



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Denise Borges Barros

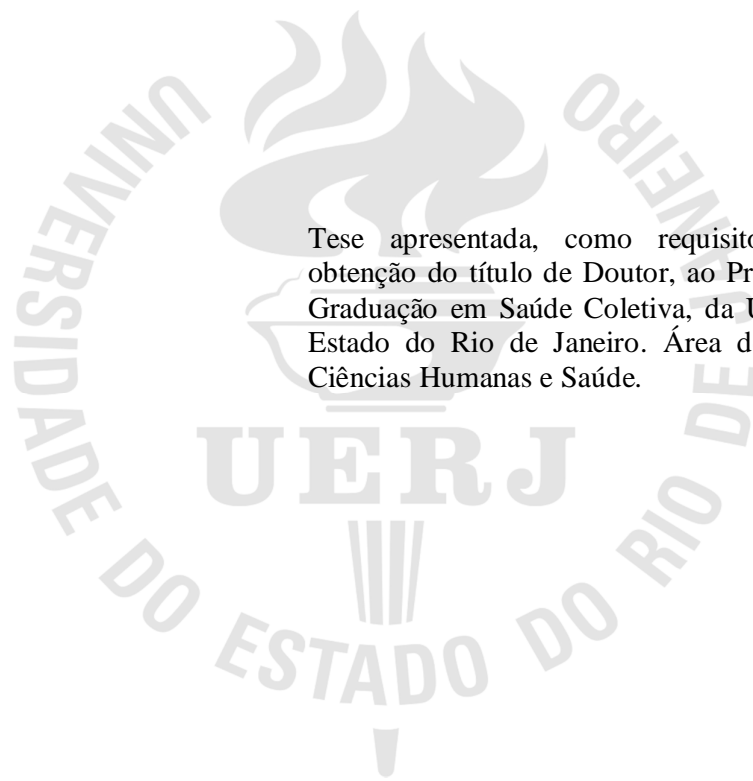
**Os usos e sentidos do metilfenidato:
experiências entre o tratamento e o aprimoramento da atenção**

Rio de Janeiro

2014

Denise Borges Barros

**Os usos e sentidos do metilfenidato:
experiências entre o tratamento e o aprimoramento da atenção**



Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Francisco Javier Guerrero Ortega

Coorientadora: Prof.^a Dra. Rafaela Teixeira Zorzanelli

Rio de Janeiro

2014

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

B277 Barros, Denise Borges
Os usos e sentidos do metilfenidato: experiências entre o tratamento e o aprimoramento da atenção / Denise Borges Barros. – 2014.
182 f.

Orientador: Francisco Javier Guerrero Ortega.
Coorientadora: Rafaela Teixeira Zorzanelli.

Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Medicamentos - Utilização - Teses. 2. Distúrbio da falta de atenção com hiperatividade – Teses. I. Ortega, Francisco Javier Guerrero. II. Zorzanelli, Rafaela Teixeira. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 615.03

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Denise Borges Barros

**Os usos e sentidos do metilfenidato:
experiências entre o tratamento e o aprimoramento da atenção**

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde.

Aprovada em 30 de maio de 2014.

Orientadores: Prof. Dr. Francisco Javier Guerrero Ortega
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof.^a Dra. Rafaela Teixeira Zorzanelli
Instituto de Medicina Social – UERJ

Banca Examinadora: _____

Prof.^a Dra. Jane Araujo Russo
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof. Dr. Kenneth Rochel de Camargo Jr
Instituto de Medicina Social - UERJ

Prof. Dr. Rossano Cabral Lima
Instituto de Medicina Social - UERJ

Prof. Dr. Carlos Eduardo Freire Estellita-Lins
Fundação Oswaldo Cruz

Rio de Janeiro

2014

DEDICATÓRIA

À minha mãe

AGRADECIMENTOS

A Marcelo, por seu amor, paciência e incentivo durante todo o doutorado.

A mãe, Imaculada, sempre tão presente e pronta a ajudar.

A Marcia, Cesar e Flavio que nas horas certas falaram o que eu precisava ouvir.

A Francisco Ortega pela oportunidade de realizar o doutorado e pela atenção e disponibilidade durante o percurso do doutorado.

A Rafaela Zorzanelli pelo incentivo e disponibilidade durante a realização da tese.

A banca examinadora que demonstrou interesse em analisar meu trabalho.

A todos os 16 entrevistados da pesquisa, porque sem eles não seria possível a elaboração desse trabalho.

A Alice Menezes por ser uma grande companheira nesta caminhada acadêmica.

A Márcia Pinheiro pela ajuda constante nos últimos doze anos.

A José Mauro, João Carlos, Betty, Priscila e todos mais do grupo de meditação A Porta Secreta da Paz.

Ao IMS, seu corpo docente, funcionários e colegas de curso.

À FAPERJ e CAPES, por viabilizar este trabalho.

RESUMO

BARROS, Denise Borges. Os usos e sentidos do metilfenidato: experiências entre o tratamento e o aprimoramento da atenção. 2014.182p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

O cloridrato de metilfenidato é um estimulante moderado do sistema nervoso central com propriedades semelhantes à anfetamina, indicado principalmente para tratar o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Segundo relatórios da ONU, sua produção mundial cresceu em torno de 357% entre os anos de 1996 e 2012 enquanto que sua comercialização no Brasil, nesse mesmo período, passou de 9 Kg para 578 Kg, o que significou um aumento de aproximadamente 6.322%. A ampliação no consumo se justifica pela expansão da categoria diagnóstica de TDAH, visto que, a desordem transitória que atingia um número menor de crianças foi transformada em um quadro psiquiátrico incluindo um maior número de sinais e sintomas, persistindo durante a adolescência e toda a vida adulta. Outro possível motivo para o crescimento na comercialização do fármaco é o uso para aprimoramento cognitivo, ou seja, a utilização do metilfenidato por pessoas sem o citado diagnóstico, mas com a finalidade de melhorar o desempenho nos estudos e no trabalho. Assim, buscando entender os usos e sentidos associados ao consumo do remédio, fizemos uma pesquisa de campo de cunho qualitativo e exploratório. Foram realizadas dezesseis entrevistas semiestruturadas com usuários do medicamento. Participaram da investigação onze homens e cinco mulheres, entre 23 e 48 anos. A análise de dados mostrou que todos os entrevistados, independentemente de terem ou não o diagnóstico de TDAH, se reconheciam com dificuldades de atenção, que poderia ser constitucional ou passageiro. Mas, para a maioria dos entrevistados, a procura pelo remédio só ocorreu quando essa característica virou um problema, atrapalhando a preparação para uma importante etapa na vida profissional, como uma prova para concurso público ou residência. Também foi percebido que o relato dos amigos sobre os benefícios do remédio e a experiência pessoal do primeiro comprimido de metilfenidato foi fundamental para que a muitos usuários investigados buscassem a prescrição médica. Ou seja, a maior parte dos entrevistados da pesquisa iniciou a ingestão quando seus amigos lhes contaram sobre os benefícios do remédio para superar os problemas na concentração que atrapalhavam o alcance de uma importante meta profissional. Os participantes da pesquisa apontaram que o consumo do fármaco teria contribuído para melhorar o rendimento nos estudos, já que o estimulante teria aumentado a disposição, a concentração, a memória e a eficiência do desempenho cognitivo. Porém, não foi possível identificar o quanto os efeitos positivos podiam ser o resultado de uma sugestão psicológica, questão levantada por alguns usuários. A análise qualitativa dos dados também revelou que o uso do estimulante ora era vivido como um tratamento para TDAH, ora como aprimoramento cognitivo. Tal ambiguidade parece ser o reflexo de o discurso médico ser o principal meio para justificar o uso do remédio, sem precisar questionar aspectos emocionais, sociais e/ou éticos para alcançar uma melhor performance cognitiva. Assim, entendemos que o presente estudo é uma importante contribuição no campo da Saúde Coletiva por ampliar o conhecimento sobre os usos e sentidos que os seus usuários depositam no estimulante.

Palavras chave: Metilfenidato. Ritalina. TDAH. Aprimoramento da atenção. Déficit de atenção.

ABSTRACT

BARROS, Denise Borges. *The uses and meanings of methylphenidate: experiences between treatment and enhancement of attention*. 2014.182p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

Methylphenidate hydrochloride is a mild central nervous system stimulant with properties similar to amphetamines, primarily indicated to treat Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). According to UN reports, its worldwide production expanded by approximately 357 % between 1996 and 2012, while its marketing in Brazil, during the same period, increased from 9 kg to 578 kg, which represented an increase of approximately 6,322 %. Some authors have discussed about the expansion in consumption of methylphenidate. They point out that the likely cause is the expansion of the diagnostic category of ADHD, since the transient disorder that affected a smaller number of children was transformed into a psychiatric condition including a larger number of signs and symptoms, persisting throughout adult life. Another possible reason for the growth in the commercialization of the drug is the use for cognitive enhancement, in other words, the use of methylphenidate by people without the diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder in order to improve performance at school and work deficit. Thus, seeking to understand the uses and meanings associated with the consumption of the drug, we performed field research with qualitative and exploratory objects. Sixteen semi-structured interviews with users of the drug were performed. Eleven men and five women, between 23 and 48 years old participated in the investigation. Data analysis showed that all respondents, regardless of whether they have a diagnosis of ADHD recognized themselves with attention difficulties, which could be constitutional or passenger. Nevertheless, for most respondents, the demand for the drug only occurred when this feature become a problem, hindering the preparation for an important step in professional life, like as a proof or residence to public tender. It was also noted that the report of friends about the benefits of the medicine and the personal experience of the first tablet of methylphenidate was fundamental for many investigated users to seek medical prescription. In this sense, most of the survey started taking the medicine when their friends told them about the benefits of the remedy to overcome the problems in concentration that hindered the achievement of an important career goal. Survey participants indicated that consumption of the drug would have helped to improve the performance in studies, since the stimulant would have increased the provision, concentration, memory and efficiency of cognitive performance. However, it was not possible to identify amount of the positive effects that could be the result of psychological suggestion, question raised by some users. Qualitative analysis of the data also revealed that stimulant use was sometimes experienced as a treatment for ADHD, either as cognitive enhancement which suggests an ambiguity in the valuation of methylphenidate for the group investigated. The results of this study may represent an important contribution in the field of public health by increasing knowledge on that users associate with this specific stimulant and meanings that users place on their stimulant.

Keywords: Methylphenidate. Ritalin. ADHD. Attention Enhancement. Attention deficit.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Produção mundial de metilfenidato e de anfetaminas e seus derivados entre os anos 1996 e 2012	29
Gráfico 2 - Quantidade de metilfenidato produzido e importado pelo Brasil entre os anos 1997 e 2012	30
Gráfico 3 - Quantidade de metilfenidato comercializado no Brasil entre os anos 2003 e 2012	31

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Quantidade de metilfenidato estocado no Brasil entre os anos de 2002 e 2012	30
Tabela 2 – Sobre o uso do metilfenidato	51
Tabela 3 – Grau de instrução	51
Tabela 4 – Formação acadêmica, ocupação profissional e preparação para prova importante na época do uso do metilfenidato.....	43

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	11
1	METODOLOGIA	16
1.1	Pesquisa teórica	16
1.2	Pesquisa de campo	16
1.2.1	<u>Método de investigação</u>	16
1.2.2	<u>Público alvo e seleção de indivíduos</u>	17
1.2.3	<u>Preparação e realização de entrevista</u>	19
1.2.4	<u>Organização dos dados e sua análise</u>	20
2	METILFENIDATO	22
2.1	Caractéísticas, legalização e dados estatísticos	24
2.2	Metilfenidato, ciência e publicidade: a construção de um nicho mercadológico	35
2.2.1	<u>Um estimulante que podia ser usado por todos</u>	35
2.2.2	<u>Metilfenidato e as dificuldades de comportamento e aprendizagem</u>	36
2.3	Metilfenidato e o aprimoramento cognitivo	44
2.4	Considerações sobre os usos do metilfenidato	48
3	METILFENIDATO POR SEU USUÁRIOS	50
3.1	Quem são os entrevistados	50
3.2	Metilfenidato e as motivações dos entrevistados	55
3.2.1	<u>Eu quero passar</u>	56
3.2.2	<u>Meu desempenho não estava bom</u>	66
3.2.3	<u>Meu amigo me contou</u>	83
3.2.4	<u>Considerações sobre as motivações e condições</u>	90
3.3	Efeitos e consequências do uso do metilfenidato	92
3.3.1	<u>Benefícios</u>	92
3.3.1.1	Benefícios diretos.....	92
3.3.1.1.1	Concentração	92
3.3.1.1.2	Memória	97
3.3.1.1.3	Organização.....	98
3.3.1.1.4	Eficiência.....	98
3.3.1.1.5	Disposição e envergia.....	99

3.3.1.1.6.	Impulso para ação.....	101
3.3.1.1.7.	Efeitos positivos na emoção	102
3.3.1.2..	Benefícios indiretos	104
3.3.2.	<u>Reações adversas</u>	108
3.3.2.1.	Alterações físicas	109
3.3.2.2.	Insônia	111
3.3.2.3.	Dificuldade no desempenho	111
3.3.2.4.	Ansiedade e agitação.....	113
3.3.2.5.	Embotamento do humor	115
3.3.2.6.	Dependência	116
3.3.2.7.	Quantidade certa do remédio	118
3.3.3.	<u>Medos e conflitos</u>	119
3.3.3.1.	Medo de reações adversas	119
3.3.3.2.	Medo da dependência	124
3.3.3.3.	Medo do efeito do metilfenidato de longa duração	128
3.3.4.	Metilfenidato não é tudo	131
3.3.5.	<u>Considerações sobre os efeitos e as consequências do uso do metilfenidato</u> ..	133
3.4.	Tratamento ou aprimoramento?	139
3.5.	Usos e sentidos do metilfenidato	149
	CONCLUSÃO	159
	REFERÊNCIAS	163
	APÊNDICE A – Roteiro da Entrevista.....	179
	APÊNDICE B – Questionário.....	180
	APÊNDICE C – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	181
	APÊNDICE D – Pré-categorias de análise.....	182

INTRODUÇÃO

O **cloridrato de metilfenidato** é um psicoestimulante moderado que apresenta propriedades semelhantes às da anfetamina. Estudos indicam que o remédio eleva o nível de alerta do sistema nervoso central, melhorando a concentração, a coordenação motora e o controle dos impulsos (ELLIOTT et. al., 1997; MEHTA et. al., 2002; THE MTA COOPERATIVE GROUP, 1999)

No Brasil, o fármaco é mais conhecido pelos nomes comerciais Ritalina® (Novartis) e Concerta® (Janssen-Cilag). Sua principal indicação terapêutica é para o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)¹ e Narcolepsia² (Bula da Ritalina®).

A fabricação e comercialização do metilfenidato seguem as resoluções da Convenção de Substâncias Psicotrópicas de 1971, realizada pela Organização das Nações Unidas (ONU, 1971). Entre outras determinações da Convenção, adotada também pelo Brasil, os países signatários devem enviar à Secretaria Geral das Nações Unidas e ao *International Narcotics Control Board* (INCB) relatórios anuais com informações sobre produção e comércio dos psicotrópicos considerados com risco de causar dependência, abuso ou danos a seus usuários. O metilfenidato está incluído nessa relação constando na TABELA II, junto a anfetaminas e seus derivados.

Acompanhando os dados estatísticos veiculados nos relatórios online do site do INCB (ONU, 2001; ONU, 2006; ONU, 2011; ONU, 2013), desde 2006 o metilfenidato é o psicoestimulante mais produzido no mundo³. Ao compararmos a quantidade produzida desse medicamento com o montante fabricado de anfetaminas e seus derivados, confirmamos que há uma importante diferença. Entre os anos de 1998 e 2010, a produção de anfetaminas e seus derivados diminuiu de 58.935kg para 15.983kg. Apesar de ter voltado a apresentar um significativo aumento em sua fabricação, passando para 50.535kg em 2012, tal valor não alcançou o total produzido em 1998. Já a fabricação do metilfenidato saltou de 13.493kg para

¹ Os sintomas do transtorno são desatenção, inquietude e impulsividade em pelo menos dois contextos de vida diferentes (DSM V).

² Narcolepsia é um transtorno neurodegenerativo crônico caracterizado por intensa sonolência durante o dia, podendo ser acompanhado por cataplexia (atonía muscular súbita que provoca a queda do doente sem que este consiga se mexer e/ou falar, apesar de seu estado consciente), paralisia do sono e/ou alucinações hipnagógicas (ALÓE et al., 2010).

³ Esses dados podem ser visualizados no gráfico 1 do presente trabalho.

63.236kg entre os anos de 1998 e 2012, representando um crescimento de 356,94% na produção mundial deste psicoestimulante.

No Brasil, a ampliação na comercialização do metilfenidato foi ainda mais significativa. Acompanhando os relatórios anuais divulgados no site do INCB (ONU, 2001; ONU, 2006; ONU, 2011 e ONU, 2013), é possível verificar que entre os anos de 1996 e 2012 a quantidade de medicamento fabricado e importado no Brasil passou de 9Kg para 578Kg, o que indica um aumento de aproximadamente 6.322%. Como o Brasil não exporta esse remédio, toda essa produção está voltada para o consumo interno.

A grande ampliação na comercialização mundial ocorreu principalmente na década de 1990 e está diretamente associada ao uso do estimulante como principal tratamento para TDAH (DILLER, 1998; ONU, 2013). A associação entre o remédio e o transtorno começou a ser desenhada em 1960 com experimentos clínicos com crianças com dificuldades escolares (CONNERS, EISENBERG, 1963). Outro fator marcante na construção dessa relação foi o lançamento do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM III), em 1980, quando a atenção passou a ser um sintoma mais importante do que a hiperatividade no diagnóstico infantil, favorecendo que um maior número de pessoas pudessem ser identificadas com esse transtorno. Mas foi em 1990, quando houve a maior divulgação pela mídia de transtornos psiquiátricos e seu “rápido e eficaz” tratamento com psicotrópicos que ocorreu a grande explosão de consumo de Ritalina®. Contudo, acreditamos que além da ampliação no número de prescrições do medicamento gerada pela indissociabilidade entre TDAH e metilfenidato, houve também um aumento no consumo do remédio por uma nova finalidade em seu uso.

Estudos epidemiológicos realizadas nos EUA e Canadá entre os anos de 1998 e 2009 (BABCOCK, BYRNE, 2000; BARRETT et al., 2005; BOGLE, SMITH, 2009; DE SANTIS, WEBB, NOAR, 2008; DUPONT et al., 2008; HALL, 2005; LOW, GENDASZEK, 2002; McCABE et al., 2005; POULIN, 2001; TETER et al., 2003; TETER et al., 2005; TETER et al., 2006; WHITE, BECKER BEASE, GRACE-BISHOP, 2006) revelaram que estudantes universitários sem o diagnóstico para TDAH buscavam o metilfenidato, entre outras drogas, para melhorar a concentração e o rendimento nos estudos. O uso de medicamentos que alteram o processo cerebral com o objetivo de melhorar a memória e atenção em pessoas que não sofrem de doença ou transtorno nessas funções tem sido chamado de “*pharmacological cognitive enhancement*” que, em português optamos por traduzir como “aprimoramento cognitivo farmacológico”.

Essa prática tornou-se foco de preocupação em países como Estados Unidos e Canadá (WOLPE, 2002; PRESIDENT’S COUNCIL ON BIOETHICS -US, 2003; CHATTERJEE, 2004; FARAH *et. al.*, 2004; HYMAN, 2006; NEUROSCIENCE CANADA, 2006; TURNER, SAHAKIAN, 2006; FORLINI, RACINE, 2008). Isso porque esta forma de utilizar o estimulante vai de encontro a Convenção de 1971 da ONU, que caracteriza que os psicotrópicos, entre eles o metilfenidato, só devem ser utilizados para fins científicos e médicos (tratamento de doenças e transtornos).

No Brasil, ainda existem poucas pesquisas quantitativas sobre o uso de aprimoradores para a cognição como o estudo que foi realizado por Cruz *et al.* (2011). Em sua investigação bibliográfica sobre os dez anos de produção, divulgação e consumo da Ritalina® no Brasil, Itaborahy (2009) assinalou que não existiram artigos científicos nacionais sobre o tema nos cinco importantes periódicos estudados (Revista Brasileira de Psiquiatria, o Jornal Brasileiro de Psiquiatria, os Arquivos de Neuropsiquiatria, a Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul e a Revista de Psiquiatria Clínica). Entre os jornais e revistas direcionados para o público leigo que também foram pesquisados (Folha de São Paulo, Jornal O Globo e Jornal Extra, Veja e Época) foi encontrado apenas um artigo sobre o assunto.

Contudo, após a publicação na revista “*Nature*” do artigo manifesto de Greely *et. al.* (2008), houve um aumento na produção de reportagens em 2009 sobre o assunto no Brasil⁴. As matérias traziam informações sobre o que era essa prática e que medicamentos costumavam ser usados para essa finalidade, fornecendo também relatos de seus usuários. Algumas delas apresentavam o depoimento do repórter responsável pelo artigo contando sua experiência ao usar o neuroaprimador. Na maioria dos textos encontramos a informação de que era crescente o uso de aprimoradores cognitivos por estudantes e profissionais que estavam sob pressão (entre eles “concurseiros” e plantonistas). Mesmo assim, esses artigos traziam um tom desaprovador, ressaltando que esta prática trazia risco de efeitos colaterais como dependência e danos ao usuário, além de não promover uma grande melhora na *performance* cognitiva.

A maior produção de artigos para revistas e jornais em 2009 pode ter contribuído para que a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) escolhesse o metilfenidato como um dos seis medicamentos controlados que constou do “Relatório de 2009” (ANVISA,

⁴ Esta coleta não foi realizada com rigor metodológico e, por esse motivo, não consideramos como uma pesquisa. Esses artigos foram matérias de capa de revistas de grande circulação e por isso chamaram a atenção da pesquisadora.

2010)⁵. Segundo o documento, a opção pelo psicoestimulante decorreu deste ter sido alvo de muitos questionamentos e estudos em decorrência do grande aumento em seu consumo⁶.

A preocupação da Anvisa mostrava-se bastante pertinente quando observamos os dados da ONU (2001; 2006; 2011; 2013) que mostravam um significativo crescimento na taxa de comercialização do remédio no Brasil (6.322% em 15 anos). Provavelmente tal ampliação está vinculada à associação do metilfenidato com o diagnóstico de TDAH como também ao crescente número de pessoas saudáveis que buscam o medicamento para melhorar o rendimento cognitivo.

Assim, considerando esse contexto, a presente pesquisa teve a proposta de identificar e analisar os relatos de dezesseis usuários de metilfenidato sobre os usos e sentidos associados ao consumo do fármaco. Ressaltamos que o propósito não foi investigar a adequação da prescrição do medicamento, como também não foi averiguar a eficácia do remédio para tratar ou para aprimorar a atenção. O interesse foi entender quais eram os motivos e as condições que levaram essas pessoas a buscar o estimulante para, assim, compreender as questões sociais que atravessaram a sua ingestão.

Visando apresentar os resultados do trabalho, dividimos a tese em três capítulos. No primeiro, demonstramos a metodologia da investigação, indicando os campos teóricos estudados e as etapas percorridas para a realização da pesquisa de campo. Nesse capítulo, descrevemos o método de investigação, o público alvo e os critérios para a seleção dos participantes da pesquisa. Também relatamos os imprevistos encontrados no percurso, o que nos levou a redesenhar a investigação. Para finalizar, delineamos como foi realizada a organização de dados e sua análise.

No segundo capítulo, buscamos contextualizar o metilfenidato. Para isso, descrevemos suas características, aspectos legais relacionados ao seu uso e apresentamos os dados

⁵ O “Relatório de 2009” tinha a finalidade de demonstrar a potencialidade de geração de dados do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC), que ainda estava em fase de implantação. O SNGPC foi criado para realizar o controle de todos os medicamentos, registrando o percurso completo desde sua fabricação até o consumidor final. Contudo, essa primeira fase iniciou com o monitoramento do dispensário (entrada e saída) nas farmácias e drogarias (ANVISA, 2010). É importante lembrar que esses dados não podiam ser considerados inteiramente fidedignos sobre a comercialização total desses remédios, pois apenas 62% de drogarias e farmácias do setor privado aderiram ao sistema, até 2010 (ANVISA, 2011). Acreditamos que atualmente todos os estabelecimentos já estejam integrados ao sistema, mas até a presente data esses dados ainda não haviam sido disponibilizados para acesso.

⁶ Os outros medicamentos estudados são quatro anorexígenos (cloridrato de sibutramina, anfepramona, femproporex, mazindol) e um antidepressivo (cloridrato de fluoxetina). Os quatro primeiros foram escolhidos para integrar a fase experimental do novo sistema porque nos relatórios anuais da Junta Internacional de Fiscalização de Entorpecentes (JIPE) o Brasil apareceu por dois anos seguidos como o maior consumidor de remédios para emagrecer. Já a fluoxetina foi escolhida por ter seu uso muito difundido apresentando indícios de abuso e desvio de uso. Além disso, o uso do fármaco aumentaria o risco de suicídio (ANVISA, 2010).

estatísticos sobre sua comercialização demonstrando o grande aumento em seu consumo, principalmente na década de 1990. Em seguida, descrevemos como a articulação entre achados científicos e a publicidade da indústria farmacêutica contribuiu para a construção de um nicho mercadológico bem delineado. O fármaco que inicialmente era um estimulante que poderia ser utilizado por todos, transformou-se no principal medicamento para tratar o TDAH. Contudo, seu consumo para aprimoramento cognitivo vem ganhando adeptos e por esse motivo, descrevemos os distanciamentos e as aproximações entre tratamento e o melhoramento da atenção.

No terceiro capítulo, apresentamos as falas dos participantes da pesquisa para demonstrar que condições levavam esses indivíduos a buscar o estimulante bem como que efeitos positivos e negativos foram vividos e valorizados por eles. Dessa forma, identificamos que o início do consumo do medicamento para muitos desses entrevistados era motivado pela articulação de três fatores: uma importante meta profissional a ser alcançada, a forte sensação de insuficiência ou déficit no desempenho cognitivo e o entusiasmado depoimento de amigos usuários sobre os benefícios do remédio para alcançar um objetivo profissional. Contudo, observamos ainda que outros dois fatores estavam envolvidos na escolha do metilfenidato como a principal opção para realizar esse desejo. Primeiro, a compreensão de que a atenção é a principal faculdade mental que organiza a relação do indivíduo com o mundo e, segundo, o encantamento pelos fármacos, que são percebidos como pequenos objetos que representam a ciência, contendo toda a tecnologia médica necessária para ajudar a disciplinar a atenção de seu usuário.

O pequeno número de participantes da investigação não nos permite expandir esses achados para todo o grupo de usuários. Contudo, o conhecimento gerado na presente pesquisa ajudou a melhor contextualizar o atual consumo do metilfenidato, fornecendo elementos para elaborar novos estudos sobre o tema.

1. METODOLOGIA

1.1. Pesquisa teórica

A pesquisa teórica consistiu na análise da bibliografia sobre o metilfenidato como indicações terapêuticas, forma de funcionamento, regras para sua comercialização, dados sobre produção, comercialização e consumo no mundo e no Brasil.

Outra investigação bibliográfica encaminhada buscou conhecer e compreender os usos do medicamento. Entre o material encontrado, identificamos a existência de dois polos mais importantes de discussão, um envolvendo a validade (ou não) do diagnóstico de TDAH e o seu tratamento por meio dessa medicação e o outro polo discutindo sobre a validade (ou não) da ingestão do fármaco para o aprimoramento cognitivo.

A bibliografia estudada contribuiu para compreender os vários aspectos que envolvem o uso e a comercialização do medicamento e como este é compreendido no meio acadêmico.

1.2. Pesquisa de campo

1.2.1. Método da investigação

Para identificar e entender quais os motivos e as condições que levaram esses usuários a buscar o estimulante bem como para pensar sobre as questões que atravessaram a ingestão do metilfenidato, foi realizada uma **pesquisa qualitativa**, usando o método da **entrevista semiestruturada**.

Este estilo de entrevista foi escolhido para garantir que os colaboradores falassem de uma maneira mais livre sobre alguns aspectos para um aprofundamento sobre o tema. Na tentativa de acessar as informações que entendíamos como as mais significativas para o estudo, foi elaborado um **Roteiro da entrevista** (anexo A) que nos ajudou a investigar o que havia levado os usuários a consumirem a medicação, que tipo de impacto o remédio havia

trazido para suas vidas (diferenças identificadas em suas vidas) e como o eles entendiam o uso do medicamento feito por outras pessoas (com TDAH e para aprimoramento).

Inicialmente, estava programado perguntar para os entrevistados com o diagnóstico o que eles pensavam sobre o uso do remédio por pessoas saudáveis. Para os participantes que faziam uso para aprimoramento, planejamos perguntar o que eles pensavam sobre o consumo do fármaco para tratamento. Mas, em decorrência a dificuldade de estabelecer uma diferenciação clara entre entrevistados que faziam uso do remédio para tratamento e para aprimoramento, optamos por perguntar o que os entrevistados pensavam sobre esse uso nos dois casos, diferentemente do que consta no roteiro. Essa pergunta foi bastante interessante, pois alguns participantes só indicaram qual a utilização que faziam do remédio quando eles falavam sobre o uso que outras pessoas faziam.

A opção pela entrevista semiestruturada também se justificou pela compreensão de que uma narrativa mais livre da própria história com o medicamento favoreceria aos participantes um mergulho mais profundo em determinados temas, mesmo que minimizando a importância de outros. Essa “reconstrução” das motivações e do impacto do remédio em seu cotidiano revelaria idealizações e fantasias, o que por sua vez ajudaria a entender a articulação da vida individual e o contexto social. Afinal, como nos escreve Bardin:

"[...] na altura da produção da palavra, é feito um trabalho, é elaborado um sentido e são operadas transformações. O discurso não é transposição transparente de opiniões, de atitudes e de representações que existam de modo cabal antes da passagem à forma linguageira. O discurso não é um produto acabado, mas um momento num processo de elaboração, com tudo o que isso comporta de contradições, de incoerências, de imperfeições" (BARDIN, 1997: 170)

Para tentar garantir que a entrevista semiestruturada funcionasse de fato como um instrumento para a expressão e elaboração das vivências, a entrevistadora buscou incentivar o relato do entrevistado evitando questionamentos forçados ou diretivos.

1.2.2. Público alvo e seleção de indivíduos

Na primeira apresentação do projeto da pesquisa, a proposta era entrevistar vinte (20) indivíduos, todos maiores de dezoito (18) anos, que usassem o remédio. Desse grupo, pretendíamos que dez (10) fossem diagnosticados com TDAH (avaliação médica) e os outros dez (10) sujeitos sem o diagnóstico do transtorno. Contudo, tivemos que redefinir a população que seria investigada.

Iniciamos a pesquisa de campo com os indivíduos que haviam buscado o metilfenidato para aprimoramento, pois imaginamos que haveria uma maior dificuldade para localizar e conseguir sua adesão. Mas, logo nas primeiras quatro entrevistas, percebemos que a distinção entre quem usava o medicamento para tratamento (por ter o transtorno) e quem usava para aprimoramento (por não ter o déficit de atenção) era muito mais fluida do que havíamos imaginado. Os entrevistados ora afirmavam que usavam o remédio por acreditar que tinham o transtorno, ora indicavam que faziam o consumo com a intenção de aprimorar o rendimento nos estudos. Tal situação nos criou um problema metodológico, pois impossibilitou realizar a proposta original que era comparar o discurso dos dois grupos, buscando as semelhanças e diferenças em suas falas sobre os diferentes usos do remédio. Por outro lado, vislumbramos que este já era um achado importante o que aguçou ainda mais nossa escuta.

Para resolver a dificuldade metodológica criada pela ambivalência em relação a ingestão do estimulante, mantivemos a ideia inicial de conversar com vinte (20) usuários, mudando o critério de seleção das pessoas. Passamos a procurar sujeitos maiores de dezoito (18) anos que fossem ou já tivessem sido usuários da medicação. A ideia de entrevistar quem já havia interrompido a ingestão surgiu quando um desses primeiros quatro participantes relatou que havia parado de usar o remédio durante um período e depois voltou. Além disso, essa ampliação nos critérios de seleção ajudaria a aumentar o número de entrevistados e conhecer os motivos das interrupções, afinal, isso seria mais um dado sobre o uso do estimulante.

Para facilitar a adesão à investigação, planejamos utilizar o método de pesquisa “bola de neve”. Assim, pedimos aos entrevistados que indicassem conhecidos que usassem o medicamento e que se disponibilizem a participar da pesquisa. Tal estratégia foi pensada porque o uso do remédio poderia ser atravessado por preconceitos relacionado ao transtorno ou por temores relacionados à desconfiança de denuncia quando o uso era para aprimoramento. Os temores poderiam se justificar pelo fato da ingestão do fármaco ser para uma finalidade não médica e, nesse caso, não permitida⁷.

