DCM, buscou-se o isolamento das “patologias”, o que delimitou os distúrbios de linguagem e de aprendizado separando-os daqueles considerados de hiperatividade. Essas especificidades contribuíram para que os quadros adquirissem mais validade e confiabilidade científica, “preparando-os para a desejada adequação aos padrões da

medicina tecnológica e da psiquiatria biológica que iriam se tornar referencial hegemônico do campo nas décadas seguintes” (LIMA, 2005, p. 66).

Em 1952 surge a primeira edição do *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders* (DSM-I) cuja principal marca era a noção de reação, uma vez que a psiquiatria americana, à época, considerava que a doença mental era uma reação a circunstâncias da vida e a situações conflitantes encontradas pelos indivíduos (AGUIAR, 2004). Em 1968, com o advento da publicação da segunda edição DSM-II da Associação Psiquiátrica Americana (APA) foi inserida a classe “reação hipercinética da infância”. Na sequência, em 1970, com base nos estudos de Virgínia Douglas, que se empenhou num recorte aprofundado entre os temas da hiperatividade, das dificuldades de atenção e do controle de impulsos: “identificou quatro deficits envolvidos na síndrome: na manutenção da atenção e esforço; na inibição do comportamento impulsivo; na modulação dos níveis de alerta e no adiamento de recompensas, acarretando uma inclinação para buscar reforço imediato” (LIMA, 2005, p. 67). Essa contribuição, juntamente com a de outros pesquisadores, foi fundamental para uma renomeação da entidade, agora denominada de “distúrbio de déficit de atenção (DDA)”, com a indicação de dois subtipos: *com* ou *sem* hiperatividade.

O estudo baseado na atenção propiciou diferenciar o DDA de outros que também apresentavam condutas hiperativas. Além disso, outra questão de extrema importância desencadeada pela pesquisa foi a expansão do diagnóstico, pois:

[...] permitiu a inclusão de crianças sem nenhuma hiperatividade, aparentemente “tranquilas”, mas com dificuldades em manter o foco de vigilância em tarefas escolares. Da mesma forma, também facilitou que os adultos passassem a figurar entre os portadores do transtorno (DILLER, 1998 *apud* LIMA, 2005, p. 68).

Em 1987 ocorre o lançamento da terceira edição do DSM (DSM-III), quando o distúrbio recebe nova denominação: “transtorno do deficit de atenção/hiperatividade”, sendo o diagnóstico baseado em três categorias de sintomas: deficit de atenção, impulsividade e hiperatividade. A quarta edição do DSM (DSM-IV), publicada pela APA em 1994, chegou novamente com mudanças nas categorias diagnósticas, passando a três subtipos: um predominantemente desatento, outro hiperativo/impulsivo e um combinado (LIMA, 2005). A identificação dos três subtipos será baseada em: TDAH predominantemente desatento: se, por um período de seis meses, os critérios de desatenção forem encontrados, mas não os de hiperatividade/impulsividade; TDAH predominantemente hiperativo/impulsivo: se, por um

período de seis meses, os critérios de hiperatividade/impulsividade forem encontrados, mas não os de desatenção; TDAH combinado: se, por um período de seis meses, forem encontrados os critérios tanto de distúrbio de atenção quanto de hiperatividade/impulsividade (MENDONÇA, 2011). Vale salientar que as diversas mudanças ocorridas nos manuais implicaram um considerável aumento de diagnósticos, conforme apontado por (BEZERRA JR., 2013).

Ainda na esteira da classe diagnóstica, a atual edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), representada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) conserva e reforça a hiperatividade, nomeando a doença de “transtorno hipercinético”. Mesmo com alterações nas nomenclaturas, as descrições do DSM e da CID-10 aproximam-se do objetivo comum de garantir homogeneidade da categoria diagnóstica com aceitação universal. Para que assim ocorra, destaca-se a concepção dita “ateórica” das descrições nosológicas, aceitando-a como uma vantagem metodológica na aproximação dos transtornos mentais, premissa insustentável para alguns autores, que mostram que o DSM-III impôs o modelo americano como padrão para o mundo e a pretensão de chegar a descrições de patologias que mais se aproximariam a uma suposta realidade última. De acordo com Aguiar (2004, p. 41), surge uma base racional que determina como lidar com pacientes psiquiátricos: “Ao padronizar os diagnósticos psiquiátricos, com dados objetivos e facilmente observáveis, o DSM-III possibilitou a adequação da psiquiatria aos métodos regulamentares...”. Para Lima (2005, p. 70), tais questões constituem o TDAH como essência “natural”, “a-histórica e a-cultural”, estando a verdade assentada na bioquímica cerebral e atada à genética da espécie. Outras ponderações importantes são destacadas por Bezerra Jr. (2013), que reforça a multiplicação exagerada de novos diagnósticos, a expansão em excesso da medicação do sofrimento, bem como o “apagamento da dimensão existencial do sofrimento, da dimensão fenomenológica e psicodinâmica do sofrimento”.

Atualmente o TDAH equivale a uma síndrome caracterizada por distração, agitação, hiperatividade, impulsividade, esquecimento e desorganização. Os indivíduos acometidos teriam dificuldades em manter a concentração, predominantemente seriam agitados e apresentariam falta de envolvimento no cumprimento das tarefas. Em comparação com pessoas da mesma idade e inteligência, esses sintomas precisam ser frequentes em mais de uma circunstância social e mostrarem-se intensos no contexto dos acontecimentos. Os meninos são mais frequentemente diagnosticados e com possível início entre três e sete anos de idade. Indica-se que os sintomas predominam durante a fase escolar e, em metade dos

casos, podem permanecer pela vida adulta. A partir do DSM-IV o diagnóstico é efetuado pela soma de sintomas ou critérios, subdivididos em duas dimensões: desatenção e hiperatividade/impulsividade. O Quadro 1 (Anexo A) apresenta os Critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais para o diagnóstico do TDAH (DSM-IV-Tr, 2002).

Para alguns psiquiatras, os critérios diagnósticos do TDAH constantes no DSM-IV estavam mais dirigidos ao público infantil e precisavam ser alterados numa próxima formatação. A proposta era que o DSM-V apresentasse maior diversidade de sintomas avaliados e fossem realizadas mudanças nos níveis de classificação para o diagnóstico de TDAH, promovendo maior coesão na avaliação dos adultos (ORTEGA *et al.*, 2010). Oficialmente, a nova edição do DSM-V foi publicada pela APA em 18 de maio de 2013, resultado de diversos estudos de campo que investigaram a validade dos diagnósticos anteriores. Os critérios para o diagnóstico de TDAH são praticamente análogos ao manual anterior. A lista de dezoito sintomas foi mantida, dividida entre Desatenção e Hiperatividade/Impulsividade. As subcategorias foram substituídas por especificadores cujos nomes também se conservaram. Houve mudanças na atribuição dos sintomas em relação à idade; o manual anterior exigia que os sintomas se apresentassem até os sete anos, o que foi expandido para doze anos no atual. Além disso, o TDAH e o Transtorno do Espectro Autista poderão ser diagnosticados como transtornos comórbidos. Essas modificações provocaram polêmica pelo fato de se gerar aumento da incidência de TDAH na população em geral. Para a APA e outros especialistas, a mudança é favorável (ARAÚJO & NETO, 2014).

A epidemiologia do TDAH tem indicado sua prevalência em vários países e culturas e, em geral, estudos que se baseiam nas categorias diagnósticas estabelecidas pelo DSM-IV, como no caso de crianças norte americanas em idade escolar, encontram-se na faixa de 3-6%. As taxas brasileiras de prevalência, em estudos de mesmo perfil, listam de 3,6 a 5% para a população escolar, demonstrando proximidade aos índices médios dos Estados Unidos (ANDRADE & SCHEUER, 2004, p.81).

Baseado em estudo epidemiológico, outro fator de discussão compreende a relação gênero e TDAH, em que o número de meninos e meninas diagnosticados tendem a ser de 9:1 em estudos clínicos e variam de 2:1 em estudos populacionais, respectivamente (ROHDE & HALPERN, 2004). Pesquisas baseadas em amostras obtidas em comunidades ou entre escolares demonstram que os índices são praticamente iguais entre os gêneros, levando

os estudiosos a acreditar num subdiagnóstico, “vitimizando” o sexo feminino. A explicação estaria na maior frequência de sintomas de desatenção encontrados nelas, mas na menor frequência de comportamentos perturbadores ou transtornos de conduta, e consequente não perturbação do ambiente escolar ou familiar. Uma solução apontada pelos divulgadores do TDAH para evitar que as garotas prossigam com o sintoma de desatenção ao longo da vida, seria sua divulgação junto aos médicos e à população.

A partir da década de 1950 foram realizados frequentes estudos para identificar, com maior precisão, a região cerebral ou o neurotransmissor que possivelmente teria ligação com a origem do transtorno. Essa época foi marcada pelo início da psicofarmacologia na psiquiatria, sendo o êxito na aplicação do metilfenidato nas décadas seguintes, fator determinante para impulsionar esse ramo de pesquisas. Apesar de um elevado número de estudos realizados, as causas do TDAH ainda não foram evidenciadas cientificamente. As hipóteses mais aceitas indicam fatores genéticos e ambientais que agiriam no desenvolvimento da doença. No tocante à genética, há hipóteses que relacionam diversos genes de pequeno efeito com uma vulnerabilidade genética do transtorno, podendo ser desenvolvida ou não, conforme condições ambientais. Pesquisas atuais apontam que o aparecimento do TDAH estaria relacionado com alterações ocorridas em um ou mais neurotransmissores cerebrais, que sugerem ser as catecolaminas e, em particular a dopamina e a noradrenalina (ROHDE & HALPERN, 2004, p. S63). Tem-se observado ainda uma pluralidade de estudos em regiões cerebrais, concentrando esforços nas “relações entre o córtex pré-frontal e núcleo caudato e o globo pálido”, estas últimas conhecidas como estruturas subcorticais. Essa rede é denominada de circuito fronto-estriado no qual resultam as falhas na inibição comportamental e, segundo Lima (2005, p. 87), por estabelecerem relação “com funções como controle motor, manutenção da atenção, inibição dos impulsos, planejamento das ações, entre outras, acredita-se que nelas se encontrará parte das respostas sobre as origens e a “natureza” do TDAH. Ainda sob a ótica do sistema nervoso central, ressalta-se como fator importante o processo de maturação neuronal encefálico, quando se trata de desenvolvimento neuronal e de neurotransmissores, pois, do ponto de vista neuroevolutivo, admite-se certo nível de hiperatividade em crianças até, aproximadamente, os quatro a cinco anos, visto que a região pré-frontal, onde está o “freio motor”, só se completa nesta faixa etária (ROHDE & HALPERN, 2004).

A influência de aditivos alimentares na hiperatividade também têm sido alvo de pesquisas, como é o caso do conservante denominado benzoato de sódio e corantes artificiais

que sugerem acentuar o comportamento hiperativo em crianças pequenas. Ainda na perspectiva nutricional alusiva ao transtorno, a redução dos níveis séricos de ferritina promove uma deficiência de ferro no organismo. De acordo com estudos sobre o tema, o ferro age como modulador da produção de dopamina e noradrenalina, sua redução pode provocar prejuízos ao paciente com TDAH, cujas substâncias encontrar-se-iam-se em desequilíbrio (KONOFAL *et al.*, 2008, p. 20-6).

1.3 O fármaco metilfenidato

Apresentemos então algumas considerações técnicas a respeito do cloridrato de metilfenidato, substância ativa do medicamento mundialmente comercializado e conhecido como Concerta®, Ritalina® e Ritalina LA®. Como já vimos, o metilfenidato tem efeito estimulante predominante sobre o sistema nervoso central, estando inserido na categoria de estimulantes psicomotores. Possui estrutura molecular semelhante às anfetaminas:

A anfetamina e seu isômero dextrógiro, ativo, dextroanfetamina, juntamente com a metanfetamina e o metilfenidato, formam um grupo de fármacos com propriedades farmacológicas muito semelhantes que incluem as “drogas de rua”, como a metilenodioximetanfetamina (NDMA, ou *ecstasy*). A fenfluramina, embora quimicamente semelhante, possui efeitos farmacológicos levemente diferentes. Todos esses fármacos atuam por liberarem monoaminas das terminações nervosas no cérebro. A noradrenalina e a dopamina constituem os mediadores mais importantes nesta conexão (RANG *et al.*, 2004, p. 668).

Os principais efeitos centrais dos fármacos análogos à anfetamina compreendem: a estimulação locomotora; euforia e excitação; comportamento estereotipado; anorexia. As anfetaminas, por exercerem ações simpaticomiméticas periféricas, promovem aumento na pressão sanguínea e inibem a motilidade gastrointestinal. A anorexia acentuada é um efeito apresentado pelos fármacos semelhantes à anfetamina; contudo, após a administração contínua, a ingesta se normaliza. A anfetamina promove euforia em seres humanos; se aplicada por injeção intravenosa atinge níveis tão intensos que chega a ser descrito como “orgásmico”. Os indivíduos passam a sentirem-se confiantes, hiperativos e falantes, aumentando ainda o impulso sexual. A anfetamina reduz a fadiga física e mental e diversos estudos apontaram melhorias do desempenho mental e físico em indivíduos que apresentaram fadiga, sendo que para os repousados não houve melhoras. Induz à melhora acentuada no desempenho de tarefas tediosas e simples, em comparação com tarefas difíceis. As anfetaminas foram requisitadas para melhorar o desempenho de soldados, pilotos, dentre

outros que precisam se manter alertas em situações de extrema fadiga. Tornou-se popular entre estudantes que buscavam auxílio para melhorar a concentração antes e durante a realização de exames; contudo essa melhoria causada pela fadiga reduzida pode ser acompanhada de excessos de confiança: “acautele-se para a advertência terrível do estudante de medicina que afirmou ter tomado quantidades copiosas de dextroanfetamina, deixou a sala do exame com ânimo confiante, tendo gasto três horas escrevendo inúmeras vezes seu próprio nome” (RANG *et al.*, 2004, p. 669). O Quadro 2 (Anexo B) apresenta uma síntese dos efeitos farmacológicos das anfetaminas.

Com relação à tolerância e dependência, se usada repetidamente por alguns dias, o que ocorre quando os usuários buscam conservar o estado de euforia produzido por apenas uma dose, pode desencadear um estado de “psicose anfetamínica”, sugerindo um ataque esquizofrênico agudo, com alucinações, paranóias e agressividade. Simultaneamente, pode ocorrer o desenvolvimento de condutas estereotipadas repetidas. Se a droga for interrompida por alguns dias, geralmente o indivíduo passa por uma fase de sono profundo e quando desperta se apresenta apático, deprimido, ansioso (podendo estar com tendência suicida) e com a fome aumentada. A administração de uma dose única, mesmo com a possibilidade diminuta de causar sintomas psicóticos, pode gerar tardiamente cansaço e depressão. “Estes efeitos posteriores podem ser o resultado da depleção das reservas normais da noradrenalina e dopamina, mas a evidência para isso não é nítida” (RANG *et al.*, 2004, p. 670).