Porém, mais uma vez esbarramos em dificuldades. Muitos indivíduos que foram contatados por telefone não se disponibilizaram a conversar pessoalmente. Em todos os casos de não participação, dezessete (17), não houve uma justificativa aberta e explícita durante o contato telefônico. A maioria dos usuários falou que não podia conversar naquele momento

⁷ No capítulo sobre o metilfenidato explicaremos melhor também esse ponto.

(depois da explicação sobre o motivo do contato) e que a entrevistadora deveria ligar depois. Quando esta ligava no horário combinado, o telefonema já não era mais atendido.

Alguns sujeitos demonstraram disposição para responder as perguntas em conversa telefônica. Mas depois de explicar a necessidade de um encontro pessoal para que a conversa fosse gravada, as pessoas desistiam. Novamente, as pessoas não eram explícitas, mas marcavam e não iam (dois casos) ou pediam para marcar esse encontro para outro dia. Como nos casos anteriores, eles paravam de atender os telefonemas. A preocupação maior nesse segundo grupo não parecia estar relacionada ao sigilo das informações, mas sim a pouca disponibilidade de tempo para encontrar uma pessoa desconhecida e conversar sobre o uso do remédio. Em um único caso, entrevistadora teve um contato informal com um dos sujeitos que aceitariam conversar por telefone, mas não pessoalmente. Ao ser perguntada sobre o que havia impossibilitado sua participação na pesquisa, ela respondeu que foi a “falta de tempo”. Tal resposta nos pareceu fazer bastante sentido visto que ela era uma médica recém-formada estudando para residência e trabalhando em plantões de doze e vinte e quatro horas, tendo assim pouca disponibilidade de tempo para outras atividades.

Ao todo, foram entrevistadas dezesseis (16) pessoas, sendo onze (11) homens e cinco (5) mulheres. A idade dos homens variou entre 24 e 48 anos, sendo que seis (6) participantes estavam na faixa dos 20 anos; três (3) na faixa dos 30 anos e dois (2) na faixa dos 40 anos, o que formou uma média aproximada de 31 anos. As mulheres apresentaram uma variação menor de idade, onde a mais nova tinha 23 anos e a mais velha 33, o que resultou em uma média de aproximadamente 28 anos.

Com o objetivo de garantir o anonimato dos pesquisados, nos fragmentos das entrevistas, utilizamos os seguintes códigos: M (mulher), H (homem), sendo que após esse código colocamos um número correspondente à sequência das entrevistas. Além disso, todas as informações que poderiam identificar o usuário foram trocadas de forma a garantir o sigilo da identidade dos participantes.

1.2.3. Preparação e realização da entrevista

A presente investigação foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ dia 07 de dezembro de 2011 sob o número de registro CAAE 0056.0. 259.000-11.

Para a pesquisa, elaboramos o **Roteiro da entrevista** (anexo A) para a entrevista semiestruturada e um **Questionário** (anexo B) com perguntas básicas para termos acesso ao perfil do entrevistado. Tanto o **Roteiro da entrevista** quanto o **Questionário** foram confeccionados depois da pesquisa bibliográfica sobre o tema.

O convite para participar do estudo acontecia da seguinte maneira: assim que a entrevistadora recebia o contato telefônico de um usuário de metilfenidato que tivesse aceitado falar sobre o tema, ela ligava para explicar melhor sobre o que se tratava a investigação. A partir da confirmação da disponibilidade para participar da pesquisa, era combinado um dia, hora e local para registrar a entrevista. O local do encontro para coleta de dados dependia da disponibilidade de locomoção do usuário. A entrevistadora buscava lugares que fossem de fácil acesso para o futuro participante, mas sempre cuidando para que fosse uma área mais reservada para que a pessoa se sentisse a vontade para falar sobre suas experiências com o metilfenidato, garantindo também uma gravação de boa qualidade.

Durante o encontro para realizar o registro da conversa, novamente era explicado sobre o tema da investigação. Em seguida era entregue ao participante duas (2) cópias do **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido** (anexo C). A primeira cópia com a assinatura da pesquisadora, para ficar com o usuário. A outra deveria ser assinada pelo participante para ser devolvida e devidamente arquivada. A seguir a pesquisadora fazia as perguntas contidas no **Questionário**. Somente depois desses passos, e de ligar o gravador, iniciávamos a entrevista. A primeira pergunta era na verdade um convite: “Então, conte sua história com o metilfenidato.”

1.2.4. Organização dos dados e sua análise

Para a análise de dados, seguimos principalmente as indicações de Minayo (1994) e Bardin (1997). Assim, depois da transcrição das gravações, iniciamos uma primeira leitura “flutuante” dos registros. A partir daí, buscamos os “núcleos de sentido” (BARDIN, 1997) que formavam a comunicação dos usuários e ex-usuários do remédio. No presente estudo, escolhemos como unidades de significação os temas. Estabelecemos, então, o que chamamos de pré-categorias de análise. Estas foram elaboradas a partir dessa primeira escuta das falas dos participantes e dos estudos teóricos sobre o tema (incluindo o roteiro de entrevista). Mas percebemos que conforme tentamos “encaixar” a fala dos entrevistados nessas pré-categorias

deixávamos de apreender conteúdos importantes. Por esse motivo, voltamos a refazer as leituras de cada entrevista, buscando compreendê-la como um discurso único e singular. Nessa nova estratégia, cada entrevista gerou uma lista individual de pré-categorias. Apesar de algumas repetições, essa forma de analisar os dados favoreceu que tudo o que tenha sido falado pelos entrevistados fosse categorizado, mesmo que nem todo o material fosse usado na investigação.

Essa estratégia de abordagem aumentou o trabalho por um lado, mas por outro enriqueceu a análise de dados, pois algumas questões levantadas apenas por um ou dois entrevistados contribuíram para a compreensão das outras entrevistas. Mesmo assim foi necessário um cuidado para não generalizar os achados de qualquer maneira. Por isso, ao fazer esse tipo de transposição, voltávamos à história individual do sujeito e a todas as suas falas para avaliar se a indicação dada pelo outro participante de fato podia fazer sentido para aquele usuário.

Comparando a organização individual e particular para cada sujeito da pesquisa, observamos que alguns temas se repetiram com maior frequência enquanto outros temas foram pouco citados. Como nossa proposta era uma análise qualitativa, optamos por levar todas essas falas em consideração. Isso gerou uma lista com vinte sete (27) pré-categorias relacionadas ao tema em estudo (anexo D).

Depois da análise, demos continuidade com a interpretação de dados. Nesse ponto, agrupamos, comparamos e confrontamos as informações das pré-categorias de forma a ajudar a ter acesso e revelar o que poderia estar por trás do conteúdo manifesto, para ir além das aparências do que estava sendo comunicado (GOMES, 2004), contudo, sem abandonar as histórias vividas. Por meio dessa metodologia, construímos a compreensão do contexto e motivações dos entrevistados para usar o estimulante; identificamos os efeitos e consequências vividas a partir do uso do metilfenidato e, conseqüentemente, entendemos o que sustentava o uso do remédio e que dificuldades eles viviam em relação a medicação. Além disso, desvendamos algumas questões que atravessavam a compreensão dos usuários sobre o que era um tratamento de um transtorno e um aprimoramento cognitivo farmacológico. A partir desses achados, conseguimos compreender um pouco melhor sobre os usos e sentidos do metilfenidato para este grupo.

Cabe ainda ressaltar que devido ao pequeno número de pessoas investigadas, não será possível transpor esses dados para todos os consumidores de metilfenidato. Porém, como esta é uma pesquisa de cunho exploratório, entendemos que esses achados contribuem para uma ampliação na compreensão sobre as possibilidades de usos e sentidos deste estimulante.

2. METILFENIDATO

O cloridrato de metilfenidato foi sintetizado pela primeira vez em 1944 por Leandro Panizzon, farmacêutico da antiga empresa Ciba⁸ (WEBER, 2000). Contudo, sua comercialização foi iniciada somente dez anos depois (1954), na Alemanha e na Suíça, chegando aos EUA apenas em 1956⁹.

De acordo com as informações fornecidas por Weber (2000), Dr. Panizzon fez várias experiências pessoais com o fármaco, sem sentir grande entusiasmo por seu efeito. O mesmo não ocorreu com Margaret, sua esposa. Ela se beneficiou da ação estimulante da Ritalina e gostava muito de fazer seu consumo antes de suas partidas de tênis. De seu entusiasmo veio o nome comercial do remédio: seu apelido *Marguerite* foi reduzido para *Rita* e logo se transformou em *Ritaline*.

No texto “*L’histoire de Ritalin*” apresentado no site da Novartis (WEBER, 2000), quando foi lançado no mercado suíço e alemão, o metilfenidato era compreendido como um estimulante leve do sistema nervoso central sendo indicado principalmente para adultos de meia idade e idosos que estavam entristecidos ou mais cansados. A tese da época era que a ação do fármaco era mais prolongada do que a cafeína sem os efeitos de dependência e nervosismo trazidos pela anfetamina. Por esse motivo, as pessoas saudáveis também poderiam se beneficiar da melhora no humor e no desempenho mental gerada pelo consumo do remédio.

Mas hoje, quase sessenta anos depois do início de suas vendas, identificamos que houve uma grande mudança em sua principal indicação terapêutica. De tônico e estimulante com venda facilitada¹⁰, ele passou a ter sua comercialização controlada, sendo transformando no principal medicamento de referência para tratar o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) em crianças e adultos (ONU, 2013; ANVISA, 2012; DILLER, 1998; LIMA, 2005; SINGH, 2007).

⁸ Em 1970, esta empresa se fundiu com a Geigy formando a Ciba-Geigy Ltda. Mais tarde, em 1996, houve a fusão da Sandoz e Ciba-Geigy criando a Novartis SA (<http://www.novartis.com.br>).

⁹ Em seu texto sobre a história da propaganda da Ritalina, Singh (2007) afirmou que a chegada do fármaco nos EUA foi em 1957.

¹⁰ Weber (2000) alertou que a venda do estimulante na Alemanha era livre, enquanto que na Suíça, desde 1954, era necessário ter uma receita médica para comprar o medicamento. Contudo, o grau de exigência aumentou muito depois da Convenção de Psicotrópicos de 1971, como veremos mais adiante.

Para entender melhor a mudança ocorrida na indicação terapêutica e as questões sociais que atravessam os usos do estimulante, descrevemos neste capítulo as principais características do fármaco, os aspectos legais que envolvem sua comercialização e os dados estatísticos sobre fabricação, importação e estoque nacionais e mundiais. Além disso, também explicamos como o nicho mercadológico foi desenhado a partir da articulação de pesquisas científicas e o marketing da indústria farmacêutica. Dessa articulação o estimulante que poderia ser utilizado por todos, começou a ser indicado para controlar o comportamento infantil passando depois a ser utilizado para tratar crianças e adultos com déficit de atenção. Contudo, percebemos que no atual contexto de grande exigência de performance profissional, o medicamento vem sendo cada vez mais procurado para aprimorar o insuficiente rendimento nos estudos e no trabalho. Ao final deste capítulo, faremos algumas considerações sobre as informações apresentadas para melhor compreender as questões que atravessam os usos deste remédio.

2.1. Características, legalização e dados estatísticos

Como já foi descrito anteriormente, o cloridrato de metilfenidato é um estimulante moderado do sistema nervoso central com propriedades semelhantes às de uma anfetamina. Sua principal indicação é para tratar crianças e adultos com o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Além disso, ele também é indicado para tratar a narcolepsia (RITALINA® - bula), uma doença na qual a pessoa, sem um motivo aparente, sente uma forte e incontrolável vontade de dormir.

No Brasil, o remédio é comercializado por duas empresas: a Novartis e a Janssen-Cilag. O fármaco produzido pela Novartis tem o nome comercial de Ritalina® na dosagem de 10mg por comprimido. Essa empresa também oferece no mercado a Ritalina® LA de 10mg, 20mg, 30mg e 40mg. A diferença entre as duas apresentações é o modo de liberação da substância. Enquanto que a primeira e mais antiga versão tem uma absorção rápida, a Ritalina® LA vem em cápsulas de liberação modificada pelo sistema SODAS¹¹ que produzem dois picos de ação distintos, separados por aproximadamente 4 horas (Ritalina® - bula). De acordo com a empresa, o medicamento de ação prolongada substitui melhor o uso

¹¹ Louza e, Mattos (2007)

de dois comprimidos do remédio de ação rápida porque apresenta menor flutuação entre pico e depressão de concentração do metilfenidato no plasma.

O Concerta® de 18mg, 36mg e 54mg é o medicamento similar à Ritalina LA comercializado em território nacional pela Janssen-Cilag. Esta apresentação do estimulante tem ação prolongada pelo sistema OROS¹² que possibilita uma absorção contínua e progressiva, atingindo o pico máximo de concentração plasmática em cerca de 6 a 8 horas para então iniciar sua redução gradual (Concerta® - bula). Dessa maneira, enquanto o medicamento de liberação prolongada da Novartis mantém seu efeito por 8 horas, o remédio da Janssen-Cilag atua no corpo durante 12 horas (LOUZA, MATTOS, 2007).

As bulas das três medicações nos deram algumas outras informações técnicas sobre algumas diferenças entre as medicações. Observamos, por exemplo, que apenas a Ritalina® de ação imediata traz a indicação terapêutica para narcolepsia, o que sugere que o medicamento de ação prolongada não seria adequado para o problema do sono. Além disso, as bulas dos produtos fabricados pela Novartis fazem várias referências a sua utilização em crianças enquanto que a bula do remédio produzido Janssen-Cilag cita mais informações voltadas para os adultos. Tal diferença sugere que os adultos são o público alvo do Concerta®. Também identificamos que os comprimidos de Ritalina® são produzidos e embalados no Brasil enquanto que os da Ritalina® LA e os do Concerta®, ambos de liberação prolongada, são fabricados nos EUA e apenas recebem a embalagem secundária (cartucho de cartolina) em território nacional.

Comparando ainda outras informações contidas nas respectivas bulas, observamos que a dose diária recomendada por cada um dos laboratórios não é mesma. Nos produtos da Novartis há a indicação de que a dose diária não deve exceder 60mg para crianças e 80mg para o adulto. A Janssen-Cilag alerta que a dosagem máxima sugerida para as crianças é de 54mg por dia e para os adolescentes e adultos 72mg por dia. Esta divergência se justifica pela diferença na quantidade de metilfenidato contida nos comprimidos de cada fabricante.

Segundo alguns pesquisadores, como Spencer et al. (2006) e Volkow (2006), o medicamento de ação prolongada facilita a posologia quando é necessário ingerir mais que uma dose da Ritalina® por dia, sendo também mais seguro, pois reduz o risco causado por súbitos aumentos do nível plasmático do metilfenidato. Dessa forma, a ação terapêutica é preservada diminuindo o potencial de abuso.

¹² Louza e Mattos (2007)

A preocupação com o abuso não é sem motivo. No início da década de 1960, surgiram questionamentos sobre os riscos de adição e abuso associados ao metilfenidato. McCormick e McNeel (1963), por exemplo, alertaram sobre o consumo abusivo de o medicamento trazer o risco de alucinações enquanto que o uso indevido do remédio com aplicação intravenosa (*Parenteral Ritalin*) foi associado a psicose. Esse artigo foi seguido por outros textos que denunciaram a possibilidade de efeitos negativos desse fármaco, principalmente em relação ao abuso com metilfenidato injetável (LUCAS, WEISS, 1971; WILLEY, 1971; SPENSLEY, ROCKWELL, 1972).

Além dos artigos científicos que denunciaram os perigos do uso inadequado do medicamento, na Suécia, em 1970, houve uma epidemia de abuso com estimulantes do sistema nervoso central de aplicação intravenosa, sendo o metilfenidato um destes. Os outros dois foram anfetamina e fenmetrazina (PERMAN, 1970). De acordo com Levine, Caplan, Kauffman (1986) foi registrado em 1986 a primeira morte com o metilfenidato injetável. Os riscos trazidos por essa forma de aplicação do medicamento associados à divulgação negativa desse caso contribuíram para sua retirada do mercado em 1988 (SINGH, 2007).

No ano seguinte a “epidemia” de abuso de estimulantes injetáveis na Suécia, foi realizada em Viena a Convenção de Substâncias Psicotrópicas de 1971 (ONU, 1971)¹³. Desta Convenção, da qual o Brasil é signatário, surgiu um acordo entre os países participantes cujo principal objetivo foi controlar a fabricação, a distribuição e o uso de substâncias psicotrópicas sintéticas (anfetaminas, barbitúricos, alucinógenos e tranquilizantes) buscando garantir que estas seriam utilizadas apenas para fins médicos e científicos¹⁴.

¹³ Apesar da proximidade temporal entre os citados eventos (epidemia na Suécia em 1970 e convenção de psicotrópicos em 1971), não obtivemos informações que confirmassem a existência de uma relação direta entre os fatos.

¹⁴ A Convenção de 1971 junto com a Convenção Única de Drogas Narcóticas de 1961 e a Convenção das Nações Unidas Contra o Tráfico Ilícito de Drogas Narcóticas e Substâncias Psicotrópicas de 1988 fornecem diretrizes legais para a contenção do comércio e uso de drogas no mundo. A Convenção de 1961 substituiu todas as medidas de controle anteriores a essa data, focalizando especialmente as drogas não sintéticas como opiáceos, cocaína e maconha. O objetivo era restringir a utilização de drogas narcóticas apenas para fins médicos ou científicos (ONU, 1961). Já a Convenção de 1988 veio como uma resposta à insuficiência das convenções de 1961 e 1971, para conter a influência do tráfico ilícito de drogas que continuou acontecendo durante as décadas de 1970 e 1980. O objetivo desta última convenção era construir uma harmonização dos sistemas legais dos países signatários para reforçar as ações em escala mundial e, assim, reprimir o tráfico de drogas ilícitas por meio de criminalização, penalização e melhoria na cooperação internacional. O foco de interesse da Convenção de 1988 foram os precursores, reagentes e solventes usados na fabricação ilícita de drogas narcóticas ou substâncias psicotrópicas (ONU, 1988). Apesar das três citadas Convenções fornecerem diretrizes para o controle internacional de drogas, elas não têm poder executivo, cabendo aos estados membros a formulação de legislação nacional em consonância com as normas estabelecidas nas Convenções. Cabe lembrar ainda que o empenho internacional para inibir a produção, comércio e consumo de drogas foi um reflexo do contexto histórico e social vivido naquele período. Segundo Silva (2011), a década de 1960 foi marcada por movimentos contra cultura (hippies); protestos políticos (guerrilhas na América Latina) e

De acordo com as diretrizes da Convenção de 1971, os países participantes deveriam enviar à *International Narcotics Control Board* (INCB)¹⁵ relatórios estatísticos anuais com informações sobre produção e comércio de substâncias psicotrópicas incluídas no acordo. Os dados estatísticos seriam então analisados, organizados e disponibilizados em publicações anuais permitindo uma visão global sobre as oscilações na produção, comercialização e estocagem dessas substâncias.

As diretrizes elaboradas pela Convenção de 1971 receberam a adesão de 186 países. Segundo as determinações deste acordo, o metilfenidato foi classificado na tabela II, junto às anfetaminas e seus derivados. Esta é a categoria de fármacos que oferecem o segundo maior risco de dependência, abuso e danos (ONU, 1971)¹⁶.

No Brasil, a venda de medicamentos e substâncias sujeitas a controle especial é regulamentada pela portaria 344 do Ministério da Saúde, de 1998. Essa portaria foi elaborada de acordo com a análise, atualização e aperfeiçoamento de Regulamentos Técnicos anteriores, seguindo as resoluções das Convenções de 1961, 1971 e 1988 (ANVISA, 2010). Segundo essa regulamentação, o metilfenidato pertence à lista “A3” que recebe o nome de “Psicotrópicos: estimulantes do sistema nervoso central” e só pode ser prescrito por meio da receita “A” (bloco amarelo), disponibilizado na Vigilância Sanitária. Este é o mesmo

expansão da indústria farmacêutica com a criação de drogas sintéticas como o LSD. Nesse cenário, houve um significativo aumento no consumo de drogas. Tal situação se transformou em um grande problema moral, pois as drogas haviam chegado aos chamados “filhos da boa família” que teriam sido “corrompidos” pelos traficantes que saídos dos guetos. Também nesse período vigorava a guerra fria, o que favoreceu que o problema com as drogas tenha sido encarado como uma estratégia do bloco comunista para subverter a ordem da civilização cristã ocidental. Foi na interação desses fatores que surgiu a “transnacionalização” da repressão às drogas.

Maiores informações sobre o tema podem ser encontrados em Carvalho (2007) e Zaccone (2007).

¹⁵ A *International Narcotics Control Board* (INCB) ou, em português, a **Junta Internacional de Fiscalização de Entorpecentes** (JIFE) é um órgão independente dos governos e das Nações Unidas tendo sido estabelecido pela Convenção Única de Drogas Narcóticas de 1961 (ONU, 1961). Seu objetivo é monitorar a obediência dos países em relação aos tratados internacionais sobre o controle de drogas assegurando que os suprimentos de substâncias usadas na fabricação de remédios estejam disponíveis única e exclusivamente para propósitos médicos e científicos. Além disso, auxilia os países a identificar e corrigir eventuais falhas nos sistemas de controle de drogas determinando que produtos químicos devam ser controlados para evitar desvios para a elaboração de drogas ilícitas. Maiores informações sobre o INCB e JIFE podem ser encontrados no seu site oficial: <http://www.incb.org> e <http://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/drogas/jife.html>

¹⁶ A epidemia de abuso com estimulantes na Suécia em 1970 parece não ter sido fundamental para determinar a realização da Convenção de Substâncias Psicotrópicas de 1971, pois esta foi uma resposta à ampliação e diversificação das possibilidades de abuso de drogas. Contudo, é bastante provável que os estudos científicos sobre os riscos de dependência e abuso com anfetaminas e o metilfenidato (MCCORMICK E MCNEEL, 1963; PERMAN, 1970; LUCAS, WEISS, 1971; WILLEY, 1971) tenham favorecido a compreensão de que estes medicamentos trariam perigo para seus usuários e, por esse motivo, estes estudos e casos de dependência e abuso tenham contribuído para que esses remédios, entre eles o metilfenidato, fossem categorizados na tabela II.

receituário usado para prescrever os entorpecentes classificados nas categorias “A1” e “A2”. Essa receita tem validade por apenas trinta dias e fica retida no estabelecimento de venda.

O controle também atinge as farmácias e drogarias que comercializam o remédio. Estas precisam encaminhar às autoridades sanitárias relatórios mensais de venda além de balanços trimestrais e anuais de compra e venda da medicação. Desde 2007, a ANVISA iniciou a primeira fase da implantação do Sistema Nacional para Gerenciamento de Produtos Controlados – SNGPC (ANVISA, 2010; ANVISA, 2011). O propósito da implantação desse Sistema é informatizar a captação de todos os dados sobre a movimentação dos medicamentos, desde a fabricação até o uso pelo consumidor, favorecendo uma melhor fiscalização dos remédios¹⁷.

No site da ANVISA está disponibilizado o “Boletim de Farmacolepidemiologia” que apresenta dados sobre a prescrição e consumo do metilfenidato no Brasil segundo os dados gerados pelo novo sistema de captação (ANVISA, 2012). Neste documento consta que o ano de aprovação da comercialização da Ritalina® e do Concerta® são respectivamente 1998 e 2002. Contudo, esses dados não correspondem às informações fornecidas pelo site da ONU (2001) e nem aos esclarecimentos enviados pela Novartis por meio de mensagem pessoal no dia 21 de novembro de 2012. Segundo esta mensagem, a Ritalina® 10mg (caixa com 20 comprimidos) teria sido lançada no Brasil em agosto de 1964 enquanto que a Ritalina® 10mg (caixa com 60 comprimidos) teria sido lançada no Brasil em janeiro de 2007. Até o presente momento, não obtivemos resposta da Novartis para o questionamento sobre a existência de alguma interrupção na comercialização do remédio.

Imaginamos que os primeiros anos de importação do metilfenidato não tenham sido devidamente registrados, pois a Convenção de Substâncias Psicotrópicas aconteceu apenas em 1971. Além disso, a Portaria 344 do ministério da Saúde é de 1998, coincidentemente a data a partir da qual, segundo a ANVISA, a Ritalina® teria recebido autorização para ser comercializada. Assim, acreditamos que existe uma grande chance dessa portaria ter regularizado e oficializado a importação que já acontecia anteriormente. Outro ponto a ser

¹⁷ A necessidade de elaborar um novo sistema surgiu como uma resposta ao relatório da JIFE (nota 15) de fevereiro de 2006, onde o Brasil foi apontado como o maior consumidor mundial de anfetaminas para emagrecimento. A primeira fase do trabalho (2007 – 2008) teve por objetivo conquistar a adesão dos estabelecimentos tanto para capturar dados de movimentação da medicação como para aprimorar o sistema. Apesar dessa fase ainda estar em curso (visto que ainda não houve uma adesão completa), em 2009 foi instaurada a segunda fase da proposta, o chamado monitoramento, ou seja, a elaboração de relatórios com os dados gerados pelo sistema. Para dar início a esta segunda fase foram eleitos seis medicamentos, entre eles, quatro inibidores de apetite, visto que o Brasil foi apontado por dois anos consecutivos como o maior consumidor de remédios anorexígenos. Os outros dois fármacos escolhidos foram o cloridrato de fluoxetina e cloridrato de metilfenidato, pois ambos apresentaram um aumento em seu uso o que sugere abuso e desvio de utilização para outras finalidades. (ANVISA, 2010).

ressaltado é que a própria ANVISA foi criada pela lei no. 9.782, de 26 de janeiro de 1999, e isso talvez contribua para a falta de informações sobre a comercialização do estimulante no período anterior a 1998.

Além da informação cedida pela Novartis, observamos que no relatório da ONU (2001) já existiam dados relativos à importação do fármaco no ano de 1996. Em mensagem pessoal datada de 14 de março de 2013, recebemos do INCB dados estatísticos sobre a declaração da importação de 9,5 kg do remédio no ano de 1996. Assim, esses dados confirmam que o medicamento já era utilizado no Brasil antes da data indicada oficialmente pela ANVISA o que mais uma vez sugere problemas nos registros prévios ou, pelo menos, problemas de acesso aos mesmos.

Segundo os dados estatísticos apresentados nos relatórios anuais do INCB, o metilfenidato é o psicoestimulante mais produzido no mundo. A diferença em relação a outros estimulantes é tão marcante que mesmo a soma de toda a produção mundial das anfetaminas e seus derivados¹⁸ (medicamentos que também estimulam o sistema nervoso central) não supera a quantidade de metilfenidato produzido, no período dos últimos cinco anos, como é possível constatar no gráfico 1. Tal discrepância de fabricação parece indicar que há um uso diferenciado do metilfenidato em relação a esses outros remédios.

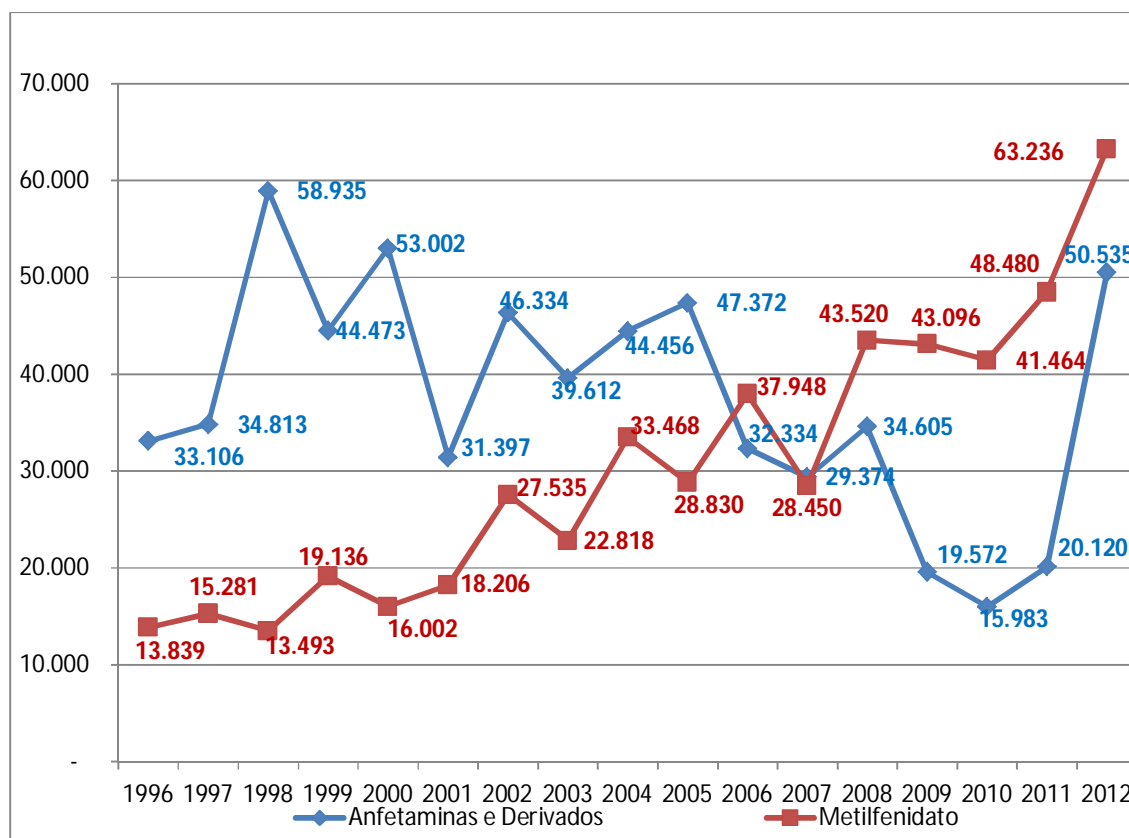
Como é possível acompanhar pelas informações representadas pela linha azul no gráfico 1, sua produção entre os anos 1996¹⁹ e 2010 diminuiu para 15.983kg. Mas em 2011 a produção dessas substâncias voltou crescer, alcançando em 2012, um dos patamares mais altos com valores em torno de 50.535 kg. Nos relatórios anuais da ONU, os dados estatísticos são acompanhados por alguns esclarecimentos sobre as variações na produção e comercialização das substâncias. Porém, as informações que constam nestes documentos não favoreceram a compreensão dos motivos para o aumento na produção mundial das anfetaminas²⁰.

¹⁸ A comparação foi realizada com anfetaminas e seus derivados classificados na tabela II pela Convenção de Psicotrópicos de 1971.

¹⁹ Escolhemos o ano de 1996 como marco inicial de nossa análise por ser este o dado mais antigo que conseguimos acessar nos relatórios disponibilizados no site do INCB em julho de 2009.

²⁰ Segundo os dados da ONU (2013), os fármacos responsáveis por tal crescimento nesses últimos dois anos foram as anfetaminas, as dexamfetaminas e as levometanfetaminas. Tal aumento na produção estaria relacionado ao uso desses estimulantes para o tratamento do TDAH, visto que teria havido um decréscimo na utilização dessas substâncias para emagrecimento. Ainda pelas informações do citado relatório, as anfetaminas estariam sendo utilizadas em associação às dexamfetaminas, combinação que poderia ser transformada em remédios para TDAH, narcolepsia e obesidade, e ainda como uma substância intermediária na produção de outros fármacos para emagrecimento. Já as levometanfetaminas seriam mais aplicadas como descongestionantes nasais ou processadas para criar outros remédios anorexígenos.

Gráfico 1 – Produção mundial de metilfenidato e de anfetaminas e seus derivados entre os anos 1996 e 2012²¹



Fonte: ONU, 2001; ONU, 2006; ONU, 2011; ONU, 2013.

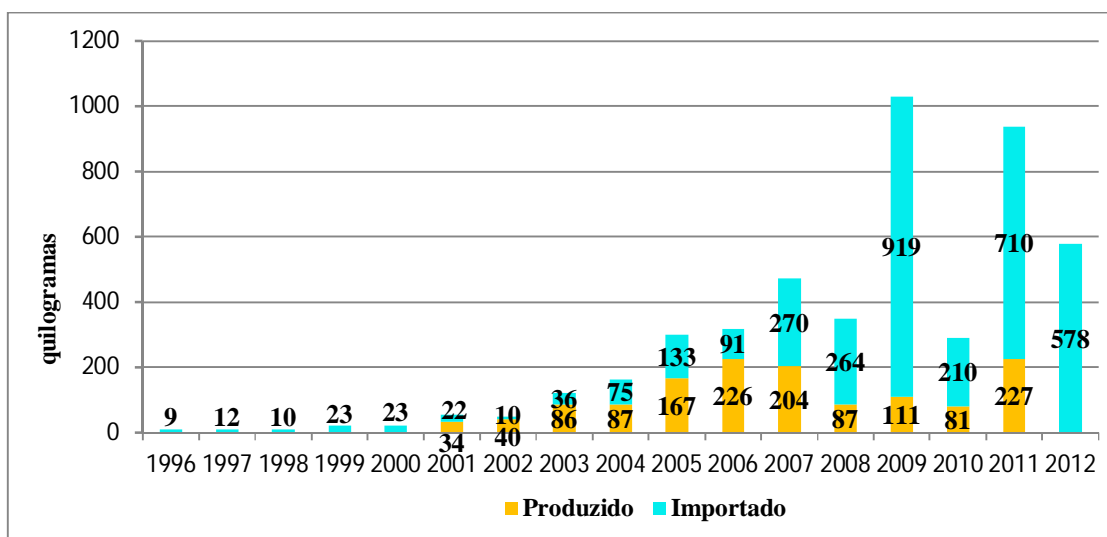
Ao acompanhar a linha vermelha do gráfico 1, constatamos que houve uma significativa ampliação na fabricação do metilfenidato. A taxa de aumento da produção mundial desse psicoestimulante no período de 1996 até 2012 foi de 356,94%.

Segundo os relatórios da ONU (2001, 2006, 2011 e 2013), houve uma expansão na utilização do metilfenidato a partir dos anos de 1990. O crescimento na fabricação mundial seria justificado principalmente pelo aumento na ingestão psicotrópico nos EUA, onde o estimulante seria frequentemente receitado pelos médicos para tratar TDAH e onde havia uma intensa e constante propaganda direta ao público para seu uso. Contudo, a partir do ano 2000, foi registrada uma paulatina elevação na importação e consumo do fármaco em outros países. Tal expansão levantou desconfianças sobre o mau uso do medicamento, como consta no último relatório (ONU, 2013).

²¹ As quantidades de anfetaminas e seus derivados resultam da soma dos montantes produzidos de Anfetamina, Dexanfetamina, Levanfetamina, Levometanfetamina e Metanfetamina. Essas substâncias são apresentadas separadamente nos relatórios sobre produção e consumo de psicotrópicos da ONU. Todas elas são categorizadas na Tabela II pela Convenção de 1971.

Analisando os dados sobre o metilfenidato no Brasil, percebemos que houve um crescimento bastante expressivo em sua importação e fabricação. Como pode ser visto no gráfico 2, entre os anos de 1996 e 2012 o somatório das quantidades do medicamento fabricada e importada pelo Brasil saltou de 9 kg para 578 kg, representando um crescimento de aproximadamente 6.322%. Contudo, identificamos que nestes 16 anos de grande aumento de uso do remédio, a partir de 2007 surgiu uma oscilação na produção e na importação do estimulante em território nacional.

Gráfico 2 - Quantidade de metilfenidato produzido e importado pelo Brasil entre os anos 1997 e 2012



Fonte: ONU, 2001; ONU, 2006; ONU, 2011; ONU, 2013.

Buscando entender tal variação, procuramos informações sobre a medicação em estoque, pois talvez a produção e a importação caíssem quando houvesse uma maior sobra de remédio no ano anterior. Com esses dados, elaboramos a Tabela 1 com a quantidade do metilfenidato estocado no Brasil entre os anos de 2002 e 2012²².

Tabela 1: Quantidade de metilfenidato estocado no Brasil entre os anos de 2002 e 2012.

Ano	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Estoque (Kg)	0	28	3	35	29	160	158	506	225	374	129

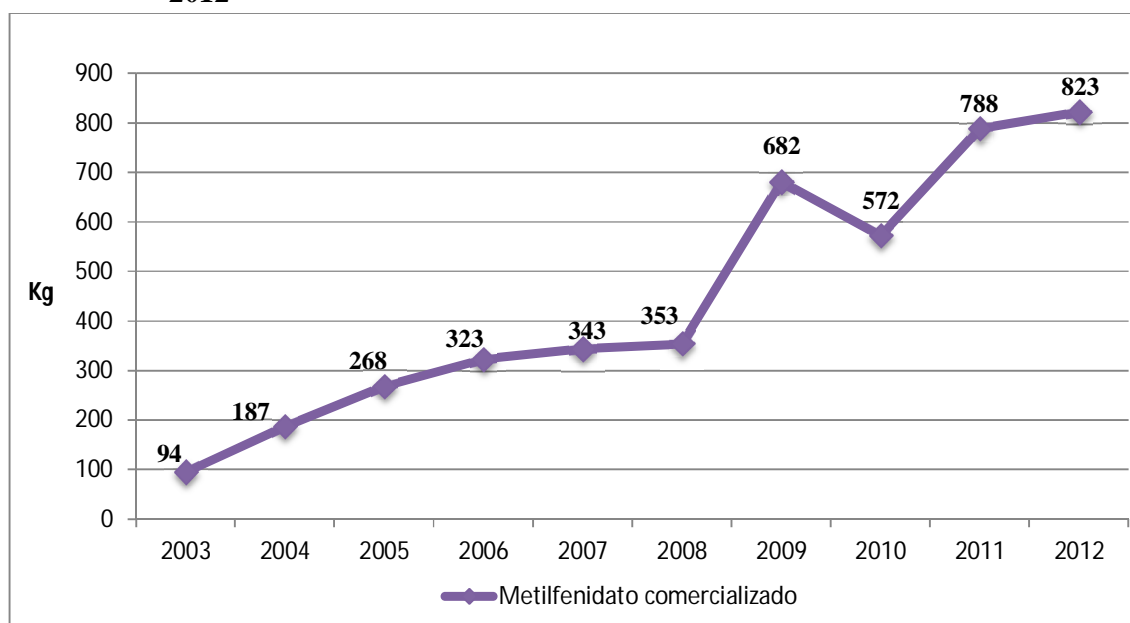
Fonte: ONU, 2007; ONU, 2011 e ONU, 2013.

²² O ano de 2002 foi escolhido como ano limite porque os dados sobre o estoque não foram investigados anteriormente e, em novembro de 2012, o site do INCB só fornecia dados referentes até o ano de 2002.

Dessa forma, para encontrarmos o valor total do medicamento negociado em território nacional a cada ano, somamos a produção e a importação de um ano e diminuimos a quantidade em estoque desse mesmo ano, para, em seguida, somarmos esse resultado com o estoque do ano anterior²³. O resultado dessas contas expressa a provável movimentação interna de cada ano, como pode ser acompanhado pelo gráfico 3.

Ao observar a comercialização do metilfenidato, no período de 2003 a 2012²⁴, percebemos que houve uma tendência ao crescimento, tendo passado de 94 kg para 823 kg o que significa um aumento de 775,53% nas vendas da medicação.

Gráfico 3 - Quantidade de metilfenidato comercializado no Brasil entre os anos 2003 e 2012²⁵



Fonte: Baseado em dados da ONU, 2007; ONU, 2011 e ONU, 2013.

²³ A quantidade de estimulante que ao final do ano ficou em estoque foi a quantidade do medicamento que não foi comercializada naquele período, só sendo negociada no ano seguinte. A seguir, um exemplo desse cálculo. Se no relatório da ONU (2006) aparece que no ano de 2004 havia 3 kg de remédio em estoque, isso significa que eles não foram negociados naquele ano e, por isso, continuaram disponíveis para a venda no ano seguinte. Assim, para descobrir o que foi comprado pelo consumidor final do ano de 2004, será necessário somar o que foi produzido neste ano (87 kg) com o que foi fabricado no mesmo ano (75 kg) e diminuir o que sobrou em estoque ao final do ano (3 kg). O resultado dessa conta é 159 kg. Contudo, é importante observar que no ano de 2003 restou em estoque 28 kg do fármaco e que foram colocados no mercado para serem comercializados em 2004. Por esse motivo, é necessário somar o estoque do ano de 2003 (28 kg) com o resultado da soma anterior (159 kg). Essa adição indicou que 187 kg de metilfenidato foram comprados pelos consumidores.

²⁴ Não houve como descobrir a quantidade de medicamento comercializada no ano de 2002, visto que não tínhamos o valor de estoque de 2001.

²⁵ Os dados disponibilizados nos relatórios técnicos da ONU indicam apenas a produção e comercialização anual brasileira sem indicar a movimentação ocorrida em cada mês e estado.

Acompanhando as informações mostradas no gráfico 3, identificamos que em 2009 houve um aumento diferenciado na comercialização do estimulante, que representou um crescimento de 93,20% em relação a 2008. Nos anos de 2006, 2007 e 2008, o avanço nas vendas foi bem mais discreto apresentando taxas de aproximadamente 20%, 6% e 3%, respectivamente. Apesar de não ser possível afirmar a existência de uma relação de causalidade direta entre os fatos, essa maior e pontual ampliação no consumo aconteceu no mesmo ano no qual houve a multiplicação no número de reportagens na mídia brasileira sobre o uso do estimulante por pessoas saudáveis que desejavam melhorar seu rendimento nos estudos e no trabalho.

Nessas matérias, o metilfenidato, o modafinil e o donepezil²⁶ foram citados como “pílulas da inteligência”²⁷. Os artigos traziam as falas de usuários (principalmente de metilfenidato) que não tinham problemas de saúde. As motivações apresentadas por eles variavam entre a busca por maior concentração, a necessidade de melhorar o rendimento no trabalho a qualquer custo, a obrigação e urgência em elaborar planilhas e relatórios em curto espaço de tempo, a exigência de enfrentar reuniões com maior desinibição e ainda o desejo de manter seus horários de lazer preservados apesar de grande volume de trabalho (VERA, 2009).

As manchetes e debates nos meios de comunicação brasileiros envolvendo o citado psicotrópico não foi uma novidade do ano de 2009. Contudo, até então, as discussões que envolviam o fármaco estavam relacionadas diretamente a validade do TDAH e a necessidade (ou não) de usar um medicamento para tratar crianças com o problema. Ou seja, quase nunca era falado na mídia sobre o consumo do remédio para aprimoramento cognitivo farmacológico.

O aumento na quantidade de reportagens no Brasil ocorreu a partir de 7 de dezembro de 2008, data de publicação do artigo manifesto intitulado “*Towards responsible use of cognitive-enhancing drugs by the healthy*” onde Henry Greely, Barbara Sahakian, John Harris, Ronald C. Kessler, Michael Gazzaniga, Philip Campbell e Martha J. Farah

²⁶ O modafinil é indicado principalmente para narcolepsia e apneia do sono. Já o donepezil é prescrito para tratar pessoas com Alzheimer de intensidade leve a moderada.

²⁷ O termo “Pílulas da inteligência” (*smart drugs*) foi usado em alguns artigos para designar o uso de remédios por pessoas “saudáveis” (sem problemas no desempenho cognitivo). Outras duas formas que encontramos nas reportagens para fazer referência à prática foi “cérebro turbinado” e “doping cerebral” (GARCIA, 2008; ALMEIDA, MAGRO, 2009; STIX, 2009; NOGUEIRA, 2009; ALBUQUERQUE, 2009; VERA, 2009; LAURANCE, 2009).

apresentaram propostas para aumentar os estudos sobre o consumo de nootrópicos²⁸ e melhorar a regulamentação deste uso dos remédios, pois, para eles, o aprimoramento da cognição por meio de fármacos teria muito a oferecer para a sociedade como um todo e a seus indivíduos em particular.

Este assunto já vinha sendo considerado uma questão de saúde pública em países como EUA e Canadá, sendo acompanhado por uma significativa produção de artigos tanto de cunho estatístico (BABCOCK, BYRNE, 2000; BARRETT et al., 2005; BOGLE, SMITH, 2009; DE SANTIS, WEBB, NOAR, 2008; DUPONT et al., 2008; HALL, 2005; LOW, GENDASZEK, 2002; McCABE et al., 2005; POULIN, 2001; TETER et al., 2003; TETER et al., 2005; TETER et al., 2006; WHITE, BECKER BEASE, GRACE-BISHOP, 2006) quanto sobre a validade ou não desta prática (WOLPE, 2002; PRESIDENT'S COUNCIL ON BIOETHICS -US, 2003; CHATTERJEE, 2004; FARAH et al., 2004; HYMAN, 2006; NEUROCIENCE CANADA, 2006; TURNER, SAHAKIAN, 2006; FORLINI, RACINE, 2008). Contudo, esses textos ficavam mais restritos aos profissionais e estudante dos campos da saúde pública, farmacologia, neurociências, bioética e neuroética.

Mas o artigo manifesto de Greely et al (2008), nascido a partir de um seminário realizado pela revista “*Nature*” e pela Universidade de Rockefeller, foi um importante marco neste debate. Primeiro por se tratar de uma reivindicação que respondia às principais críticas que até então eram feitas ao aprimoramento cognitivo farmacológico, apresentando também possíveis soluções para os problemas éticos que este método poderia trazer para a sociedade. Além disso, o texto foi publicado pela “*Nature*” que é uma revista de grande impacto para toda a comunidade científica²⁹ e assinado por reconhecidos e importantes profissionais em bioética e/ou neurociência. Dessa forma, as reivindicações por uma regulamentação do uso de nootrópicos por pessoas sem problemas de saúde teve uma grande visibilidade, o que ampliou o debate público sobre o tema.

No Brasil, até então, o uso de medicamento para melhorar o desempenho cognitivo era pouco discutido³⁰. Mas no dia seguinte a edição online da matéria da “*Nature*” (8 de

²⁸ Termo usado para designar substâncias e remédios que melhoram o desempenho cognitivo em pessoas saudáveis.

²⁹ O grande impacto da “*Nature*” é consequência de esta revista publicar pesquisas originais de uma ampla gama de campos científicos, como também por ela veicular resumos e matérias que tornam as investigações mais importantes compreensíveis para cientistas de outras áreas e para o público em geral, favorecendo uma maior divulgação da ciência.

³⁰ Isso não significa dizer que esse uso era desconhecido para todos os brasileiros antes das matérias publicadas em 2009. Entendemos que o uso do fármaco por pessoas saudáveis estava mais restrito aos estudantes de medicina e farmacologia, pela maior proximidade e facilidade para conhecer e conseguir medicamentos.

dezembro de 2008), o jornal Folha de São Paulo apresentou uma reportagem intitulada “Grupo de cientistas pede liberação de doping mental” (GARCIA, 2008) relatando de forma sucinta os principais pontos do artigo manifesto. O tema foi então apresentado pela “Isto é” (ALMEIDA, MAGRO, 2009) e virou matéria de capa nas revistas “Época” (VERA, 2009), “Superinteressante” (NOGUEIRA, 2009) e “*Scientific American – Brasil*” (STIX, 2009). A prática do uso de medicamentos para melhorar o desempenho cognitivo também foi divulgada por jornais como “Folha de São Paulo” (LAURENCE, 2009)³¹ e “O Globo” (ALBUQUERQUE, 2009), ganhando um destaque na mídia popular até então inexistente³².

Apesar do pequeno número de reportagens, sete no total, o assunto ganhou um destaque na mídia impressa que até então era inexistente. Confirmamos essa percepção ao comparar a quantidade encontrada de matérias no ano de 2009 com o resultado da pesquisa realizada por Itaborahy (2009) que investigou as publicações brasileiras sobre o metilfenidato entre os anos de 1998 e 2008. Nesse estudo, cobrindo dez anos de mídia impressa, a autora analisou cinco periódicos de psiquiatria e cinco revistas e jornais não médicos, localizando apenas um artigo sobre o tema.

Todos esses dados parecem confirmar que o salto no consumo do metilfenidato em 2009 em nosso país pode estar relacionado não apenas à ampliação do número de pessoas com o diagnóstico de TDAH, mas **também** ao aumento na quantidade de usuários deste fármaco para o aprimoramento cognitivo farmacológico, visto que houve uma maior divulgação da prática para o grande público neste mesmo período³³. A suspeita de que o crescimento no consumo do psicotrópico também estava relacionado à expansão desta prática foi reforçada pela publicação do último relatório da ONU (2013). Apesar do citado documento não ter feito uma referência específica ao Brasil ou ao ano de 2009, foi a primeira vez que o INCB afirmou que a elevação na quantidade de remédio ingerida não era decorrente apenas de sua prescrição para o tratamento do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, mas também de outras formas de utilização do estimulante.

A seguir veremos que esses usos do medicamento surgiram no entrelaçamento entre questões socioculturais, pesquisas científicas e os interesses comerciais da indústria farmacêutica.

³¹ Esta foi uma segunda matéria sobre o assunto veiculada pelo jornal “Folha de São Paulo”.

³² As sete reportagens foram encontradas de forma aleatória.

³³ A indicação do metilfenidato para tratar narcolepsia não é levada em consideração nas análises sobre o aumento do consumo do fármaco por este ser um transtorno de rara ocorrência. Segundo Alóe et al. (2010) a prevalência é de 15 a 56 por 100.000 habitantes.

2.2. **Metilfenidato, ciência e publicidade: a construção de um nicho mercadológico.**

2.2.1. Um estimulante que podia ser usado por todos

Segundo Weber (2000), durante a década de 1950, a Ritalina® era indicada principalmente para estados depressivos e períodos de convalescência ou ainda para os momentos de maior cansaço físico e mental. Isso porque os estudos farmacológicos e experiências com animais demonstravam que essa medicação tinha uma ação mais prolongada do que a da cafeína, com a vantagem de não gerar a dependência e o nervosismo característicos da anfetamina, sendo considerado um composto químico de um novo gênero.

Por esse efeito mais suave, a publicidade para médicos e farmacêuticos veiculava que o “psicotônico” trazia alívio e estimulava de maneira moderada (WEBER, 2000). Esse autor ainda acrescenta que, já naquela década, o medicamento era indicado para pessoas saudáveis que desejavam estar bem e produtivas depois de passarem uma noite em claro. Tal ação seria possível por este ser um estimulante leve do Sistema Nervoso Central, proporcionando uma melhora no humor e um incremento na performance mental, apresentando uma excelente tolerância.

Ainda de acordo com o artigo de Weber (2000), para conquistar a confiança do médico, as peças publicitárias sugeriam que o profissional adquirisse e usasse uma amostra do fármaco para convencer-se de sua eficácia e assim perceber que a grande diferença para o efeito das anfetaminas era a ausência do nervosismo e a “fuga de ideias”³⁴.

Segundo Singh (2007), os anúncios do metilfenidato nos EUA nas décadas de 1950 e 1960 sugeriam um esforço da empresa para posicionar a Ritalina como uma droga que poderia ser útil para tratar muitos diagnósticos psiquiátricos como fadiga crônica, depressão, demência e narcolepsia. A autora acrescenta que as propagandas nesse país também exaltavam os benefícios do fármaco como um ótimo coadjuvante em tratamentos com remédios mais fortes. As peças publicitárias mostravam que sua ação “gentil” trazia poucos

³⁴ Em 2000, Weber escreveu no original : “*Le médecin pouvait également en obtenir un échantillon en échangeant le bon pour un emballage original de Ritaline reçu avec l'information sur le produit et se convaincre par lui-même de son efficacité. A la différence des amphétamines, Ritaline ne devait déclencher ni nervosité, ni fuite des idées.*”

efeitos colaterais, sendo indicado para mulheres e homens de meia idade e idosos que estivessem mais cansados e entristecidos.

Contudo, com o crescimento da influência da psicanálise na compreensão dos transtornos mentais na década de 1960, surgiu outro conjunto de anúncios direcionado para os psiquiatras que também eram psicanalistas e que temiam o uso de psicotrópicos. Essas propagandas ressaltavam o efeito colaborativo dos estimulantes suaves nos processos psicanalíticos, exaltando os benefícios da Ritalina injetável. A mensagem afirmava que uma única aplicação desta injeção no consultório ajudaria o paciente psiquiátrico a falar, tornando-o mais cooperativo no tratamento. A promessa era de uma ação rápida, que aconteceria “em menos de cinco minutos”³⁵ (SINGH, 2007, p. 136).

Apesar da atraente publicidade, o metilfenidato injetável foi retirado do mercado, pela maior possibilidade de abuso que acompanhava essa apresentação do fármaco (WEBER, 2000), tanto para pacientes quanto para os médicos (SINGH, 2007).

2.2.2. Metilfenidato e as dificuldades de comportamento e aprendizagem

No mesmo período que as peças publicitárias ressaltavam que esse estimulante era bastante adequado e muito eficiente para pessoas de meia idade que estavam mais cansadas física e mentalmente ou para aquelas que se encontravam em tratamentos psiquiátricos com drogas mais pesadas, surgia um novo uso para este remédio. A nova indicação do fármaco veio com a realização de várias pesquisas clínicas na década de 1960. Estas confirmavam a superioridade do metilfenidato para tratar problemas de aprendizagem e de agitação nas crianças (CONNERS, EISENBERG, 1963; CONNERS, EISENBERG, SHARPE, 1964; MILLICHAP et al., 1968). Até então o principal medicamento indicado para tratar as dificuldades infantis, fossem de comportamento ou de aprendizagem, eram os tranquilizantes (HARLIN, 1972; BARKLEY, 1997, SINGH, 2007)³⁶.

Esses estudos foram motivados por um conjunto de fatores. Além de toda uma revolução psicofarmacológica iniciada a partir da descoberta dos benefícios da clorpromazina,

³⁵ A expressão original em inglês: “*in as little as five minutes*”

³⁶ Apesar das pesquisas com anfetaminas para tratar problemas de atenção e agitação terem iniciado em 1937 (DILLER, 1998), estudos com metilfenidato para tratar esses problemas foram publicados principalmente a partir da década de 1960 (SINGH, 2007)

um antipsicótico que não deixava as pessoas dopadas (HEALY, 2001), surgiram importantes mudanças socioeconômicas que contribuíram para a busca de uma solução medicamentosa para os problemas de aprendizagem e agitação infantil.

Na década de 1960, principalmente nos Estados Unidos a classe média passou por muitas dificuldades financeiras e profundas transformações na estrutura familiar (divórcios, maternidade sem casamento e a maior necessidade das mulheres trabalharem fora), o que aumentou a incidência de stress e de problemas relacionados à vida profissional. Todo esse quadro foi acompanhado por um crescimento no número de crianças com “mau comportamento” e “fracasso escolar”, provocando uma grande preocupação nos pais. Por esse motivo, a classe média, por meio de associações e grupos de pressão, passou a exigir do governo soluções para as dificuldades de seus filhos (WERNER, 1997).

Apesar do aumento do fracasso escolar e o mau comportamento das crianças refletirem as dificuldades econômicas e sociais que atravessavam a dinâmica familiar, o Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos promoveu em 1966 uma grande campanha de divulgação da Disfunção Cerebral Mínima (DCM). Panfletos, pequenos livros e filmes foram usados para educar os médicos e o público sobre a natureza neurológica dos problemas infantis (SINGH, 2007).

A explicação biológica para as dificuldades de aprendizagem, agitação e desatenção oferecia vantagens a vários interesses (COLES, 1989). O primeiro deles é que esse diagnóstico diferia substancialmente das categorias de “retardo mental”, “distúrbio emocional” e “privação cultural” categorias estas usadas, principalmente, para explicar o baixo rendimento escolar de alunos oriundos de minorias étnicas ou de camadas mais pobres da população. Assim, a DCM oferecia uma explicação mais compatível e interessante para os problemas de comportamento e aprendizagem apresentados pelas crianças típicas da classe média americana, pois elas eram bem nutridas, com acesso a bens materiais e culturais e com inteligência dentro ou acima da média.

Houve ainda outro fator que contribuiu para que este diagnóstico recebesse uma grande adesão por parte da população. A etiologia biológica retirava a responsabilidade da família, do colégio ou de qualquer outro fator social que estivesse favorecendo as dificuldades infantis. Não era a economia, os pais ou a escola que deveriam ser repensados ou alterados. As crianças é que deveriam ser tratadas (WERNER, 1997).

A opção pelo tratamento individual foi reforçada tanto pela compreensão biológica das dificuldades infantis como também do modelo psicopatológico desenvolvimentista que estava em alta nesta década. O conceito de etapas e fases favoreceu a construção de um

conhecimento sistematizado sobre a infância e sobre as “técnicas” educativas e terapêuticas para cuidar individualmente do futuro adulto (CICCHETTI, 1984).

Contudo, a crença na etiologia neurológica do problema por um lado justificou e até incentivou que este tratamento individual fosse realizado por meio de psicofármacos. Mas é importante observar que por outro lado, a divulgação dos resultados das pesquisas clínicas com os estimulantes para tratar as dificuldades infantis “reforçou” que este era um problema biológico. Assim, o aumento de queixas em relação aos problemas infantis incentivou a realização de investigações farmacológicas. Por outro lado, a própria indústria Ciba, responsável pela produção da Ritalina®, financiou estudos sobre o tema. Entre eles podemos citar Donald Sykes, Virginia Douglas, Gabrielle Weiss e Klaus Mind que em seu artigo “*Attention in hyperactive children and the effect of methylphenidate*” (1971) declararam este patrocínio, ou ainda, o artigo de Nancy Cohen, Virginia Douglas e Gert Morgenstern “*The effect of methylphenidate on attentive behavior and autonomic activity in hyperactive children*” onde os autores também agradeceram o financiamento realizado por esta empresa (Ciba) e pelo Conselho de Pesquisas Médicas Canadá.

Os bons resultados das investigações clínicas foram divulgados inicialmente por meio de artigos científicos. Somente na década seguinte (anos de 1970) é que as propagandas para os profissionais de saúde ressaltaram de forma clara e explícita que este era o melhor meio para tratar crianças com dificuldades de comportamento e aprendizagem (SINGH, 2007)³⁷.

Contudo, apesar do otimismo das pesquisas científicas e da inicialmente tímida divulgação da utilização deste remédio para as crianças, esta indicação terapêutica começou a ser duramente atacada a partir do dia 29 de junho de 1970, quando o jornal *Washington Post* publicou uma matéria de Maynard intitulada: “*Omaha pupils given ‘behavior drugs’*”, divulgando que nos Estados Unidos, em uma determinada escola de Nebraska, 10% dos alunos eram tratados com Ritalina® (DILLER, 1996). Segundo Diller (1996), a partir dessa reportagem surgiram muitos debates e críticas sobre o diagnóstico da hiperatividade infantil e sobre o uso de estimulantes como um possível tratamento.

Tal ataque ao uso do remédio e ao diagnóstico gerou uma reação na indústria farmacêutica. Segundo Singh (2007), a partir de 1971, surgiram peças publicitárias que ressaltavam a necessidade de validar o diagnóstico de DCM e sua etiologia marcadamente

³⁷ Singh (2007) esclareceu que as propagandas do metilfenidato da década de 1960 mostravam apenas imagens de adultos mais cansados, mas já traziam a posologia indicada para o uso por crianças o que reforça a ideia de que o uso infantil desse medicamento já era conhecido e aceito nesse período.

neurológica³⁸, esclarecendo sobre os sintomas e a evolução do transtorno e que o fármaco era a solução para o problema. A compreensão de que esta propaganda nas revistas médicas era uma resposta às críticas ao transtorno e ao uso da medicação pode ser deduzida pela própria peça publicitária, como foi mostrada por esta autora. O anúncio mostrava um menino (antes do medicamento) com o comportamento fora de controle, explicitamente com bastante raiva e rebeldia. Acima da figura vinha a pergunta: “Mito médico?”. O questionamento contrastava com a “realidade” a imagem do comportamento patológico da criança. A partir deste anúncio, várias outras peças publicitárias mostraram que a excitabilidade, a agressividade, a impulsividade e a hiperatividade poderiam ser “controladas” por meio do uso do metilfenidato (SINGH, 2007)³⁹.

Enquanto o marketing da indústria farmacêutica investia na imagem do estimulante como o medicamento mais indicado para controlar o mau comportamento infantil, alguns pesquisadores começaram a mudar a compreensão sobre os problemas apresentados pelas crianças. Em seu artigo “*Stop, look and listen: the problem of sustained attention and impulse control in hyperactive and normal children*”, Virginia Douglas (1972)⁴⁰ apresentou dados de pesquisas que avaliaram a efetividade do metilfenidato para as dificuldades apresentadas pelas crianças com hiperatividade. Nesses estudos foi identificado que os principais grupos de sintomas mais apresentados por essa população eram a inabilidade de manter (sustentar) a atenção e de controlar os impulsos e que a melhora trazida pelo metilfenidato (e outros estimulantes) vinha do fato desta família de fármacos atuar mais diretamente nesses déficits. Dessa forma, o foco das investigações científicas sobre os problemas infantis recaiu sobre o déficit de atenção e a dificuldade de controle da impulsividade (CAMPBELL, DOUGLAS, MORGENSTERN, 1971; SYKES et al, 1971; COHEN, DOUGLAS, MORGENSTERN, 1971; SYKES, DOUGLAS, MORGENSTERN, 1973). Segundo Barkley (1997), essa

³⁸ No DSM-II, de 1968, o problema de agitação e agressividade das crianças foi classificado como Reação Hipercinética da Infância, realçando que a crença na causa biológica convivia relativamente bem com a compreensão de que os fatores ambientais e psicológicos também se encontravam na origem desse quadro. Esse entendimento era fruto da maior influência da Psicanálise (LIMA, 2005), como também do modelo desenvolvimentista na psiquiatria no final dos anos de 1960 (CICCHETTI, 1984).

³⁹ Ainda segundo Singh (p. 142, 2007), a divulgação do remédio demonstrava que não era tão importante diferenciar se esses comportamentos eram normais em uma criança (principalmente nos meninos). As propagandas ressaltavam mais o fato de que as atitudes indesejadas (normais ou não) poderiam ser “controladas” com o uso da medicação.

⁴⁰ Este não foi o primeiro estudo sobre o tema, mas foi o que organizou o resultado de vários outros estudos.

mudança de alvo nos estudos foi fundamental para a nova descrição do transtorno na terceira edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM III)⁴¹.

Assim, em 1980, a sintomatologia da hipercinesia foi reconfigurada e o quadro passou a ser reconhecido como Distúrbio de Déficit de Atenção (DDA) incluindo os subtipos com e sem hiperatividade. Essa transformação possibilitou o aumento no número de diagnósticos, afinal a partir dessa mudança, mesmo aquelas crianças que aparentavam maior tranquilidade, mas que mesmo assim tinham dificuldade para manter a atenção nas atividades escolares passaram também a ser identificadas com esse transtorno e, conseqüentemente, receber a indicação do metilfenidato (DILLER, 1998). Por esse motivo, a expansão dos limites do transtorno infantil ampliou o número de pessoas que passaram a buscar o médico para tratar dos problemas de comportamento e aprendizagem das crianças, tornando este diagnóstico ainda mais atraente para a indústria farmacêutica (DILLER, 1998; CONRAD, 1975; 1992; 2005; 2007). Associado a isso, o maior peso no sintoma da desatenção favoreceu que o transtorno, inicialmente restrito à infância, passasse a ser identificado também em adolescentes e adultos⁴². Com a edição do DSM III-R (1987), os problemas atentos e de agitação foram nomeados como Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), nomenclatura que persistiu em todas as edições seguintes do DSM até os dias de hoje (DSM IV, 1994; DSM IV-TR, 2000; DSM V, 2013)⁴³.

Mas o grande aumento no consumo mundial do metilfenidato ocorreu nos anos de 1990 (DILLER, 1998). Afinal, apesar de na década de 1980 ter iniciado um aumento no

⁴¹ Além da nova configuração da citada categoria diagnóstica, o DSM III foi um marco na biologização da psiquiatria. Os critérios para identificar um transtorno passaram a ser mais descritivos e comportamentais, rompendo com a antiga classificação, até então influenciada pela psicanálise que levava em consideração a etiologia do problema para dar um diagnóstico. Apesar de seus idealizadores afirmarem que este manual seria ateuico, sua organização enfatizava as causas fisicalistas do comportamento, deixando de lado fatores ambientais e emocionais. (HEALY, 1997; 2001). Entendemos que a visão biológica apaga os fatores ambientais que geram as dificuldades, podendo deixar intocável o problema que precisa ser resolvido. Mas uma percepção biológica dos transtornos contribuiu para a diminuição da culpa e vergonha de ter um problema psiquiátrico ou psicológico. Contudo, este benefício é acompanhado pelo grande risco de a pessoa não se responsabilizar por sua vida, regulando seu bem estar **apenas** por meio de fármacos.

⁴² A ampliação dos limites dos problemas de saúde não ocorreu apenas com o déficit de atenção e sua associação com o metilfenidato. “A medicalização da vida” é um processo generalizado com todas (ou quase todas) as doenças e seus respectivos tratamentos, como já foi apontado por Szasz (1972); Zola (1972); Illich (1975); Crawford (1980); Garry (2001); Rose (2001; 2007a); Rosenberg (2002; 2006); Clark et al. (2003); Conrad (2007); Willians, Martin e Gabe (2011) entre outros. Além do estabelecimento de um maior número de diagnósticos, as doenças passaram a trazer limites mais ampliados e pouco precisos. Somando-se a isso, os cuidados médicos já não se restringem apenas ao tratamento de doenças, mas sim a uma vigilância sobre os hábitos que possam trazer o risco da doença (DUMIT, 2012).