Os aspectos farmacocinéticos demonstram que a anfetamina é imediatamente absorvida pelo sistema gastrointestinal, penetrando com facilidade na barreira hematoencefálica. Esse processo é realizado mais prontamente do que em outras aminas de ação indireta, como a efedrina ou a tiramina, o que pode explicar o motivo pelo qual promove efeitos centrais acentuados em relação àqueles fármacos. Possui afinidade pela mucosa nasal, onde é imediatamente absorvida e é com frequência tomada ao “cheirá-la”. A anfetamina é excretada pela urina praticamente sem alteração e a velocidade pode ser aumentada pela acidificação da urina. Sua meia vida plasmática ocorre entre 5 a 20-30 horas, aproximadamente, o que dependerá do fluxo e pH urinários.

O metilfenidato é a substância que tem sido indicada para o tratamento de crianças com comportamento hipercinético, de difícil controle. A dose usual para adultos corresponde a 10mg, tomadas 2 a 3 vezes/dia. Para crianças hipercinéticas, a dose inicial recomendada é de 0,25mg/kg; dependendo do quadro clínico pode alcançar a dose de 2mg/kg (ESPLIN,

1973). Segundo Rang *et al.* (2004), são recomendadas doses menores para crianças, a fim de evitar euforia e outros efeitos colaterais. Vale ressaltar que a dexanfetamina também é uma opção farmacológica. O metilfenidato foi submetido a diversos testes controlados para assegurar a sua eficácia. Distúrbios das vias dopaminérgicas podem estar envolvidos com a sintomatologia do TDAH, porém o mecanismo de ação das anfetaminas ainda é desconhecido (RANG *et al.*, 2004, p. 670). O Quadro 3 (Anexo C) descreve a caracterização farmacêutica do metilfenidato.

A noradrenalina e a dopamina, considerados os mediadores do sistema nervoso central (SNC) mais importantes nesta conexão, denominados monoaminas, promovem uma combinação importante entre a neuroquímica e a neurofarmacologia, ampliando as possibilidades de estudos relativos à função dos neurotransmissores e a influência dos fármacos nesses sistemas. A noradrenalina (NA) é o neurotransmissor do sistema nervoso simpático e precursor da adrenalina, constituindo um importante alvo para ação de substâncias. Efetua ações principalmente inibitórias (receptores β -adrenérgicos), sendo algumas excitatórias (receptores adrenérgicos α ou β). Acredita-se que a transmissão noradrenérgica seja importante nos seguintes processos: sistema de “reatividade”, que realiza a regulação do estado de vigília e o estado de alerta; controle da pressão arterial; controle do humor (quando a deficiência do humor implica em depressão). Os psicotrópicos como anfetaminas, antidepressivos e cocaína são agentes que atuam totalmente ou parcialmente na transmissão noradrenérgica do SNC.

A dopamina (DA), neurotransmissor monoaminérgico, é produzida a partir da enzima dopa descarboxilase. Os receptores são classificados em cinco subtipos - D₁, D₂, D₃, D₄ e D₅ - distribuídos pelo cérebro. Os subtipos D₁ e D₂ estão ligados à estimulação da adenilato-ciclase, exercendo papel funcional importante na reatividade, humor, emoção, comportamento estereotipado, controle motor, secreção de prolactina. As subdivisões D₃, D₄ e D₅ estão vinculadas à inibição da adenilato-ciclase. Os efeitos comportamentais da atividade dopaminérgica acentuada constituem padrões estereotipados, podendo ser liberados por anfetaminas e agonistas da dopamina (apomorfina) (RANG *et al.*, 2004).

Como acontece com todo fármaco, há riscos no uso do metilfenidato. Para um melhor acompanhamento clínico foi recomendado pela *American Heart Association* (AHA) a avaliação das medicações em uso e a elaboração de histórico familiar sobre possíveis sintomas e doenças cardíacas. Na ocorrência de sintomas ou doenças cardíacas, recomenda-

se: efetuar avaliação cardiopediátrica anterior à medicação; eletrocardiograma de rotina e, se realizado antes dos 12 anos, fazê-lo novamente após os 12 anos; reavaliar periodicamente o tratamento; na ocorrência de sintomas cardíacos, verificar a pressão arterial nos três primeiros meses de tratamento e depois a cada seis a 12 meses. No caso de uso de α -agonistas, recomenda-se verificar com maior frequência. Na presença de algum evento cardíaco torna-se imprescindível avaliação e exames especializados. O Quadro 4 (Anexo D) demonstra as Recomendações da *American Academy of Pediatrics* (AAP) para tratamento medicamentoso do TDAH e efeitos cardiológicos (MENDONÇA, 2011).

As pesquisas com psicofármacos para crianças e adolescentes ainda carecem de maiores estudos de ensaios clínicos e estudos de seguimento a longo prazo. Por esse motivo as drogas utilizadas nessa faixa etária são aquelas mais estudadas e empregadas na clínica adulta. Dá-se preferência ao procedimento, mas não suficiente para garantir o emprego seguro em relação à eficácia e ausência de efeitos adversos (BORDIN, 2003).

1.4 Medicalização e *hýbris* contemporânea

Diante dos diferentes campos apresentados até o momento, interessa discorrer sobre os possíveis mecanismos de forças existentes nesta “ligação covalente simples” TDAH-MFD (metilfenidato). Como se dá o compartilhamento de energias? Quais os tipos de forças que atravessam esse sistema? Como interagem? Como se sustentam? Quais deslocamentos são realizados? Quais os resultados dessa doação? Vale destacar que o termo acima está inserido na disciplina de química geral definido como sendo: “um tipo de ligação covalente caracterizada pelo compartilhamento de um ou mais pares de elétrons entre átomos, causando uma atração mútua entre eles, que mantêm a molécula resultante unida” PERUZZO & CANTO (2012, p. 114).

Responder a todos esses questionamentos seria, evidentemente, a solução para, digamos, boa parte dos problemas que circundam o dia a dia do indivíduo, como no caso a transformação de problemas sociais em problemas de saúde que requerem tratamento medicamentoso, impactando sobremaneira na medicalização do cotidiano. Segundo Aguiar (2004, p. 133) o conceito de medicalização que tem inspirado a sociologia baseia-se no proposto por Irving Zola que aponta como fator importante a “expansão da jurisdição da profissão médica para novos domínios, em particular aqueles que dizem respeito a problemas considerados da ordem espiritual/moral ou legal/criminal”. Estudiosos da medicalização

consideravam a medicina como agente de controle dos conflitos da vida normal, do controle social, devido a sua capacidade de transformar fenômenos sociais, como a sexualidade, o alcoolismo, por exemplo, em concepções médicas, incluindo esses “novos saberes” em seus domínios institucionais. Conrad (2007, p. 5) acrescenta que “a “medicalização” descreve o processo no qual problemas não médicos se tornam definidos e tratados como problemas médicos, usualmente, nos termos de doenças e transtornos”, exemplificando que “pode-se examinar a medicalização envolvida no alcoolismo, no TDAH, na menopausa, na disfunção erétil”. Assim, temos eventos normais da vida cada vez mais sendo tratados como patologias pela medicina científica que, ao submeter o indivíduo à bioquímica cerebral, por exemplo, torna-o somente controlável pelo uso de fármacos, reforçando a medicalização como alvo principal para o controle social.

Conrad (2007, p. 9) afirma que “o poder da autoridade médica é evidente na medicalização da hiperatividade, menopausa, abuso sexual em crianças, parto, dentre outros”. Da mesma forma que movimentos sociais são críticos em relação ao avanço da medicalização, alguns contribuem para o seu crescimento, como é o caso do uso de medicamentos reivindicados por grupo de Alcoólicos Anônimos para tratamento do alcoolismo, promovendo aceitação de suas doenças como categorias diagnósticas. Diversas maneiras de como considerar a medicalização surgiram nos anos 1990. Segundo Conrad (2007), grande parte dos estudos de medicalização apontam que a vida em si vem sendo crescentemente medicalizada e que médicos e medicamentos são as soluções para as dificuldades humanas.

A interferência do capital diretamente nos domínios da vida, como por exemplo as estratégias crescentes de promoções de fármacos desenvolvidas pela indústria farmacêutica, segundo Conrad (2007, p. 19) demonstram como o marketing atua fortemente na venda da doença e não somente na divulgação das drogas, com as propagandas “educacionais” televisivas centralizadas na doença ou no transtorno, ao invés de focalizar na droga propriamente dita.

Nesse contexto identificamos mais um personagem: a *hýbris* (desmesura) dando significado aos movimentos sociais que abordamos, de corpos e de medicamentos. Ela operaria na perspectiva de atender às necessidades apontadas pelos sujeitos quanto ao uso de medicação que venha estabelecer o seu bem-estar; mas como saber o quanto é suficiente? Também quanto aos níveis de agitação e de atenção da criança há uma medida que não se

consegue obter, assim como na proporção descomedita das ações da indústria farmacêutica em propagandas e representações junto aos prescritores.

Devido à corrosão do caráter, cada vez mais se coloca em dúvida a medida da rotina, do trabalho, da razão. É crise da desmedida. Essa crise também se observa nas crianças, talvez sejam aquelas que mais vivenciam o fato de que a medida volatizou, de que a vida é desmedida, levando à sensação de “endividamento” cotidiano, em que tudo é rápido e não temos tempo. É possível que estejamos em um momento assim, em que voam pelo ar muitas medidas: do valor, do trabalho, do tempo, do sujeito, do Estado, da governança global, do controle da vida, e vem à tona, por toda parte, a desmedida dessa medida do poder, no nosso caso dos medicamentos, a desmedida das novas dores que requerem de nós outra coisa para a qual ainda não temos nomes adequados, e que as agitações, desatenções, hiperconexões, adoecimentos do presente deixam apenas entrever, a seu modo.

2 - OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar a demanda do medicamento cloridrato de metilfenidato em crianças de 06 a 10 anos, no período de 2008 a 2012, atendidas no Centro de Valorização da Criança (CVC) pertencente à Região Central Histórica (RCH) da rede pública de Santos.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar a Classificação Internacional de Doenças – CID10 - dos pacientes para quem essa medicação foi prescrita;
- Identificar o tempo médio de uso do fármaco;
- Identificar ocorrências e tipos de substituição terapêutica;
- Identificar o entendimento de profissionais de saúde da unidade pesquisada quanto ao Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e o medicamento.

3 – MÉTODO DE PESQUISA

Optou-se por uma pesquisa de estudo de caso, por avaliar-se que a demanda desta medicação neste período pode ser considerada um fenômeno complexo, relacionado a aspectos sociais de diversas ordens.

De fato, o estudo de caso é usado:

[...] em muitas situações para contribuir ao nosso conhecimento dos fenômenos individuais, grupais, organizacionais, sociais, políticos e relacionados. Naturalmente, o estudo de caso é método de pesquisa comum na psicologia, sociologia, ciência política, antropologia, assistência social, administração, educação, enfermagem e planejamento comunitário. [...] Em todas essas situações, a necessidade diferenciada dos estudos de caso surge do desejo de entender os fenômenos sociais complexos. Em resumo, o método do estudo de caso permite que os investigadores retenham as características holísticas e significativas dos eventos da vida real – como os ciclos individuais da vida, o comportamento dos pequenos grupos, os processos organizacionais e administrativos, a mudança de vizinhança, o desempenho escolar, as relações internacionais e a maturação das indústrias (YIN, 2010, p. 24).

Gil (2009, p. 10) acrescenta que: “o estudo de caso é, pois, um delineamento pluralista. Ele não se opõe aos outros delineamentos, mas o complementa. Logo, o que deve levar o pesquisador a se decidir pelo estudo de caso são os objetivos da pesquisa e os meios de que dispõe para efetivá-la”.

Como pode ser verificado, trata-se de um método amplo e complexo, pois procura explicar alguma circunstância presente, quando se propõe a responder as perguntas “como” e “por quê”. Aliado a essas questões, busca-se, nesse momento, identificar causas dos fenômenos ou fatores que os influenciam. Além disso, oferece a capacidade de lidar com uma maior variedade de evidências, tais como: documentos, artefatos, entrevistas e observações.

Na tentativa de se estudar com maior profundidade o grupo, a organização ou o fenômeno, sem perder o sentido de sua extensão, Gil (2009, p. 15) afirma que “o que se procura nos estudos de caso é, pois, mais a compreensão dos fenômenos sociais que ocorrem no seu contexto do que propriamente o estabelecimento de relações entre variáveis intrínsecas ao fenômeno”.

Por ser uma investigação com ênfase na totalidade, o pesquisador não necessita adotar critérios com vistas ao fracionamento. Terá condições de apreciar os vários fatores que

determinam sua estrutura, assegurando a unidade do caso e sem prescrever qualquer rompimento com o seu contexto.

Nesta pesquisa, o caso a ser considerado foi a demanda do metilfenidato, no período de 2008 a 2012, para o tratamento de crianças de 6 a 10 anos atendidas no Centro de Valorização da Criança da Região Central Histórica (CVC-RCH), que se supõe relacionada ao diagnóstico e tratamento do TDAH em crianças de 06 a 10 anos.

3.1 Sujeitos da pesquisa

Os sujeitos da pesquisa foram os profissionais técnicos de equipe multidisciplinar da unidade de saúde definida, composta atualmente por: psiquiatra, psicólogo (4), fonoaudiólogo, acompanhante terapêutico (2) e assistente social (2).

Como critérios de inclusão, os profissionais técnicos deveriam estar lotados na unidade de saúde em que a pesquisa foi realizada e como critérios de não inclusão, não haverem trabalhado na unidade em pelo menos seis meses, assim como recusar-se a participar da pesquisa.

Os profissionais da equipe multidisciplinar foram informados da realização da pesquisa e da participação voluntária a partir do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

3.2 Produção de dados

A investigação foi desenvolvida no Centro de Valorização da Criança (CVC) com delimitação territorial pertencente à Região Central Histórica (RCH), seção vinculada à Coordenadoria de Saúde Mental (COSMENTAL) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Justifica-se a escolha do CVC-RCH, tendo em vista ser uma unidade de saúde que possui considerável amplitude amostral dentre os três CVCs, pois abrange o maior número de bairros da cidade, atingindo um total aproximado de 61.912 habitantes. Além disso, realiza um maior número de atendimentos, sendo que o território compreende grupo populacional com alto índice de vulnerabilidade social.

Para a abordagem dos sujeitos foram realizadas entrevistas semiestruturadas, uma vez que favorecem a construção de informações de forma mais livre e as respostas não estão condicionadas a uma padronização de alternativas.

Triviños (2009, p. 146) acrescenta que:

Podemos entender por *entrevista semi-estruturada*, em geral, aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante. Desta maneira, o informante, seguindo espontaneamente a linha de seus pensamentos e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da entrevista.

As entrevistas ocorreram na unidade de saúde entre abril e novembro de 2013, tendo sido agendadas conforme a disponibilidade de cada profissional. A entrevista semiestruturada dirigida ao profissional médico (APÊNDICE C) e para os demais profissionais foram acompanhadas de um roteiro e orientações (APÊNDICES D e E). As entrevistas foram gravadas, mediante autorização dos entrevistados e transcritas. Vale destacar que a maioria dos profissionais expressou grande interesse em participar da pesquisa, alegando que o tema se fazia pertinente para as atividades da unidade e de grande importância social.