⁴³ Entre um DSM e outro surgiram pequenas alterações no diagnóstico, mas todos foram pouco significativos para o presente trabalho e por isso não aprofundaremos essas modificações.

número de pessoas que **poderiam** ser diagnosticadas com o transtorno (visto o maior valor no déficit de atenção para caracterizar o quadro e a extensão do problema para a adolescência e vida adulta), foi apenas nos anos seguintes que as pessoas fora do âmbito médico tiveram acesso a essa informação. A grande divulgação para a população em geral aconteceu por meio de muitos programas de televisão, revistas e jornais. Essas matérias alertavam as pessoas sobre os transtornos mentais, incluindo aí o déficit de atenção. Até aquele momento, as informações e as propagandas de medicamentos controlados (aqueles que só podem ser comprados com receita especial) ficavam restritas aos médicos em seus congressos e meios científicos⁴⁴. Nessa nova estratégia de marketing da indústria farmacêutica, apesar da impossibilidade de fazer propaganda direta dos remédios tarja preta para os consumidores, as pessoas eram informadas dos transtornos e problemas de saúde. Os meios de comunicação agiram como se fossem um serviço de utilidade pública, apresentando a descrição de sintomas para em seguida sugerir que as pessoas buscassem a avaliação médica, pois o problema tinha cura ou tratamento farmacológicos (MOYNIHAN, HENRY, 2006).

Tal promoção da doença e, indiretamente do tratamento com medicação, ficou bastante conhecida pela expressão em inglês “*disease mongering*” (PAYER, 1992; MOYNIHAN, HEATH, HENRY, 2002; MOYNIHAN, HENRY, 2006). Em português a tradução mais próxima seria “mercantilização da doença”. Para transformar o tratamento dos problemas de saúde em uma mercadoria cobiçada por muitos (objetivo da indústria farmacêutica), foi necessário uma expansão dos contornos das categorias diagnósticas e a subsequente divulgação dos sintomas, estados subliminares e condições de risco, difundindo a visão de que estas condições são comuns, sérias, mas tratáveis (MOYNIHAN, HEATH, HENRY, 2002). Esses alertas favoreceram que as pessoas buscassem o profissional de saúde para confirmar as suspeitas e medicar o problema. De uma maneira geral, tal forma de disseminação de informação contribuiu bastante para a diminuição dos preconceitos em relação aos transtornos mentais e seu tratamento. Contudo, isso fazia parte do interesse da indústria farmacêutica, pois a diminuição do preconceito permitiria a ampliação do número de consumidores de medicações.

No caso do metilfenidato, as campanhas que alertavam sobre os problemas de déficit de atenção reforçavam a origem neurológica do transtorno e demonstravam que as

⁴⁴ Apesar de neste período já existir a publicidade de medicamento para pessoas leigas, isso não era possível com remédios que precisassem de receita médica para serem comprados. Dessa forma, medicamentos controlados só poderiam ter propaganda dentro do meio médico.

consequências negativas geradas pelo TDAH poderiam ser resolvidas com o medicamento indicado por seu médico (SINGH, 2007)⁴⁵.

Diller (1998) e Conrad (2007)⁴⁶ apontam que a maior ênfase na desatenção e falta de controle dos impulsos trouxe ainda outro deslocamento importante: um problema de comportamento foi transformado em um problema de desempenho. Afinal, para diagnosticar uma criança, um adolescente ou um adulto, a hiperatividade ou a impulsividade já não são mais os principais critérios e nem precisam mais ser identificados (percebidos) diretamente pelo profissional. Para avaliar a capacidade de atenção e controle dos impulsos, o psiquiatra passou a investigar se o possível portador do transtorno é desorganizado, irresponsável, procrastinador e se apresenta dificuldades para concluir tarefas (DILLER, 1998). Ou seja, o médico passou a avaliar o relato de como o próprio paciente (ou seus responsáveis) julgam o seu desempenho.

Conrad (2007) ressaltou ainda que o diagnóstico do adulto muitas vezes está vinculado à percepção de que ele poderia (ou deveria?) realizar melhor a tarefa. Assim, o que no início era um tratamento para controlar o comportamento infantil (agressivo e/ou agitado) igualando a criança medicada a outras consideradas “normais”, foi transformado em um tratamento que permite que a pessoa melhore seu rendimento acadêmico ou no trabalho para alcançar um bom desempenho. Esse autor nomeou essa situação como “medicalização da performance insuficiente”⁴⁷.

⁴⁵ Existem muitos questionamentos sobre o diagnóstico de TDAH. Como todo e qualquer outro transtorno psiquiátrico, não há um marcador biológico para os problemas atentos. Contudo, neste caso específico, o diagnóstico fica mais complexo ainda, pois a atenção é uma habilidade muito fugidia que sofre a interferência de vários fatores como questões emocionais (ansiedade, falta de motivação etc.) e excesso de estímulos externos (característico da atual sociedade na qual vivemos). Além disso, o questionário que orienta o profissional para a identificação do transtorno é bastante genérico e subjetivo. Na grande maioria de suas 18 perguntas sobre comportamentos desatentos ou relacionados a impulsividade e hiperatividade, as questões são formuladas com a expressão “com frequência”, o que traz pouca precisão para a avaliação, já que esta acaba sendo uma avaliação interpretativa e pessoal de como o paciente (ou seus responsáveis) compreende aqueles comportamentos (LIMA, 2005). O que para uns pode ser “frequente”, para outros pode não ser. Somando-se à imprecisão dos critérios diagnósticos, há ainda a compreensão de que este transtorno foi, e ainda é, uma estratégia para controlar e conter o comportamento infantil, visto que o principal ambiente no qual a indisciplina acontecia era na escola (CONRAD, 1975; WERNER, 2001). Outra crítica feita ao diagnóstico é que o valor dado a ele viria do fato deste transtorno estar intimamente vinculado a construção da legitimidade científica da neurologia e tecnologia de imagens (DUMIT, 2000), sendo também do interesse da indústria farmacêutica, visto a quantidade de medicamentos que são vendidos para tratar o transtorno (DILLER, 1998). A associação entre o metilfenidato e o TDAH está tão indissociável que, muitas vezes, os bons resultados do remédio confirmam (indevidamente) a presença do déficit de atenção.

⁴⁶ Os dois autores chegam a conclusões próximas em relação ao tema, apesar de Diller (1998) trabalhar mais diretamente com a história do metilfenidato enquanto Conrad (2007) enfatiza mais o aspecto do diagnóstico. Isso ocorreu porque a indissociação do transtorno com o tratamento medicamentoso é tão forte que ao estudar um é inevitável descrever o outro.

⁴⁷ No original em inglês: “*the medicalization of underperformance*”.

Porém, aqui surge um deslizamento sutil entre as referências sociais e significados das palavras. Isso porque o que é chamado hoje de bom desempenho já não é mais um desempenho “normal”, um desempenho que é apresentado pela maioria das pessoas. Esse bom desempenho está muito mais próximo um desempenho ideal, ou seja, acima da média (DAVIS, 1997). Por isso a “medicalização da performance insuficiente” é algo diferente do antigo tratamento de comportamento, quando o objetivo era igualar a criança a outras. Mas buscar ficar melhor que a média é um tratamento para o sentimento de insuficiência ou isso já seria um aprimoramento?

Dessa forma, pudemos acompanhar que as modificações no diagnóstico (maior valor na desatenção) e o marketing da indústria farmacêutica (por meio de artigos científicos sobre o medicamento e “mercantilização das doenças” para o grande público) favoreceram a grande ampliação do número de candidatos ao metilfenidato. Mas essa grande adesão não foi imposta às pessoas. É importante ressaltar que a publicidade não cria e não impõe valores. Singh (2007) nos alerta que o marketing se utiliza dos valores sociais de uma época e os reapresenta por meio de imagens e mensagens de forma a tornar seu produto atraente para os possíveis consumidores. Assim, as propagandas (incluindo aí os programas de televisão e artigos de revistas e jornais) só ajudaram a construir uma demanda pelo metilfenidato porque este fármaco seria a materialização dos ideais sociais de saúde e bem estar e, conseqüentemente, se tornaria uma rápida e eficiente resposta aos problemas.

Assim, neste tópico pudemos acompanhar que nas décadas de 1960 e 1970, a explicação biológica para as dificuldades vividas pelas crianças, retirava a responsabilidade e culpa da família, da escola e da sociedade, sem comprometer a imagem dessas crianças com diagnósticos como “retardo mental”, “distúrbio emocional” e “privação cultural” (como vimos anteriormente). Nas décadas seguintes, o transtorno biológico favoreceu o reconhecimento de que as dificuldades para realizar as tarefas não dependiam da vontade das crianças e dos adultos. O quadro era a consequência de alterações neurobiológicas, retirando a vergonha e a culpa que poderiam sentir (antes do diagnóstico) por não conseguirem agir de forma diferente⁴⁸.

Contudo, a existência do metilfenidato, um medicamento que melhora a atenção e o desempenho nas tarefas diárias, foi fundamental para a “confirmação” do entendimento biológico da dificuldade e para o estabelecimento do TDAH como um importante diagnóstico

⁴⁸ A culpa e vergonha pelo baixo rendimento nos estudos ou no trabalho cresceram na mesma proporção que aumentou o valor social de um bom desempenho nessas áreas.

no meio médico⁴⁹. Isso porque, um problema neurológico só pode ser tratado com uma solução que atue diretamente no cérebro, e o estimulante é a principal e mais rápida possibilidade de intervenção e modificação da atenção e do desempenho.

Esses benefícios do fármaco propiciaram o outro uso do remédio: o aprimoramento.

2.3. **Metilfenidato e o aprimoramento cognitivo**

Como foi descrito no tópico 2.1, a fabricação, comercialização e consumo do estimulante estão sob as regras da Convenção de Substâncias Psicotrópicas de 1971 e no Brasil é necessário seguir as determinações da Portaria SVS/MS 344/98. O objetivo dessas regras era garantir que as substâncias que traziam risco de abuso, dependência e dano seriam utilizadas apenas para fins médicos e/ou científicos.

Dessa forma, o consumo do metilfenidato deveria ser somente para tratamento de doenças e/ou transtorno. Qualquer outro uso seria considerado um mau uso (ou abuso). Mas, enquetes, como a realizada pela revista *Nature* (MAHER, 2008) e estudos epidemiológicos como os realizados nos EUA e Canadá confirmam que o metilfenidato entre outros medicamentos vem sendo cada vez mais utilizados como meios para melhorar o rendimento nos estudos e nos trabalhos que exigem um maior desempenho cognitivo (BABCOCK, BYRNE, 2000; BARRETT et al., 2005; BOGLE, SMITH, 2009; DE SANTIS, WEBB, NOAR, 2008; DUPONT et al., 2008; HALL, 2005; LOW, GENDASZEK, 2002; McCABE et al., 2005; POULIN, 2001; TETER et al., 2003; TETER *et. al.*, 2005; TETER *et. al.*, 2006; WHITE, BECKER BEASE, GRACE-BISHOP, 2006).

No Brasil, são poucos os estudos epidemiológicos sobre esse uso do remédio como o realizado por Cruz et al. (2011). Na maioria dos trabalhos que buscam esse tipo de dado em território nacional, o tema se restringe às drogas psicoativas para uso recreacional⁵⁰. Nessas investigações o metilfenidato não é citado, apesar de esses estudos apontarem o uso de anfetaminas. Existem duas hipóteses para o não aparecimento do estimulante nesses estudos. A primeira é a possibilidade de o medicamento estar incluído entre as anfetaminas, quando

⁴⁹ A vinculação entre o metilfenidato é tão forte que na bula da Ritalina® LA existe um tópico que trata das “Considerações especiais sobre o diagnóstico de TDAH”.

⁵⁰ O uso recreacional se refere à utilização de substâncias (sejam elas drogas ilícitas ou remédios psicotrópicos) para aumentar a diversão nos momentos de lazer.

estas aparecem como uma das drogas psicoativas investigadas⁵¹. A outra hipótese, a qual acreditamos ser a mais pertinente, é a possibilidade deste remédio ser pouco utilizado para este fim, visto que a necessidade de receita amarela dificulta a aquisição do fármaco⁵².

A partir do final de 2008 começaram a surgir alguns artigos científicos que discutiam as questões sociais e culturais que atravessavam o uso do medicamento para melhorar o desempenho nos estudos e no trabalho (AZIZE, 2008⁵³; BARROS, ORTEGA, 2011; SILVA, A. et al., 2012; SHIRAKAWA, M. TEJADA, S; MARINHO, C., 2012; BRANT, CARVALHO, 2012) Assim, aqui no Brasil, a principal fonte de informação sobre o assunto são as matérias em revistas e jornais para o público em geral, como já citamos anteriormente neste capítulo.

O uso para aprimoramento não é claramente proibido porque não existe uma legislação sobre isso, a ilegalidade é apenas subentendida, pois o remédio só deve ser usado para tratamento de doenças e transtornos.

Um texto de Forlini e Racine (2008) esclarece sobre três possíveis compreensões deste uso dos medicamentos. Eles usam o termo “paradigma” para designar as diferentes visões. O primeiro seria: “*prescription drug abuse*” (abuso de drogas prescritas). Esse entendimento seria encontrado principalmente por trabalhos na área de saúde pública que avaliam as taxas de prevalência, destacando os riscos desse consumo. Esses estudos tendem a considerar o uso não médico de fármacos como equivalentes ao uso de drogas ilícitas. O segundo paradigma descrito o “*cognitive enhancement*” (aprimoramento cognitivo). Esta forma de compreensão da prática costuma ser encontrada na literatura do campo da bioética e, em especial, em textos que tratam da neuroética. Nestes textos, há uma tendência a valorizar os benefícios da prática em ampliar as capacidades normais. Nestes artigos o alerta ao risco de danos a saúde é trocado pela reivindicação da necessidade de regularizar esse uso para não haver abuso. Um bom exemplo deste paradigma é o artigo de Greely et al (2008). O último paradigma citado

⁵¹ Apesar deste remédio não ser uma anfetamina, observamos que em alguns estudos o metilfenidato é descrito como sendo uma anfetamina.

⁵² Apesar de existirem sites na internet para compra do medicamento sem receita médica (o que facilita sua aquisição), este é vendido por um preço muito mais alto do que a média de preço na farmácia. No dia 17 de dezembro de 2013, o valor da Ritalina® 10mg, caixa com 20 comprimidos, com receita variou entre R\$ 15,50 a R\$ 19,50. Já o preço da mesma medicação sem recita pela internet subia para R\$ 79,00. Os sites investigados foram: ritalinalevina.comunidades.net; <http://www.baiananarede.com.br/preco-ritalina-comprar-ritalina-la-40-30-20-10-mg>; <http://semreceitamedicamentos.blogspot.com.br>
Para burlar a investigação e fiscalização, esses sites costumam ser logo desativados para a criação de novos sites.

⁵³ Azize (2008) não tratou especificamente sobre o tema, mas traçou alguns comentários sobre o assunto ao desenvolver seu argumento sobre a medicalização da performance por meio de psicotrópicos.

por estes autores é o “*lifestyle*” que seria o uso de medicamentos como uma escolha de vida, um estilo. Segundo Forlini e Racine, estes termos seriam mais empregados na imprensa (internacional) voltada para o público em geral. Isso porque, de acordo com as investigações realizadas por eles, nestes veículos de divulgação do tema havia um otimismo em relação ao uso de medicamentos para o aprimoramento, visto que tal utilização traria melhoria na qualidade de vida das pessoas.

Porém, quando voltamos para a realidade brasileira, vemos que a organização de paradigmas elaborada por Forlini e Racine não é totalmente adequada. Em nosso país, as matérias para o grande público tendem a oferecer a explicação do que seria a prática e apresentar as vantagens relatadas por quem faz esse uso dos medicamentos. Mas, diferentemente da mídia internacional, as reportagens daqui costumam conter um alerta em tom grave sobre os riscos de fazer esse uso dos fármacos.

Além disso, quando no presente trabalho optamos pela expressão “aprimoramento cognitivo” não pretendemos privilegiar a visão da neuroética. A escolha por este termo resultou da busca em descrever melhor a prática sem usar expressões tão genéricas como “estilo de vida” ou “vivendo melhor por meio da química” (DUMIT, 2012) que podem ser aplicadas em várias outras situações. Por outro lado, também procuramos não usar termos que trouxessem um julgamento moral em relação à prática, como é o caso de “mau uso”, “abuso” ou “uso ilícito”. Nesse sentido, entendemos que outro termo neutro seria o “uso não médico”, mas tal opção acaba por incluir o uso recreacional e percebemos que estas são práticas diferentes, mesmo que ambas estejam ancoradas e sejam reflexos da mesma sociedade. Nosso cuidado com o termo respeita o propósito de nossa investigação que é compreender os sentidos desta ingestão para seus usuários.

Apesar de precisarmos fazer essas ressalvas quanto aos paradigmas de Racine e Forlini, a organização apresentada por eles indica que existem pelo menos dois posicionamentos diferentes quanto ao uso de medicamentos para melhorar o desempenho cognitivo: aqueles que entendem que esta forma de consumo é um perigo à saúde e por isso deve ser combatida e proibida (BABCOCK, BYRNE, 2000; BARRETT et al., 2005; BOGLE, SMITH, 2009; DE SANTIS, WEBB, NOAR, 2008; DUPONT et al., 2008; HALL, 2005; LOW, GENDASZEK, 2002; McCABE et al., 2005; POULIN, 2001; TETER et al., 2003; TETER et al., 2005; TETER et al., 2006; WHITE, BECKER BEASE, GRACE-BISHOP, 2006) e outro grupo que entende que a prática é desejável, mas envolve algumas discussões e inspira alguns cuidados. De uma maneira geral, apesar de algumas diferenças entre eles, os principais autores entendem que devem ser realizadas pesquisas clínicas para garantir a

segurança e a eficácia do método e que deve ser elaborada uma regulamentação séria para assegurar a liberdade de escolha⁵⁴ e igualdade no acesso a essa prática⁵⁵ (ELLIOT, C., 2003; FARAH, 2002 e 2005; FARAH et al., 2004; HYMAN, 2002; CALDWELL et al., 2004; CALDWELL, CALDWELL, 2005; MAGUIRE, MACGEE, 2004; HALL, 2004, CAPLAN, 2003; TURNER, SAHAKIAN, 2006; GREELY et al., 2008)⁵⁶.

Segundo Parens (2002), na base da divergência da aceitação do aprimoramento por meio de medicações encontramos as diferenças no entendimento da constituição da identidade e da natureza humana. Afinal, para uns a capacidade de manipulação farmacológica do cérebro é entendida como uma aptidão que reafirma a característica peculiar do ser humano (um ser criador e tecnológico) enquanto que para outros, é uma habilidade que afronta à humanidade por interferir na expressão de sua essência.

Contudo, entendemos que a resistência a esta prática também está relacionada a outro fator. O uso do medicamento para melhorar a performance cognitiva fere a “ética protestante” do trabalho no capitalismo clássico (WEBER, 1967). Afinal, o esforço e o trabalho contínuo e solitário eram os únicos meios para o indivíduo protestante aproximar-se do Criador. Não havia uma garantia da piedade divina depois da morte, mas o trabalho disciplinado e realizado no silêncio seria o único meio de mostrar a Deus suas intenções e o quanto havia conseguido moldar a si mesmo, a sua vida e o seu tempo de acordo com os princípios divinos. No capitalismo vemos que os ideais protestantes se refletiam na disciplina e disposição para o trabalho e conseqüentemente na capacidade e determinação de adiar o prazer.

Nesse contexto, o aprimoramento cognitivo seria uma estratégia que funcionaria como um atalho, poupando o trabalho, diminuindo o esforço e garantindo o prazer imediato da rápida realização.

⁵⁴ A busca de assegurar a liberdade de escolha seria a solução para impedir que as pessoas não sejam coagidas (pelo superior) a usar o remédio para render mais no trabalho ou ainda para que não aconteça o que eles chamam de coação indireta, ou seja, a pessoa sentir-se coagida a usar o remédio para não ficar fora do perfil ideal de trabalho.

⁵⁵ A igualdade de acesso à prática seria para garantir que o uso de medicamentos não aumentasse ainda mais as diferenças socioeconômicas entre as pessoas. Dessa forma, uma das ideias seria garantir a distribuição de remédios para todos.

⁵⁶ Um aspecto que não foi elucidado por Forlini e Racine (2008), mas que consideramos ser importante para a compreensão do posicionamento desses autores, é que disciplina da neuroética é um campo de estudo relativamente novo que pretende se diferenciar da bioética. Um dos pilares de sustentação da necessidade dessa separação é a discussão sobre o aprimoramento cognitivo farmacológico. Dessa forma, para esse grupo de autores, a discussão sobre esse tema representa também um posicionamento político dos autores da neuroética em relação a bioética.

2.4. Considerações sobre os usos do metilfenidato

Wolpe (2002) afirma em seu artigo que o ponto inicial da discussão sobre a prática é diferenciar o que seria tratamento e aprimoramento. Levando em consideração a proposta do autor e as argumentações de Conrad (2007) e Diller (1998), entendemos que esta tarefa está cada vez mais difícil, afinal atualmente o estimulante é usado para medicar a “performance insuficiente”, e não fica muito claro se isso pode ser considerado um uso para tratamento ou para aprimoramento.

O primeiro ponto a ser discutido sobre a diferença entre tratamento e aprimoramento passa pelo estabelecimento do que é saúde e doença ou ainda pelo que é normal ou patológico. Canguilhem (2006) foi o primeiro a compreender que doença não é simplesmente um fato objetivo, mas sim algo situado no campo dos valores. Para esse autor, a noção de doença está muito mais ligada ao mal estar relatado pela pessoa que sofre do que por uma variação quantitativa de um fator fisiológico ou por um afastamento do que é considerado normal. Rosenberg (2002; 2006) foi além. Ele demonstrou que o processo de definição de um transtorno psiquiátrico sempre é afetado pelas crenças sociais. Isso porque, como não existem marcadores biológicos para esses problemas, as definições dos diagnósticos psiquiátricos partem dos contornos culturais, envolvendo as expectativas e os ideais da sociedade. Esse autor ainda ressalva que as categorias diagnósticas construídas são constantemente contestadas, disputadas, reavaliadas e recriadas. Mas as novas configurações dos transtornos mentais ganham estatuto de ‘achados científicos’, apagando o contexto social de onde eles se originaram. Por esse motivo, para melhor compreender o uso do metilfenidato e o principal diagnóstico ao qual ele está vinculado (TDAH), é necessário compreender o atual valor social da atenção.

Em seu livro: “*Suspensions of perception: attention, spectacle and modern culture*”, Crary (2001) analisa a atenção como uma faculdade mental que foi remodelada ao longo dos diferentes contextos históricos ressaltando que ela não é uma “função universal” a ser “desvelada” de forma neutra pela ciência⁵⁷. Segundo ele, as inovações tecnológicas nas áreas de comunicação, entretenimento e produção industrial criaram uma demanda de “controle” da atenção. Isso porque passou a ser necessário aprender a suprimir do campo perceptivo tudo

⁵⁷ Os deslocamentos ocorridos ao longo do tempo na experiência da atenção resultaram da articulação das transformações na filosofia, artes e descobertas médicas, além de exigências da ordem econômica e da vida urbana/tecnológica da modernidade (CRARY, 2001).

que não estivesse associado a atividade a ser realizada, principalmente o que pudesse comprometer o rendimento no trabalho.

Tal gerenciamento da atenção não significa apenas aprender a sustentar o foco em uma única atividade, mas aprender também a desviar o foco para outras fontes de estímulo e consumo. Para o autor, faz parte da lógica cultural do capitalismo aceitar a rápida mudança de foco da atenção, visto que o intercâmbio e a circulação acelerada produzem necessariamente essa adaptação na percepção, formando um sistema de reciprocidade entre concentração e distração (CRARY, 2001, p. 29-30). Por esse motivo, a “desatenção” é um produto desejável no arranjo da sociedade de consumo, apesar de, ao mesmo tempo, ser uma “ameaça” a eficácia laborativa.

Assim, em uma sociedade competitiva e concorrencial como a nossa (EHRENBERG, 1991) é necessário uma alternância dinâmica entre concentração e tenacidade, para manter o desempenho necessário. Somente dessa forma é possível conquistar um lugar no mercado profissional. Mas essa conquista tem que ser feita quase que cotidianamente. Por isso, quando surge a dificuldade para administrar a atenção e manter o bom desempenho, surge também o sofrimento que reforça ainda mais a dificuldade para estabelecer a diferença entre quem tem o transtorno e quem busca a otimização da atenção. Afinal, buscar o estimulante para ajudar a sustentar uma alta performance para manter (ou melhorar) sua colocação no mercado de trabalho seria um tratamento ou um aprimoramento?

Vejamos com os próprios usuários compreendem e elaboram essas questões.

3. METILFENIDATO POR SEUS USUÁRIOS

3.1. Quem são os entrevistados?

Entrevistamos ao todo onze homens e cinco mulheres. A idade dos homens variou entre 24 e 48 anos, sendo que seis participantes estavam na faixa dos 20 anos; três na faixa dos 30 anos e dois na faixa dos 40 anos, o que formou uma média aproximada de 31 anos. As mulheres apresentaram uma variação menor de idade, onde a mais nova tinha 23 anos e a mais velha 33, o que resultou em uma média de aproximadamente 28 anos.

Antes de participarem da entrevista, os usuários responderam ao questionário apresentado no Apêndice B. As respostas positivas às perguntas estão expostas na tabela 2. Para a melhor compreensão dos dados abaixo, cabe ressaltar que a entrevistada M1 já havia completado uma graduação em economia e na época da entrevista, ela estava cursando sua segunda faculdade (Medicina Veterinária). Além disso, das três mulheres e cinco homens que afirmaram que já haviam feito uso não médico do fármaco, uma mulher e dois homens nunca receberam a prescrição médica e, por isso, eles entendiam que só haviam feito um uso não médico do metilfenidato⁵⁸.

Acompanhando os dados expressos, podemos ver que uma mulher e oito homens recebiam a prescrição para usar o remédio na data da entrevista. Outras três mulheres e um homem já haviam consumido o medicamento, mas no período da pesquisa já não faziam mais a sua ingestão. A grande maioria conhecia algum usuário da medicação: três mulheres e nove homens conheciam pessoas que consumiam o fármaco com a prescrição médica enquanto que quatro mulheres e nove homens⁵⁹ conheciam pessoas que usavam para fins não médicos. Todos os participantes da investigação demonstraram que já haviam lido ou ouvido sobre o uso não médico do estimulante.

⁵⁸ Conforme fizemos as entrevistas, percebemos que o uso do termo “não médico” no questionário não havia sido uma boa escolha. Ao optarmos por essa expressão, pensamos em usar um termo neutro para abordar o aprimoramento. Contudo, percebemos que o uso “não médico” ora foi entendido como a utilização sem a prescrição médica, ora foi entendido como aprimoramento.

⁵⁹ Os nove homens que conhecem pessoas que receberam prescrição médica não são os mesmos nove homens que conhecem pessoas que fazem um uso não médico do fármaco. Dessa mesma forma, as três mulheres que conhecem usuários com prescrição médica não estão totalmente incluídas entre as quatro que conhecem pessoas que fazem um uso não médico do estimulante.

Tabela 2: Sobre o uso do metilfenidato

Perguntas	Respostas positivas	
	mulheres	homens
No presente momento recebe prescrição médica para usar metilfenidato	1	8
Em algum momento recebeu prescrição médica para usar metilfenidato ⁶⁰	3	1
Conhece alguém com prescrição médica para usar o metilfenidato	3	9
Alguma vez fez uso do metilfenidato com finalidade não médica	3	5 ⁶¹
Conhece alguém que experimentou o metilfenidato com finalidade não médica	4	9
Alguma vez leu ou ouviu sobre o metilfenidato usado com uma finalidade não médica antes de participar desse projeto?	5	11

Durante as entrevistas, vimos que duas mulheres e dois homens comentaram sobre o conhecimento do uso da medicação para fins recreativos. Contudo apenas um deles confirmou que havia feito esse uso. Os outros três participantes tiveram uma postura crítica em relação a esse uso, afirmando que nunca haviam consumido o remédio com essa finalidade.

Acompanhando a tabela 3 com a formação relatada pelos entrevistados, podemos acompanhar que quase todos tinham o terceiro grau completo na época da entrevista. Uma única usuária diferia disso, pois estava terminando seu curso em medicina.

Tabela 3: Grau de instrução

Grau de instrução	mulheres	homens
Graduação em curso	2	-
Graduação completa	2	8
Pós-graduação (residência médica) em curso	-	1
Pós-graduação (outras áreas) completa	1	1
Mestrado	1	-
Doutorado	-	1

Contudo, achamos que esses dados ainda não eram suficientes para mostrar o perfil dos participantes. Assim, optamos por apresentar também as informações sobre o curso universitário realizado, a ocupação profissional e se os entrevistados estavam se preparando

⁶⁰ Só foram consideradas as respostas daqueles entrevistados que responderam negativamente a pergunta anterior.

⁶¹ Um dos primeiros usuários entrevistados assinalou que nunca havia feito um uso não médico do metilfenidato. Somente durante a entrevista ele contou que iniciou o uso do remédio por conta própria e só depois conversou com seu psiquiatra para pedir a receita. Dessa forma, ele não entrou nesse resultado.

para alguma prova importante no período no qual fizeram uso do metilfenidato. Isso porque, na época da entrevista, nem todos se mantinham consumindo o remédio. Entendemos que esses elementos poderão contribuir para uma melhor compreensão dos dados que serão apresentados e discutidos mais adiante no presente capítulo.

Tabela 4: Formação acadêmica, ocupação profissional e preparação para prova importante na época do uso do metilfenidato.

Área de formação	Ocupação	estudando	mulher	homem
Administração	-	Concurso público	-	1
Biologia	Empregado ⁶²	Concurso público	-	1
Biologia	Pesquisadora	Prova para mestrado	1	-
Direito	Funcionário público	Concurso público	-	3
Direito	Autônomo	Concurso público	1	1
Direito	-	Concurso público	-	1
Direito	Estudante / Estagiário	Prova OAB		1
Medicina	Estudante	Residência	-	2
Medicina	Médico assistente	Residência	-	1
Medicina	Estudante	Faculdade (em curso)	1	-
Veterinária	Estudante	Faculdade (em curso)	1	-
Psicologia	Estudante	Faculdade (em curso)	1	-

Entre os homens, encontramos seis formados em direito, três em medicina, um em biologia e um em administração. É possível observar também que os onze entrevistados iniciaram o uso da medicação durante os estudos para uma prova significativa, seja de residência, Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) ou concurso para o funcionalismo público⁶³. No período inicial da ingestão, cinco usuários trabalhavam (trabalho formal, autônomo), três terminavam seu curso na faculdade e outros dois estudavam unicamente para concurso público. Um dos participantes não especificou se trabalhava ou não quando iniciou o consumo do fármaco. Sabemos apenas que ele já era formado em medicina o que aumenta a chance de ele ter dado plantões como médico assistente. Mas ao falar de sua rotina de estudo, ele contou que todos os dias que ia para a biblioteca, ele estudava nos períodos da manhã e da

⁶² Não especificou qual o cargo ocupava na empresa na qual trabalhava.

⁶³ Um único participante da pesquisa iniciou esse consumo no dia da prova da primeira fase do exame da OAB e não na preparação para esta. Mesmo assim, ele deu continuidade à ingestão do fármaco na preparação para a segunda fase do exame. Mais adiante discutiremos melhor esse caso.

tarde o que sugere que ele pode ter se dedicado integralmente a preparação para a prova de residência muito concorrida.

Das cinco entrevistadas, apenas duas iniciaram o uso do fármaco enquanto se preparavam para uma importante prova. Apesar de no quadro as duas aparecem com uma ocupação, uma tinha o trabalho formalizado em um laboratório enquanto a outra era autônoma e cuidava dos poucos casos judiciais que captava. Dessa forma, o tempo que ambas tinham para se dedicar aos estudos era bem diferente. As outras três começaram a ingestão do remédio no período que eram estudantes universitárias, sem terem interesse para alcançar uma vaga em algum concurso. Contudo, cabe observar que essas três mulheres que ingeriram o medicamento sem ter como meta passar em uma importante avaliação estavam no início da faculdade, o que diminui a chance de pensar em concursos⁶⁴. Todos os outros usuários, que começaram o consumo enquanto se preparavam para alguma prova estavam terminando a faculdade ou já haviam terminado há algum tempo e desejavam muito conquistar a vaga almejada.