No tocante aos dados de prontuários de pacientes foram consultados todos os prontuários médicos de crianças na faixa etária de 06 a 10 anos, no período de 2008 a 2012, que receberam a medicação. Para isto, houve a elaboração de um formulário em que foram indicados os dados do prontuário: número do prontuário, idade, gênero, bairro de moradia, escolaridade, local/unidade, tipos de queixas (agressividade, agitação, falta de concentração, problemas de linguagem e outros), CID 10 e histórico medicamentoso do paciente. Em seguida esses dados foram lançados em uma tabela contendo além dos dados acima, o primeiro medicamento receitado, substituição, tipo de tratamento substituto, tempo de uso do Metilfenidato/semanas, mês/ano de uso do Metilfenidato e mês/ano de Substituição (APÊNDICE F).

No primeiro encontro fui recebida de forma calorosa por funcionários da administração. Em seguida fui encaminhada para conversar com a chefe da unidade de saúde que demonstrou interesse pesquisa, tendo em vista sua formação em psicologia. A presença de crianças era uma constante na parte da manhã, quando havia um movimento maior em determinados dias da semana devido às consultas psiquiátricas. Fui acomodada na sala dos chefes do serviço de saúde composta por duas mesas, armário e computador situada no 1º andar. O local era tranquilo, sem muito movimento de crianças e adultos, estando a sala do psiquiatra bem ao lado. Foram muitas tardes manuseando e extraindo informações dos

prontuários que continham narrativas muito interessantes e ao mesmo tempo impressionantes, relatos da convivência das crianças com seus pais e mães, mas também de muitas avós que passavam a cuidar de seus netos como filhos, devido ao afastamento dos pais por diversas circunstâncias da vida. Muitas vezes me via mergulhada em determinadas narrativas que depois percebi serem bem comuns para aquela região. Casos comuns de pais separados e que a avó materna, já com idade avançada e sem condições financeiras, se responsabilizava pela educação e pela “criação” da criança (como elas próprias referiam). Além disso, moravam em local insalubre e com infraestrutura reduzida; num único espaço instalavam quarto e cozinha, às vezes banheiro no seu interior. Na mesma residência moravam tios(as), sobrinho(as) e outros que estariam ou não contribuindo financeiramente para com as despesas. Como pesquisadora iniciante e muito sensibilizada com as tramas descritas, no final do dia sentia-me entristecida e ao mesmo tempo me questionava sobre as diferenças sociais que uma microrregião apresentava. Lamentavelmente, quantos desses perfis sociais estão distribuídos pelo nosso país...

3.3 Análise de dados

Como método de análise das entrevistas foi utilizado a Análise de Conteúdo, e especificamente a Análise Temática (Gomes, 2012). De acordo com este método foram selecionados trechos das entrevistas, segundo categorias derivadas do roteiro de entrevista. Estes trechos permitiram identificar núcleos de sentido que, por sua vez, possibilitaram a elaboração de temas gerais. Segue em apêndice G um quadro referência do utilizado para este procedimento.

Os dados quantitativos foram submetidos a análise estatística por Felipe Granado de Souza, expressa em tabelas de distribuição das variáveis (SOUZA, 2014).

3.4 Aspectos éticos

Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Federal de São Paulo por meio da Plataforma Brasil do Ministério da Saúde, sob N° CAEE 12958013.2.0000.55055, sendo aprovada no dia 05/04/2013 (Parecer N° 231.495, ANEXO H). Também recebeu autorização da Secretaria de Saúde do Município de Santos e respectivo Comitê de Ética em Saúde (ANEXOS F e G). Foram feitos esclarecimentos sobre o estudo (sigilo, anonimato, uso dos dados) para os participantes e coletadas as assinaturas do Termo

de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos responsáveis (APÊNDICE A). A obtenção dos dados somente ocorreu após as assinaturas do Termo de Consentimento de Uso de Banco de Dados (TCUD) (APÊNDICE B).

4 - RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram consultados os prontuários de 44 pacientes entre 6 a 10 anos atendidos no período de 2008 a 2012 no Centro de Valorização da Criança – Região Central Histórica do município de Santos que fizeram uso do metilfenidato.

Para a obtenção dos dados qualitativos foram realizadas leituras atentas das entrevistas com os sujeitos de pesquisa identificando-se algumas categorias relacionadas às questões do roteiro. Na sequência foram selecionados trechos das entrevistas de todos os sujeitos, segundo estas categorias, e lançados em uma tabela. A partir destes trechos foram identificados núcleos de sentido.

Tais núcleos de sentido apontaram para seis grandes temas: equipe dividida entre médico e não médicos; questionamento ao diagnóstico de TDAH; o medicamento como desnecessário para a maioria dos casos de TDAH; crítica ao medicamento como solução para as dificuldades com o comportamento das crianças; prescrição do metilfenidato como construção social; e substituição de metilfenidato por Risperidona. Iremos seguir esses temas na apresentação destes resultados, porém após a apresentação de algumas características dos pacientes identificados pela consulta aos prontuários.

Verificou-se que 39 (88,6%) dos pacientes são do gênero masculino, com expressivo destaque em relação aos 5 (11,4%) do gênero feminino (Tabela 1). Estes dados coincidem com outros estudos, como os de Rohde & Halpern (2004), que demonstram que o gênero masculino têm sido mais frequentemente diagnosticado com TDAH.

Tabela 1: Distribuição da variável Gênero.

Gênero	Frequência	Porcentagem
Feminino	5	11,4
Masculino	39	88,6
Total	44	100,0

Em relação à distribuição dos pacientes por bairro, nota-se uma maior concentração de crianças com uso de metilfenidato no Morro Nova Cintra, perfazendo um total de 7 (15,9%); 5 (11,4%) no Saboó e 4 (9,1%) residem na Vila Nova (Tabela 2). Esta distribuição não é proporcional ao número de habitantes dos bairros, havendo bairros mais populosos com menos crianças diagnosticadas, como, por exemplo, o Santa Maria. Seriam necessários outros dados que vão além do escopo desta pesquisa para o esclarecimento da complexidade desta distribuição.

Tabela 2: Distribuição da variável Bairro.

Bairro	Frequência	Porcentagem
Centro	2	4,5
Chico de Paula	1	2,3
Jd. Rádio Clube	1	2,3
Macuco	1	2,3
Monte Serrat	1	2,3
Morro da Penha	2	4,5
Morro do Pacheco	2	4,5
Morro Nova Cintra	7	15,9
Morro Saboó	3	6,8
Morro Santa Maria	1	2,3
Morro São Bento	3	6,8
Paquetá	3	6,8
Saboó	5	11,4
Valongo	1	2,3
Vila Mathias	3	6,8
Vila Nova	4	9,1
Vila Pantanal	2	4,5
Vila Pantanal II	1	2,3
Vila Progresso	1	2,3
Total	44	100,0

O tempo de uso do metilfenidato ficou em torno de 50,82 semanas, ou seja, aproximadamente um ano (Tabela 3). O tempo de uso do fármaco não tem sido citado pelas pesquisas (ORTEGA et al., 2010), dependendo de avaliação médica. Informações do laboratório produtor advertem que a utilização prolongada em algumas crianças pode provocar lentidão no crescimento em relação ao normal, testes de sangue sendo também recomendados (Anexo E). Há necessidade de acompanhamento médico periódico desses indicadores, bem como a observação das condições de saúde do paciente em relação à pressão sanguínea e frequência cardíaca (Anexo D). Falta, portanto, um parâmetro do que seria o uso prolongado, deixando supor que os efeitos colaterais poderiam agravar-se com o tempo de uso.

Tabela 3: Medidas descritivas da variável Tempo de uso de metilfenidato.

Variáveis	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
Tempo de uso de metilfenidato	50,82	50,01	2,00	233,00

Tendo apontado estas características iniciais, passemos à apresentação dos temas identificados, começando pelo “equipe dividida entre médicos e não médicos”. Os não médicos percebem-se trabalhando em conjunto, de forma articulada e complementar, como se pode verificar no trecho de uma das entrevistas: *“É uma integração mesmo muito grande da equipe porque a gente senta, enquanto a criança está com a fono e a psicóloga, a gente tá com a família e aí nesse primeiro momento, já no mesmo dia da avaliação, a gente já discute o caso e já chega a alguma conclusão do que a família trouxe, mais o que foi observado”* (E3)¹. Em contraste a esta coesão, outro membro da equipe afirma que o médico não se integra na dinâmica de trabalho dos não médicos: *“Há pouca inserção do médico nesse contexto de avaliação multiprofissional e interdisciplinar, é um complicador”* (E1). Pelo olhar do médico ele estaria em relação com a equipe: *“Tenho uma interação com a equipe”*

¹ Os entrevistados foram numerados de E1 a E10.

(E8). Mas a ideia de “estar em interação com” sugere que ele não se percebe como membro da equipe.

Outra expressão dessa divisão aparece nas menções feitas à avaliação das crianças. Um exemplo seria como se chega ao diagnóstico de TDAH: “*normalmente, ele envolve a participação do médico. E é uma coisa que muito frequentemente não é consensual entre a equipe*” (E1). Sendo o médico que decide por tal diagnóstico, os não médicos parecem não se dedicar a um diagnóstico classificatório; eles procurariam “*não rotular tanto... [a criança] é um ser em desenvolvimento*” (E7). Haveria um esforço de evitar o reducionismo das especialidades: “*A avaliação que a gente faz é uma avaliação que contempla um olhar para a criança, não focado exatamente em uma especialidade em saúde*” (E1).

A divisão da equipe parece relacionada ao fato do médico ter o poder do receituário e dos demais profissionais desta equipe resistirem à indicação do tratamento medicamentoso, tentando antes outras possibilidades de terapêutica, talvez procurando dosar a quantidade de diagnósticos de TDAH.

O segundo tema relacionou-se com o conjunto de núcleos de sentido voltados ao questionamento do diagnóstico de TDAH. Houve questionamentos quanto à legitimidade da existência desse quadro: “*Questionam o TDAH como entidade nosológica*” (E1); e ainda: “*Criança vem realmente com um histórico de TDAH e a gente sempre questiona. Nunca tem um diagnóstico fechado*” (E3). Um dos entrevistados sugeriu que a doença teria sido inventada pelo remédio: “*Não existe diagnóstico para TDAH, eu não acredito nessa doença... o TDAH foi a única doença que o remédio chegou antes do diagnóstico... não conseguiram me convencer do diagnóstico...*” (E8). Outro percebeu que o contato prolongado com a criança podia pôr em questão um diagnóstico consensuado: “*Peguei muitas crianças que vieram com essa hipótese e até se fechou um diagnóstico, e trabalhando com a criança eu realmente discordei e falei não...*” (E9).

Dentre as razões apontadas para o questionamento, foi mencionado o curto tempo das consultas médicas, que dificultaria uma avaliação mais acurada: “*A própria [falta de] disponibilidade do profissional médico para poder fazer [adequadamente] o diagnóstico de TDAH*” (E1). Outro motivo indicado seria o equívoco de tomar por patologia mental a necessidade de expressão da criança ou suas dificuldades de aprendizagem: “*Mas, não é TDAH, é uma criança que se expressa ou tá com uma dificuldade de aprendizagem pelo*

problema da educação” (E4). Um terceiro argumento foi o de que se trata de uma falha na família na colocação de limites: “Na verdade não tem limite, falta educação, falta firmeza. Falta estrutura familiar, rotina, que a grande maioria de crianças, abaixo dos quatro anos de idade... não é hiperativo, ele é ativo é uma criança normal” (E5); seria mais fácil tratar de uma doença do que educar: “Eles querem ouvir que a criança tenha um problema, um transtorno, querem um remédio e aí, pronto, não preciso ter trabalho, só o trabalho de dar o remédio na hora certa né e aí tudo vai ficar mais tranquilo” (E5). Por fim, uma explicação alternativa ao diagnóstico de TDAH atribuiria, às condições de vida apresentadas no momento, o comportamento agitado da criança: “Na verdade é uma hiperatividade reativa à situação de vida que ela tá vivendo...” (E10).

Foi interessante constatar que a totalidade da equipe entrevistada tinha críticas a respeito do diagnóstico de TDAH, contrariando as expectativas iniciais deste estudo. Porém, estes questionamentos correspondem a críticas ao risco de sobrediagnóstico que tem sido veiculado na grande mídia, mostrando o seu poder formador de opinião.

O terceiro tema destacou o conjunto de núcleos de sentido que envolveu o medicamento como desnecessário para a maioria dos casos de TDAH. Um profissional não médico apontou a movimentação financeira da indústria farmacêutica como principal motor do uso do medicamento: *“A maioria dos casos não é para o uso de medicação... a questão mercantil, do lucro, da acumulação do capital no sistema capitalista” (E4).* Sobre a eficácia da medicação, um entrevistado não médico refere que a medicação não necessariamente apresenta resultados no comportamento: *“...uma criança que tomou Ritalina® durante anos e quando mudou o médico, cortou o remédio. Eu não vejo absolutamente nenhuma diferença do comportamento dele em grupo com o remédio ou sem o remédio, muito pelo contrário... É uma criança que necessitaria de um profissional auxiliar na sala de aula” (E5).* Em contraste, outro profissional não médico alegou haver, em alguns casos, um benefício do remédio no âmbito escolar: *“Em alguns casos sabemos sim... [que] reduzir a agitação dele contribui naquele espaço educacional” (E4).* Acredita que, por esta razão, alguns educadores estimulariam indevidamente a indicação medicamentosa: *“Têm professores que querem o menino quietinho, calminho, que não dê problemas... o menino travesso, esse é o mais inteligente, provavelmente” (E4).*

O mesmo entrevistado defende que haveria alternativas terapêuticas satisfatórias: *“alternativas e projetos sociais, e de cultura e educação, também não teriam esse efeito com*

a criança? Uma natação de qualidade se tivesse um interesse cultural, de flauta, de música ele não iria mais tranquilo e feliz?” (E4).

Estes posicionamentos são discordantes do que Ortega *et al.* (2010) apontavam como consenso das publicações científicas da época, embora estes autores já indicassem que reportagens leigas, a partir de meados da década de 2000, reivindicavam a concorrência de injunções sociais e psicodinâmica dos pacientes com este quadro. É possível que estas reportagens tenham produzido um senso comum com restrições à medicação.

Observou-se que o fármaco vem sendo utilizado predominantemente por crianças do 3º ciclo, num total de 17 (42,5%) (Tabela 4). Foi verificado que o terceiro ciclo é um momento em que pode ocorrer a retenção do aluno. Isto faz pensar que pode haver uma maior cobrança de desempenho, que leve a maior número de encaminhamentos por parte da escola.

Tabela 4: Distribuição da variável Escolaridade.

Escolaridade	Frequência	Porcentagem
PRÉ	1	2,5
1º	8	20,0
2º	8	20,0
3º	17	42,5
4º	5	12,5
5º	1	2,5
Total	40	100,0

Já no quarto tema desenrolou-se o conjunto de núcleos de sentido voltado à crítica ao medicamento como solução para as dificuldades com o comportamento das crianças. Um profissional não médico atribui o aumento do consumo do metilfenidato à conduta medicalizante da classe médica: *“O aumento da demanda do metilfenidato aqui em Santos é uma coisa que eu compreendo na lógica de como o profissional médico encara a situação”*

(E1). Outro entrevistado propõe que haveria uma promessa de solução rápida e fácil de problemas: *“Este domínio do mercado do lucro, da manipulação, dessa coisa assim: olha, seja refém, resolva seu problema rapidamente... as famílias pedem medicação, porque se promete para eles que a medicação é a solução dos problemas. Então, é família pedindo medicação, porque dá menos trabalho, você dopa, você tem menos trabalho, é a escola pedindo medicação”* (E2). Isto ocorreria pela tendência atual de substituir as dores e frustrações inerentes ao viver por um bem estar resultante de efeito químico, com consequente aumento da dependência à medicação: *“Então, tá tendo uma distorção muito grande para hoje se tratar as questões da vida que se você for pensar é exatamente proporcional ao aumento da dependência química. A gente tá cada vez mais trabalhando no sentido de você não suportar dor, não suportar mais frustração, não conseguir ter autocontrole e tudo isso acaba sendo feito de forma mecânica, química, vamos dizer assim, não diretamente”* (E2); conforme também outro entrevistado: *“...eu fico pensando assim, e amanhã, né? Quem vão ser essas pessoas? O que a gente tá produzindo? Uma sociedade de dependentes químicos, e aí assim... daí para os antidepressivos, ansiolíticos e para a vida toda. Ninguém mais pode ser triste, nem alegre..., medicalização das emoções e dos sentimentos”* (E5). O mesmo entrevistado antecipa uma tendência à repetição de padrões geracionais: *“Então, como que a gente vai reproduzindo, eu não aguento a frustração do meu filho, então eu medico ele e amanhã ele vai ser a mesma coisa, um adulto que não tolera frustração e que se automedica e medica o seu filho porque não consegue lidar e assim vamos”* (E5).

Um dos entrevistados afirma que a medicação é ineficaz: *“A medicação não muda o comportamento. A medicação só engessa mesmo”* (E3). E sugere que sua principal função está relacionada ao controle das crianças: *“Vamos tranquilizar as crianças pra que elas dêem menos trabalho, para que elas dêem, menos... fiquem menos agitadas ou que elas sejam boazinhas... Criança tem uma energia, então, vamos cortar um pouco essa energia, vamos dar uma podada, uma engessada mesmo nessas crianças prá elas poderem, ter um controle, vamos controlar prá eles ficarem mais quietinhos, dar menos trabalho”* (E30). Isto ocorreria pela maior facilidade de coibir do que cuidar: *“Eu acredito que tem acontecido porque é mais fácil, porque você chegar e dar um remédio prá criança prá ela sossegar, entendeu? Então, é muito mais fácil, agir desse jeito do que na verdade ter um cuidado. Porque ter cuidado, requer uma maior pesquisa e normalmente, não é isso que a gente vê”* (E9).

As dificuldades com o comportamento das crianças teriam sido deslocadas do âmbito da educação familiar para o âmbito da saúde, com decorrente tendência à patologização: *“Se o comportamento da criança não é um problema da família, não é um problema meu, então é um problema da Saúde, é um Transtorno. Então, vamos medicar... a partir dessa lógica, é assim que eu vejo, e aí eu acho que isso foi uma explosão assim, não só em Santos, mas é... em geral, no Brasil, nos Estados Unidos nem se fale porque é a fábrica de transtornos”* (E5). Outro entrevistado corrobora esta visão: *“A gente vê o pai e a mãe, o responsável muitas vezes não consegue lidar com a criança. Não sabe como lidar... Então, geralmente, quando a gente vê um descontrole assim da criança, que chega até o uso de uma rotulação, de um diagnóstico ou de uma medicação, o descontrole tá na família”* (E3). Haveria uma pressa diagnóstica, uma impaciência com os problemas: *“É uma medicalização em cima de problemas que poderiam ser olhados de uma outra forma, antes de se dar o medicamento... a criança tá agitada, não pára. Antes de você achar que a criança tem um problema e você já dar um remédio, vamos investigar”* (E7).

Um dos efeitos deletérios desta prática seria o convencimento da própria criança de que ela precisaria do remédio e a consequente dificuldade de retirá-lo: *“Porque no final das contas, quando medica a criança e você diz: olha você precisa tomar essa medicação porque assim você obedece mais, você fica mais calmo, a criança também acredita nisso. Então, que sem a medicação ela não vai conseguir”* (E10).

Todos os profissionais não médicos pareceram contrários ao uso do fármaco, ainda que considerem a possibilidade de sua utilização em situações específicas: *“A nossa equipe é muito contrária a isso. Não é contra, né? Eu acho que têm algumas situações que eu acho já vi que realmente foi necessário administrar a medicação, mas no geral acho que não tem necessidade”* (E3). Outro entrevistado afirma que a necessidade da medicação seria reduzida à condição de exceção se houvesse políticas públicas adequadas: *“Eu sou contra, sou contra o uso da medicação. Acho que ele pode ser usado em situações prá mim, raríssimas. Se eu tivesse uma construção de políticas públicas de outra forma, aí você... aí o povo ficaria contente. Tenho certeza que ia sobrar um ou dois casos a cada ano, e olhe lá... porque hoje a lógica hoje é invertida”* (E4). *“No Centro [região da cidade], qual é o espaço cultural que essas crianças têm? (E4).*

Ocorre o reconhecimento de que a medicação poderia ser adequada nos casos em que não haveria problemas detectáveis no ambiente da criança, o que indicaria a presença de

um distúrbio, que parece ser tomado como orgânico: *“No meio disso, claro, tem alguma porcentagem, que creio eu bem pequena que realmente tem algum distúrbio que mesmo que todas as situações em volta estejam de acordo, que a família esteja educando” (E7).*

Há a procura de evitar o encaminhamento ao médico e a utilização de terapias não medicamentosas como forma de tratamento: *“Porque a gente sabe que, quando encaminha para avaliação psiquiátrica é quase que, fatalmente, ele vai ser medicado, né? Então, a gente, em termos de tratamento, de condução do caso, a gente tenta sempre outras estratégias” (E10).* A avaliação é de que esta via pode ser eficaz: *“Quando a gente consegue ter uma afinidade, tanto com a família quanto com a escola, em geral, o resultado é positivo, sem ter a necessidade de usar a questão medicamentosa” (E10).* O mesmo entrevistado identificou que, atualmente, por força da divulgação ampla que se fez em torno da crítica à medicalização, teria diminuído a pressão ou aumentado o constrangimento por ela: *“Eu não sinto mais que as escolas nos pressionem no sentido de medicar. Eu acho que como tem isso muito claro, já tá muito divulgado. Eu acho até quem pensa, deve ter vergonha de falar” (E10).*

Esta posição crítica dos profissionais em relação à medicalização não está restrita aos não médicos. É interessante notar também que a equipe preserva o valor da medicação para alguns casos, sem que se saiba ao certo como ocorreria a discriminação destes casos, exceto por exclusão: sempre que não se conseguisse detectar determinantes de ordem ambiental. Os casos que não conseguisse intervir, encaminharia à consulta médica, reproduzindo o movimento de família e escola: não conseguindo resolver, pediria a intervenção de outro profissional. A equipe parece tentar uma melhor medida para a medicação das crianças, restringindo as consultas médicas. Aparentemente, haveria uma crítica moral em relação à visão biologicista: daí a vergonha de se declarar um eventual apoio ao uso do fármaco.

Ainda que pressionem menos no sentido da medicalização, constatamos que as unidades municipais de ensino destacam-se nos encaminhamentos das crianças à unidade de saúde com 13 (31%), seguidos das creches com expressiva taxa de 10 (23,8%), acompanhados das escolas de ensino fundamental e outros com 6 (14,3%) cada (Tabela 5).

Tabela 5: Distribuição da variável Local/Unidade.

Local/Unidade	Frequência	Porcentagem
C	10	23,8
EEFC	6	14,3
OUTROS	6	14,3
UBS	4	9,5
UME	13	31,0
Total	42	100,0

Verificou-se que em relação a 27 (65,9%) das crianças não houve queixa de agressividade, com

Verificou-se que em relação a 27 (65,9%) das crianças não houve queixa de agressividade, considerando-se ainda o mesmo percentual para agitação. Foi significativa a porcentagem de crianças que não apresentaram falta de concentração 38 (92,7%) e nem problemas de linguagem 23 (56,1%). As queixas agrupadas na variável outros obteve amplo espectro de 24 (58,5%), demonstrando que, mais do que relacionado a um tipo particular de sintoma, o medicamento veio sendo utilizado para um número abrangente deles (Tabelas 6). Isto demonstra o que havia sido referido por Lima (2005) a respeito de como o foco na atenção fez ampliar a abrangência do diagnóstico.

Tabela 6: Distribuição das variáveis: agressividade, agitação, falta de concentração, problemas de linguagem e outros.

Ocorrências/Queixas	SIM		NÃO	
	Freq.	%	Freq.	%
Agressividade	14	34,1	27	65,9
Agitação	14	34,1	27	65,9
Falta de concentração	3	7,3	38	92,7
Problemas de Linguagem	18	43,9	23	56,1
Outros	24	58,5	17	41,5

O quinto dos temas correspondeu ao conjunto de núcleos de sentido que tinham relação com a prescrição de metilfenidato como construção social. Os entrevistados indicaram a produção de um modo de vida dos indivíduos dependentes de substâncias químicas farmacológicas, que levaria à medicalização da sociedade: *“Em relação ao consumo da Ritalina® é realmente uma coisa que tem sido verificado... a questão da medicalização... se observa que o metilfenidato, já tem sido substituído por outro tipo de droga, que a questão da Ritalina® talvez seja importante, porque ela, pelo que se pesquisa, têm efeitos que não são agradáveis e que também não são esperados para as crianças. E pode ser iatrogenia essa história de usar Ritalina®, mas assim eu acho que a concepção do uso da Ritalina® é o que baseia esse conceito de medicalização”* (E1). Um profissional não médico demonstra insatisfação com o crescente uso de fármacos como terapia única: *“A gente tem a posição que o processo de medicalização não é o que deveria estar acontecendo, se a gente for pensar nos direitos da criança como primazia nisso tudo. Em primeiro lugar da forma possível, nem sempre o uso da Ritalina® ou o uso desse medicamento de um jeito tão abusivo é o melhor caminho”* (E1); e ainda: *“Se a gente for pensar nos estudos que falam, o quanto que o Brasil está consumindo de Ritalina®, prá gente fica evidente que existe um abuso”* (E1). *“Foi constatado que no Brasil existe esse aumento bastante intenso”* (E1).

Os mesmos destacam influências estrangeiras, especificamente, dos EUA para a adoção de um padrão social dependente apenas da opinião médica: *“Modelos norte americanos de cuidado em saúde... incorporado pelos médicos brasileiros... quem prescreve o metilfenidato são os médicos”* (E1). A equipe de não médicos sugere a construção de uma sociedade desvinculada do processo de medicalização com a inclusão do médico na equipe: *“O que a gente procura fazer é aproximar o colega médico”* (E1); e ainda: *“A criança que está em tratamento aqui ela não é necessariamente né, ela não deve seguir necessariamente a conduta de um determinado profissional... precisaria ser partilhada... ser mais discutida com as famílias. Que alternativas temos para fazer com que as crianças pudessem ter uma inserção diferente nos espaços delas... sem precisar passar por iatrogenias por meio dos medicamentos”* (E1). Por outro lado, a técnica de trabalho apurada dessa mesma equipe afasta do tratamento inicial o uso imediato da medicação: *“A equipe tentar essa visão crítica, significa a criança com TDAH, faz com que essa tendência de supermedicação ou de medicalização das crianças seja minimizada ou bastante reduzida”* (E1).

A medicalização e os efeitos adversos do metilfenidato podem se tornar um problema de Saúde Pública segundo a ótica dos entrevistados: *“Quem estuda o metilfenidato sabe bem disso, que o metilfenidato produz reações que causam consequências sérias ao longo do tempo... criança que a mãe, por exemplo, foi fazer um hemograma no menino, a taxa de leucócitos e ela já tendo sido orientada a respeito, ela própria desconfiou que isso pudesse ter alguma ligação com o fato de o menino estar tomando a Ritalina® há anos”* (E1). Ela acrescenta ainda: *“Se você pega um menino hoje com 5 anos começa a dar um remédio para ele que aumenta a frequência cardíaca e pressão arterial, esse menino, daqui a vinte anos, vai estar, não, vamos botar 30, esse menino daqui a 30 anos, 5 anos, é cardiopata, renal crônico, e aí? Aí a gente vai entrar com remédio para pressão, para tratar a pressão prá melhorar a circulação cerebral, aquela coisa toda”* (E8). A opinião de um profissional não médico destaca o aumento da ansiedade nos usuários: *“Tomava três comprimidos de Ritalina®, eu fui começando a descobrir, tinha um rendimento que assim, melhorava com a Ritalina®, melhorava porque você bloqueia tudo quanto é tipo de estímulo, porque ela não é ela. Mas, que ao mesmo tempo, criava um nível de ansiedade dela tão grande com o remédio”* (E2). Outros profissionais não médicos sugerem que: *“Medicalização dos transtornos na infância é uma questão de Saúde Pública muito séria”* (E5); *“Eu entendo como um modismo”* (E6).

Ainda na esteira do fármaco, consideram abusivo o seu uso em situações ditas “normais”, às quais as pessoas geralmente passam: *“Se você pegar o manual de psiquiatria é de chorar, com a quantidade, quer dizer hoje você medica quem está vivendo um luto porque perdeu alguém, ou seja, como se esse processo cada vez mais... os saberes das especialidades hoje, da atualidade, que estão, tendo um olhar muito corporativo, a partir da situação do comportamento... Descaracterizando todo um contexto para aquilo que é vivido, assim como a indústria farmacêutica”* (E2).

Observa-se a prescrição sem análise apurada do caso: *“Eu acho que tá muito exagerado... que nem a questão do luto, que nem uma série de coisas que se medica por tudo e primeiro se medica e depois vai ver o que tá acontecendo”* (E7). Por outro lado, nota-se a banalização do uso do fármaco: *“A questão emocional mesmo... será que isso não vai interferir lá na frente, como a pessoa vai lidar? Será que vai conseguir, num momento que ela tiver uma dificuldade, um determinado problema, ela vai conseguir expor, ela vai começar ela a se medicar também ou ficou triste e já tomou remédio pra dormir?”* (E7). A escola participaria desse processo de vulgarização: *“Hoje em dia nota baixa, nota baixa de menino, quando ele chuta a perna da professora e está tirando nota baixa, Ritalina® nele. Tá sendo esse o critério”* (E8).

Existe a percepção de que os modelos atuais de educação promovem a medicalização: *“Eu aprisiono a educação, que seria o espaço de educação e cidadania e libertação, no sentido da emancipação humana e da dignidade..., no modelo mais tradicional e arcaico e ultrapassado no Brasil e no mundo”* (E4); *“É uma demanda que surge muito a partir da educação”* (E5); *“Eu acho que a educação puxa essa bandeira”* (E6). Sugere ainda um possível apelo à medicação devido à ausência de família e condições sociais adequadas: *“É uma questão também muito social esse aumento dessa demanda. Porque eu vejo assim, na sociedade moderna a gente perdeu aquela figura que centralizava ali o lar, a mãe que ficava em casa, que cuidava, que levava para o parque, que levava, enfim, que dava conta da criança, levava prá escola. Aí a mulher foi cada vez mais requisitada até pelas condições financeiras, sociais, enfim, e das suas próprias demandas para o mercado de trabalho, prá uma atividade fora do lar. E as famílias foram relegando aquela educação total da criança para a escola e a escola não dá conta disso”* (E5).