Esses dados apresentaram um perfil dos participantes da pesquisa, mas foi durante as entrevistas que eles puderam contar mais sobre as características de sua concentração e agitação motora; sobre os sentimentos relacionados ao seu desempenho cognitivo; sobre as motivações e caminhos para chegar ao medicamento, sobre os efeitos diretos e indiretos do uso do fármaco e, finalmente, sobre os usos e sentidos que eles depositavam no remédio. Para apresentar essas informações coletadas, organizamos os dados em três eixos de análise que identificamos como os mais importantes e significativos. O primeiro eixo tratou do **metilfenidato e as motivações dos entrevistados**; o segundo tópico apresentamos as informações sobre os **efeitos e consequências dos usos do metilfenidato**; e o terceiro e último eixo trouxe a discussão sobre os limites que existem (ou não) entre **tratamento e aprimoramento** com o metilfenidato.

Ainda se faz necessária uma última ressalva antes de iniciarmos a análise dos dados. Ao examinarmos as entrevistas, identificamos que quase sempre ao expressar sobre a dificuldade de concentração, os usuários nem sempre falavam da atenção propriamente dita. Muitas vezes usavam termos e expressões que faziam referência à má performance na

⁶⁴ Vamos falar de cada caso em particular nos tópicos a seguir, uma dessas entrevistadas já tinha boas notas mas acreditava que tinha TDAH e por isso iniciou a ingestão do fármaco sem consulta médica. A outra entrevistada tinha uma dificuldade grande para estudar desde a infância e percebeu que ela estudando muito ainda tinha um rendimento ruim em comparação com as outras pessoas. A terceira iniciou o uso do metilfenidato por ter buscado tratamento para transtorno do tique. Na avaliação, o psiquiatra identificou que ela tinha TDAH e lhe prescreveu o metilfenidato (para o déficit de atenção) e outros seis ou sete psicotrópicos para tratar sua queixa principal.

atividade cognitiva, como por exemplo: “não render nos estudos”, “estar abaixo do desempenho”, “ter dificuldade para estudar”, “não conseguir concluir a leitura”. Esse deslizamento de ideias e conceitos sugere que esses entrevistados tendiam a identificar a desatenção por meio de um desempenho ruim ou distante do ideal. Tal associação denunciou a forte ligação entre a capacidade de manter o foco e o desempenho cognitivo, como se um pior rendimento cognitivo indicasse necessariamente um problema de concentração.

Entendemos que a dificuldade de manter o foco nos estudos de fato atrapalhe o desempenho nessa atividade, contudo compreendemos também que a desatenção na leitura de um texto pode ser originada por outros fatores como motivação para o estudo, cansaço físico, ansiedade etc. Apesar de **alguns** participantes mencionarem a motivação e as condições físicas e emocionais como problemas que dificultavam um bom rendimento nos estudos, a maioria dos entrevistados se referiu à concentração como se esta fosse uma capacidade separada e sem articulação com outros aspectos.

Poucos usuários demonstraram um maior cuidado e conhecimento para usar as palavras de maneira mais precisa. O uso mais adequado dos termos tendia a ser feito por aqueles que estabeleciam diferenças mais claras entre os conceitos, como por exemplo: “capacidade de concentração”, “motivação” e “rendimento nos estudos”. Talvez por essa compreensão, essas pessoas se identificassem menos com o diagnóstico, explicando que faziam um uso do metilfenidato mais como um instrumento para melhorar algum aspecto que dificultava sua concentração. Segundo H11: *“Assim... Concentrar é a combinação de vários fatores, né? A pessoa tem... que tá motivada, tem que saber o que ela quer [...]”*. Para H7: *“Mas você sentia dificuldade para estudar?” “Não! [...] [Usei o metilfenidato] Mais para ficar atento mesmo, pois tenho dificuldade de ficar acordado, às vezes, na aula.” (H7)*

Como podemos acompanhar nestes relatos, a concentração ainda era considerada muito importante no processo cognitivo, contudo ela não era considerada uma habilidade separada de outros fatores. Mas mesmo esses participantes que em alguns momentos usaram as palavras de maneira mais adequada, também apresentaram confusões conceituais. O trecho a seguir é bem ilustrativo nesse ponto:

“... acho que estão confundindo aí, incapacidade intelectual e motivação *pra* estudo [...] Capacidade intelectual, todo mundo tem. É só ter afinco, ter foco, estudar. Às vezes o cara está com problema pessoal, bebendo, saindo todo final de semana, e quer passar na residência, no concurso público. Aí não consegue. O uso do remédio seria mais aí uma postura de acobertar essa postura de desmotivação não consciente. Não é uma necessidade intelectual. Pelo menos eu não senti que alterou minha inteligência. Alterou mais a parte da motivação.” (H7)

Assim, H7 falou que todos teriam capacidade intelectual e que o afincamento e o foco seriam os meios para expressar esse dom. Tal ideia é bastante complicada de ser confirmada, pois as pessoas não têm a mesma capacidade intelectual e nem todos precisam de tanta determinação e concentração para se saírem bem nas atividades cognitivas. Mesmo que ele estivesse se referindo as pessoas de seu meio, que eram estudantes de medicina de uma faculdade pública do Rio de Janeiro, essa afirmação ainda é bastante delicada⁶⁵. Por outro lado, concordamos com sua compreensão de que existe uma diferença entre capacidade intelectual e motivação e que a falta desse estímulo interno dificulta a pessoa a se dedicar aos estudos. Dessa forma, podemos ver que em um único trecho apareceram clareza e confusão de conceitos e significados e que tais imprecisões pareceram indicar aspectos da experiência e dos valores pessoais do usuário.

Alertamos os leitores sobre essa questão, logo no início da análise, porque essas imprecisões na terminologia e esse deslizamento de significados apareceram muitas vezes durante as entrevistas e, conseqüentemente, nos trechos transcritos para o presente trabalho. Por esse motivo, optamos por não fazer tal esclarecimento a cada fala para não perdermos o foco de nossa linha de raciocínio, o que tornaria o texto confuso e cansativo.

3.2. **Metilfenidato e as motivações dos entrevistados**

Ao ouvir os relatos dos participantes, percebemos que a escolha pelo uso do fármaco resultava da articulação das metas e objetivos ambicionados por eles, das percepções que tinham de sua concentração e/ou rendimento nos estudos e ainda das maneiras que foram informados sobre o medicamento. Por esse motivo, o presente tópico foi separado em três itens: **“Eu quero passar”**; **“Meu desempenho não estava bom”**; **“Meu amigo me contou”**. Um quarto item foi acrescentado para expor de forma mais organizada e concisa o que consideramos mais importante em relação a motivação dos entrevistados. Esse item ficou intitulado: **“Considerações sobre as motivações e condições”**

⁶⁵ Suspeitamos que a fala desse entrevistado sobre a “capacidade intelectual” passava por alguma preocupação em garantir a autoimagem de ser inteligente, já que ao final do trecho ele ressaltou que o uso do medicamento não havia alterado sua inteligência, mas apenas a sua motivação para o estudo.

3.2.1. Eu quero passar

Logo que iniciamos a análise das motivações que haviam levado os participantes da pesquisa a buscarem o metilfenidato, percebemos que muitos se referiam à finalidade, ou seja, à intenção que tinham quando decidiram iniciar o consumo do remédio. Observando mais cuidadosamente ainda, identificamos que surgiram diferenças entre os objetivos revelados por homens e mulheres. Dessa forma, optamos por apresentar primeiro as metas relatadas pelos homens, que demonstraram uma maior homogeneidade, e depois mostrar as intenções das mulheres. Ao final tentaremos compreender melhor essas diferenças.

Dos onze usuários, dez buscaram o medicamento no momento que experimentavam dificuldades durante a preparação para uma prova importante que desejavam muito realizar. Apesar de nem todos falarem de uma maneira direta que essa havia sido a motivação deles, dez participantes passavam pelas situações descritas no momento que buscaram o fármaco. Ou seja, esses dez entrevistados já vinham estudando para o exame, mas percebiam que não estavam rendendo bem nos estudos⁶⁶.

Assim, encontramos H1 que afirmou que: “Tentei [residência] durante três anos. [...] Comecei a desconfiar sobre o TDAH há uns quatro anos... aí ficou meio morno: ‘Ah, eu tenho isso mesmo, mas... deixa *pra* lá...’ [...] Aí eu comecei a tomar Ritalina há uns dois anos atrás.”

Já H2, quando foi perguntado sobre como havia começado a usar o metilfenidato, respondeu: “É... Assim... Ah... Falando rapidamente... Eu *tava* me preparando *pra* um concurso, *né?*”.

Em seu relato, H3 ressaltou o estado emocional que vivia durante o período de preparação para o concurso: “Eu realmente *tava*... tentando estudar [para concurso], ficava na biblioteca, mas chegava uma hora que eu via que não *tava* rendendo. Que eu *tava* ali só de corpo, eu *tava* tipo... uma fadiga psicológica, sei lá! *Tava* cansado, mesmo... é..”.

“... já estava nessa coisa louca de estudar o dia inteiro [para concurso]. [...] Sentia que tinha certa dificuldade. ‘Era normal eu *tá* lendo essa página aqui e eu chegar no meio da página e falar assim: ‘Pera aí, pera aí! Para tudo!’ Ai ter que voltar tudo e reler tudo de novo”. (H4)

⁶⁶ Perceberemos que em algumas falas há um maior valor na sensação de déficit e em outras na meta que desejavam alcançar. Outros ainda contaram todo o percurso de visitas a médicos até conseguir a receita do estimulante. O mais interessante é que todos esses entrevistados ressaltaram que vinham se preparando para uma importante prova e que pela sensação de que não estudavam o suficiente para o concurso buscaram o remédio como uma solução.

“Sempre quis ser promotor e passar, passar *pra* promotor, *né?* [...] E vi que tinha que estudar! As provas de promotoria no Rio e no Brasil inteiro são tão difíceis quanto as provas de magistratura, *pro* ministério público. E aí eu comecei a tentar estudar. Eu fiz cursos, frequentei cursos, na época no centro, os cursos. E depois eu ia *pra* biblioteca, depois dos cursos. E eu tinha uma dificuldade muito grande de estudar. Passava oito horas na biblioteca [depois dos cursos], mas se fosse contabilizar quantas horas líquidas eu tinha estudado ia dar uma hora, duas horas. Era, parecia que tinha formiga na cadeira. Parecia que... *é...* qualquer coisa *tava*, era... era *dife-...* era mais interessante do que *tá* ali, introspectivamente, *né?* Qualquer coisa que *te...* *é...* que você não precisasse *tá* no foco, *numa* coisa só, era mais interessante, *né?* Aí eu tentei um ano estudar [sem o remédio]...” (H5)

“Nesse primeiro ano de, de, de estudo *pra* concurso, uma pressão muito grande em casa, eu tentava estudar em casa [dos pais], eu não conseguia e como eu não conseguia estudar e... eu passava doze horas [sentado sem conseguir estudar]... *Pra* eu, eu não ficar absolutamente destruído, digamos assim, psicologicamente, eu... acabava saindo muito, entendeu? Eu meio me jogava *pra* fora de casa, *pra* esquecer! Quando eu saí de casa, isso diminuiu bastante, eu comecei a me tratar [psiquiatra]... (H6)

“No início [do curso preparatório para a residência] eu não tomei nada. *Me* arrependo! Poderia ter melhorado meu desempenho. Mas... Meu desempenho não, minha absorção de conhecimento durante a aula. Mas aí, mais *pro* final, *tava* faltando um mês e meio, quase dois meses [para a prova de residência], aí eu comecei a tomar [metilfenidato] [...] Eu comecei a tomar porque eu achei que não ia conseguir estudar mais, *tava* perto da prova, preocupado... não sei...” (H7)

“Falta de rendimento, tipo... Eu passava semanas na mesma matéria, custava acabar um capítulo, custava acabar um edital⁶⁷, aí eu fui ver que alguma coisa *tava* errada... [...] Mas aí, eu fui procurar saber, eu fiz algumas amizades, não sei que, e vi que muita gente tomava [metilfenidato]... Isso, a maioria dos concurreseiros toma, na verdade, *né?*!” (H8)

“Mas depois eu tive que trabalhar bastante, que eu tive uma pensão alta *pra* pagar pros três filhos. Aí eu parei de estudar [para concurso público]. Quando eu tive a oportunidade de retornar, sempre com a mesma dificuldade de concentração, aí foi nesse período mesmo que eu tive contato com esse meu amigo que me encaminhou *pra...* *prum, prum...* especialista, *né?*” (H9)

“*Pra* estudar *pra* residência. Acho que o grande problema na minha... *pra* mim *é* entrar *num* ritmo de estudo porque... acaba que você sai... faz um... você *tá* em atividades práticas [atendendo pessoas], então você tem que se focar naquelas atividades práticas que você faz e passar de um ritmo de você *tá* ali trabalhando, desenvolvendo alguma coisa presencial e sai de um... de um meio totalmente diferente *pra* se focar, assim *pra* ir *pra* aquela solidão, se ligar, sentar, e estudar oito horas por dia... Eu acho a parte mais difícil... Não *é* nem você manter esse ritmo de estudo, mas você ENTRAR nesse ritmo de estudo.” (H11)

Assim, pudemos acompanhar que em quase todos os trechos selecionados, os usuários ressaltaram que usavam o remédio para fazer uma prova importante (concurso público ou residência) e que vinham tendo dificuldade para se preparar para a avaliação. H1 não deixou isso tão claro. Somente na releitura de sua entrevista pudemos perceber que ele iniciou o uso do fármaco depois de um ano de tentativa para residência apesar de sua desconfiança de ter o diagnóstico do transtorno ter surgido dois anos antes do início do consumo do fármaco. Já o

⁶⁷ “Acabar um edital” significa estudar toda a matéria estipulada no edital do concurso.

participante H2 não comentou inicialmente sobre a dificuldade para estudar, apesar de ter afirmado que começou a ingestão do estimulante no momento que se preparava para o concurso público. Mais adiante em sua entrevista, ele acrescentou sobre o quanto o remédio ajudou a estudar à noite, quando chegava cansado do trabalho.

O único usuário que descreveu um percurso um pouco diferente dos exemplos já citados foi H10. Por seus relatos, ele sempre teve dificuldade para concentrar-se nos estudos e nas atividades do trabalho. Ele usou o remédio pela primeira vez no dia do exame da OAB (transcrição abaixo). Como ele conseguiu passar para a segunda fase da prova, o entrevistado foi ao médico, conseguiu a receita do fármaco e fez sua ingestão durante os sete dias que estudou para a etapa seguinte da avaliação da OAB. Ele que durante todo o curso de direito apresentou um rendimento mediano, passou com uma boa nota na prova. Dessa forma, por mais que esse usuário tenha feito um “caminho” um pouco diferente, pois a ingestão do seu primeiro comprimido foi no dia da prova, o segundo comprimido já foi usado na preparação para a segunda prova.

“Fui fazer o exame da Ordem dos Advogados, sem estudar nada... Então eu tinha esse amigo [que o filho tomava o medicamento] e ele me deu uma Ritalina para eu fazer o exame de Ordem. Eu fui fazer o exame de ordem! Eu passei sem estudar... (riu) A primeira fase eu passei sem estudar nada, nada, nada, nada... A segunda fase... Eu descobri que tinha um problema. Eu fui no psiquiatra e aí me mediquei e estudei sete dias e passei com uma nota acima de oito. Meu CR era abaixo de seis na faculdade e na hora que foram me colocar no meio da muvuca, eu tirei uma nota muito melhor do que muitos amigos meus que eram muito mais estudiosos... faculdades melhores do que *eu*.” (H10)

Curiosamente, entre as cinco mulheres que participaram da investigação, apenas duas procuraram a medicação no momento que encontraram problemas para estudar para uma prova muito importante:

“... eu *tava* em um período assim, *né?* *Tava* trabalhando, tendo que estudar [para a prova de mestrado], chegava em casa cansada, tendo que estudar... com filha pequena e tal. Eu já não *tava* conseguindo mais render... Assim, chegava em casa cansada, eu *sô* uma pessoa muito diurna assim, *né?* Então, chega à noite eu já não... me, me dá sono e tal... Eu precisava... render mais assim e eu sempre tive uma dificuldade de concentração” (M2)

“*Pra* melhorar meu rendimento no estudo [...] Porque é difícil você manter um ritmo bom todos os dias de estudo *pra* concurso. Eu estudo de segunda a segunda. Difícil todo dia você ter um ritmo bom, todo dia você *tá* concentrado. Ah... Eu queria otimizar meu tempo! [...]. E eu tenho dificuldade [em decorar], então... Tem matérias que não gosto, que caem em todos os concursos que são muito... é... muito detalhe, muita coisa assim que eu não gosto e aí a Ritalina ajuda um pouco nisso, assim...” (M3)

A participante que desejava ingressar no mestrado, já havia tentado essa prova outras duas vezes sem sucesso e por isso ela determinou para si que esta seria sua última oportunidade. Ela percebia que tinha muitas tarefas para realizar no cotidiano, como trabalhar

diariamente e cuidar da filha pequena. Além disso, ela também tinha dificuldade para se concentrar e registrar o que havia estudado. Já M3 queria passar para um cargo público muito concorrido, por isso era muito importante otimizar seu tempo e manter um bom ritmo de estudo. Isso não era tão fácil já que tinha que estudar matérias que não gostava muito e não tinha facilidade para decorar os muitos detalhes que eram exigidos nos concursos.

As outras três usuárias da investigação cursavam faculdade e não estavam envolvidas na preparação de uma avaliação diferenciada em suas vidas. Vejamos então como elas falaram de sua motivação para usar o metilfenidato:

“O problema de déficit de atenção mesmo! E que... *pra* minha concentração... Eu quis experimentar [o remédio], *pra* ver se realmente gerava um, um... se eu ia *tê* um resultado melhor... e eu vi que eu tive. Na primeira vez que eu tomei eu já percebi e eu consegui estudar. [...] Eu gostei realmente de usar nesse período, semana de prova [na faculdade] é uma loucura e tudo... ‘Tenho que me concentrar, não posso perder tempo!’ Entendeu? Aí eu peguei e tomei.” (M1)

“Sempre tinha um pouco de dificuldade *pra* estudar. A minha mãe quando era pequena, me levava em vários *neuros* e todo mundo falava: ‘Não! É normal, é criança!’ Mas eu sempre percebi e falava: ‘Mãe, não é possível! Eu estudei tanto, tenho dificuldade *pra* aprender.’ Sempre ouvi: ‘Não...’ Quando eu entrei na faculdade [...] eu comecei a ver as minhas amigas, eu estudava mais que todo mundo e meu rendimento era menor. Aí eu já *tava* acostumada, mas: “Alguma coisa eu tenho, não é possível!” Aí eu fui atrás: ‘Eu vou no médico!’” (M4)

“Eu tinha transtorno do tique, *né?* Piscava. [...] Então eu fui *pra* uma psicóloga e... só que... no final do... quando ela me deu alta do tratamento [Terapia Cognitivo-Comportamental] ela... eu continuava com o transtorno do tique e ela disse que isso era minha forma de externar a ansiedade. [...] ... eu fui *pra* esse psiquiatra, e aí ele me passou uma série de exames, eletro, exame de sangue, muita coisa... E aí no final ele fez o diagnóstico do TDAH em mim. É... e, a partir daí, começou a tratar, trabalhar com medicamento, *né?*” (M5)

Ao ler essas falas percebemos que não houve qualquer menção ao desejo de alcançar um objetivo mais específico, como foi no caso dos outros doze entrevistados. Pensamos então em questionar sobre os dados que diferenciavam essas três participantes do restante do grupo. Além de serem mulheres, todas estas começaram o consumo do metilfenidato no início da faculdade. Uma porque buscou um tratamento para o transtorno do tique e “descobriu” que tinha déficit de atenção (M5)⁶⁸. As outras duas, ao contrário, antes de utilizarem o fármaco, já queriam solucionar o problema de falta de foco e melhorar o rendimento na faculdade (M1 e M4). Imaginamos então que a falta de uma meta mais específica como passar em um concurso poderia estar relacionada ao momento que viviam, afinal, no começo do curso universitário a principal identidade “profissional” do sujeito ainda é a de estudante. Muito provavelmente, elas ainda não estavam preocupadas com sua inserção no mercado de

⁶⁸ Seu caso foi diferenciado dos demais por isso optamos por falar de M5 separadamente.

trabalho⁶⁹. Todos os outros treze participantes (duas mulheres e onze homens) já haviam terminado a graduação e buscavam seu lugar no mercado de trabalho.

O relato de M5, apesar de ser muito diferente de todos os outros, acabou sendo enriquecedor, pois nos ofereceu o acesso ao contexto que ela vivia tanto no início da faculdade quanto depois que terminou seu curso.

Apesar de M5 só ter procurado o médico para sanar o transtorno do tique, ela comentou que desde sua infância, sempre foi muito mais lenta e muito mais distraída que as outras pessoas. Na faculdade, sem o remédio, não conseguia terminar de ler textos e tinha dificuldade para se concentrar nas aulas: “[...] teve um texto que eu acho que eu li até o final mesmo... Assim, meti a cara, dei um jeito... também demorei sei lá... mais de uma semana *pra* conseguir ler o texto direito, que foi quando eu comecei a estagiar...” (M5). Ainda em suas palavras:

“Porque na própria faculdade tinha inúmeras matérias que eu dormia.... Na sala, que na, na... faculdade as salas tem umas janelas de ponta a ponta, *né?* Do lado de fora assim... São umas janelas enormes, então você senta do lado da janela, você vê as pessoas passando, as flores, as folhas voando com o vento, o passarinho pousando na árvore. Então... inúmeras aulas foi isso que eu assisti, que é o que eu *tô* te narrando. Qual era a aula? Não tenho a menor ideia!” (M5)

Contudo, esses comportamentos eram tão conhecidos que apesar de lhe causar incômodo e alguns questionamentos, ela nunca havia pensado nisso como algo que merecesse ou tivesse tratamento. Com o início do uso dos remédios para transtorno do tique e Ritalina® para o TDAH, sua atenção e concentração melhoraram muito. Mas durante seu tratamento, ela sofreu uma forte reação adversa por um erro na manipulação de um dos fármacos (Haldol) e, por isso, seu médico suspendeu o uso de todos os sete ou oito remédios que ingeria. A partir daí, ela não voltou mais a usar psicotrópicos, tendo concluído sua faculdade sem qualquer medicação.

Depois que terminou seu curso universitário, ela cogitou seriamente sobre a possibilidade de fazer um concurso público e, por esse motivo, naquele momento ela pensou em voltar a usar o metilfenidato. Ela afirmou que sem o remédio não conseguiria concentrar-se nos estudos o suficiente para se classificar para a vaga. Contudo, ela não quis voltar a fazer um tratamento psiquiátrico formal, pois teve medo de o médico lhe receitar muitos medicamentos novamente. Assim, pediu comprimidos de Ritalina® para um tio que de vez em quando usava o fármaco. Mas este nunca lhe trouxe o remédio e por isso ela acabou desistindo da ideia de concorrer a uma vaga no funcionalismo:

⁶⁹ Para esclarecer melhor: quando M4 usou o metilfenidato ela estava no início de faculdade, tendo feito três anos de uso do remédio. Durante a entrevista, um ano depois de ter interrompido a ingestão do medicamento, ela estava se preparando para concorrer a residência, mas sem sentir falta do estimulante.

“E aí eu pensei até... Cheguei a pedir... que meu tio ainda tem contato com psiquiatra que eu me tratei e, de vez em quando, ele pede *pra* ele. De vez em quando ele pede *pra* ele. Não sei se ainda faz, mas assim, há alguns anos atrás ele fazia. E aí eu cheguei a pedir *pra* ele e tal, mas aí ele acabou me ignorando, me esquecendo, sei lá o que que aconteceu e nunca trouxe. E eu desisti também. Entendeu? Desisti, desisti de tomar Ritalina e também não... não, não vingou essa minha ideia de ir *pro* concurso público. Talvez porque eu fique um pouco desmotivada por achar que eu não vou conseguir estudar [sem o remédio] e aí não vou conseguir passar porque não estudei. *Né?* E... aí também desisti. Mas assim, eu tomaria de novo.” (M5)

Assim, podemos perceber que a identificação do déficit de atenção e os benefícios do remédio não foram suficientes para manter a continuidade no consumo do remédio⁷⁰. Somente a necessidade de encaminhar sua vida profissional “adulta” fez a participante voltar a pensar em usar o estimulante. Ou seja, apesar de seu percurso inicial ter sido diferenciado da maioria dos usuários da pesquisa, em outro momento de sua vida, a motivação para usar o medicamento ficou muito próxima àquela relatada por treze entrevistados: o desejo de alcançar uma meta específica, uma meta que implicava no uso **intenso** da cognição.

A importância da vida profissional para esses entrevistados parece ser inegável. Em parte, isso se justifica por vivermos em uma sociedade capitalista, onde a profissão é uma das principais formas de manter a subsistência e, ao mesmo tempo, o principal meio para tornar-se **alguém**. No grupo analisado, apenas H10 apresentou de forma clara um perfil de empreendedor. Ele foi o único que não demonstrou desejo de ligar-se a uma empresa como funcionário e que vislumbrava conseguir muitos ganhos financeiros e reconhecimento dos pares a partir de seu trabalho como autônomo. Apesar de ele ter iniciado a ingestão do medicamento para fazer o exame da AOB, ele manteve o tratamento para conseguir manter-se produtivo no trabalho. Segundo ele, o metilfenidato o mantinha “operacional”⁷¹.

Durante a entrevista, outro participante declarou que trabalhava como consultor na própria empresa, apesar de ter iniciado a ingestão do medicamento para conseguir estudar para concurso depois do trabalho (na época ele ocupava um cargo em empresa tradicional). Contudo, H2 pouco contou de seu cotidiano de trabalho, tendo dado preferência a falar sobre o valor dos benefícios do remédio para seu equilíbrio emocional.

H1, H7 e H11, por serem médicos não citaram sobre seus objetivos profissionais de uma forma geral, tendo demonstrado apenas o grande valor e importância da prova da residência.

⁷⁰ Em outro trecho ela esclareceu também que tinha preconceito com medicamentos, não gosta muito de fazer seu uso “não é uma coisa orgânica, não é uma coisa que, que... nosso organismo já produz [...]” (M5).

⁷¹ Esse e todos os outros benefícios citados serão aprofundados quando tratarmos dos “Efeitos e consequências do uso do metilfenidato”.

M2 e M5, quando foram entrevistadas, trabalhavam uma em empresa e a outra em escola, não demonstrando planos de ingressar no funcionalismo público. M2 não especificou porque tinha tanto interesse em ingressar na pós-graduação. Imaginamos que seu interesse talvez estivesse atrelado a possibilidade de aumentar o salário ou alcançar uma promoção, visto que assim que terminou o mestrado ela foi promovida para substituir seu antigo chefe que por sua vez também havia sido promovido. Como já foi descrito acima, M5 havia tido vontade de estudar para concurso público, mas já havia desistido dessa ideia no momento que participou da pesquisa.

Como também já afirmamos, M1 e M4 não comentaram sobre seu futuro profissional, muito provavelmente porque eram estudantes universitárias. Apenas M4 comentou sobre o ano da entrevista ser o ano de concorrer a uma vaga para residência. Contudo o uso do metilfenidato foi em um período anterior à preparação para residência.

Ao contrário dos nove participantes citados, sete usuários tinham o trabalho no funcionalismo público como seu ideal e se preparavam bastante para isso. Neste caso o interesse para alguns parecia ser a estabilidade e segurança financeira como podemos ver no trecho a seguir: “... financeiramente é... *pô* é muda... é... zero de renda *prá*... dez mil reais... Inicial! E... final de carreira: vinte e cinco mil reais... com estabilidade! Então... é uma tensão psicológica absurda!” (H3)

Para outros, o cargo público era o sonho profissional de uma vida:

“É a busca do meu sonho e eu não vou abrir mão! Já deixei claro isso [para a família e amigos], entendeu? Não vou ser uma pessoa frustrada pelo resto da vida, porque, ah... *pô*... abandonei, esqueci do meu sonho, entendeu? De viver... de ser aquilo que eu sempre quis! Quando *vo*-... quando eu fui fazer direito, fui fazer... foi *pra* isso! Era isso que eu queria, era vida pública!” (H4)⁷²

Porém esse sonho vem se tornando cada vez mais difícil de ser realizado. Houve um grande aumento no número de candidatos por vaga, o que, por sua vez, fez elevar bastante o grau de exigência dos exames para o funcionalismo público.

As provas para residência se diferenciam um pouco dos outros concursos. Apesar de essa especialização ser muito importante na formação do médico para que este seja reconhecido por seus pares e tenha possibilidade de atuar na área de sua preferência, há uma maior chance das pessoas se classificarem, mesmo que não seja no hospital de seus sonhos. Isso porque muitas vagas acabam ficando ociosas em decorrência da prática dos médicos de se inscreverem, no mesmo ano, para o concurso em todos os hospitais possíveis. Mesmo assim,

⁷² Foi muito curioso observar como a grande maioria dos concursandos da pesquisa não revelou a carreira que pretendia seguir. Apenas um falou disso de forma clara e repetidas vezes. Imaginamos que tal omissão esteja associada à preocupação de algum tipo de consequência para alcançar o cargo desejado.

algumas especialidades são bem mais concorridas do que outras, gerando preocupações e ansiedades. A pressão emocional e o forte desejo de ingressar logo na pós-graduação são fatores que impulsionaram os médicos a buscarem aprimoradores farmacológicos⁷³.

Segundo H1: “[...] todo mundo que eu conheço, pelo menos assim... passou na residência agora, que eu fiz, assim... Todo mundo tomava. Ou Ritalina ou Stavigile. [...] *Pra* aprimoramento!”

H7 também explicitou essa questão quando afirmou: “Aí tem o ano da residência. Aí, é o ano que a maioria das pessoas que estão lá, *pres-*, prestando... Tentam em algum momento do ano: 'Ah esse mês agora *tá* próximo, eu quero estudar, então eu quero aí uma caixa [de Ritalina] *pra* tomar!”

H11 confirmou a percepção de H7, de que conforme as provas se aproximam, aumenta a busca pelo fármaco: “E agora, no segundo período [do ano] pelo menos, dos estudantes de medicina, essa é a ideia que eu tenho, é que as pessoas tomam muito mais agora no segundo semestre assim, no final do ano pra entrar num ritmo mais intenso de estudo.”⁷⁴

Os depoimentos desses entrevistados ressaltou o quanto os estudantes de medicina buscavam o estimulante como um instrumento para aumentar as chances de passar na residência. O crescimento do uso nesse período pareceu resultar de um conjunto de fatores: a importância da avaliação, o problema da concorrência (em algumas áreas) e o grande volume de matéria a ser estudado. Mesmo assim, apenas um deles, H7, criticou abertamente o volume de matéria a ser estudado e a organização das provas de residência: “Saber a quantidade de todas as doenças, cada particularidade dela, cada tratamento... é cada pegadinha que a banca faz! Você fica maluco!” (H7)

As dificuldades das provas e a necessidade um maior desempenho dos concorrentes também foram expressos por dois entrevistados que tentavam uma vaga no funcionalismo:

“Concurso público, a competição é absurda... o seu concorrente *tá* beirando ao... é... a excelência... *tá* quase todo mundo gabaritando a prova. Tem que se ater aos pequenos detalhes. [...] Ah... autoridade não *tá* preocupado com você... se você vai passar, se não vai, se tem muita matéria ou se não tem... enfim, é você e você. Então quanto mais você puder render, melhor você fica, *né?* É por isso que tem a Ritalina... Artificialmente, ela ajuda muito.” (H8)

“... É o cara ser robô, decorar uma lei de mil artigos. Decorar, literalmente, porque na hora da prova o cara vai perguntar, e aquele ‘ressalvado’ que *tá* no artigo, ele vai tirar o ‘ressalvado’, o ‘salvo’, e você vai errar. *Tá* entendendo? O nível *tá*... nesse nível... O ‘exceto’, o ‘sempre’, na hora da prova, vai *tá*... não vai *tá* ali. É ali que o

⁷³ Apesar de H1 ter mencionado outra medicação, Stavigile, H7 e H11 só citaram Ritalina® e Concerta®.

⁷⁴ Tal observação feita por H7 e H11 foi confirmada no boletim de farmacoepidemiologia sobre o metilfenidato gerado com os dados do SNGPC (ANVISA, 2012). Segundo consta no boletim, nos três anos avaliados (2009, 2010, 2011), houve um aumento nas vendas do fármaco nos meses de agosto, setembro e outubro.

cara vai te pegar. E *pra* você decorar isso numa lei de 1000 artigos entre 300 leis que você vai fazer... *Tá* entendendo? É esse o sistema... *Pra* quem já tem dificuldade de foco, atenção, é necessário o caminho [medicamento]. É o único caminho, caminho único e necessário é a Ritalina, é o medicamento.” (H4)

Na busca para conseguir uma vaga em meio a tantos concorrentes, era necessário ter um rendimento melhor que o de outras pessoas, o desempenho cognitivo precisava estar acima da média. O normal já não bastava. Era necessário buscar o que estava além do normal. Mas a própria competição fez aumentar o que seria um rendimento normal, o que fez crescer mais ainda o nível de performance. Essa situação acabou gerando um círculo vicioso, onde passou a ficar cada vez mais marcante a sensação de incapacidade. Daí a observação de H8, quando ele ressaltou que os concorrentes estão beirando a excelência.