A indústria farmacêutica é denunciada no que se refere ao desenvolvimento de doenças e na condução do controle social: *“A indústria farmacêutica vê esse filão. Cria uma*

doença para poder vender remédio. Quanto mais doença tiver, mais remédio vai vender” (E8). Outro profissional admite o uso de diversos fármacos na terapêutica: “Quando não dá Ritalina®, já teve uma época, no começo dessa conversa toda, as pessoas davam Imipramina. Então, no começo, usou-se muito Imipramina, o pessoal caiu matando na Ritalina®, então quando não dá certo, Risperidona” (E8). Reforça ainda a influência marcante dos produtores de medicamentos no contexto social: “A Medicina é manipulada pela indústria farmacêutica e se a gente não tiver bom senso e saber o que a gente tá fazendo a gente cai no joguinho deles” (E8).

Esta visão do Metilfenidato como produção social e econômica parece levar os entrevistados a uma oposição ao medicamento, sem se darem conta dos processos de transformação que estariam em curso na subjetividade contemporânea, e que foram apontados na introdução.

Com relação aos CIDs dos prontuários consultados, verificou-se que, das crianças medicadas com Metilfenidato, casos diagnosticados com F90 – distúrbios da atividade e da atenção – representaram 33 (80,5%); F84 – transtornos globais do desenvolvimento – 3 (7,4%); e F90 – distúrbios da atividade da atenção com F31 – transtorno afetivo bipolar – 2 (4,9%) (Tabela 7). Este dado demonstra que a ampla maioria dos pacientes medicados com o metilfenidato na unidade pesquisada foram diagnosticados com transtornos compatíveis com o TDAH (nomenclatura do DSM, e não do CID 10).

Tabela 7: Distribuição da variável CID10.

CID10	Frequência	Porcentagem
F84	3	7,4
F90	33	80,5
F90/ F31	2	4,9
F90/ F84	1	2,4
F91/ F70	1	2,4
R46.3	1	2,4
Total	41	100,0

Num total de 28 (65,2%) pacientes, o metilfenidato 10mg foi o primeiro medicamento utilizado no tratamento; a Risperidona 1mg o foi para 4 (9,4%); enquanto que a terapia não medicamentosa foi a escolha para 3 (7%) (Tabela 8). A Risperidona é utilizada para tratar a esquizofrenia. O medicamento de referência é o Risperdal®, e segundo Rang *et al.* (2004, p. 601) está classificada como droga antipsicótica “atípica”, termo utilizado para designar drogas recentemente desenvolvidas. Mas é importante destacar que esta droga não tem recomendação de uso pediátrico, senão a partir de 13 anos.

Tabela 8: Distribuição da variável 1º medicamento receitado.

1º medicamento receitado	Frequência	Porcentagem
Amitriptilina 25mg	1	2,3
Carbamazepina 2%	1	2,3
Depakene 5ml	1	2,3
Haloperidol (gotas)	1	2,3
Neozine gotas	1	2,3
Risperidona 1mg	4	9,4
Metilfenidato 10mg	28	65,2
Metilfenidato 10mg e Carbamazepina 20mg	1	2,3
Metilfenidato 20mg	1	2,3
Rivotril	1	2,3
Terapia não medicamentosa	3	7,0
Total	43	100,0

Observou-se uma associação direta entre o CID - F90 e Metilfenidato, dado esperado (Tabela 9).

Tabela 9: Distribuição conjunta das variáveis CID10 e 1º medicamento receitado, em frequência absoluta.

1º medicamento receitado	CID10						Total
	F84	F90	F90/ F31	F90/ F84	F91/ F70	F46.3	
Amitriptilina 25mg	0	1	0	0	0	0	1
Carbamazepina 2%	0	0	1	0	0	0	1
Depakene 5ml	1	0	0	0	0	0	1
Haloperidol (gotas)	1	0	0	0	0	0	1
Neozine gotas	0	0	1	0	0	0	1
Risperidona 1mg	0	2	0	0	1	1	4
Metilfenidato 10mg	0	25	0	1	0	0	26
Metilfenidato 10mg e Carbamazepina 20mg	0	1	0	0	0	0	1
Rivotril	0	1	0	0	0	0	1
Terapia não medicamentosa	1	2	0	0	0	0	1
Total	3	32	2	1	1	1	40

O sexto tema implicou-se com o conjunto de núcleos de sentido que envolveu a substituição de Metilfenidato por Risperidona. O profissional não médico destaca a influência do prescritor no consumo do metilfenidato: *“Com a troca do médico, eu acho que deu uma abafada nessa coisa da Ritalina®, é claro que há uma substituição do medicamento”* (E5). Outro profissional afirma a troca da medicação com sucesso: *“As crianças que tomavam Ritalina® por causa de Transtorno de Conduta, eu entrei com Risperidona e o sucesso foi de 100%”* (E8). O entrevistado sugere a origem orgânica da hiperatividade: *“As crianças não são mais cuidadas pelos pais, são criadas em creche e quando não tá na creche tá com a avó, e a avó não foi feita para cuidar de criança, e sim para estragar a criança. E aí você pede sem limite, esse comportamento sem limite, vai ficando cada vez mais exacerbado, a gente começa a ter uma disfunção dopaminérgica, sim”* (E8). Demonstra como a presença de substância química farmacológica minimiza a doença: *“Você pega uma criança que tá nessa atividade toda, ela faz uma hiperatividade dopaminérgica... diminui essa atividade dopaminérgica... amarra uma bola de chumbo química no pé desse menino para você poder ter acesso de educação, comportamental, com psicólogo, com tudo que você precisa”* (E8). Justifica a Risperidona como droga escolhida para o tratamento: *“A atenção é um dos quesitos da inteligência... Aí você pega essa criança, então, que ela está sem limite, ou seja, para você concentrar, concentrar é a diminuição do limite, não é? Então, quando você quer concentrar, você tem que diminuir o limite em torno daquilo que você quer, visualizando o seu objetivo. Nesse sentido, a Risperidona é muito melhor, você bota um limite”* (E8). O profissional critica o uso de Metilfenidato e Risperidona associadas: *“Um absurdo, você associar uma droga estimulante com uma droga inibidora. Qual é o sentido disso?”* (E8).

A Risperidona foi o principal substituinte medicamentoso receitado (frequência 11, correspondendo a 45,7%), sendo a terapia não medicamentosa classificada em 2º lugar com 4 ocorrências (16,7%) (Tabela 10). Este dado é compatível com os trechos anteriores do entrevistado, que afirmava preferir o uso da Risperidona ao do Metilfenidato.

Tabela 10: Distribuição da variável Tipo de tratamento que substituiu o Metilfenidato.

Tipo de tratamento	Frequência	Porcentagem
Amitriptilina	1	4,2
Carbamazepina	2	8,3
Imipramina	1	4,2
Risperidona	11	45,7
Risperidona e carbamazepina	1	4,2
Metilfenidato/Risperidona	1	4,2
Metilfenidato/Trileptal	1	4,2
Terapia não medicamentosa	4	16,7
Trileptal	2	8,3
Total	24	100,0

A substituição do Metilfenidato parece ter ocorrido como uma tendência, não só em relação à Risperidona. Em 27 (61,4%) dos casos houve a substituição medicamentosa do Metilfenidato por outro tipo de tratamento, medicamentoso ou não (Tabela 11).

Tabela 11: Distribuição da variável Substituição do Metilfenidato

Substituição	Frequência	Porcentagem
N	17	38,6
S	27	61,4
Total	44	100,0

5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Risperidona teria herdado o lugar do Metilfenidato? Ou seria uma resposta ainda mais taxativa à busca de medida em nosso tempo? Este fármaco foi padronizado em junho de 2009 pela Secretaria Municipal de Saúde de Santos, tendo-se constatado a seguinte distribuição:

ANO	COMPRIMIDOS
2009	100.800
2010	286.160
2011	394.840
2012	574.820

Como compreender estes números? Não tem havido repercussão social deste uso. Esta tendência de aumento de prescrições estaria ocorrendo também em âmbito estadual, nacional e mundial? De todo modo, sua utilização parece de acordo com as biossociabilidades contemporâneas. Talvez porque a medida que regule a nossa vida seja a desmedida, pedindo por novas contenções.

Existiriam medidas possíveis que não fossem esta?

6 – REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o regulamento técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Diário Oficial da União, 1998. Disponível em: <[http://www4.anvisa.gov.br/base/visadoc/BM/BM\[25754-1-0\].pdf](http://www4.anvisa.gov.br/base/visadoc/BM/BM[25754-1-0].pdf)>. Acesso em: 03 jan. 2014.

_____. **SNGPC Boletim de Farmacoepidemiologia**. n. 2, jul./dez. 2012. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/sngpc/boletins/2012/boletim_sngpc_2_2012_corrigido_2.pdf>.

Acesso em: 26 fev.2013

AGUIAR, A. A. **A Psiquiatria no Divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência**. 14.ed. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2004.

ANDRADE, E.R.; SCHEUER, C. Análise da eficácia do metilfenidato usando a versão abreviada do questionário de Conners em transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. **Arqu. Neuropsiquiatr.**, v. 62, n. 1, p. 81-5, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/anp/v62n1/a14v62n1.pdf>>. Acesso em: 30 ago. 2014.

ARAÚJO, A. C.; NETO, F. L. A Nova Classificação Americana Para os Transtornos Mentais – o DSM-5. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**., v. XVI, n. 1, p. 67-82, 2014.

BEZERRA JR., B. O Ocaso da Interioridade e suas repercussões sobre a clínica. In: PLASTINO, Carlos Alberto (org.) **Transgressões**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2002.

_____. O impacto das biotecnologias: um ponto de vista. **Ide Revista de Psicanálise e Cultura**, São Paulo, n. 43, p. 50-56, 2006.

_____. A História da Psicopatologia no Brasil. CPFL Café Filosófico. Disponível em: <<http://www.youtube.com/watch?v=k4T4DZux6hk>>. Acesso em: 10 mai. 2013.

BORDIN, Isabel A. S.; BRASIL, Heloisa H. A. Transtornos psiquiátricos na infância e na adolescência. In: PRADO, Felício Cintra; RAMOS, Jairo de Almeida; VALLE, José Ribeiro do (Orgs.). **Atualização terapêutica 2003**. 21.ed. São Paulo: Artes Médicas, 2003.

CONRAD, P. **The Medicalization of Society: on the transformation of human conditions into Treatable Disorders**. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2007.

DSM-IV-TR™. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Cláudia Dornelles (trad.). 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

ESPLIN, D.W; ESPLIN, B.Z. Excitantes do Sistema Nervoso Central. In: GOODMAN, L.S; GILMAN, A. **As Bases Farmacológicas da Terapêutica**. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1973. p. 326-332.

FÓRUM SOBRE MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO E DA SOCIEDADE. Conselho Regional de Psicologia. São Paulo. Disponível em: <<http://medicalizacao.org.br/mapeamento-do-uso-do-medicamento-cloridrato-de-metilfenidato>>. Acesso em: 8 dez. 2012.

GIL, A. C. **Métodos. Estudo de Caso: Fundamentação científica, subsídios para coleta e análise de dados, como redigir o relatório.** 1.ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GOMES, R. Análise e Interpretação de Dados de Pesquisa Qualitativa. In: MINAYO, M. C. S. (org.) **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade.** 31.ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

HARAWAY, D. **Manifesto ciborgue: ciência, tecnologia e feminismo socialista no final do século XX.** In: SILVA, Tomaz (org.). **Antropologia do ciborgue: as vertigens do pós-humano.** Belo Horizonte: Autêntica, 2000. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/199150960/Livro-Tomaz-Tadeu-Da-Silva-Antropologia-Do->> Acesso em: 30 ago. 2014

INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DOS USUÁRIOS DE MEDICAMENTOS (IDUM). Disponível em: <<http://www.idum.org.br/noticia53.html>>. Acesso em: 26 nov. 2012.

KONOFAL, E. et al. Effects of iron supplementation on attention deficit hyperactivity disorder in children. **Pediatr. Neurol.**, v. 38, n. 1, p. 20-6, 2008.

LIMA, R. C. **Somos todos desatentos? O TDA/H e a construção de bioidentidades.** Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2005.

MENDONÇA, C. R. et al. Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). **Rev. Med. Minas Gerais.**, p. 455-464, 2011. Disponível em: <<http://rmmg.medicina.ufmg.br/index.php/rmmg/article/view/456/442>> Acesso em: 02 set. 2014.

NOVARTIS®. Bula Paciente Ritalina®. Disponível em: <http://www.portal.novartis.com.br/upload/imgconteudos/1518.pdf>>. Acesso em: 06 mai. 2014

ORTEGA, F. et al. A Ritalina no Brasil: produções, discursos e práticas. **Interface Comunic., Saúde, Educ.**, v. 14, n. 34, p. 499-510, 2010.

ORTEGA, F.; BEZERRA JR., B. O sujeito cerebral. **Revista Mente & Cérebro**, 2006. Disponível em: <http://www2.uol.com.br/vivermente/artigos/o_sujeito_cerebral.html>. Acesso em: 31 jul. 2014.

PERUZZO [Tito], F. M.; CANTO, E. L. Química na abordagem do cotidiano. 4.ed. São Paulo: Moderna, 2012.

RAFALOVICH, A. The conceptual history of attention deficit hyperactivity disorder: idiocy, imbecility, encephalitis and the child deviant, 1877–1929. **Interdiscip. J.**, v. 22, p. 93-115, 2001. Disponível em: <<http://www.udel.edu/soc/tammya/pdf/rafalovich%20on%20adhd%20history.pdf>>. Acesso em: 30 jul. 2014.

RANG, H.P. et al. **Farmacologia.** 5.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

ROHDE, L.A.; HALPERN, R. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualização. **J. Pediatr.**, v. 80, n. 2, supl., p. S61-70, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n2s0/v80n2Sa08.pdf>>. Acesso em: 27 ago. 2014.

SENNET, R. **A corrosão do caráter**. 14.ed. Rio de Janeiro: Record, 2009.

SOUZA, F. G. **Relatório de análise estatística**. Santos: Unifesp, 2014.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. 1.ed. São Paulo: Atlas, 2009.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Daniel Grassi (trad.). 4.ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

7 – ANEXOS

7.1 ANEXO A – QUADRO 1 – CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DO DSM-IV-TR PARA O TDAH.

Critérios Diagnósticos para Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade

A. Ou (1) ou (2)

(1) seis (ou mais) dos seguintes sintomas de desatenção persistiram por, pelo menos, 6 meses, em grau mal-adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento:

Desatenção:

(a) frequentemente deixa de prestar atenção a detalhes ou comete erros por descuido em atividades escolares, de trabalho ou outras;

(b) com frequência tem dificuldades para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas;

(c) com frequência parece não escutar quando lhe dirigem a palavra;

(d) com frequência não segue instruções e não termina seus deveres escolares, tarefas domésticas ou deveres profissionais (não devido a comportamento de oposição ou incapacidade de compreender instruções);

(e) com frequência tem dificuldade para organizar tarefas e atividades;

(f) com frequência evita, antipatiza ou reluta em envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante (como tarefas escolares ou deveres de casa);

(g) com frequência perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (por ex., brinquedos, tarefas escolares, lápis, livros ou outros materiais);

(h) é facilmente distraído por estímulos alheios à tarefa;

(i) com frequência apresenta esquecimento em atividades diárias.

(2) seis (ou mais) dos seguintes sintomas de hiperatividade persistiram por, pelo menos, 6 meses, em grau mal adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento:

Hiperatividade:

-
- (a) frequentemente agita as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira;
 - (b) frequentemente abandona sua cadeira em sala de aula ou outras situações nas quais se espera que permaneça sentado;
 - (c) frequentemente corre ou escala em demasia, em situações nas quais isto é inapropriado (em adolescentes e adultos, pode estar limitado a sensações subjetivas de inquietação);
 - (d) com frequência tem dificuldade para brincar ou se envolver silenciosamente em atividades de lazer;
 - (e) está frequentemente “a mil” ou, muitas vezes, age como se estivesse “a todo vapor”;
 - (f) frequentemente fala em demasia.

Impulsividade:

- (g) frequentemente dá respostas precipitadas antes de as perguntas terem sido completadas;
- (h) com frequência tem dificuldade para aguardar sua vez;
- (i) frequentemente interrompe ou se mete em assuntos de outros (por ex., intromete-se em conversas ou brincadeiras).

B. Alguns sintomas de hiperatividade-impulsividade ou desatenção que causaram prejuízo estavam presentes antes dos 7 anos de idade.

C. Algum prejuízo causado pelos sintomas está presente em dois ou mais contextos (por ex., na escola [ou trabalho] e em casa).

D. Deve haver claras evidências de prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional.

E. Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de um Transtorno Invasivo do Desenvolvimento, Esquizofrenia ou outro Transtorno Psicótico, e não são melhor explicados por outro transtorno mental (por ex., Transtorno do Humor, Transtorno de Ansiedade, Transtorno Dissociativo ou um Transtorno da Personalidade).

7.2 ANEXO B – QUADRO 2 – EFEITOS DAS ANFETAMINAS.

Efeitos das Anfetaminas

- Os principais efeitos são:
 - atividade motora aumentada;
 - euforia e excitação;
 - anorexia;
 - com administração prolongada, comportamento estereotipado e psicótico.
- Os efeitos resultam principalmente da liberação de catecolaminas, especialmente noradrenalina e dopamina.
- O efeito estimulante dura poucas horas e é seguido por depressão e ansiedade.
- A tolerância aos efeitos estimulantes desenvolve-se rapidamente, embora possam persistir os efeitos simpaticomiméticos periféricos.
- As anfetaminas podem ser úteis no tratamento da narcolepsia e também (paradoxalmente) para controlar as crianças hiperativas. Elas não são mais usadas como supressoras do apetite, devido ao risco de hipertensão pulmonar.
- A psicose anfetamínica, que lembra muito a esquizofrenia, pode-se desenvolver após o uso prolongado.
- Sua principal importância é no abuso de drogas.

Fonte: Adaptado de RANG et al. (2004).

7.3 ANEXO C – QUADRO 3 – CARACTERIZAÇÃO FARMACÊUTICA DO METILFENIDATO.

Caracterização Farmacêutica do Metilfenidato.

- **Grupo terapêutico:** Psicoestimulante do Sistema Nervoso Central, código ATC: N06BA04.
- **Nomes comerciais no Brasil:** Concerta®, Ritalina® e Ritalina LA®.
- **Laboratórios farmacêuticos produtores:** Janssen-Cilag Farmacêutica (Concerta®) e Novartis Biociências (Ritalina®).
- **Apresentações farmacêuticas:** Comprimido simples de 10mg, Comprimido revestido de liberação controlada de 18mg, 36mg e 54mg e Cápsula gelatinosa dura com microgrânulos de liberação modificada de 20mg, 30mg e 40mg.
- **Ano de aprovação para comercialização no Brasil:** 1998 (Ritalina®) e 2002 (Concerta®).
- **Tipo de receituário no Brasil:** Notificação de receita amarela (Lista A3), conforme a Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998.
- **Embalagem do medicamento:** FAIXA PRETA, com os dizeres: “Venda sob Prescrição Médica” - “Atenção: Pode Causar Dependência Física ou Psíquica”.
- **Classificação de risco de uso na gravidez:** Categoria C (os medicamentos classificados nessa categoria somente devem ser administrados durante a gravidez se o benefício esperado para a mãe justificar o risco potencial para o feto, ou seja, se estritamente necessário).
- **Risco de uso na lactação:** Não há relatos sobre o uso durante a lactação humana. Devido seu baixo peso molecular, a passagem para o leite materno é esperada.
- **Classificação de risco que afeta a capacidade de condução de veículos:** Categoria I (os medicamentos classificados nessa categoria podem produzir efeitos moderados sobre a capacidade de conduzir veículos). Os efeitos que podem afetar negativamente a capacidade de condução são: euforia, nervosismo, agressividade, fadiga, tremor, agitação e alterações visuais.
- **Alguns eventos adversos:** dores gastrointestinais, dor de cabeça, supressão do crescimento, aumento da pressão sanguínea, distúrbios psiquiátricos, redução do apetite, depressão, crise de mania, tendência à agressividade, morte súbita, eventos cardiovasculares graves e excessiva sonolência.

7.4 ANEXO D – QUADRO 4 - RECOMENDAÇÕES DA AAP PARA TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DO TDAH E EFEITOS CARDIOLÓGICOS.

Medicamentos	Efeitos Cardíacos	Recomendações para monitoração cardíaca
Metilfenidato (Ritalina®, Concerta®, Focalin...)	Aumentos na FC e PA, sem alterações no ECG	PA, FC , ECG na primeira consulta
Anfetaminas (Adderall...)	Aumentos na FC e PA, sem alterações no ECG	PA, FC , ECG na primeira consulta
Atomoxetine (Strattera)	Aumento da FC, PA; palpitações em adultos, sem alterações no ECG	FC, PA e ECG na primeira consulta
Clonidina	Redução de FC e PA, sem alterações no ECG, rebote de PA quando suspenso	PA no início e na suspensão; FC e ECG na primeira visita
Imipramina	Prolongamento de QT, PR, QRS, taquicardia e raras	PA, FC, ECG de base e a cada aumento da dose
Bupropiona (Zyban, Wellbutrin)	Aumento da PA e cardiotoxicidade de overdose	PA, FC, ECG na primeira visita

Fonte: Adaptado de MENDONÇA (2011)

7.5 ANEXO E – QUADRO 5 – BULA PARA PACIENTE – RITALINA®.

RITALINA® cloridrato de metilfenidato
APRESENTAÇÕES Ritalina® 10 mg – embalagens contendo 20 ou 60 comprimidos.
VIA ORAL
USO ADULTO E PEDIÁTRICO ACIMA DE 6 ANOS
COMPOSIÇÃO Cada comprimido de Ritalina® contém 10 mg de cloridrato de metilfenidato. Excipientes: fosfato de cálcio tribásico, lactose, amido, gelatina, estearato de magnésio e talco.
INFORMAÇÕES AO PACIENTE
1. PARA QUE ESTE MEDICAMENTO É INDICADO?
Ritalina® é utilizada para o tratamento do Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. O Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) ou Transtorno hipercinético é um distúrbio de comportamento em crianças e adolescentes. Cerca de 3% das crianças sofrem deste transtorno, o que as torna incapazes de ficarem paradas e/ou se concentrar em tarefas por um determinado período de tempo. As crianças com esse transtorno podem ter dificuldades para aprender e fazer tarefas escolares. Elas podem frequentemente se tornar difícil de lidar, tanto na escola quanto em casa. Se o paciente é uma criança ou se você for um adolescente, o médico prescreveu Ritalina® como parte de um programa de tratamento de TDAH, o qual incluirá também, usualmente, terapia psicológica, educacional e social. Se você tem alguma dúvida sobre como funciona a Ritalina® ou porque este medicamento foi receitado para você, pergunte ao seu médico.
Ritalina® também é utilizada para o tratamento da narcolepsia. A narcolepsia é um distúrbio do sono. Pacientes com narcolepsia vivenciam repetidos ataques de sonolência durante o dia, mesmo após uma noite adequada de sono. A narcolepsia deve ser diagnosticada por um médico através do padrão registrado de sono-vigília.

2. COMO ESTE MEDICAMENTO FUNCIONA?

Ritalina® tem como substância ativa o cloridrato de metilfenidato. Este medicamento é um estimulante do sistema nervoso central.

TDAH

A Ritalina® age melhorando as atividades de certas partes do cérebro que são pouco ativas. A Ritalina® melhora a atenção e a concentração, além de reduzir comportamento impulsivo.

Narcolepsia

A Ritalina® alivia a sonolência diurna excessiva em pacientes com narcolepsia.

3. QUANDO NÃO DEVO USAR ESTE MEDICAMENTO?

Não tome Ritalina® se você:

- é alérgico (hipersensíveis) ao metilfenidato ou a qualquer outro componente de Ritalina® listado no início desta bula. Se você achar que pode ser alérgico, peça orientação ao seu médico;
- sofre de ansiedade, tensão ou agitação;
- tem algum problema da tireóide;
- têm problemas cardíacos, como ataque cardíaco, batimento cardíaco irregular, dor no peito (angina), insuficiência cardíaca, doença cardíaca ou se nasceu com problema do coração;
- tem pressão sanguínea muito alta (hipertensão) ou estreitamento dos vasos sanguíneos (doença arterial oclusiva que pode causar dor nos braços e pernas);
- estiver tomando um medicamento chamado “inibidor da monoamino oxidase” (IMAO), utilizado no tratamento da depressão ou tiver tomado IMAO nas últimas duas semanas (vide “Ingestão concomitante com outras substâncias”);
- tem pressão ocular aumentada (glaucoma);
- tem um tumor da glândula adrenal chamado feocromocitoma;
- tem fala e movimentos corpóreos incontroláveis (síndrome de Tourette) ou se qualquer outro membro da família for portador desta síndrome.

Se você acha que algum dos casos acima aplica-se a você, informe ao seu médico, sem tomar Ritalina®.

4. O QUE DEVO SABER ANTES DE USAR ESTE MEDICAMENTO?

A Ritalina® só poderá ser prescrita por um médico.

Siga todas as instruções do seu médico cuidadosamente, mesmo que sejam diferentes da informação geral contida nesta bula.

Ritalina® deve ser utilizada com cuidado se tem histórico de abuso de álcool ou droga;

- tem desmaios (epilepsia, convulsões, crises epiléticas);
- tem pressão sanguínea alta (hipertensão);
- tem qualquer anormalidade cardíaca (por exemplo, anormalidade cardíaca estrutural);
- tem qualquer outro problema cardíaco corrente ou passado;
- tem distúrbios mentais agudos que causam pensamentos e percepções anormais (psicose) ou excitação anormal, atividade aumentada e desinibida (mania aguda) – seu médico dirá se você apresenta estas doenças;
- tem sintomas psicóticos como ver ou sentir coisas que não estão presentes (alucinações);
- tem comportamento agressivo;
- tem pensamentos ou comportamentos suicidas;
- tem tiques motores ou se qualquer outro membro da família tenha tiques. Os sinais de tiques são difíceis de controlar, ocorre repetida contração em todas as partes do corpo ou repetição de sons e palavras.

Caso qualquer uma destas condições se aplicar a você, informe ao seu médico. O médico decidirá se você pode começar ou continuar a tomar Ritalina®.

Algumas crianças tomando Ritalina® por um período longo podem ter um crescimento mais lento que o normal, mas elas geralmente o recuperam quando o tratamento é interrompido.

Não há evidências que pacientes com TDAH fiquem viciados em Ritalina®, ou que eles tendam a abusar de drogas durante a vida. A Ritalina®, como todos os medicamentos que contêm estimulantes do sistema nervoso central, será prescrita a você apenas sob supervisão médica próxima e após diagnóstico adequado.

Monitoramento durante o tratamento com Ritalina®

Para verificar se o uso de Ritalina® está associado a qualquer efeito indesejado, o médico irá verificar periodicamente as condições de saúde do paciente (por exemplo, pressão sanguínea, frequência cardíaca) e também vai acompanhar o crescimento de crianças que tomam Ritalina®. Os testes de sangue serão realizados para monitorar a quantidade de células sanguíneas (glóbulos brancos, glóbulos vermelhos e plaquetas) caso o paciente tome a Ritalina® por um longo período.

Se você for submetido a uma cirurgia

Se você for submetido a uma operação, informe ao médico que você está em tratamento com Ritalina®. Você não deve tomar Ritalina® no dia de sua operação, se um determinado tipo de anestésico for usado. Isso ocorre porque há possibilidade de aumento súbito da pressão arterial durante a operação.

Teste para drogas

A Ritalina® pode dar resultado falso positivo em testes para o uso de drogas. Isto inclui testes utilizados no esporte.

Este medicamento pode causar doping.

Usar Ritalina® com alimento e bebida

Não ingira bebidas alcoólicas enquanto estiver tomando Ritalina®. O álcool pode piorar as reações adversas de Ritalina®. Lembre-se que alguns alimentos e medicamentos contêm álcool.

Você pode tomar os comprimidos de Ritalina® com ou sem alimentos.

Crianças e adolescentes

Ritalina® não é recomendada para crianças com menos de 6 anos de idade.

VP3 = Ritalina®_Bula_Paciente 3

Dirigir e operar máquinas

A Ritalina® pode causar tonturas, sonolência, visão embaçada, alucinações ou outras reações adversas do sistema nervoso central, que podem afetar a concentração. Se você sentir estes sintomas, não deve dirigir veículos ou operar máquinas, ou envolver-se em qualquer outra atividade em que precisa estar atento.

Gravidez e lactação

- Gravidez

Informe ao seu médico se você esta grávida ou achar que pode estar grávida.

A Ritalina® não deve ser usada durante a gravidez, a não ser que seja especificamente prescrita pelo seu médico.

Este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas sem orientação médica ou do cirurgião-dentista.

- Amamentação

Informe ao seu médico se você está amamentando. Não amamente durante o tratamento com Ritalina®. A substância ativa da Ritalina® pode passar para o leite humano.

Ingestão concomitante com outras substâncias

Informe ao seu médico ou farmacêutico se você está tomando ou tomou recentemente algum outro medicamento, incluindo fitoterápicos ou medicamentos isentos de prescrição.

Não tome Ritalina® se estiver tomando:

- um medicamento chamado “inibidor da monoamino oxidase” (IMAO, utilizado no tratamento da depressão) ou tiver tomado IMAO nas últimas duas semanas. Tomar um IMAO e Ritalina® pode causar um aumento súbito da pressão sanguínea (vide “Quando não devo usar este medicamento” e “O que devo saber antes de usar este medicamento”).