No caso dos concursos, o aumento no nível dos concorrentes somado ao aumento do número de candidatos por vaga torna cada vez mais distante o ingresso do concorrente a vaga almejada. É muito comum ver pessoas se dedicando por anos para conseguir (quando conseguem) o sonhado cargo.

Ao falarem da não realização do objetivo, os entrevistados tendiam a mostrar um incômodo e sofrimento, mas foi H4 quem revelou os problemas e sentimentos que todo concursando experimentaria pela demora em passar no concurso:

“Aí tua família começa a falar assim: ‘*Pô*, muda de vida, cara! Procura um caminho. Entendeu... Procura outra coisa’... E aí? Você começa a ter problema em casa com sua esposa... É tudo isso... A vida do concursando é muito complicada. E todos que *tão* aqui dentro têm os seus problemas: Eu tenho problema com minha mulher, o outro com o pai e a mãe que sustentam *pro* cara tá aqui o tempo inteiro. O cara precisa *dá* uma satisfação *pro* pai, *pra* mãe. Sabe? E nem sempre o resultado é... não é todo pai e toda mãe que: ‘Não, cara, vai que até hora... até onde você conseguir!’” (H4)

“O concursando, ele tem uma tristeza dentro dele... ela é linear... posso estar aqui com você conversando, brincando, me divertindo, mas no fundo... lá no fundo, quando eu chego em casa *pra* dormir [riso nervoso] eu volto *pra* minha realidade e eu falo: ‘Meu Deus, eu ainda *tô* atrás do meu objetivo. Eu não passei.’ Ela caminha contigo, essa tristeza... ansiedade... insatisfação! Tudo isso aí misturado. Entendeu? [...] Assim, a minha insatisfação é dupla, assim, se você fala *pra* mim: ‘É só [a insatisfação] financeira?’ ‘É também!’ Mas eu acho que é muito mais pessoal e profissional.” (H4)

As dificuldades e sofrimentos relatados por H4 evidenciaram o valor e a importância que a vaga no funcionalismo público ocupava para aqueles que se dedicavam com afincamento para alcançar essa meta. Este sofrimento pareceu ter sido aumentado pela percepção de que este não seria um método justo para avaliar as pessoas, mas que não haveria outra forma, pois qualquer competição seria injusta para alguém. Segundo H4: “Essa forma é a mais democrática, até inventar outra, essa é a forma mais democrática, que é o concurso público. Mas será que é justa?”. H1 também falou dessa questão:

“Eu acho que... é... meu mercado é cada vez mais competitivo, e as pessoas acabam usando de vários artifícios, entendeu? [...] Bom... eu não acho justo, mas a competição não é justa, né? Porque... é... assim, ninguém é igual a ninguém. Sempre vai ser injusto *pra* alguém. Isso é uma coisa que não adianta se preocupar. Não tem o que fazer.” (H1)

A compreensão de que não existiria outra possibilidade para substituir a competição de forma a garantir o lugar de todos no mercado de trabalho foi acompanhada pela busca de “muitos artifícios” como falou H1. Segundo ele, todos que passaram em sua residência haviam usado Ritalina® ou Stavigile®. Outros entrevistados confirmaram o uso do remédio por muitas pessoas.

H8, por exemplo, citou sua observação no dia da prova que ia realizar: “ ... é muita gente que *tá* usando Ritalina. É absurdo! Eu fiz uma prova ano passado e na... você escuta na hora da prova o barulhinho da cartelinha, né? Era muita gente... muita gente na sala usando.” Outros relataram sobre suas observações no convívio com as pessoas, como H7 e H11.

“Alguns falam abertamente, outros ficam na deles e como ninguém vai perguntar, não falam. Tem muita gente que usa e não fala. Eu acho... [...] Agora, das meninas eu não sei. É mais difícil ter esse acesso.”

“Por que?”

“Não sei... às vezes não tem coragem de falar.”

“Acha que elas falam menos?”

“Sobre isso, falam. Nunca cheguei e perguntei: ‘Ah, você toma? Ritalina?’ Se tomar também não vai falar. Eu acho.”

“Entre vocês homens, vocês falam?”

“Fala, fala. Normalmente, abertamente. Ainda fala zoando. Um zoa o outro: ‘Ah, você passou [na residência] porque você tomou. Você é burro... Se eu tomar esse negócio...’” (H7)

“Eu conheço bastante gente que usa, mais nesse contexto de prova de residência. Médicos, estudantes de medicina, último ano, que usam a Ritalina... Fora as pessoas que eu conheço que usam por prescrição médica, mesmo, por indicação médica, é... nesse contexto de último ano de faculdade ou recém-formados que precisam aumentar a concentração. Buscam na Ritalina a solução *pra* falta de concentração.” (H11)

Foi curioso notar que mesmo fora das provas de concursos, dois entrevistados alertaram sobre o excesso de tarefas a serem cumpridas. Um deles ainda acrescentou sobre o problema da vaidade dentro do mundo do direito:

“E já tinha conversado sobre assumir o cargo dele porque ele ia ser promovido e tal, mas *pra* mim isso ia ser daqui a cinco meses e tal. Aí ele saiu de férias e tive que absorver tudo assim, né, de todos os projetos... Daqui a pouco e aí *tá* sendo engraçado, e eu *tô* realmente a prova assim...porque *tá*...eu *tô* lá fazendo uma coisa e daqui a pouco vem um: ‘C., C., C., C.!’ [...] Aí que você tem que resolver um negócio aqui, outro lá e tal [...]” (M2)

“enquanto eu precisar ser o motor do escritório, sou eu que faço a petição, sou eu que leio tudo, sou eu que escolho o que é importante, sou eu que... [...] Minha profissão é a profissão da vaidade. Pessoas ficam... um grande problema é que, em todos os escritórios [onde trabalhou], o estagiário vai lá e estudava uma matéria aí puxava um assunto da matéria só *pra* dar um banho nos outros, por causa da vaidade.” (H10)

A inexistência de vagas para todos e a necessidade de ter uma alta performance em decorrência da competição (tanto para os concursos quanto para o trabalho autônomo ou empresarial) continuaram sendo vividas como questões que só poderiam ser “solucionadas” de maneira particular. A estratégia escolhida pelos usuários da pesquisa foi a ingestão do fármaco. Independentemente de o medicamento ter sido usado para aprimoramento ou tratamento, o remédio manteve a “solução” no nível físico do indivíduo o que, por sua vez, diluiu as questões sociais envolvidas na busca por um lugar no mercado de trabalho.

Dessa forma, observando os contextos e objetivos vividos pelos participantes da pesquisa quando iniciaram a ingestão do metilfenidato, vimos que a grande maioria trazia como meta passar em uma prova que representava uma importante etapa na realização de um sonho profissional⁷⁵. Retirando o caso do exame da OAB onde todos podiam passar, o concurso público, a residência e o mestrado ofereciam um número limitado de vagas e a classificação do candidato dependeria do seu desempenho na prova em comparação com a performance de todos os outros concorrentes. Ou seja, nesta competição por um lugar no mercado de trabalho, eles tinham que ser melhores do que os outros para conseguir o lugar almejado.

3.2.2. Meu desempenho não estava bom

Nas palavras de um dos entrevistados: “Eu acho que quem procura um médico, *tá* faltando alguma coisa, *tá* aquém do rendimento.” (H8). Esse usuário identificou que entre seus amigos, aqueles que procuravam o médico, apresentavam essa sensação de estar abaixo do desempenho. Mas tal sensação de déficit também apareceu no relato dos três usuários que não fizeram consulta médica para obter o fármaco. Isso nos leva a pensar que a busca pelo médico é o principal caminho para chegar ao remédio, principalmente o metilfenidato que necessita da receita amarela para ser comprado legalmente e com um custo mais baixo.

De **todos** os sujeitos que aceitaram participar da investigação, alguns relataram que a concentração ou a performance nos estudos não estava tão boa como antes. Ou seja, eles usavam a própria história como referência para analisar sua produção. Outros participantes

⁷⁵ Apesar de termos afirmado que M1 e M4 não tinham a meta de passar em uma prova específica muito importante, entendemos que não temos dados suficientes em seus relatos para afirmarmos de maneira definitiva se elas tinham (ou não) a faculdade como um valor maior para sua realização profissional.

usavam o rendimento das pessoas a sua volta para avaliar como estava o desempenho. Uma terceira referência também utilizada foi comparar a própria capacidade com o que era considerado como ideal e ou necessário para alcançar a meta desejada. Essas três formas de avaliar a qualidade do seu estudo muitas vezes revelavam a percepção de sua capacidade de estudar e de sua concentração como também mostravam a relação entre essas duas habilidades.

Nos primeiros quatro casos que vamos apresentar, os entrevistados se baseavam em seu histórico e, por isso, eles compreendiam que não tinham problemas de concentração nos estudos. A opção por usar a medicação veio em decorrência do momento que viviam: ou por uma limitação “pessoal” e passageira ou por necessidade de um maior esforço para alcançar um difícil objetivo, passar nas provas de concurso e residência.

M3 revelou que a sensação de estar aquém da performance desejada (ou necessária) vinha da percepção do quanto a pressão emocional dificultava sua atenção nos estudos:

“Porque eu consigo ficar bem concentrada sem isso [metilfenidato]. Você tem que *tá* livre de preocupações, assim, tenho que *tá num* momento tranquilo. Meu problema é a ansiedade mesmo. [...] *Pra* OAB, quando eu estudei, a minha pouca disciplina foi o suficiente. Passei [na primeira tentativa]! [...] Fiz faculdade pública. Passei também. Eu não tive dificuldade assim, tipo... No vestibular, eu estudei um pouco mais, mas também nunca precisei ser tão disciplinada assim... porque eu sabia que na hora eu ia acabar me garantindo ali, de algum jeito...” (M3)

“Porque esses concursos são... são bem difíceis e... assim, me exige... é... algumas habilidades que eu não tenho, que são muito difíceis *pra* mim. Decorar. Tenho muita facilidade de pegar um texto, captar a ideia, entender aquilo ali e entender do meu jeito. Agora decorar, palavra por palavra, isso eu preciso *pras* minhas provas. Eu tenho dificuldade com isso.” (M3)

Já H7 citou que a dificuldade para dormir e problemas emocionais vividos trouxeram para ele a percepção de que seu rendimento estava menor do que costumava ser e, por isso, não conseguiria estar bem preparado para as provas. Em suas palavras: “Durmo quatro horas por dia, *né?* Estou assistindo aula, tem que ir lavar o rosto.”

“Ah, foi uma mistura de coisas, eu não sei! Ah, eu perdi o foco. Chegou *num* momento que eu já *tava* sem... sem estímulo aí eu comecei a tomar talvez... não sei se foi por isso. Se eu comecei a tomar porque eu achei que não ia conseguir estudar mais, *tava* perto da prova, preocupado... não sei...” (H7)

“Na faculdade não precisa [de metilfenidato], pois o professor avisa o que vai cair na prova, tem resumo... você sai da aula mais tranquilo. O problema é o concurso público! Porque aí pode cair qualquer coisa de qualquer assunto, ainda mais em medicina.” (H7)

Nos trechos selecionados, podemos perceber que esses dois usuários não fizeram queixa de sua capacidade de concentração, porém reconheceram que as provas dos concursos exigiam deles uma atenção e dedicação maior do que eles haviam usado em sua vida acadêmica até então. Por isso, ambos não sentiram necessidade de usar o remédio durante o

curso universitário. Para M3, o estimulante fez uma significativa diferença no momento que precisou decorar e estudar matérias com as quais não tinha afinidade. Para H7, o medicamento favoreceu que conseguisse estudar para a residência apesar da falta de estímulo e preocupação com a proximidade da prova. Ambos precisavam ampliar sua capacidade de estudo em decorrência do maior volume de matéria. Eles revelaram que percebiam que o estado emocional (ansiedade e preocupação), o sono, a falta de motivação e menor afinidade com a matéria ou com a tarefa exigida (decorar) interferiam na qualidade de seu rendimento cognitivo.

Outros dois entrevistados, que também se identificaram como tendo uma boa concentração, explicaram que cansaço ou a falta de hábito de estudar dificultaram seu rendimento nos estudos:

“E... *pra* ser bem sincero, eu acho que faço mais o uso pelo rendimento [aprimoramento] do que pelo TDAH [...] Igual ao que o neurologista falou: ‘Você fez doutorado [risos], você vai querer o que, *nê?* Chegou até a fazer o doutorado na Inglaterra... [...] Era difícil [estudar]... eu trabalhava o dia inteiro... chegava cansado...” (H2)

“... não acho que tenho dificuldade de atenção. [...] ... eu *tava* estudando, mas *tava* estudando pouco [no ano anterior]. Aí eu senti necessidade desse ano de estudar muito. Eu não *tava* conseguindo me concentrar mesmo, assim... muita dificuldade... Eu tenho facilidade, tomo café, consigo me concentrar mais, mas também não consigo dormir à noite [com café]. E aí, usar Ritalina me fez, pelo menos no início do ano, durante os dois ou três meses [de uso], entrar no ritmo.” (H11)

Podemos acompanhar nos relatos de H2, que ele percebia que fazia mais o uso para o aprimoramento do que pelo tratamento, demonstrando que concordava com a avaliação feita por um dos neurologistas que visitou. Mesmo concordando que não tinha TDAH, H2 tentou vários médicos até um que lhe receitasse o remédio. Seu intuito era ingerir o estimulante para conseguir se preparar para o concurso depois que chegava em casa cansado do trabalho. Já H11 também afirmou que normalmente não tinha dificuldades com a concentração. Ele entendia que a desatenção vivida no início do ano foi algo pontual e decorrente de não estar em um bom ritmo de estudo, pois havia passado um período fora do Brasil. Por esse motivo o uso do medicamento teve a função de ajuda-lo a reconstruir uma disciplina em sua preparação para a residência⁷⁶.

Dessa forma, podemos perceber que todos esses quatro usuários entendiam que tinham boa capacidade de concentração nos estudos. Mas quando eles compararam seu

⁷⁶ No dia em que foi entrevistado, H11 vivia um momento diferente em sua vida. Ele havia se formado e começado a trabalhar em plantões o que o deixava mais cansado e inseguro. Nesse contexto, ele novamente voltou a render menos nos estudos. Com as provas de residência se aproximando e vivendo um maior cansaço e insegurança, ele contou que pensava em voltar a consumir o fármaco.

rendimento com seu desempenho anterior e com a referência do quanto era necessário estudar para alcançar seu objetivo, eles identificaram que precisavam melhorar seu rendimento na preparação para as futuras provas. Para ampliar a performance cognitiva, todos eles passaram a consumir o estimulante. M3 e H2 conseguiram a receita prescrita de médicos enquanto que H7 e H11 conseguiram o medicamento com amigos usuários.

Os outros doze participantes da pesquisa também afirmaram que quando iniciaram a ingestão do medicamento não estavam rendendo bem nos estudos⁷⁷. Mas diferentemente dos quatro entrevistados acima citados, no momento da entrevista, eles afirmaram que entendiam que sempre haviam tido alguma defasagem em sua atenção e/ou um baixo desempenho nos estudos.

Segundo M1: “Assim... porque você *tá* lendo uma coisa e dois minutos depois você já *tá* pensando em outra coisa.”. Já M2 afirmou: “... eu tinha essa dificuldade... eu fico... eu leio o mesmo parágrafo várias vezes sabe?” Assim, ao falar sobre esse tema, enquanto alguns confirmaram que sempre foram desatentos, outros descreveram como os problemas na concentração dificultavam os estudos, revelando como se perdiam na leitura do texto ou como quase nada dessa leitura era fixada.

“Eu lia. Aí tipo: ‘Ah... passou uma mosca.’ Ah, a mosca passou... não sei que... ‘O que eu li, hein?’ Tinha que voltar a ler tudo de novo. Então às vezes eu lia duas, três vezes a mesma frase *pra* tentar compreender. Às vezes, eu lia sem prestar atenção. E depois você pergunta assim: ‘O que que você leu?’ ‘Não sei! Mas eu li.’” (M4)

“Vamos supor que eu fique sentada uma hora lendo esse texto. Eu na realidade só li meia hora. *As outras* meia hora eu *tava* brigando com meus voos, *né?* Olhando as coisas e me mandando voltar... e me perdendo nas linhas do próprio texto. Eu vou passar para a linha de baixo e já não sei mais qual é a linha de baixo aí eu fico procurando qual era a frase que eu *tava* lendo *pra* poder saber qual era a linha de baixo que eu tinha que ir. Então assim, meia hora... eu sendo muito generosa, *né?* Talvez até menos... [...] [Depois dessa uma hora sentada com o texto] Eu não consigo mais nem essa meia hora [de leitura], entendeu? Parece que vai diminuindo essa capacidade... Como se fosse combustível, sabe? Você vai usando, vai usando, vai usando, vai usando, chega uma hora que o carro desliga, não tem mais combustível, acabou. [Falou rindo:] Dose diária, acabou sua dose de hoje então espera e vê amanhã como é que *tá*.” (M5)

“Mas é isso que eu *tô* falando, eu ficava na biblioteca oito horas, antes de tomar [metilfenidato]. Saía do meu curso que acabava meio-dia e meia e eu voltava oito horas da noite. E *tava* querendo [passar no concurso], você *tá* querendo o negócio mas não dava, entendeu? Não conseguia ficar sentado, eu não conseguia ler, eu lia a mesma coisa, eu lia esse parágrafo vinte vezes. Quando passava uma gata do lado eu olhava.. fazia um barulho e me desconcentrava... entendeu?” (H5)

“Então, era como se, se eu estivesse estudando e eu perdesse o foco em abstração, não era em algo assim: ‘O que *que* eu vou fazer hoje à noite?’; ‘*Pô*, mas eu quero jogar aquele joguinho tal!’ ... Não! É abstração! Você simplesmente entra *numa* tela preta e volta. E aí, fica fazendo isso!” (H6)

⁷⁷ Desses doze participantes, apenas M1 consumia a medicação sem consulta médica.

Assim, para esses participantes, a dificuldade para estudar viria da distração que podia ser causada por pessoas, sons, pensamentos (ou pela falta deles). O sacrifício para manter a atenção na leitura inviabilizava o registro do conteúdo e, conseqüentemente, levava os entrevistados a precisar reler o texto algumas vezes até conseguir fixar algo do material lido.

Outros usuários relataram que a maior problema enfrentado vinha da impossibilidade de se manterem sentados durante o estudo por sentir ansiedade ou agonia que geravam reações físicas. H1 afirmou: “Eu sentado aqui, se eu tivesse estudando, sem Ritalina... Precisando estudar *né?* A cadeira ia estar molhada de suor.”

Para H9 a dificuldade era a grande dor de cabeça e agonia que vivia: “*Pô*, se eu estudasse mais de vinte minutos minha cabeça estourava, *né?* [...] Estourava assim, é... dava assim uma agonia... tinha que largar, sair de casa, dar uma volta...”

Ou seja, esses dois entrevistados relataram que a dificuldade para estudar estava associada a uma ansiedade. A percepção que a agitação física vinha de uma ansiedade foi expressa por H9: “Dizem, dizem que, os especialistas, que quem tem hiperatividade tem também ansiedade, *né?* Eles falam isso.”

No caso de H1 essa hipótese foi reforçada pelo fato de seu psiquiatra ter lhe dado o diagnóstico de transtorno de ansiedade e não de TDAH. Contudo, esse participante entendia que tinha déficit de atenção, além da ansiedade, pois se distraía com facilidade nas conversas um pouco mais longas. Já H9 sempre percebeu que era muito agitado, pois não conseguia ficar parado.

“... eu não parava quieto, meus pés tremiam muito, ficava sempre me mexendo... eu tinha muita energia, sempre *tava* me movimentando bastante e ela falava, mas eu não sabia que essa hiperatividade me *atrapalha*-... atrapalhava no estudo porque eu sempre tive dificuldade de ficar muito tempo estudando.” (H9)

Assim, a novidade de que a agitação motora poderia dificultar seu estudo e que isto tinha um remédio veio na conversa com o amigo de academia que era psiquiatra.

Outros dois entrevistados entendiam que tinham problemas de atenção desde a infância, mas eles percebiam que a falta de concentração os atrapalhava especialmente nos estudos: “É antigo. Meu problema é... eu sou, eu fui, tive problema, fui diagnosticado desde criança como uma criança TDAH. Fiz tratamento neurológico até os 12 anos de idade...” (H4). Ainda nos dias de hoje, ele percebe que a dificuldade persiste:

“E é engraçado que se eu tiver que ler um livro... Hoje em dia eu faço muito pouco isso por, pelo tempo que eu tenho... o que eu tenho que ler é o que interessa [estudo], mas se eu pegar um livro *pra lê*, um livro de assunto que me interesse, e tal, eu consigo me prender bem. Entendeu? Filme? Adoro filme, sou cinéfilo, fico preso. Sempre foi assim! O estudo, aquela coisa de que você tem que ter aquela obrigação

de que tem... saber ditar: daqui até aqui, sabe? A vírgula onde tá? Aí... isso já... eu preciso da Ritalina.”⁷⁸ (H4)

Mas da mesma forma que H4, H10 também percebe que o tipo de atividade favorece ou dificulta sua concentração:

“[...] na infância eu *tava* lá, sentado na cadeira e não podia levantar. Eu ficava lá mexendo a perna na cadeira, mexendo a perna na cadeira, mexendo a perna na cadeira [simulou com o corpo esse movimento] [riu] me distraía com outras coisas, escrevia diários, tinha que fazer alguma coisa. Eu não prestava atenção na aula. Tinha um professor ou outro que tinha... era didático. Até na faculdade. Tem professores que prendem a atenção. Tipo... colocam a matéria de uma maneira que não parece matéria. E com esses professores eu até tive sucesso. Mas esses professores que escrevem matéria no quadro, que você tem que decorar... nunca foi... Eu fui criado pela minha madrinha, *né?* E ginásio, toda essa época, dinda ensinava tudinho. Dinda ensinava fração cortando bolinho...” (H10)

“... assisto filme. Já sei até o que vai acontecer no final, eu olho, já tenho meu... Filme é mole. Conversar com pessoas, mole! [...] A Ritalina, eu não preciso dela *pra* viver socialmente, vamos dizer. [...] Eu ficava respondendo email... eu acho mole essas coisas assim de vida social... Ah, *pô*, é mole! Chato é pegar documentação, separar documentação da... da defunta, ‘Separa aquele, monta o inventário!’ Ah, isso é muito chato! [...] Concentrar no que era chato. No que eu achava chato... Eu não podia escolher o que era chato e o que era legal. Vinha de dentro. O que era chato eu não tinha paciência, eu tentava me forçar, e minha vida inteira eu tentei me forçar. Eu me forcei, eu... tentei mas... hoje eu tenho consciência de que era um problema [TDAH].” (H10)

Depois que experimentou o metilfenidato pela primeira vez e percebeu seu efeito, H10 confirmou que tinha problemas de atenção e que isso era antigo, apesar de ter sido pouco perceptível por ter recebido ajuda da família na infância (na hora de estudar para a prova). Contudo, ele reconheceu que sua distração vinha nos momentos que tinha que fazer atividades chatas como estudar, montar inventário e pegar documentação. Já H4 foi diagnosticado em sua infância com TDAH. Contudo, já adulto, ele passou a perceber que conseguia se concentrar bem em leituras e filmes de seu interesse e que sua dificuldade seria na hora de estudar, decorando as leis.

As falas dos dois entrevistados pareceram apontar para o que M3 e H7 já haviam mencionado antes sobre o quanto a falta de motivação ou de facilidade para fazer uma determinada tarefa associada ao estudo dificultava o ato de sentar e se concentrar. A diferença marcante entre estes dois grupos de participantes repousa no fato que H4 e H10 se identificavam totalmente com o diagnóstico de TDAH por compreenderem que sempre foi difícil estudar. Enquanto que M3 e H7 entendiam que viviam uma diminuição de sua capacidade de atenção por motivos pontuais.

⁷⁸ Entrevistado estava se referindo a sua dificuldade de decorar leis que é uma exigência das provas de concurso na área que ele busca seu lugar.

Outros três entrevistados, apesar de terem afirmado que sempre foram dispersos, expressaram que conseguiam um bom rendimento na escola e na faculdade:

"Eu nunca estudei na minha vida. Sempre passei no colégio, na faculdade assim... estudando de véspera. Não tive uma... um colégio que me obrigasse a estudar igual a colégios militares e tal." (H5)

"Na escola, eu sempre fui um cara disperso, mas sempre rendi [bem], mas acho que a escola não exigia muito. [...] Nunca tomei pau... Nunca repeti de ano... Escola, nem faculdade nem nada. Mas é porque é muito diferente... uma discrepância muito grande entre você estudar *pra* uma faculdade, média 6, 7 e no concurso a média *tá* 8. É muito diferente." (H8)

"Na faculdade, formei muito bem, e tudo mais... eu passei... eu tive um rendimento muito bom quando me formei. [...] Sempre tive notas boas, entendeu? Uma matéria ou outra que... mas nunca estudei muito também... e, e, e... como os outros. A época que eu melhor estudava era a época que eu estava estagiando e trabalhando porque quando eu chegava em casa, cansado quase não sobrava quase nenhum tempo, não sei o que... Ai você conseguia mais... um pouco mais de atenção. Mas, mas... nunca fui de estudar muito na faculdade... Sempre tirei notas boas, também. [A diferença é que] estudar para um concurso não é inteligência, é esforço, antes de mais nada." (H6)

Eles expressaram que, apesar de alguma dificuldade, sempre haviam conseguido um bom desempenho no colégio e/ou faculdade. H5 afirmou que nunca precisou estudar muito para colégio e faculdade e mesmo assim, sempre conseguiu passar. H8 contou que apesar de ter sido disperso na infância, também sempre rendeu bem nos estudos. Contudo ele ressaltou que para passar na faculdade era muito mais fácil do que ingressar no funcionalismo público⁷⁹. A fala de H6 sugeriu a mesma compreensão que H8, contudo aquele ainda acrescentou que não bastava ser inteligente para passar no concurso público, era necessário esforço.

Em outra parte de seu relato, ainda falando de sua facilidade para tirar boas notas no colégio e na faculdade, H6 acrescentou: "... sempre foi status falar: 'Pô... tirei essa nota, mas não estudei *porra* nenhuma.' Hoje em dia era vergonha, hoje em dia era vexame..."

Nesse e em outros trechos, ele relatou o quanto passou a sofrer ao perceber que não conseguia escolher estudar.

"Eu sempre tive isso [sensação de impotência] só que agora é que eu consegui... e é uma coisa que você não *consigo* controlar... é o que eu falo com o psicólogo, assim: 'Eu não me sinto senhor das minhas próprias razões!' Ele fica até brincando: 'É, é... foram os filósofos que falaram...' Ninguém é *se*... tudo bem, mas eu tenho que ter o mínimo de controle em relação a certas coisas. E assim, era uma coisa absolutamente *muuuuito* mais forte que eu... E eu não sabia explicar porquê..." (H6)

⁷⁹ Apesar de o entrevistado ter falado que a dificuldade do concurso viria da necessidade de tirar uma média um pouco mais alta na prova, média oito, é necessário muito mais esforço e dedicação para tirar uma média oito em concurso do que uma média oito em disciplinas da faculdade, visto que as provas de concurso apresentam muitas "pegadinhas".

Essa questão também foi expressa de maneira clara por alguns entrevistados como uma fonte de impotência, vergonha, e frustração. Segundo H10: “Que eu acho que se eu for tentar sem [Ritalina], vou ter mais dificuldade. Vou sentir aquela impotência que eu sentia antes de ficar tentando ler a primeira linha, a segunda linha quando chegar na terceira, eu esqueci a primeira linha.”

H5 ressalta a angústia de querer e não conseguir: “Eu lembro dessa época angustiante [antes de usar metilfenidato] de você *tá* querendo fazer alguma coisa e não conseguir.”

No relato de H4, ele ressaltou a sensação de déficit vem ainda hoje, ao olhar para as pessoas que conseguem estudar: “Me incomoda eu olhar *pra* pessoa que *tá* ao meu lado quatro horas sentada e eu saber que *num tá* tomando nada... Por que que eu não consigo? *Pra fazê* isso, eu tenho que *tá* sob o efeito de Ritalina...”

Segundo M5:

“Que sempre acontecia: ‘Ah, faz trabalho em grupo.’ ‘Todo mundo já terminou?’ E eu parava de ler, dava assim, dois minutos, um minuto e eu falava ‘terminei’ *pra* pessoa virar [a página], então eu [fingia que] terminava. [...] Sem ter terminado, sem ter terminado... era vergonhoso. Eu tinha vergonha de, de, de... *Pô* ela tinha a mesma idade, faz a mesma coisa, porque ela é assim e eu não? E era assim, todas as outras pessoas liam rápido e eu que lia devagar.” (M5)

A sensação de impotência e falta de autonomia, apesar de terem sido verbalizadas de forma clara apenas por alguns, pareceu atravessar a experiência de todos os entrevistados. Contudo, nem todos eles traziam consigo a identificação com o transtorno. Aqueles percebiam que a dificuldade era consequência de algo situacional e momentâneo usaram o remédio como um aprimorador, até porque traziam consigo uma autoimagem de boa concentração.

Porém, para aqueles que tinham em seu passado problemas de desempenho nos estudos tendiam a encontrar na explicação do déficit de atenção uma boa solução. Isso porque a desatenção era vista como menos limitante do que uma inteligência abaixo da média. Tal percepção pareceu ser confirmada por H10, quando afirmou: “E aí, eu nunca me achei burro! *Me* achava frustrado, mas não me achava burro, *me* achava mais inteligente que a média, olha que loucura? Oito anos de faculdade...”

Enquanto H10 demonstrou sua percepção de si mesmo, H6 acrescentava que a percepção de que era inteligente vinha também de outras pessoas, mas que isso não era suficiente para aumentar sua dedicação nos estudos.

“‘Você é muito inteligente, se você estudasse um pouquinho...’ A vida inteira, eu ouvi isso... vida inteira... Todo mundo: ‘Você é muito inteligente, se você...’ Meus amigos comentam isso. Até meus amigos que saem comigo, que são mais amigos de saideira, eles comentam: ‘Cara, você é um cara *muuuuito* inteligente! Se você estudasse um pouquinho...’ E isso é muito ruim, entendeu?” (H6)

A fala do segundo entrevistado apontou o que entendemos como o segundo motivo para o déficit de atenção ter se configurado uma boa solução: ele também liberava a pessoa dos julgamentos morais como falta de vontade, preguiça e malandragem. Antes da identificação do transtorno, os três usuários compreendiam que a dificuldade para estudar dependia do querer deles.

Assim, até saber que tinha o transtorno, H10 entendia que tinha que tentar mais: “Mas na época, não sabendo que eu tinha um problema, achando que eu era uma pessoa completamente normal, eu falava, tenho que tentar mais forte, tentar mais forte...”. Já H6, acredita no que os outros lhe diziam: “Só que na época eu me culpava muito... eu achava... eu caía muito naquilo que falava: ‘Ah, é vagabundagem!’ Não sei que... Porque... não era vagabundagem...” Da mesma forma, H1 também fazia um julgamento moral de si, apesar de todo o esforço que fazia para estudar:

“eu comecei a achar que eu era até preguiçoso *pra* estudar e tal... mas eu arrumava tudo e ficava... Eu deixava de fazer as coisas no final de semana com meus amigos porque eu, eu ficava pensando em estudar e não conseguia estudar. Passava o tempo e não conseguia estudar.” (H1)

Mas suspeitamos que o fator mais importante que proporcionou a identificação das pessoas com esse transtorno foi o a existência de um remédio que é percebido como um instrumento que melhora a concentração nos estudos e em atividades chatas e assim aumenta o desempenho cognitivo de seus usuários. Um exemplo desse valor da medicação pode ser visto na suspeita levantada por H7 depois que este fez uso do fármaco para aprimoramento. Esse entrevistado ficou interessado em investigar se tinha ou não o déficit de atenção. Sua dúvida surgiu a partir da experiência dos benefícios do medicamento.