É importante avisar ao médico ou farmacêutico se você estiver tomando algum dos seguintes medicamentos, uma vez que pode ser necessário alterar a dose ou em alguns casos parar um dos medicamentos:

- que aumentam a pressão sanguínea;
- antidepressivos tricíclicos (utilizados no tratamento da depressão);
- agonistas alfa-2 como a clonidina (utilizada no tratamento da pressão alta);
- anticoagulantes orais (usados na prevenção de coágulos no sangue);
- alguns anticonvulsivantes (usados no tratamento de crises convulsivas);
- fenilbutazona (usado para tratar dor ou febre);
- medicamentos que influenciam no sistema dopaminérgico (usados para o tratamento da Doença de Parkinson ou psicoses).

Informe ao seu médico ou cirurgião-dentista se você está fazendo uso de algum outro medicamento.

Não use medicamento sem o conhecimento do seu médico. Pode ser perigoso para a sua saúde.

5. ONDE, COMO E POR QUANTO TEMPO POSSO GUARDAR ESTE MEDICAMENTO?

O produto deve ser conservado em temperatura ambiente (entre 15 e 30 °C).

Número de lote e datas de fabricação e validade: vide embalagem.

Não use medicamento com o prazo de validade vencido. Guarde-o em sua embalagem original.

Características físicas: comprimido branco, redondo, plano.

Antes de usar, observe o aspecto do medicamento. Caso ele esteja no prazo de validade e você observe alguma mudança no aspecto, consulte o farmacêutico para saber se poderá utilizá-lo.

Todo medicamento deve ser mantido fora do alcance das crianças.

6. COMO DEVO USAR ESTE MEDICAMENTO?

O médico irá decidir a dose mais adequada de acordo com a necessidade individual do paciente e da sua resposta. Siga cuidadosamente as instruções do seu médico. Não exceda a dose recomendada.

Quando e como tomar Ritalina®

VP3 = Ritalina®_Bula_Paciente 4

Tome Ritalina® uma ou duas vezes ao dia (por exemplo, no café da manhã e/ou almoço). Engula o comprimido com água.

Em alguns pacientes a Ritalina® pode causar insônia. Para evitar dificuldade em adormecer, a última dose de Ritalina® deve ser tomada antes das 18 horas, a menos que o seu médico tenha recomendado diferente.

Quanto tomar

Não altere a dose sem falar com o seu médico.

Se você tem a impressão de que o efeito da Ritalina® é muito forte ou muito fraco, fale com o seu médico.

Crianças

O médico irá dizer-lhe quantos comprimidos de Ritalina® dar para a criança. O médico irá iniciar o tratamento com uma dose baixa e aumentá-la gradualmente, conforme necessário.

A dose diária máxima recomendada é de 60mg.

Adultos

O seu médico irá dizer-lhe exatamente quantos comprimidos tomar. A dose diária habitual é de 20 a 30mg, mas alguns pacientes podem necessitar de mais ou menos do que isso.

A dose diária máxima recomendada é de 60mg para o tratamento da narcolepsia e de 80mg para o tratamento do TDAH.

Por quanto tempo tomar

Utilize este medicamento exatamente como indicado pelo seu médico.

Não o use mais, com mais frequência e por mais tempo do que o recomendado pelo seu médico. Se usado de forma inadequada, este medicamento pode causar dependência.

O tratamento para TDAH varia na duração de paciente para paciente. Ele pode ser interrompido durante ou depois da puberdade. O médico pode descontinuar a Ritalina® periodicamente para ver se ela ainda é necessária.

Se você parar de tomar a Ritalina®

Não pare de tomar Ritalina® sem falar com o seu médico. Pode ser necessário reduzir a dose diária gradativamente antes de parar completamente. Você vai precisar de supervisão médica após interromper o tratamento.

Siga a orientação de seu médico, respeitando sempre os horários, as doses e a duração do tratamento. Não interrompa o tratamento sem o conhecimento do seu médico. Este medicamento não deve ser aberto ou mastigado.

7. O QUE DEVO FAZER QUANDO EU ME ESQUECER DE USAR ESTE MEDICAMENTO?

Se uma dose de Ritalina® for esquecida, você deve tomá-la assim que possível. As doses remanescentes deste dia devem ser tomadas nos intervalos espaçados regularmente. Não tome doses dobradas de Ritalina® para compensar a dose esquecida. Caso você tenha dúvidas em relação a isso, converse com o médico.

Em caso de dúvidas, procure orientação do farmacêutico ou de seu médico, ou cirurgião-dentista.

8. QUAIS OS MALES QUE ESTE MEDICAMENTO PODE ME CAUSAR?

Assim como outros medicamentos, a Ritalina® pode causar alguns efeitos indesejáveis, embora nem todas as pessoas os apresentem. Estes efeitos são, normalmente, leves a moderados e, geralmente,

transitórios.

Algumas reações adversas podem ser sérias:

Informe ao seu médico imediatamente se você apresentar:

- inchaço dos lábios ou língua, ou dificuldade de respirar (sinais de reação alérgica grave);
- febre alta repentina, pressão arterial muito elevada e convulsões graves (Síndrome Neuroléptica Maligna);
- dor de cabeça grave ou confusão, fraqueza ou paralisia dos membros ou face, dificuldade de falar (sinais de distúrbio dos vasos sanguíneos cerebrais);
- batimento cardíaco acelerado; dor no peito;
- movimentos bruscos e incontroláveis (sinal de discinesia);
- equimose (sinal de púrpura trombocitopênica);
- espasmos musculares ou tiques;
- garganta inflamada e febre ou resfriado (sinais de baixa contagem de células brancas do sangue);
- movimentos contorcidos incontroláveis do membro, face e/ou tronco (movimentos coreatetoides);
- ver ou sentir coisas que não existem na realidade (alucinações);
- desmaios (convulsões, epilepsia ou crises epiléticas);
- bolhas na pele ou coceiras (sinal de dermatite esfoliativa);
- manchas vermelhas sobre a pele (sinal de eritema multiforme).

Algumas reações adversas são muito comuns (ocorre em mais de 10% dos pacientes que utilizam este medicamento):

- dor de garganta e coriza;
- diminuição do apetite;
- nervosismo;
- dificuldade em adormecer;

- náusea, boca seca.

Algumas reações adversas são comuns (ocorre entre 1% e 10% dos pacientes que utilizam este medicamento):

- angústia emocional excessiva, inquietação, distúrbios do sono, excitação emocional, agitação;
- dor de cabeça, tonturas, sonolência;
- movimentos involuntários do corpo (sinais de tremor);
- alterações na pressão arterial (geralmente aumento), ritmo cardíaco anormal, palpitações;
- tosse;
- vômitos, dor de estômago, indisposição estomacal; indigestão; dor de dente;
- alteração cutânea, alteração cutânea associada a coceira (urticária), febre, perda de cabelo;
- transpiração excessiva;
- dor nas articulações;
- diminuição do peso;
- sentir-se nervoso.

Algumas reações adversas são raras (ocorre entre 0,01% e 0,1% dos pacientes que utilizam este medicamento):

- desaceleração do crescimento (peso e altura) durante o uso prolongado em crianças;
- visão turva.

Algumas reações adversas são muito raras (ocorre em menos de 0,01% dos pacientes que utilizam este medicamento):

- baixa contagem de glóbulos vermelhos (anemia), baixa contagem de plaquetas (trombocitopenia);
- atividade anormal, humor deprimido;
- fala e movimentos corporais descontrolados (síndrome de Tourette);
- função hepática anormal, incluindo coma hepático;

- câimbras musculares.

Outras reações adversas que ocorreram com outros medicamentos contendo a mesma substância ativa de Ritalina®:

- Distúrbios do sangue: diminuição do número de células do sangue (glóbulos vermelhos, glóbulos brancos e plaquetas);
- Distúrbios do sistema imunológico: inchaço das orelhas (um sintoma de reação alérgica);
- Distúrbios psiquiátricos: irritação, agressividade, alterações de humor, comportamento e pensamentos anormais, raiva, pensamentos ou tentativas de suicídio (incluindo suicídio), atenção excessiva ao ambiente, sentimento excepcionalmente animado, atividade aumentada e desinibida (mania), sentimento desorientado, alterações no desejo sexual, falta de sentimento ou emoção, fazer as coisas repetidamente, obsessão por alguma coisa, confusão, vício;
- Distúrbios do sistema nervoso: fraqueza muscular temporária, perda da sensibilidade da pele ou outras funções do corpo devido a uma falta temporária de suprimento sanguíneo no cérebro (deficit neurológico isquêmico reversível), enxaqueca;
- Distúrbios oculares: visão dupla, pupilas dilatadas, dificuldade para enxergar;
- Distúrbios cardíacos: parada de batimento cardíaco, ataque cardíaco;
- Distúrbios vasculares: dormência dos dedos, formigamento e mudança de cor (do branco ao azul, depois vermelho) no frio (“fenômeno de Raynaud”);
- Distúrbios respiratórios: garganta inflamada, falta de ar;
- Distúrbios gastrintestinais: diarreia, constipação;
- Distúrbios da pele: inchaço da face e da garganta, vermelhidão da pele, grandes manchas vermelhas na pele que aparecem algumas horas após tomar o medicamento;
- Distúrbios musculoesqueléticos: dores musculares, espasmos musculares;
- Distúrbios renais e urinários: sangue na urina;
- Distúrbios do sistema reprodutor e da mama: inchaço das mamas em homens;
- Distúrbios gerais: dor no peito, cansaço, morte súbita;
- Laboratorial: sons anormais do coração.

Se um desses efeitos ocorrerem, o médico deve ser avisado.

Se você perceber alguma outra reação adversa não mencionada nesta bula, por favor informe ao seu médico ou farmacêutico.

Informe ao seu médico, cirurgião-dentista ou farmacêutico o aparecimento de reações indesejáveis pelo uso do medicamento. Informe também a empresa através do seu serviço de atendimento.

9. O QUE FAZER SE ALGUÉM USAR UMA QUANTIDADE MAIOR DO QUE A INDICADA DESTE MEDICAMENTO?

Se muitos comprimidos de Ritalina® forem acidentalmente tomados, vá imediatamente ao médico ou à emergência do hospital mais próximo. Informe ao médico em que momento foram tomados os comprimidos. Você pode necessitar de assistência médica.

Os sintomas de superdose são vômitos, agitação, dor de cabeça, tremores, espasmos musculares, batimento cardíaco irregular, rubor, febre, sudorese, dilatação das pupilas, dificuldade em respirar, confusão e convulsões.

Em caso de uso de grande quantidade deste medicamento, procure rapidamente socorro médico e leve a embalagem ou bula do medicamento, se possível. Ligue para 0800 722 6001, se você precisar de mais orientações.

DIZERES LEGAIS

MS – 1.0068.0080

Farm. Resp.: Flavia Regina Pegorer – CRF-SP 18.150

Registrado por:

Novartis Biociências S.A.

Av. Prof. Vicente Rao, 90

São Paulo - SP

CNPJ: 56.994.502/0001-30

Indústria Brasileira

Fabricado por:

Novartis Biociências S.A., Taboão da Serra, SP

® = Marca registrada de Novartis AG, Basileia, Suíça.

VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.

ATENÇÃO: PODE CAUSAR DEPENDÊNCIA FÍSICA OU PSÍQUICA.

BPL 07.01.14

2013-PSB/GLC-0662-s

VP3Esta bula foi aprovada pela Anvisa em 06/03/2014

VP3 = Ritalina®_Bula_Paciente

Fonte: Adaptado de NOVARTIS (2014)

7.6 ANEXO F – AUTORIZAÇÃO DA PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS/SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.



PREFEITURA DE SANTOS
Secretaria de Saúde

Santos, 17 de dezembro de 2012

DECLARAÇÃO

Declaramos, para os devidos fins, que a Secretaria Municipal de Saúde de Santos, através da Coordenadoria de Formação Continuada em Saúde, concorda que a pesquisadora Maria José da Silva, do curso de Mestrado Profissional, da UNIFESP, realize a pesquisa, " Uso do cloridrato de metilfenidato em Unidade infantil da rede pública de Santos: a ritalina que concerta?", após análise e parecer favorável dos órgãos competentes.

Prof. Ana Cláudia Freitas de Vasconcelos

Prof. Ana Cláudia Freitas de Vasconcelos
Assessora pedagógica
COFORM/DEAFIN/SMS

Prof Ana Cláudia Freitas de Vasconcelos
Assessora pedagógica
COFORM/DEAFIN/SMS

7.7 ANEXO G – AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DA SMS PARA INÍCIO DA PESQUISA.



PREFEITURA DE SANTOS
Secretaria de Saúde

Santos, 17 de outubro de 2012

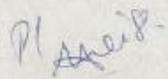
A SVC RCH

O Comitê de Ética em Pesquisa, após análise e parecer favorável, conforme alínea c, do artigo 11. do Regimento Interno, encaminha a pesquisadora Maria José da Silva, da Universidade Federal de São Paulo, para realizar a pesquisa intitulada " Uso do cloridrato de metilfenidato em unidade infantil da rede publica de Santos: a ritalina que concerta?"

Informamos que a Conclusão da Pesquisa deverá ser encaminhada para o Comitê de Ética em Pesquisa e em caso de publicação, solicitar a Secretaria autorização através de ofício com cópia do artigo(anexo).

Colocamo-nos a inteira disposição para maiores esclarecimentos, através do telefone 3201 5000 ramal 5624

Atenciosamente,


Ana Cláudia Freitas de Vasconcelos
Doc.ª: cláudia.freitas@farma.santosp.gov.br
FONE: 3201-5624
CNPJ: 13.045.888-7

Profª Ana Cláudia Freitas de Vasconcelos
Assessora Pedagógica
COFORM/GAB/SMS

7.8 ANEXO H – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.

<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - UNIFESP/ HOSPITAL SÃO PAULO</p> </div> <div style="text-align: right;">  </div> </div>										
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP										
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA										
Título da Pesquisa: Uso do cloridrato de metilfenidato em unidade infantil da rede pública de Santos: a Ritalina que Concerta?										
Pesquisador: MARIA JOSÉ DA SILVA										
Área Temática:										
Versão: 1										
CAAE: 12958013.2.0000.5505										
Instituição Proponente: Universidade Federal de São Paulo										
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio										
DADOS DO PARECER										
Número do Parecer: 231.945										
Data da Relatoria: 05/04/2013										
Apresentação do Projeto:										
O presente estudo tem como objetivo analisar a demanda do medicamento cloridrato de metilfenidato em crianças de 06 a 10 anos, no período de 2008 a 2012, em unidade de atendimento infantil da rede pública de Santos, para esclarecer como tem sido utilizada essa medicação no tratamento do Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH). A abordagem será quanti-qualitativa com a realização de entrevistas semi-estruturadas com a equipe do Centro de Valorização da Criança da Região Central Histórica e consulta aos prontuários médicos desta unidade.										
Objetivo da Pesquisa:										
Analisar a demanda do medicamento cloridrato de metilfenidato em crianças de 06 a 10 anos, no período de 2008 a 2012, em unidade de atendimento infantil da rede pública de Santos.										
Avaliação dos Riscos e Benefícios:										
Sem riscos, nenhum procedimento invasivo (entrevistas)										
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:										
Estudo com coleta de dados de prontuários médicos de crianças na faixa etária de 06 a 10 anos, no período de 2008 a 2012, que receberam a medicação, e entrevista semi-estruturada com profissionais técnicos de equipe multidisciplinar da unidade de saúde definida. Para garantir a fidedignidade das informações, as entrevistas serão gravadas, mediante autorização dos										
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td>Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14</td> <td>CEP: 04.023-061</td> </tr> <tr> <td>Bairro: VILA CLEMENTINO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>UF: SP</td> <td>Município: SAO PAULO</td> </tr> <tr> <td>Telefone: (11)5539-7162</td> <td>Fax: (11)5571-1062</td> </tr> <tr> <td></td> <td>E-mail: cepunifesp@unifesp.br</td> </tr> </table>	Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14	CEP: 04.023-061	Bairro: VILA CLEMENTINO		UF: SP	Município: SAO PAULO	Telefone: (11)5539-7162	Fax: (11)5571-1062		E-mail: cepunifesp@unifesp.br
Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14	CEP: 04.023-061									
Bairro: VILA CLEMENTINO										
UF: SP	Município: SAO PAULO									
Telefone: (11)5539-7162	Fax: (11)5571-1062									
	E-mail: cepunifesp@unifesp.br									

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO PAULO - UNIFESP/
HOSPITAL SÃO PAULO



entrevistados e transcritas posteriormente.

Apresentada autorização da Prefeitura de Santos - Secretaria de Saúde para a realização do estudo

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos apresentados adequadamente (folha de rosto assinada e datada pelo responsável do Departamento de Saúde, Clínica e Instituições da Unifesp, Campus Santos da Unifesp) e TCLE

Recomendações:

Apresentar ao CEP - Unifesp a carta datada e assinada pelo responsável do Centro de Valorização da Criança da Região Central Histórica - Coordenadoria de Saúde Mental da Secretaria de Saúde de Santos.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

parecer do relator acatado pelo colegiado

SAO PAULO, 28 de Março de 2013

Assinador por:

José Osmar Medina Pestana
(Coordenador)

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14

Bairro: VILA CLEMENTINO

CEP: 04.023-061

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)5539-7162

Fax: (11)5571-1062

E-mail: cepunifesp@unifesp.br

8 – APÊNDICES

8.1 APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).

Pesquisa: “O USO DO CLORIDRATO DE METILFENIDATO EM UNIDADE INFANTIL DA REDE PÚBLICA DE SANTOS: A RITALINA QUE CONCERTA?”

Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que visa analisar o uso do cloridrato de metilfenidato no Centro de Valorização da Criança Região Central Histórica (CVC-RCH) vinculado à Coordenadoria de Saúde Mental pertencente à Secretaria de Saúde de Santos.

Para Tanto, você deverá consentir em participar de entrevista semi-estruturada no tempo máximo de 90 minutos, para relatar sua percepção sobre o uso do cloridrato de metilfenidato no CVC-RCH, permitindo o uso de trechos dos relatos produzidos a partir da gravação analisada.

Não haverá riscos para a integridade física, mental ou moral dos profissionais ao permitir que suas informações sejam coletadas.

Os dados coletados serão úteis como subsídios para o planejamento e aprimoramento de ações para a construção de serviços mais estruturados tecnicamente, visando à consolidação da política de saúde no município.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. A principal investigadora é a farmacêutica Maria José da Silva, a qual pode ser encontrada no endereço: Rua: XV de Novembro, 195 – 5º andar – Centro – Santos – São Paulo e no telefone: 3201-5643. Havendo considerações ou dúvidas sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 572 – 1º andar – cj: 14 - telefone: (11) 5571-1062 - fax: (11) 5539-7162 – E-mail: cepunifesp@epm.br.

Poderá retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo.

As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros pesquisadores envolvidos no projeto, não sendo divulgada a identificação de nenhum dos sujeitos entrevistados.

Você tem o direito de ser atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores.

Não há despesas pessoais para o(a) participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

A participação na entrevista não causa danos pessoais.

O pesquisador tem o compromisso de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado(a) a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo: **“O USO DO CLORIDRATO DE METILFENIDATO EM UNIDADE INFANTIL DA REDE PÚBLICA DE SANTOS: A RITALINA QUE CONCERTA?”** Eu discuti com a farmacêutica Maria José da Silva sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Estou esclarecido(a) sobre os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

_____ Data: ___/___/___

Assinatura do(a) voluntário(a)

_____ Data: ___/___/___

Assinatura da testemunha *

*para casos de pacientes menores de 18 anos, analfabetos, semi-analfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

_____ Data: ___/___/___

Assinatura da pesquisadora responsável

8.2 APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO DE USO DE BANCO DE DADOS (TCUD).

Título do projeto:	USO DO CLORIDRATO DE METILFENIDATO EM UNIDADE INFANTIL DA REDE PÚBLICA DE SANTOS: A RITALINA QUE CONCERTA?
Orientador Responsável:	Prof. Dr. Sidnei José Casetto
Departamento/Universidade/Curso:	Departamento de Saúde, Clínica e Instituições Universidade Federal de São Paulo – Campus Baixada Santista Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde Mestrado Profissional
Pesquisador responsável:	Maria José da Silva
Nome do Pesquisador Participante:	Maria José da Silva
Nº CPF do Pesquisador Participante/Responsável:	058.201.738/64
Banco de dados do:	Centro de Valorização da Criança da Região Central Histórica - Coordenadoria de Saúde Mental da Secretaria de Saúde de Santos.

A pesquisadora do projeto acima identificado, baseada nos itens III.3.i e III.3.t das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (Resolução do CNS 196/96) e na Diretriz 12 das Diretrizes Éticas Internacionais para Pesquisas Biomédicas Envolvendo Seres Humanos (CIOMS/93), declara que:

- a) O acesso aos dados registrados em prontuários de pacientes para fins da pesquisa científica será feito somente após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Saúde da Secretaria de Saúde de Santos (CEP/SMS);
- b) O acesso aos dados será supervisionado por uma pessoa que esteja plenamente informada sobre as exigências de confiabilidade;

- c) Asseguraremos o compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados, preservando integralmente o anonimato e a imagem do sujeito bem como a sua não estigmatização;
- d) Asseguraremos a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico-financeiro;
- e) O pesquisador responsável estabeleceu salvaguardas seguras para a confidencialidade dos dados de pesquisa. Os sujeitos envolvidos serão informados dos limites da habilidade do pesquisador em salvaguardar a confidencialidade e das possíveis consequências da quebra de confidencialidade, caso seja necessário;
- f) Os dados obtidos na pesquisa serão usados exclusivamente para a finalidade prevista no protocolo;
- g) Os dados obtidos na pesquisa somente serão utilizados para o projeto vinculado. Todo e qualquer outro uso que venha a ser planejado, será objeto de novo projeto de pesquisa, que será submetido à apreciação do CEP-SMS;
- h) Devido à impossibilidade de obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de todos os sujeitos, assinaremos esse Termo de Consentimento de Uso de Banco de Dados, para a salvaguarda de seus direitos.

Contando com a autorização desta instituição, colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Santos, _____ de _____ 2013.

Assinatura do Pesquisador Principal

RG nº

Assinatura do Orientador da Pesquisa

RG nº

Assinatura do Responsável Instituição

RG nº

8.3 APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA DIRIGIDA AO PSIQUIATRA.

1. Como se dá o diagnóstico do Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH)? (tempo de avaliação, critérios).
2. Quando do fechamento do diagnóstico do TDAH, quais os tratamentos utilizados?
3. Quais são os profissionais envolvidos no tratamento?
4. Quando é indicado o uso do cloridrato de metilfenidato?
5. Como tem sido definida a posologia?
6. Como você avalia os resultados do uso do cloridrato de metilfenidato?
7. Como você compreende o aumento da demanda do cloridrato de metilfenidato na rede pública de Santos?

8.4 APÊNDICE D – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA DIRIGIDA AOS DEMAIS TÉCNICOS DA EQUIPE.

1. Como se dá o diagnóstico e quando do fechamento do diagnóstico do Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH), quais os tratamentos utilizados? (tempo de avaliação, critérios).

2. Quais os profissionais são envolvidos no tratamento?

3. Como você compreende o aumento da demanda do cloridrato de metilfenidato na rede pública de Santos?

8.5 APÊNDICE E – ORIENTAÇÕES PARA REALIZAÇÃO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.

1.O entrevistador é responsável pelo acolhimento do entrevistado após preparar a gravação (gravador, pilhas e fitas), formulário de entrevista e o ambiente, oferecendo condições para um bom andamento da entrevista.

2.Solicitar a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3.O entrevistador deve iniciar o encontro com uma breve explanação sobre a pesquisa e agradecer a participação.

4.Deve explicar os objetivos da entrevista, o uso do gravador e o sigilo das informações obtidas.

5.Deve deixar claro que todas as respostas e relatos interessam e, portanto, não existem boas ou más opiniões.

6.Deve-se informar aos participantes sobre a duração do encontro e como este será desenvolvido.

7.Deve estar atento para quando a questão já foi respondida e explorada, evitando repetições, propondo-se, então uma nova questão.

8.O entrevistador deve proporcionar uma atmosfera favorável à entrevista e controlar o tempo.

9.Deve captar as informações não-verbais (perceber as reações dos participantes).

8.6 APÊNDICE F – TABELA 1 - DADOS QUANTITATIVOS.

Nº	IDADE	GÊNERO	BAIRRO	ESCOLARIDADE	LOCAL/UNIDADE	TIPOS DE QUEIXAS					CID10	1º MEDICAMENTO RECEITADO	SUBSTITUIÇÃO	TIPO DE TRATAMENTO	TEMPO DE USO DE RITALINA/S EMANAS	MÊS/ANO RITALINA	MÊS/ANO SUBSTITUIÇÃO
						AGRESSIVIDADE	AGITAÇÃO	FALTA DE CONCEPÇÃO	PROBLEMAS DE LINGUAGEM	OUTROS							
1	9	F	MORRO SABOO	3º	C	1	0	0	1	1	F84	HALOPERIDOL (GOTAS)	0		58	setembro-10	
2	9	M	J.D. RÁDIO CLUBE	3º	C	0	1	0	0	1	F90	RITALINA 10MG	1	CARBAMAZEPINA	81	setembro-09	maio-11
3	8	M	MORRO NOVA CINTRA	2º	EEFC	1	1	1	0	0	F90	RITALINA 10MG	1	TERAPIA NÃO MEDICAMENTOSA	67	julho-11	outubro-12
4	8	M	MACUCO	1º	EEFC	0	1	0	0	0	F90	RITALINA 10MG E CARBAMAZEPINA 20MG	1	RISPERIDONA	27	dezembro-11	junho-12
5	6	M	VALONGO	PRÉ	UBS	1	0	0	0	1	F84	DEPAKINE 5ML	1	RISPERIDONA	15	maio-12	agosto-12
6	7	M	MORRO SABOO		C	1	0	0	1	1	F84	TERAPIA NÃO MEDICAMENTOSA	1	RISPERIDONA	2	novembro-10	dezembro-10
7	9	M	MORRO SÃO BENTO	3º	C	0	1	0	0	1	F90	TERAPIA NÃO MEDICAMENTOSA	1	TERAPIA NÃO MEDICAMENTOSA	132	junho-09	agosto-12
8	8	M	MORRO SÃO BENTO	3º	C	1	0	0	0	1	F90	AMTRIPTILINA 25MG	1	TRILEPTAL	69	novembro-09	abril-10
9	8	M	MORRO NOVA CINTRA	3º	EEFC	1	0	0	1	1	F90	RISPERIDONA 1MG	1	CARBAMAZEPINA	37	julho-10	março-11
10	9	M	MORRO SABOO	2º	EEFC	1	0	0	1	1	F90	RITALINA 10MG	1		152	setembro-09	
11	9	M	VILA NOVA	3º	EEFC	0	1	0	1	0	F90	RITALINA 10MG	1		71	junho-11	
12	9	M	CENTRO	2º	UME	1	0	0	0	1	F90	ILEGÍVEL	1		55	agosto-10	
13	8	M	VILA MATHIAS	2º	UME	1	1	0	0	0	F90	RITALINA 10MG	1	AMTRIPTILINA	50	julho-10	junho-11
14	10	M	MORRO NOVA CINTRA	4º	UBS	0	1	0	0	1	F90	RITALINA 10MG	1	RISPERIDONA	8	maio-11	junho-11
15	10	M	MORRO DO PACHECO	3º	OUTROS	0	0	0	1	0	F90	RITALINA 10MG	0		140	dezembro-09	
16	8	M	VILA NOVA	1º	UME	1	0	1	0	1	F90	RIVOTRIL	1	TRILEPTAL	11	julho-10	dezembro-10
17	9	M	VILA NOVA	2º	OUTROS	1	0	0	0	1	F90	RITALINA 10MG	1	RISPERIDONA E CARBAMAZEPINA	23	janeiro-09	setembro-09
18	10	M	VILA MATHIAS	3º	UBS	1	0	0	1	1	F91/F70	RISPERIDONA 1MG	1	RISPERIDONA	130	novembro-09	maio-12
19	8	M	VILA PANTANAL	3º	UBS	0	0	0	1	0	F90	RITALINA 10MG	0		4	fevereiro-10	
20	9	F	VILA PROGRESSO	3º	C	0	1	0	0	0	F90	RITALINA 10MG	0		233	novembro-07	

8.7 APÊNDICE G – QUADRO 1 – DADOS QUALITATIVOS.

Classificação Inicial	Trechos	Núcleos de Sentido	Temas
TDAH	Muitas vezes, chegam hipóteses de TDAH né, seja essa hipótese formulada pela escola ou pela família, quer dizer, nos últimos tempos têm ocorrido de pessoas, por exemplo, trazendo questionários para professores, por exemplo né, é bastante comum queixas envolvendo o termo TDAH ou extrema agitação, coisas do gênero. (E1)	Escola ou Família fazem hipóteses diagnósticas de TDAH.	Questionamento ao diagnóstico de TDAH.
Equipe	Então, a avaliação que é realizada aqui, contribui para esse processo de diagnóstico, e aí, em termos gerais, a avaliação que a gente faz é uma avaliação que contempla né, um olhar para a çã né, é não focado exatamente em uma especialidade em saúde. (E1)	Avaliação focada na criança e não nas especialidades dos profissionais.	Equipe dividida entre médico e não médicos.
Medicamento			
a) aumento da demanda de cloridrato de metilfenidato	em relação ao consumo da Ritalina® né, é realmente uma coisa que tem sido	Uso do Metilfenidato como função da tendência à	Crítica ao medicamento como solução para as dificuldades com o

	verificado quer dizer, eu como psicólogo, tenho acompanhado essa discussão, que tá dentro de uma discussão que ampla, que é a questão da medicalização.	medicalização.	comportamento das crianças.
b)uso de outro medicamento	Com a troca do médico, eu acho que deu uma abafada nessa coisa da Ritalina®, é claro que há uma substituição do medicamento. (E5)	Substituição de Metilfenidato por outra droga.	Substituição de Metilfenidato por Risperidona.
Médico			
Escola			
Família			