“Agora dá vontade de saber se eu tenho TDAH. Acho que não tenho...”
 “Você tem desconfiança?”
 “Acho que não, mas eu usando [o metilfenidato] me senti melhor, melhorou o sono... Eu não sei, melhorou a atenção, meu foco. Não custa nada procurar. Não procurei ainda o especialista *pra* fazer o diagnóstico. Se for começar vai ser mais *pra* frente... não vou querer agora não. A vida *tá* muito tranquila [...], dando meus plantões aí...” (H7)

Relembrando o que já vimos desse entrevistado, ele afirmou que percebia que não tinha um problema de concentração, mas que no período que optou por usar o fármaco, ele estava bastante preocupado com o fato das provas estarem chegando e estar com dificuldade para se dedicar aos estudos para residência. A falta de estímulo vinha da própria preocupação com a aproximação das provas e com problemas pessoais e de saúde que vivia naquele momento. Além disso, ele dormia muito pouco, ficando sempre com sono durante as aulas.

Mesmo reconhecendo o valor da motivação para seu rendimento nos estudos, a partir do momento que ele viveu os efeitos positivos do remédio, ele começou a suspeitar sobre a possibilidade de ter o transtorno. Entendemos que essa mudança em sua compreensão estava relacionada ao fato de ele ser médico, o que favorece uma maior crença na ciência como um conhecimento que expressa a verdade. Além disso, desconfiamos também que a possibilidade de ter esse diagnóstico tenha sido favorecida pela intensa divulgação na mídia sobre a associação entre o TDAH e o remédio (DILLER, 1998; MOYNIHAN, HENRY 2006). De uma maneira geral, o forte vínculo entre transtorno e fármaco acaba por favorecer que a melhora alcançada com o remédio, muitas vezes, seja reconhecida como a prova diagnóstica para o déficit de atenção, até porque este é um diagnóstico que tem critérios pouco precisos para sua identificação (DUMIT, 2000; LIMA, 2005; CONRAD, 2007; CALIMAN, 2008; BARROS, 2008; SINGH, 2008). Apesar de alguns usuários terem revelando que a experiência com os benefícios do remédio havia funcionado como uma “prova diagnóstica” (ou pelo menos, aumentado a suspeita do déficit de atenção), é necessário lembrar que existem indícios de que este estimulante poderia melhorar a concentração das pessoas com e sem o problema de atenção (DILLER, 1998).

Outros exemplos mostraram que a experiência dos benefícios do medicamento foi usada por entrevistados para confirmar o TDAH. Além de M1 que afirmou ter usado a medicação pela primeira vez para avaliar seu efeito e, então, confirmar o diagnóstico, temos as falas de H3 e H10. Seus relatos se mostraram particularmente interessantes, pois diferentemente de M1 que disse sempre ter tido essa suspeita, aqueles não compreendiam que tinham a dificuldade de concentração na infância. A desconfiança surgiu apenas quando precisaram ter um foco maior para alcançar um objetivo⁸⁰ e usaram o fármaco. O curioso foi que ao sentir os efeitos positivos do remédio eles reavaliaram a própria história e passaram a se identificar com déficit de atenção.

Nas palavras de H3: “[...] como eu sempre foi assim [desde o colégio], então eu... de repente aquilo era o normal mesmo. Mas eu, agora, assim, eu julgo que sim, que eu tinha dificuldade de me concentrar.”

“Então, na infância eu não tive [problemas com as notas] porque tive muletas. Minha família que me ajudava... E eu não achava que tinha um problema. Tanto é que depois quando [o amigo] falava: ‘Eu acho que você tem um problema’, ‘Não, não tenho problema!’ Eu ficava magoado! Então... até o dia que eu vi que tinha problema. [...] Depois [do uso da Ritalina] que eu pude ver como é que é ser normal,

⁸⁰ H3 sentia-se muito cansado depois de estudar seis horas para o concurso, o que era considerado pouco pois os concursandos tem como ideal estudar oito horas líquidas por dia. H10 precisava muito passar no exame da OAB para ser efetivado no escritório onde estagiava.

dá tão menos trabalho que o outro jeito! Que *pra* estudar uma coisa que hoje eu estudo em uma hora, eu demorava sete. Só de morte da bezerra...” (H10)

O relato de H10 foi especialmente interessante por reforçar que ele não reconhecia ter dificuldades até consumir o remédio. Em outro trecho já transcrito de sua entrevista, ele afirmou que antes do remédio, ele se percebia como uma pessoa “completamente normal”. Apenas depois da ingestão do fármaco ele experimentou o que era “ser normal” e, conseqüentemente, só então, ele constatou que tinha um problema. Assim tanto H3 quanto H10 reviram suas identidades a partir do efeito benéfico do remédio. Encontramos aí uma identificação com o que foi escrito por Kramer (1994), quando ele afirmou que os antidepressivos podem promover a experiência do é ser “normal” e que essa vivência possibilitada pelo remédio ajudaria a pessoa a reconstruir sua vida ⁸¹.

Pedimos então que H10 esclarecesse melhor o que pretendia dizer com o termo “normal”:

“Vou diferenciar dois momentos distintos, dois momentos diferentes... O primeiro, quando eu *tava* falando ‘eu me sinto normal’ [sem o remédio], eu me sinto quem eu sou, como eu nasci, do jeito que eu sou distraído, entendeu? Quando eu falo que me senti normal, perante o mundo, é me sentir na massa, é me sentir tão capaz quanto qualquer outro. Entendeu? Uma é a minha normalidade a outra é a normalidade da sociedade.” (H10)

Assim, a explicação de H10 ressaltou a existência de duas normalidades, a do próprio sujeito e a da sociedade. Contudo, como já apontamos aqui no texto, havia três referências para avaliar o desempenho cognitivo. A comparação poderia ser com: o próprio rendimento, o rendimento das outras pessoas e o ideal social do que é ter um bom rendimento. Muitas vezes essa referência expressava o quanto era necessário estudar para um concurso para conseguir passar para a carreira pública, por exemplo.

Ao ouvir os entrevistados, tivemos dúvidas se a sensação de deficiência relatada por eles viria da comparação com um desempenho normal (na média) ou com um desempenho ideal (acima da média). Em alguns momentos de um mesmo relato, ora tínhamos a impressão de que o usuário se referia a um rendimento normal ora parecia que ele fazia referência a um rendimento ideal. Entendemos que tal situação ficou mais facilmente identificável na entrevista de H3: “Aí eu comentei com ele [médico] que... eu ficava muito cansado... estudando... que pô! Que eu não conseguia estudar mais que seis horas. Eu ficava assim mentalmente cansado assim... exausto.”

⁸¹ Entendemos que esse não é o caso descrito por Hacking (2007), pois no “*looping effect*” a reavaliação de sua identidade partiria da categorização (diagnóstico) apesar de aqui parecer que o efeito do remédio é o permitiu a suspeita desses entrevistados terem o diagnóstico. É o efeito do remédio funcionando como marcador biológico.

Quando H3 levou sua queixa ao médico, não ficou muito claro para nós se ele percebia que muitos concursandos conseguiam estudar esse tempo sem se cansar ou se ele estava se reportando ao ideal de tempo de estudo veiculado entre os concursandos: oito horas líquidas de estudo por dia. Para o ideal difundido entre os estudantes, seu rendimento estava baixo. A exaustão depois de seis horas de estudo também era algo que não lhe ajudaria a passar no concurso que desejado.

Suspeitamos que esse e outros entrevistados não estabeleciam uma diferença clara do que seria normal e ideal (desejado). Separar o normal do ideal tornou-se muito mais complexo quando pensamos nas exigências para passar em uma prova para concurso público, mestrado ou residência. Isso porque, nesses casos, era necessário considerar que cada entrevistado precisava ser melhor que os seus concorrentes, visto a inexistência de vaga para todos. Assim, pelo menos em meio aos estudantes que se preparavam para esses tipos de prova, a construção da noção da noção do que seria necessário estava baseada em uma norma de supereficiência.

Dessa forma, as ideias de normal, ideal e necessário se mostraram bastante misturadas e confusas, sendo difícil identificarmos a partir de qual referência eles se posicionavam. Acreditamos que havia uma alternância nas referências, como foi mais claramente identificado no relato de M3.

“Olha, eu era disciplinada assim, quando eu precisava. [...] Mas agora não! Agora eu realmente estou tendo que ter uma disciplina muito além do meu normal. Porque esses concursos são... são bem difíceis e... assim, me exige... é... algumas habilidades que eu não tenho, que são muito difíceis *pra* mim. Decorar.” (M3)

Em um primeiro momento ela entendia que era uma pessoa disciplinada, quando “precisava”. Mas logo adiante, em sua fala, ela acrescentou que já não se sentia disciplinada porque a exigência do concurso ia além do seu “normal”. Assim, parece que a experiência da necessidade de muita dedicação aos estudos para alcançar sua meta foi o que transformou sua ideia anterior de normal e não uma simples comparação direta com a disciplina de outras pessoas. A necessidade de um excelente desempenho provavelmente contribuiu muito para a sensação de déficit relatada pelos usuários de metilfenidato que participaram da pesquisa.

Até o presente momento do texto, pudemos acompanhar que **todos** os entrevistados apontaram uma sensação de déficit no momento que iniciaram o uso do metilfenidato. A percepção para alguns resultava de problemas situacionais como: a falta de motivação, questões emocionais, limites do corpo (cansaço) e o grande volume de matéria a ser estudada. Para outros participantes, a dificuldade de rendimento nos estudos era consequência de um problema mais constitucional, pessoal e antigo do entrevistado. Alguns haviam percebido essa defasagem desde sempre, outros tinham identificado os problemas na concentração e nos

estudos em um período bem mais recente. Mas em comum **todos** revelaram um sofrimento por não estar dentro de um padrão considerado necessário para alcançar o objetivo desejado.

A dificuldade para estabelecer uma clara delimitação entre rendimento normal, ideal e necessário pareceu favorecer que o sofrimento vivido fosse compreendido por quase todos os entrevistados como o resultado de um déficit individual. H5, por exemplo, afirmou que a dificuldade de concentração era um problema físico, o que reproduzia o discurso médico vigente sobre os problemas de atenção e agitação motora (SILVA, 2003; MATTOS, 2001; RODHE, HALPERN, 2004; POLANCZYK, et al; 2012): “... eu nunca tive a genética de estudo. [...] “Não... eu realmente, se você for olhar o meu passado, eu tinha déficit de atenção com hiperatividade, entendeu... Tudo o que eu já vi de exemplo na internet, tudo o que eu já pesquisei, eu tô dentro do padrão.”

Seis participantes não expressaram uma compreensão fisicalista tão clara como fez H5. Mas entendemos que a compreensão biológica de suas dificuldades estava presente quando eles mencionavam o diagnóstico do transtorno como justificativa para o uso do metilfenidato. Tal interpretação dos relatos foi motivada pelo reconhecimento de que a ampla divulgação do TDAH na mídia está apoiada no discurso médico que tem como característica principal marcar que a desatenção e a hiperatividade seriam decorrentes de uma alteração nos circuitos neuronais (DILLER, 1998; CONRAD, 2007; ITABORAHY, 2009).

Entendemos que é essa a ideia que sustenta a percepção de M1: “Mas eu sei que eu tenho, eu sei que eu tenho déficit de atenção. Não sei se é totalmente aquela coisa o tempo todo. Mas é engraçado que assim, eu sei que eu tenho, eu sempre soube.”

Da mesma forma, bastou para M4, receber o diagnóstico. Isso explicava todas as dificuldades nos estudos: “[...] eu fui diagnosticada com o déficit de atenção com hiperatividade.”

A atual psicóloga M5, demonstra que sua formação e análise pessoal não alteram o quadro biológico: “[...] eu tenho TDAH, fiz análise e sou psicóloga.

Já H6 demonstrou o alívio de ter tido o quadro “reconhecido” por seu médico. Dessa forma, ele poderia ser medicado de forma adequada: “Então até meu médico... ele reconheceu... Ele finalmente... ‘É... realmente, seu quadro é déficit [de atenção], não é de hiperatividade...”

Em seu relato, H8 demonstrou que entende que o transtorno é algo biológico e que o fármaco só faria efeito em quem tem o déficit de atenção: “*Pra* mim foi bom [o uso do remédio], tem gente que... Eu acredito que tem gente que não tenha dificuldade, que não tenha

déficit de atenção... não vai notar diferença não [com o uso do remédio]. Mas eu acho que quem tem algum déficit de atenção, ajuda muito.”

Outros três usuários compreendiam que sua dificuldade para estudar vinha do déficit de atenção ou da hiperatividade associados à ansiedade. Mas apesar de terem reconhecido que essa emoção trazia prejuízo para sua produtividade, eles mantinham a compreensão de que o tratamento para o conjunto de problemas deveria ser por meio de medicamento, o que reforça a hipótese de um grande valor no aspecto bioquímico e individual da performance nos estudos. O primeiro que vamos citar é H1: “Eu acho que um diagnóstico está muito ligado ao outro. Eu sou muito ansioso, sempre fui muito ansioso. Mas eu tenho déficit de atenção!”⁸²

Os outros entrevistados que também demonstraram isso foram H4 e H9, como veremos a seguir:

“[...] além da Ritalina, que, que foi prescrita *pra* mim e uma coisa que eu também já tinha problema e eu comentei isso com o médico e a gente... QUE É O PONTO PRINCIPAL DO MEU TRATAMENTO, A RITALINA É UMA COISA ACESSÓRIA, que é o ansiolítico que eu tomo que eu sou também muito ansioso e que isso *tá* aumentando com o decorrer dos anos a cada fracasso que você tem no concurso público [...]” (H4)

“Aí eu fui *no* médico, *né?* Até que indicado por ele [amigo], *né?* Aí ele [psiquiatra] também não teve dúvida que eu era hiperativo e prescreveu a Ritalina. [...] Porque quando a gente é mais novo também, não por causa... só pela idade, mas, por exemplo, a gente não tem tanta ansiedade, não tem tanto problema na cabeça. Então a gente tem uma cabeça mais livre *pra* absorver mais as, as matérias, aulas... Então você *tá* mais, mais... mais tranquilo, então talvez, por consequência, você tenha menos ansiedade, tenha mais *absorção* das coisas que você *tá* lendo... Você absorve mais...” (H9)

Outros dois entrevistados contaram que o início da ingestão do remédio foi motivado pelo cansaço que impedia que ambos estudassem para o concurso desejado. Um deles, H2, chegava cansado do trabalho para conseguir estudar sem remédio (ele percebia que não tinha problemas de atenção): “Na época eu trabalhava o dia inteiro, chegava de noite e conseguia estudar ainda [com o metilfenidato]” (H2)⁸³

Já H3 era usuário de fluoxetina por ter depressão há quase dez anos. Em uma consulta de revisão, avisou ao seu psiquiatra que vinha ficando muito exausto depois de seis horas de estudo. Seu médico lhe explicou que o cansaço poderia ser uma reação adversa do antidepressivo e pediu que ele experimentasse a Ritalina para avaliar se o medicamento lhe

⁸² H1 foi diagnosticado por seu psiquiatra com Transtorno de Ansiedade e não com TDAH, mas pela grande necessidade de estudar para ingressar na residência, e pelas crises de ansiedade acontecerem com muita intensidade no momento do estudo, seu médico lhe receitou o metilfenidato.

⁸³ O momento que vivia quando iniciou a ingestão do remédio.

ajudaria. Para ele melhorou. Assim, em ambos os casos, a causa para a dificuldade de estudar também viria de problemas físicos.

“Pelo que eu entendi, eu acho que foi isso mesmo, eu, eu, é... Comentei com ele [médico] sobre esse cansaço que eu tinha... ‘Pô, não consigo passar de seis horas estudando por dia’ não sei quê... [...] E como eu *tava* tomando a *Rita*... a fluoxetina, ele [médico] falou: ‘Ô, pode ser o efeito da fluoxetina que pode *dá* cansaço, sonolência... não sei que...’ [...] ele [médico] falou: ‘Experimenta. Toma meia [Ritalina], não sei que... *Vê* se adianta alguma coisa *pra* você.’” (H3)

Mais três participantes afirmaram que a dificuldade para se concentrar nos estudos viria de problemas emocionais como ansiedade e preocupação, falta de motivação ou afinidade com o estudo ou ainda a necessidade de dominar um volume muito grande de matéria para as provas. Mesmo assim, eles elegeram o remédio como principal instrumento para melhorar seu rendimento cognitivo. Ou seja, o baixo rendimento nos estudos ainda foi tratado como um problema individual e solucionado por um instrumento farmacológico.

“Sempre estudei, sempre gostei de estudar, mas assim... é... Eu expliquei isso *pro* médico... agora... A questão é que realmente estudar *pra* um concurso grande assim desse, exige uma dedicação muito grande e por um prazo muito longo. Então, assim, em uma situação que me exigisse menos, eu não recorreria a isso [uso do medicamento]. Eu *tô* recorrendo a isso porque de fato é um esforço assim bem grande chegar ao ponto que eu quero chegar. [...] Não é uma questão de não gostar de estudar. Eu gosto. A questão é que eu de fato... eu sou muito ansiosa. Eu fico pensando: ‘Amanhã eu tenho que fazer isso.’, ‘Tal dia vou ter que fazer aquilo.’, eu já vou ficando: ‘Ah!...’ Fica muita coisa na minha cabeça. (M3)

“[...] O uso da Ritalina talvez seja isso: me senti desmotivado achando que não ia dar conta, *tô* sentindo sono *pra* caramba. E *vô*, *vô*... e aconteceu mais alguma coisa antes das provas. Terminei meu namoro no final de outubro, faltava 20 dias *pras* provas começarem. Diagnóstico [errado] de câncer foi final de setembro, eu *tava*...” (H7)

“[...] não acho que tenho dificuldade de atenção, pelo contrário, é uma questão de deixar tudo de lado, aquela parte presencial, que você *tá* trabalhando em alguma coisa que você gosta muito *pra* sair e ficar estudando. É uma coisa que eu não sou fã. Não sou de estudar tanto. Mas eu preciso estudar muito. Então no início do ano, não *tava* conseguindo estudar direito. [por isso usou o remédio]” (H11)

Dos entrevistados que mencionaram as questões emocionais e motivacionais, apenas M3 iniciou também, quase que ao mesmo tempo, um tratamento analítico para ajudar a diminuir sua ansiedade em relação ao concurso público. Apesar de ela ter afirmado em outros momentos que a ansiedade atrapalhava sua concentração, ao falar de sua análise ela não pareceu associar esse tratamento a melhora de sua performance, mas sim a uma estratégia para suportar melhor as dificuldades vividas antes de ingressar na carreira pública. Mesmo assim, a opção pela psicanálise para tratar a ansiedade, ainda é um instrumento individual.

“Análise eu decidi fazer por conta dessa questão de concurso, porque... porque... fico ansiosa *pra* passar e não tem como... concurso é uma coisa que não tem como saber quando é que vai resolver... são fatores vão além... além do que eu posso controlar...”

e... por conta disso que eu decidi fazer *pra* eu... controlar essa ansiedade que o concurso me gera.” (M3)

As falas de quase todos os entrevistados apontaram que a desatenção e hiperatividade foram tratadas como algo da ordem do indivíduo, sendo muitas vezes entendidas como consequência de uma alteração bioquímica e sempre tratadas por remédios.

Uma única pessoa, entre os dezesseis participantes, afirmou de forma clara que a falta de foco seria uma consequência da grande quantidade de informações e tarefas a serem realizadas nos dias de hoje.

“Se ouvir as pessoas falando, todo mundo tem hoje dificuldade *pra* terminar uma tarefa, começou uma coisa não consegue porque... mil funções, *né?*... Hoje você tem que fazer um monte de coisas, você *tá* na internet vendo uma coisa, daqui a pouco tem outra... tem outra pessoa *te* chamando, tem não sei o que e tal... Então, assim, é normal as pessoas não conseguirem ter atenção...” (M2)

Por sua fala, podemos acompanhar que ela entendia ser compreensível, e até normal, o aumento na distração já que as pessoas estavam mais expostas a estímulos externos como computadores e celulares, tendo também que realizar mais tarefas cotidianas. Assim, ela demonstrou uma compreensão mais coletiva do problema, tendo reafirmado esse entendimento algumas vezes durante a entrevista. Porém, observamos que ela usava esse argumento depois de expressar o quanto sempre precisou fazer mais esforço para alcançar seus objetivos. Esse mecanismo se repetiu algumas vezes em sua entrevista. Vejamos um dos trechos onde ela agiu dessa forma:

“Mas assim... e... eu sempre tive uma dificuldade de concentração mesmo assim. Mas isso [TDAH] eu não acredito muito, *né?* Eu acho que isso tem um pouco de modismo nisso, também, *né?* Doença da moda e tal, então, mas eu... eu sempre... eu tinha essa dificuldade eu fico... eu leio o mesmo parágrafo várias vezes, sabe? Mas até que ponto que isso realmente é um [transtorno]...” (M2)

Em outro trecho, ela esclareceu que foi somente com a cunhada que ela identificou que fazia tanto esforço para se manter concentrada:

“É então, eu não tinha atentado ainda *pra* dificuldade de concentração, sabe... *pra* mim é porque eu não conseguia *ééé*... estudar mesmo sabe... Chegava cansada... Eu não conseguia estudar e tal... Era uma coisa, uma dificuldade assim, mesmo. Até hoje no trabalho, assim... eu *tô* aqui lendo... e daqui a pouco eu *tô* no final do parágrafo mas eu *tô* assim, viajando... Aí eu falei assim: ‘*Pô*...’ Eu não tinha me atentado *pra* isso sabe, o quanto eu me esforço *pra* fazer isso, porque isso sempre fez parte da minha vida eu não tinha me atentado *pra* isso, foi na conversa com o minha cunhada que eu percebi isso.” (M2)

Sua cunhada usou o medicamento para passar em um concurso público. Ao ouvir a descrição dos benefícios do metilfenidato, M2 começou a identificar que ela se esforçava muito para realizar suas tarefas. Assim, o relato sobre o uso que sua cunhada havia feito do remédio levou a entrevistada a dar um novo sentido para o esforço que fazia para concluir as

atividades. A partir daí, ela começou a suspeitar de que existia algo errado com ela. Mesmo assim, ela mantinha uma desconfiança em relação ao diagnóstico. Talvez um dos motivos para esse desconforto fosse sua resistência a consumir remédios de uma maneira geral. “Eu não gosto disso, de ficar tomando remédio, sabe?” (M2)

Assim o reconhecimento de que ela precisava de um esforço maior que o de outras pessoas e, ao mesmo tempo, a não aceitação do diagnóstico eram expressos por meio da repetição de relatar suas dificuldades e em seguida reafirmar o descrédito no transtorno ressaltando a raiz cultural da falta de foco. Mas, no final da entrevista, quando foi perguntada se queria acrescentar algo a tudo o que já havia falado, ela expressou que mantinha a dúvida se tinha ou não TDAH: “Só essa dúvida mesmo que eu fico. Às vezes eu fico: ‘Será que eu tenho TDA? Será que?...’ Porque eu percebi o efeito assim, *né...* do [remédio]... no trabalho... Como eu tomava à tarde eu consegui me concentrar...” (M2)

Essa fala pareceu reforçar o que já havíamos identificado com M1 e H10. Quando a melhora de um sintoma era originada pela ingestão de um fármaco havia uma tendência a apagar as questões coletivas e compreender que o baixo rendimento nos estudos seria algo individual e físico. Mesmo M2 que demonstrou uma forte desconfiança em relação ao diagnóstico manteve a dúvida: “Será que eu tenho TDAH?”

Assim, apesar de em nenhum momento eles terem afirmado isso, acompanhando os relatos dos entrevistados, entendemos que a sensação de não render bem nos estudos muitas vezes vinha de uma compreensão biológica e individualizante do problema. Entendemos que a compreensão fisicalista transparecia na crença de que a dificuldade de estudar vinha de um transtorno causado por uma disfunção neurobiológica, afinal, é assim que muitas vezes o TDAH é divulgado e reconhecido (BARKLEY, 1997; BARKLEY et al., 2002; SILVA, 2003; ROHDE, HALPERN, 2004; ANDRADE et al., 2011).

Mas mesmo aqueles entrevistados que afirmaram que o cansaço e os problemas emocionais e motivacionais causavam o baixo desempenho cognitivo, eles também pareciam compreender que a dificuldade nos estudos vinha de questões particulares e individuais que atrapalhavam a atenção e o foco. Dessa forma, a existência de um remédio que trazia a promessa de melhorar a concentração se tornou uma ótima solução.

Acreditamos que a busca pela medicação, em parte, era motivada pela forte influência do discurso médico na explicação do transtorno o que validava seu tratamento farmacológico. Também consideramos a importância da divulgação desses conhecimentos pela mídia, permitindo que muitas pessoas tivessem acesso a essas “descobertas científicas”. Contudo, a história de M2 nos fez pensar no quanto a concretude do medicamento e a experiência de seus

benefícios modificou a compreensão da origem das dificuldades citadas⁸⁴. A oferta de uma medicação que “solucionava” o problema pareceu ter sido tão importante quanto todas as reconfigurações na descrição do transtorno e sua divulgação.

Contudo, entre os usuários investigados, o anúncio em revistas, jornais e programas de televisão do transtorno sugerindo a busca pelo tratamento médico e farmacológico não pareceu ter sido tão importante quando a divulgação entre os amigos (VAN DER GEEST, WHYTE, 2011). A proximidade, a confiança e a identificação entre eles provavelmente valorizaram ainda mais os efeitos do metilfenidato. É isso o que veremos a seguir.

3.2.3. Meu amigo me contou

Percebemos que a fonte de informação do medicamento se mostrou um fator importante para a decisão de buscar a prescrição do metilfenidato.

Dois entrevistados (M5 e H3) não citaram sobre como souberam do remédio. H3 apenas deixou claro que o uso de medicamentos é um assunto corriqueiro nos corredores das bibliotecas⁸⁵, o que sugere a existência de troca de informações sobre os remédios experimentados pelos estudantes. Ele revelou isso ao falar sobre o uso de um fitoterápico para dormir: “Aquele papo de concurseiro, né? O pessoal tem [indicação de] os remédios pra dormir também...” (H3)

H1 já não teve muita certeza, mas acreditava que ele primeiro havia chegado ao diagnóstico de TDAH por meio de informações na mídia impressa e só depois que se identificou com os critérios diagnósticos, ele foi tentar saber sobre o recurso terapêutico e iniciar o consumo do estimulante. Mesmo assim, essa busca não foi imediata, ele demorou algum tempo até fazer a consulta com o psiquiatra. “*Tá* aí, boa pergunta: ‘Como eu cheguei a Ritalina?...’ Eu vi alguma coisa que falava do TDAH e aí eu fui atrás do tratamento... acho que foi isso... [Revista] Superinteressante, talvez?” (H1)

⁸⁴ Como afirmam Van Der Geest, Whyte (2011), o encantamento do remédio está em sua concretude.

⁸⁵ Apesar de entendermos que isso aumenta bastante a chance de ele ter ficado sabendo do medicamento antes de ter contado sobre o seu cansaço para seu médico, não temos dados para confirmar a hipótese.

Apesar de M4 ter buscado tratamento para melhorar seu rendimento nos estudos, ela demonstrou não ter conhecimento prévio do transtorno e afirmou que não conhecia o medicamento antes de ir ao médico.

“Aí ele pediu também para minha mãe ir junto comigo e tal porque... Ele é professor universitário também, então quando a gente fala nisso, a gente já sabe porque o pessoal que estuda assim muito Direito, Medicina, essas coisas mais complicadas um pouco já tem ideia desse remédio. Mas eu nunca tinha ouvido falar nisso. Eu nunca tinha ouvido falar em Ritalina.” (M4)

Já os outros doze participantes da pesquisa “ficaram sabendo” sobre os efeitos do fármaco por meio de amigos usuários⁸⁶. Desse total, apenas três homens (H4, H8 e H9) foram ao médico para só então iniciar o consumo do fármaco. Os outros nove entrevistados além de terem recebido as primeiras informações sobre o medicamento por meio do relato dos amigos, também ganharam destes um primeiro comprimido para ver se o estimulante “funcionava” para eles⁸⁷. Dos nove usuários que fizeram esse experimento (sem prescrição), seis buscaram um especialista para iniciar o tratamento⁸⁸. Assim, nas palavras de M1: “Por isso que eu tô falando *pra* ele [primo que fornece medicamento para ela]... *Pra* eu poder tomar *metifenil*, que eu achei que foi ótimo, eu vou no *psicólogo*-... eu vô no psiquiatra...”⁸⁹

Para M2, o relato de sua cunhada foi fundamental para buscar o remédio, o que foi feito por meio de uma consulta ao mesmo médico que havia receitado o fármaco para ela: “[Minha cunhada] usô o medicamento então ela me disse que teve resultado positivo pra ela e tal... ela passô [no concurso]...”

Já H2, recebeu um comprimido de um amigo que foi a uma consulta médica para receber a receita do estimulante, pois ele também estava estudando para um concurso. “Aí na

⁸⁶ Entre esses, H7 e H11 cursaram medicina e também tiveram aula sobre o TDAH e o remédio. Mas eles demonstraram que as falas dos amigos usuários tiveram muito mais valor do que as aulas no momento que decidiram usar a medicação. Parece que para esses dois entrevistados as aulas foram mais importantes para esclarecer sobre o transtorno. Talvez por isso ambos entendessem que eram usuários para aprimoramento e não para tratamento.

⁸⁷ M3 foi a única desses nove participantes que não teceu comentários, durante a entrevista, sobre esse primeiro consumo antes da consulta médica. Tivemos acesso a essa informação pelo preenchimento do questionário (anexo B) que foi respondido por todos os sujeitos da pesquisa.

⁸⁸ Dos três (H7, H11 e M1) que não foram a uma consulta formal, apenas M1 revelou que pretendia buscar o atendimento profissional para não depender de outros usuários para ingerir seus comprimidos. Assim, a busca pelo o médico estava mais associada a uma independência para adquirir o fármaco do que por entender que esse profissional teria algo a lhe acrescentar em termos de tratamento. Até porque ela já havia definido que tinha o transtorno, mas só usaria o medicamento para estudar para as provas.

⁸⁹ M1 contou que teve acesso ao remédio pelo primo. Porém, esse relato aconteceu antes da gravação da entrevista, no momento que nos apresentávamos e que eu lhe explicava sobre os procedimentos da pesquisa. Escolhemos então esse trecho para exemplificar que ela usou a medicação sem ter ido ao médico, apesar de desejar fazer essa consulta.

verdade meu amigo foi lá [consulta] pediu *pra* ele e me deu um *pra* experimentar, um de 18mg.”

Segundo outros entrevistados:

“... ele [amigo] acabou abrindo o jogo *pra* mim.[...] ‘Eu fui *num* médico eu *tô* fazendo um tratamento, descobri que eu sou TDAH, *tá* me ajudando...” . Aí quando ele começou a falar as coisas todas, aí eu falei: ‘Cara!’ Aí eu lembrei do meu histórico, e falei: ‘*Pô*, tudo aquilo que você está falando encaixa *pra* mim. Aí ele me deu o telefone desse médico.” (H4)

“Aí, depois de algum tempo [não conseguindo estudar] alguém chegou *pra* mim e aí falou: ‘Cara, você já foi *num* médico?’ Nunca tinha ido, entendeu? ‘Isso pode ser um déficit de atenção com hiperatividade. [...] E aí foi... experimentei uma vez... um amigo meu me deu. Parecia mágica!’” (H5)

“... eu passei um ano estudando *pra* concurso e bem no comecinho, mal no comecinho, quando eu tinha acabado de me formar, foi quando esse amigo meu me deu essa medicação [Ritalina]. Aí, eu tomei um comprimido, uma vez e *pô*... deu uma... mas nada de mais.” (H6)

“Em termos de comparação, eu vi que *tava* rendendo menos. Mas aí, eu fui procurar saber, eu fiz algumas amizades, não sei que, e vi que muita gente tomava... Isso, a maioria dos concurreiros toma, na verdade, *né*?! Eles conseguem desenvolver mais, têm mais desenvoltura, têm mais... o raciocínio, acho que fica mais rápido... pega a matéria mais rápido, eu acho.” (H8)

“Aí uma vez eu conversando na academia com um amigo, que era médico tb, psiquiatra, *né*? Ele falou: ‘*Pô*, cara, você é hiperativo clássico, *né*?’ Aí eu falei: ‘*Pô*, e aí?’ Aí ele começou a explicar o que significava, o que atrapalhava... [...] Aí me explicou que nos Estados Unidos existiam medicamentos antigos de 1950 que as pessoas usavam que se chamavam Ritalina mas que eu tinha que ir num médico, fazer uma avaliação, mas que tinha, tinha... clara certeza que eu era hiperativo, *né*? Aí eu fui no médico...” (H9)

“Eu perguntei [para algumas pessoas antes de começar a usar]: ‘E aí, cara, você teve alguma coisa, sentiu alguma coisa [benefício]?’ ‘Ah, eu senti.’ Mas, ah, eu sabia porque é assim, ah... até... não sei se aconteceu alguma piada... eu acho que teve uma piada: ‘Ah, o fulaninho de tal *tá* em casa agora’ Assim tipo era uma chopada, alguma coisa assim, não me lembro. ‘Ah, o fulano de tal *tá* estudando agora, *tá* tomando Ritalina.’ Aí você sabe, ele tomou Ritalina! Aí depois: ‘Ah, eu vou tomar também.’ Então eu pego o telefone: ‘E aí? Como é que aconteceu? Teve algum efeito? Não? Aí as pessoas me passaram essa avaliação. E como foi no início desse ano agora, todo mundo já tinha passado, então as pessoas que eu falei: ‘*Pô*! Ah foi ótimo, e tal, passei.’” (H11)

“... tinha amigos que tinham TDAH e *usou* o medicamento. Aí falavam: ‘*Pô*, não sei que... isso aqui é muito bom, não sei que... eu uso *pra* estudar... usei *pro* vestibular. Por que você não usa quando faz a prova? Bem melhor...’ Aí tal, você *experimentô*, aí viu que tem um, um... *upgrade* aí na parte de atenção, *né*?” (H7)

Da mesma maneira que H7, H10 também primeiro recebeu o fármaco de um amigo e só depois de experimentar os benefícios do metilfenidato, ele buscou um médico: “... fui fazer o exame da Ordem dos Advogados, sem estudar nada... Então eu tinha esse amigo [que o filho tomava o medicamento] e ele me deu uma Ritalina para eu fazer o exame de Ordem.”

Assim, nessa pesquisa, o principal meio de acesso a informação do medicamento foi o amigo que usava a medicação para melhorar o rendimento nos estudos por aprimoramento ou tratamento. Ora esse amigo sugeria que o entrevistado experimentasse para que pudesse fazer a própria avaliação sobre o quanto o remédio melhorava a performance da atenção, ora ele contava sobre sua experiência de forma entusiasmada ressaltando seus efeitos positivos e, principalmente, confirmando o quanto o estimulante havia ajudado a alcançar o objetivo⁹⁰.

Um dado curioso foi trazido por H11. Segundo ele, ele não teve notícia de ninguém que tivesse feito uso do remédio e que não tivesse passado para a residência. Contudo, ele compreendeu que isso não significava que todos que usavam passavam. O que ele percebeu foi que as pessoas só contavam sobre a ingestão do fármaco depois que tinham os resultados das provas.

“É... e assim, a... meus amigos, que tomavam, nesse último ano, assim boa parte dos que falaram, dos que contaram, relataram que tomaram, enfim, a maioria teve uma boa experiência... Relatou: ‘Foi bom ter usado. Foi...’ Passaram, deu tudo certo. Talvez eles até tenham contado, ou deixem claro isso PORQUE deu certo. Talvez se não tivesse dado certo eles não teriam comentado ou recomendado...” (H11)

Não sei, mas foi uma percepção que eu tive disso. Até pensei: ‘Pô, pessoal tá falando, mas o pessoal passou, né? Passou bem! PASSOU BEM! Enquanto o pessoal que não passou, ninguém fala nada. Mas assim, *pro*... As avaliações foram todas positivas porque as pessoas passaram, ‘Passei *pro* lugar que eu queria! Tô super feliz agora e tal... Valeu a pena ter usado no início do ano ou usado no meio do ano.’ Aí as pessoas falavam as experiências.” (H11)

“Muito difícil uma pessoa chegar e contar uma experiência negativa: ‘Pô, olha só, fiquei um ano estudando, tomando remédio, perdendo meu tempo e não deu certo.’”

“Você acha que isso acontece por quê?”

“Não sei, acho que talvez... Acho que ninguém gosta de falar de seus fracassos, né? Mas assim, ninguém gosta de adjetivar e florear os seus fracassos. Ninguém gosta de chegar e falar: ‘Fiz de tudo! Fiz o certo! Eu corri atrás, eu tomei o remédio e... não deu certo... Foi esse ano...’” (H11)

Não temos dúvida que a divulgação **só** dos bons resultados seja algo encantador para qualquer amigo que esteja passando pela difícil situação de não conseguir estudar para uma importante prova.

Apesar do relato dos amigos ter sido o principal veículo de divulgação dos benefícios do remédio, em alguns casos, esse fator pareceu ter sido fundamental para o início da ingestão do fármaco⁹¹. Entre eles, escolhemos citar: H2, H4, H5, H8, H9, M1, M2. De maneira bem resumida, vamos relembrar e reunir fragmentos já expostos e acrescentar outros trechos das

⁹⁰ O caso de M2 descrito no final do item anterior é um bom exemplo disso.

⁹¹ Foi curioso notar que nenhum dos entrevistados que contou ter experimentado o remédio antes da consulta médica demonstrou medo com os efeitos colaterais.

histórias dos entrevistados para refazer, ao menos parcialmente, seu caminho de acesso ao remédio⁹².

H2 considerava-se com boa concentração, tendo inclusive concluído o doutorado fora do Brasil. No momento que iniciou a ingestão do fármaco, ele trabalhava em uma empresa, mas pretendia se preparar para uma vaga no funcionalismo público. Um amigo de trabalho, também estudando para concurso, lhe falou do medicamento e lhe cedeu um comprimido de Concerta 18mg. A partir de sua experiência, ele buscou um médico que aceitasse lhe prescrever o fármaco.

Segundo o relato de H4, ele havia sido diagnosticado com déficit de atenção e hiperatividade na infância e fez o tratamento medicamentoso até os doze anos. Apesar de sempre ter tido conhecimento disso, essa informação ficou distante na vida adulta. Já se preparava para os concursos públicos havia dois anos quando seu amigo lhe falou que tinha o problema do TDAH e que tinha tido uma boa experiência com o estimulante. Tal informação fez H4 lembrar de sua própria história de déficit de atenção e identificar que era isso poderia estar atrapalhando seus estudos. Imediatamente pediu o telefone do médico do amigo e buscou o tratamento para seu problema.

“Logicamente eu sabia que eu era TDAH, porque sempre me foi passado isso. Eu sabia, mas depois que você fica adulto você... Aquilo passa a ser uma coisa meio distante de você. [...] Quando eu cheguei nessa conversa com o amigo meu, eu já estava nesse ritmo de estudo, entendeu? Já estava nessa coisa louca de estudar o dia inteiro [há dois anos]. E eu sentia que realmente eu tinha *uma* certa dificuldade. [...] e quando ele foi falando essas coisas [sobre o transtorno e benefícios do medicamento] *pra* mim, eu fui me identificando...” (H4)

H5 nos contou que queria muito passar para o cargo de promotor e que para isso era necessário estudar muito. Por esse motivo, depois do curso preparatório que fazia no período da manhã, ele ia para a biblioteca e só voltava às oito horas da noite para casa. Mas seu tempo líquido de estudo não passava de duas horas, pois tudo o distraía. Além da disciplina de ir todos os dias a biblioteca, ele tentou alternativas para melhorar seu estudo, como podemos acompanhar abaixo. Depois que um amigo sugeriu que fosse ao médico para ver se era TDAH e o entrevistado experimentou os efeitos de um comprimido do remédio, ele tomou sua decisão de iniciar o tratamento com a Ritalina®.

“... eu fiz essa meditação. Tomei também um fitoterápico, um fitoterápico, *né?* Não... desses de bolinha... [...] É... Remédio... homeopatia. Também não adiantou nada. Aí eu lembro que eu fui fazer um negócio de complementação... remédios caríssimos... complementação... é... tipo esses homeopáticos, mas uma complementação... suplementação! [...] Tipo esses negócios dessas bolinhas aí, não

⁹² Optamos por resumir as informações que já haviam sido reproduzidas em trechos anteriores do trabalho para transcrever apenas as partes dos relatos que ainda não tinham sido mostradas.

serve *pra* nada! Mas aí eu não fiz, eu quis tomar Ritalina. Porque eu já tinha experimentado. Entendeu?” (H5)

H8 relatou que se preparava para concurso público há um ano. Contudo ele percebia que demorava mais que as outras pessoas para concluir o estudo da matéria que estava programada para cair na prova. Ao conversar com outros concursandos, ele viu que muitos usavam o metilfenidato e ele percebeu que os usuários pegavam o conteúdo mais rapidamente aparentando uma maior desenvoltura. Sua observação associada aos relatos dados por esses usuários foram decisivos para que ele recorresse a terapêutica medicamentosa.

Outro participante que fez a opção de procurar um psiquiatra para tratar de sua hiperatividade a partir da indicação de um amigo foi H9. Ele estava tentando se preparar para um cargo no funcionalismo público, mas vinha encontrando dificuldades porque não conseguia ler mais do que vinte minutos. Depois desse tempo, ele começava a sentir uma forte dor de cabeça e uma agonia que o faziam parar de estudar⁹³. Ao relatar o motivo para não ter passado na prova do concurso, um amigo médico compartilhou a desconfiança de que o entrevistado era hiperativo e lhe explicou sobre as características do transtorno e que havia um medicamento para tratar tal problema. Imediatamente, H9 buscou o médico indicado e começou a fazer o tratamento farmacológico para o TDAH.

Já a entrevistada M1 estava cursando sua segunda faculdade e, talvez por isso, ela não tivesse interesse em estudar para uma prova específica. Ela sempre acreditou ter déficit de atenção. A possibilidade de M1 usar o remédio veio com a experiência de seu primo, usuário do medicamento para déficit de atenção, mas que consumia o fármaco somente em períodos de provas, por entender que só precisava nesses momentos. No início de sua entrevista ela relatou que testou o efeito das pílulas para “avaliar” se tinha o transtorno. Como sua concentração melhorou, ela mesma “confirmou” seu diagnóstico. Porém seu objetivo era estudar apenas nos períodos de prova da faculdade, como fazia seu primo: “Mesmo que se eu [ouvir do médico]: ‘Ah, você tem déficit de atenção, não sei que...’ Não quero [tomar todos os dias]! Mais assim, período de prova, assim que eu tenho que tá mais concentrada e tudo... Maravilhoso!”

Ela também afirmou que pretendia ir ao médico para não depender de outras pessoas para ingerir o remédio, mas até o momento da entrevista não havia tomado essa atitude, tendo usado apenas o remédio quando era cedido por seu primo.

⁹³ Para passar para o cargo pretendido era necessário estudar muito mais que vinte minutos por dia.

Vimos assim que pelo relato desses seis entrevistados, o acesso à experiência proporcionada pelos amigos foi muito importante para que eles decidissem iniciar a ingestão do fármaco. Contudo, mais uma vez, a história de M2 chamou nossa atenção.

Como já retratamos em outros trechos, ela queria muito entrar para o mestrado. Ela já havia tentado duas vezes e não havia conseguido, pois trabalhava fora e ainda tinha que cuidar de sua filha pequena. Além do cansaço, ela comentou que sempre teve dificuldade de concentração nos estudos, pois precisava ler o mesmo parágrafo repetidas vezes. Contudo, ela afirmou que só teve consciência do grande esforço que fazia para estudar durante uma conversa com a cunhada, quando esta relatou sobre o quanto a Ritalina® havia lhe ajudado a se concentrar mais e passar no concurso. A curiosidade do episódio veio de que esta não era primeira vez que ouvia sobre o remédio e sobre seu uso para melhorar o desempenho. Antes de tentar o mestrado, ela havia feito uma disciplina na faculdade onde uma menina contou que usava o remédio para o TDAH. Os rapazes do curso então comentaram sobre o uso do fármaco para ajudar na produtividade, contudo, naquele momento essa informação não lhe trouxe desejo de experimentar o remédio, mesmo já tendo dificuldade para se concentrar nos estudos.

“... eu fiz assim uma disciplina aleatória, antes de entrar para o mestrado. E aí eu ouvi, foi a primeira vez que eu ouvi falar da Ritalina, e eu vi uma menina que usava... mas era mesmo [por causa do transtorno]... ela usava desde criança e tal e... aí os meninos *tavam* falando sobre esse uso mesmo *pra* ajudar no... no... na produtividade e tal... e foi a primeira vez que eu ouvi falar... mas eu não me atentei muito a isso não.” (M2)

Ficamos com a pergunta: qual a diferença desse primeiro momento no qual ela teve o contato com a informação sobre o uso do metilfenidato para melhorar o desempenho? Será que os “meninos” teriam dado poucas explicações sobre esse uso? Desconfiamos que o motivo foi outro.

Não temos dúvidas de que a fala da cunhada foi muito mais significativa do que a fala da conhecida do curso. Afinal, a história da prima favoreceu inclusive que M2 identificasse todo o esforço que fazia para estudar. Esforço esse que pareceu sempre estar presente, mas que talvez, exatamente por isso, era muito conhecido, normal e assim inquestionável.

Buscando compreender o que poderia ter contribuído para o valor dessa conversa, encontramos um conjunto de fatores: primeiro, ela tinha uma relação de maior proximidade com a cunhada, o que provavelmente proporcionou que o relato da experiência com o remédio fosse mais profundo e detalhado. Segundo, esta contou não somente sobre o uso do remédio para aprimoramento, mas sobre sua experiência com os benefícios do remédio para alcançar uma meta específica. Isso porque ela havia usado o medicamento para passar no concurso

público e realizou esse objetivo. Terceiro, e talvez mais importante ponto: essa conversa aconteceu quando M2 queria muito passar para o mestrado, mas vivia uma grande dificuldade para estudar, pois chegava muito cansada do trabalho e ainda tinha que cuidar da filha. Isso sem contar com sua constante dificuldade de concentração e com a lembrança de que já havia feito a prova duas vezes sem alcançar seu objetivo. Provavelmente por todos esses motivos, no período anterior ao exame para ingressar no mestrado ela estava desesperada: “... enfim ou realmente eu tava muito desesperada!” (M2)

Isso nos levou a pensar se tal conjunto de fatores: muita vontade de alcançar um objetivo específico, a sensação de déficit ou de não conseguir render bem nos estudos e o acesso à experiência pessoal ou o acesso ao relato de experiência de outras pessoas com o medicamento poderia estar na base do início da ingestão de metilfenidato nesse grupo de entrevistados.

3.2.4. Considerações sobre as motivações e condições

Inspirados em M2, revemos o que os outros quinze entrevistados falaram sobre o começo da ingestão do metilfenidato. Confirmamos que treze, entre os dezesseis participantes, tinham como meta passar em uma prova muito importante, prova esta que poderia significar uma grande realização profissional, financeira ou uma etapa fundamental para dar continuidade a sua carreira, já em andamento. Os objetivos apresentados por essa maioria provavelmente estava associada ao fato de todos esses usuários já serem formados há mais de um ano, pelo menos, e estarem buscando um lugar ou uma melhor colocação na vida profissional e financeira deles⁹⁴. Mas a intenção de se preparar para uma avaliação tão significativa não foi o único fator que os levou a consumir o remédio.

A suspeita da existência de outro fator veio do intervalo de tempo entre o início dos estudos para o exame e o começo da ingestão do estimulante. Dos treze usuários que iniciaram o consumo do remédio no momento que estavam envolvidos com a importante prova, apenas fez o primeiro consumo no dia do exame (H10). Todos os outros doze sujeitos iniciaram o uso do remédio depois de já estarem estudando há algum tempo para a almejada avaliação.

⁹⁴ Precisamos lembrar que as entrevistas dos outros três usuários não forneceram dados suficientes para avaliar o significado ou o grau de comprometimento deles com os cursos universitários que faziam.

Buscamos então entender o que acontecia nesse intervalo para que o remédio surgisse como **a solução**. Identificamos que os entrevistados que se preparavam para a prova percebiam que estavam rendendo pouco em seus estudos. Aliás, não apenas estes treze, mas todos os participantes da pesquisa tinham a compreensão que não estavam apresentando um bom desempenho cognitivo. Tal entendimento sempre resultava de uma comparação: com o próprio rendimento (habitual) ou com o desempenho de outras pessoas ou ainda com o estudo considerado necessário para alcançar seu objetivo. Lembrando que esse necessário estava vinculado a um padrão de supereficiência.

Nessas comparações, os usuários entenderam que a origem da baixa performance cognitiva poderia ser consequência de problemas situacionais e passageiros ou poderiam ser a expressão de dificuldades mais antigas e constitucionais da pessoa. Mas em quase todas as situações a sensação de déficit não estava apenas relacionada à ideia de normalidade, enquanto uma expressão da média, mas relacionada ao um rendimento ideal para alcançar a meta desejada, afinal, era necessário ser melhor do que os outros.

Contudo, nos relatos apresentados, percebemos que outro fator quase sempre era mencionado como algo bastante significativo para a opção de ingerir o remédio: o amigo usuário informante. O acesso à experiência dos benefícios do medicamento contados pelo amigo e, em alguns casos, o acesso ao primeiro comprimido a ser ingerido pareceram ter sido a melhor propaganda do fármaco. Afinal, a maioria dos entrevistados vinha passando por um momento no qual eles percebiam que estavam com um baixo rendimento nos estudos preparatórios para uma importante prova, para a qual precisavam ter uma excelente performance.

Entre os dezesseis entrevistados, apenas três mulheres (M1, M4 e M5), das cinco investigas fugiram a esse padrão. Para todos os outros treze participantes da pesquisa parece que o forte desejo de alcançar um objetivo, o sofrimento de perceber que o problema de concentração dificultava a realização da meta e o acesso à experiência (pessoal ou de outros) dos benefícios do metilfenidato estavam na base da motivação e condições para o uso do metilfenidato.

Acreditamos que a diferença apresentada por essas três integrantes venha por uma exigência menor da sociedade em relação a precisarem ter um sucesso profissional, mas também em decorrência da idade delas, pois elas ainda estavam cursando a faculdade durante o período de uso do fármaco e (ainda) não estavam tentando qualquer concurso público.

3.3. Efeitos e consequências do uso do metilfenidato

Neste tópico reunimos os relatos sobre as reações positivas e negativas com o fármaco. Conforme os usuários contaram sobre suas experiências, sugeriram informações sobre os medos e conflitos em relação à continuidade do uso. Dessa forma, optamos por expor os dados da seguinte maneira: **Benefícios** (diretos e indiretos), **Reações adversas**, **Medos e conflitos**, e **Considerações sobre os efeitos e as consequências do uso do metilfenidato**. Enquanto nos três primeiros itens mostramos mais o que os entrevistados verbalizaram (apesar de algumas interpretações nossas), neste último item, apresentamos o que entendemos como principal benefício do medicamento para estes participantes.

3.3.1. Benefícios

3.3.1.1. Benefícios diretos

Os dezesseis entrevistados ressaltaram que a ação direta do medicamento em seu corpo teria proporcionado uma ampliação no desempenho nos estudos e no trabalho. Contudo, buscamos compreender como eles entendiam que o fármaco ajudava a realizar seus objetivos. Percebemos, então, que esses efeitos positivos poderiam ser organizados em grupos: concentração; memória; organização; eficiência; disposição e energia e impulso para a ação. Além dessa contribuição, verificamos também que poucos participantes afirmaram que o medicamento lhes ajudou em aspectos emocionais, melhorando sua relação com as pessoas e consigo mesmo.

3.3.1.1.1. Concentração

Treze participantes revelaram uma significativa mudança na capacidade de concentração nas tarefas. Eles ressaltaram o quanto conseguiram manter o foco na atividade,

mesmo quando antes isso parecia impossível, como no caso de H9 que não conseguia estudar por mais de vinte minutos, pois começava a sentir dor de cabeça e uma forte agonia precisando sair para dar uma volta. “[Ritalina] Me ajudou porque eu consegui ficar realmente bastante tempo estudando, às vezes ficava seis, sete horas estudando... Isso pra mim, pô... era uma coisa... inédita, né?”

H1 repetiu várias vezes em sua entrevista o quanto não conseguia se concentrar e que a Ritalina® havia melhorado sua capacidade de atenção, principalmente nos estudos: “Tenho uma dificuldade de concentração e a Ritalina me deixa mais concentrado”.

Já M3 e H10 contaram que conseguiam concluir a atividade mesmo quando esta era muito chata. H10 acrescentou ainda o quanto conseguia se divertir ao realizar trabalhos enfadonhos.

“E é uma coisa que *pra* mim é chato, ficar decorando, lendo artigo por artigo e depois reler aquilo que eu já li... Isso *pra* mim é chato, e eu tenho que fazer isso *pros* concursos. E eu tenho dificuldade, então... Tem matérias que não gosto, que caem em todos os concursos que são *muito*... é... muito detalhe, muita coisa assim que eu não gosto e aí a Ritalina ajuda um pouco nisso, assim...”

“Você acha que ajudou?”

“Ajudou! Que até coisa chata eu consigo ir do início ao fim, que eu me proponho de ler seguido. E eu *tô* conseguindo estudar todos os dias, mesmo, todos os dias.” (M3)

“É isso, a Ritalina me faz ter saco de ler coisa chata, coisa que normalmente eu olharia e falaria: ‘Que coisa chata!’, e eu mesmo ia me sabotar e deixar de lado... Hoje eu tomo aí medicado, medicação, fico achando interessante. Minha tarde, eu *tô*... encontro uma tese jurídica, fazendo uma peça complexa, a minha tarde passa voando. Eu não vejo a tarde passando... eu realmente me divirto, gosto do que eu *tô* fazendo mas é Ritalina. Eu sei que é a Ritalina.” (H10)

Ao contrário da maioria dos entrevistados, M4 que apresentava uma importante queixa desde a infância sobre a dificuldade para estudar fez apenas um breve comentário durante toda sua entrevista sobre o benefício do metilfenidato: “Na primeira vez que eu usei, eu falei: ‘Caraca! Impossível!’ Eu consegui concentrar um pouco mais, sabe?”

Tal economia de elogios talvez esteja associada a sua desconfiança sobre um possível efeito psicológico e a transformação de seus sintomas, visto que hoje, ela consegue estudar bem sem o uso do medicamento. Aprofundaremos esses dois pontos mais adiante.

Como podemos acompanhar nas próximas falas, a maioria dos usuários usou a diminuição da distração como principal referência para avaliar a melhora na concentração. Por esse motivo, eles enalteceram o fato de não terem se dispersado com estímulos externos ou mesmo com as necessidades corporais como sede ou fome. H5 usou um termo interessante para descrever como percebe o efeito do fármaco: “parece que você *reseta* todo mundo em volta”.

Em seu relato, H8 ressaltou que o medicamento: “Dá mais concentração... As pessoas passam do seu lado você não necessariamente percebe. Você fica muito mais atento, muito mais preso, se apega mais aos detalhes...” Lembrando que para ele, os detalhes no estudo são importantes, pois nas provas isso faz a diferença.

Nas falas seguintes, podemos acompanhar as mesmas ideias:

“[...] parece que uma coisa assim... que... a concentração realmente fica maior... é... e aí eu leio e assim entendo as coisas mais fáceis e eu não sei... parece que... ah... não sei te explicar [...] quando eu estudo diferente [sem o metilfenidato] sinto que eu estou parando... Aí eu paro *pra* olhar o computador, paro *pra* não sei o que lá, aí eu demoro muito mais tempo.” (M1)

“Essa primeira prova que eu fiz sob o efeito da Ritalina, que eu tomava Ritalina um pouco mais de um mês, um mês e pouco. Eu lembro bem que quando eu me toquei, o tempo *tava* acabando, as cinco horas de prova e eu não... Nem *pra* ir ao banheiro durante a prova, que é uma coisa que é difícil porque você vai porque você fica com uma garrafa d’água do lado, você sempre come alguma coisa, é aquela coisa assim muito... Nesse dia eu vi que eu não comi, não fiz nada, quando eu vi já tinha acabado a prova, acabado o tempo, o cara já falando: “*Vamo entrega a prova!*” (H4)

“Você usa isso [medicamento] *pra* melhorar nisso [foco] e pegar cada detalhe do que o professor está falando. Sem o remédio você talvez estivesse olhando para o lado, tomando uma Coca-Cola. Nem sente vontade de tomar água, às vezes. Você toma a Ritalina, fica vidrado. Alguém fala do seu lado, você olha assim mas: ‘Não, não tem nada a ver comigo.’” (H7)

H11 demonstrou que ele mesmo fica admirado com o efeito do estimulante, pois: “A primeira hora assim é impressionante! [...] Você não consegue tirar, você não consegue sair da sua leitura. É muito mais difícil você sair, levantar, ir ao banheiro e... você fica ali lendo...”

Os dois próximos entrevistados ainda usaram a referência da distração para avaliar sua capacidade de focar nos estudos ou mesmo no professor dentro de sala de aula. Mas eles fizeram questão de quantificar o acréscimo trazido pela medicação. H6 apontou uma melhora de 40 a 50% em sua capacidade de estudo. Isso para ele foi algo muito expressivo, afinal ele havia saído de 5% de capacidade de estudo. Em outro trecho de sua entrevista ele reforçou que como não rendia nada nos estudos todos os dias, o que indica o grande sofrimento que vivia.

[Quando iniciou o uso do metilfenidato.] “Eu, eu... começava a sentar, começava a estudar, só que eu conseguia me prender mais às minhas coisas, entendeu? Eu, eu, eu... ainda que eu me distraísse, que era uma coisa que sempre *acontece*, eu conseguia ainda voltar mais... e eu comecei... e aí, pela primeira vez na minha vida, eu saí do 5% [de estudo]. Eu comecei a progredir, eu comecei a chegar nos 40, 50 [por cento] e tudo mais.” (H6)

“E aí uma das primeiras vezes, *né*, que eu fui *pra* aula tomando a Ritalina eu consegui prestar atenção na aula inteira. Assim, SEM PERDER NADA! SEM PERDER NADA! Nada me distraiu, sabe? Os outros alunos falando, uma mosquinha, um barulho ali fora, alguém passando pela porta, qualquer coisa não me distraiu. Eu consegui prestar atenção na aula inteira, eu participei da aula, *né?*” (M5)

“Porque... parece, parece que assim, tenho só 40% de capacidade de concentração, né? Normal na minha vida. E a Ritalina chega *pra* completar o resto. Entendeu, *pra* eu ficar 100%, a minha capacidade total, carga cheia de concentração, entendeu? De atenção, de foco. [...] Como se ela trouxesse essa parte que falta. É isso que eu sinto. Eu sinto que falta um pedaço. Não é assim: ‘Ah, até tem mas *tá* perdido aqui.’ Não, *pra* mim não tem. Parece que faltou.” (M5)

Podemos perceber que no primeiro trecho da fala de M5, ela mostrou o quanto a Ritalina® a ajudou a não se distrair com os estímulos que costumavam chamar sua atenção. Já no segundo trecho, ela explicou como entendia a relação entre seu déficit e a eficácia do estimulante. A ingestão do remédio proporcionou uma melhora na concentração foi tão significativa que ela passou a considerar que normalmente teria apenas 40% de capacidade de focar. Assim, somente a ingestão da Ritalina® seria capaz de lhe completar os 100% de atenção. Isso porque, os outros 60% de foco não estariam perdidos ou escondidos dentro dela. Eles simplesmente não existiriam.

Apesar de ela não ter verbalizado dessa maneira, suspeitamos que o depoimento de M5 indicou que a experiência com o benefício do medicamento foi tão “palpável” que isso teria reforçado uma compreensão fisicalista e orgânica do déficit de atenção, afinal era algo além de sua capacidade de escolha e autodeterminação.

Pegando emprestado o termo que H5 usou para falar de sua experiência, parece que o remédio deu à maioria desses participantes a possibilidade de “resetar” o mundo externo e interno, de forma quase mágica. O efeito do fármaco incluiria o apagamento de tudo, restando apenas a tarefa a ser cumprida.

Em seu relato, H10 deixou claro que houve um aumento de interesse e até de prazer ao realizar atividades “chatas” do trabalho. Contudo, não conseguimos identificar se o maior foco na atividade era entendido pelos participantes, de uma maneira geral, como uma consequência de um maior interesse no tema / tarefa ou se era resultado de uma inibição da capacidade de ficar alerta, ou seja, uma diminuição no estado de prontidão e vigilância em relação ao meio ambiente.

Essa dúvida surgiu ao observamos algumas falas, como por exemplo, a de H7, quando ele expressou a sensação de ficar “vidrado” (transcrição acima). Outro entrevistado compreendeu que esse foco excessivo resultava de um “embotamento de humor”. Um terceiro participante comentou ainda de forma direta e clara sobre a sensação de estar dopado. Por mais que o aumento do foco fosse algo desejado por eles, entendemos que os três usuários denunciavam algum estranhamento, em relação a esse efeito do remédio. Vejamos a seguir:

“Uma das poucas coisas que vi que tem alguma coisa diferente você *tá* tomando um medicamento [Ritalina] e... é um pouco do embotamento do humor mesmo. Ou de

alguém contar alguma coisa engraçada, uma piada e você não achar muita graça, parece que você *tá* focado... é um pouco de embotamento assim de humor...” (H11)

“Eu fiquei tão focado, que assim, vamos supor... você ‘tava’ lendo uma lei, e aí essa lei fazia referência a *uma* outra lei. Você passava a estudar aquela lei, tinha que ir lá e estudar a outra lei. Começava a estudar a lei e... Esqueci o que tinha estudado. ‘Tava’ tão concentrado que eu... você... chegou a dar uma... fiquei dopado, entendeu?” (H5)

Talvez para melhor compreender a fala de H5, é necessário explicar que para entender o conteúdo da primeira lei que ele estava estudando, ele precisava ler uma segunda lei. Contudo, como estava “dopado pela medicação”, ele “esqueceu” que a “prioridade” era a primeira lei e não a segunda.

As falas de H7, H11 e H5 nos fizeram pensar que a intensidade no foco poderia ser uma reação adversa do remédio, um argumento muito utilizado por Maria Aparecida Moysés, que é uma das principais ativistas contra o uso do fármaco aqui no Brasil. Em entrevista no Portal da Unicamp (GARDENAL, 2013), a pediatra afirmou que o medicamento dopa as pessoas apresentando um efeito similar a cocaína, como também podendo gerar o efeito “*zombie-like*” (quando a pessoa fica fechada em si mesma, sem interagir com o mundo ao seu redor). Segundo ela, esse efeito não seria apenas nas situações em que o remédio é utilizado para aprimoramento cognitivo, mas em qualquer uso deste fármaco.

Contudo, independentemente de poder ser considerado como uma reação adversa, entendemos que a maioria dos entrevistados buscava exatamente esse efeito, pois dessa forma a pessoa não mais se sentiria atraída pela grande quantidade de estímulos que a rodeiam, como smartphones, tablets e notebooks.

“Eu já notei, eu já notei assim: independente do que você *esteje* fazendo, se você se propõe naquele momento a ficar concentrado em alguma coisa, seja O QUE FOR, O QUE FOR. Se você fizer uso da Ritalina, já fiz alguns testes, você faz aquilo com muito mais concentração, você faz aquilo com muito mais... seja o que for, O QUE FOR!” (H4)

H10 revelou que sente da mesma forma o efeito da medicação: “Ritalina me permite ficar olhando *pra* pessoa assim, sério: ‘Concentra! Concentra na pestana esquerda!’ Aí fica concentrado. Entendeu... me dá... toda minha inquietude, fica... Consigo ficar... Entendeu? [Riu] É fantástico, entendeu?” Assim, o remédio funciona como um artifício para “impor” uma disciplina a atenção.

O grande reconhecimento depositado nesse benefício do remédio pareceu refletir o influente e poderoso valor que a atenção ganhou como principal meio para alcançar o sucesso e a realização profissional em nossa sociedade, como foi descrito por Cray (2001).

3.3.1.1.2. Memória

Alguns entrevistados citaram que a ingestão do metilfenidato trouxe uma melhor capacidade de memorizar o que haviam acabado de ler. H2, por exemplo, demonstrou valorizar o fato de conseguir resgatar mais rapidamente o conteúdo aprendido: “Achei maravilhoso porque... parecia que eu não esquecia nada, que as palavras vinham assim muito rápido... aí... e... aí eu adorei o negócio, né?”

M1 demonstrou que manter o registro da informação que acabou de ser lida era muito importante para compreender melhor o conteúdo e, assim, seguir em frente com o estudo.

“Assim... é... como se você, se você... é... é uma coisa meio que junto de concentração, então você lê uma coisinha e: ‘Ah, então tá... É isso!’ E aí você parte pra outra coisa e aí você já vai entendendo e automaticamente você vai memorizando várias coisas.” (M1)

Já H4 expressou o quanto a Ritalina o ajudava a gravar a lei exatamente como esta constava nos livros e a importância disso, pois nas provas é fundamental saber a lei exatamente como ela é escrita: “A Ritalina entra aí, nesse aspecto, da... da obrigatoriedade... de você não poder errar... a vírgula, que as provas vêm, os erros, os caras botam a... tiram a vírgula de um lugar, põe *pro* outro e aí tá o erro e você... entendeu... A prova é feita pra você errar.” O uso do medicamento para ajudar na memorização também foi citado por M3, que também reforçou o quanto essa “exatidão” era cobrada nas provas para os concursos que prestavam.

Poucos usuários ressaltaram esse benefício remédio, o que poderia indicar que o medicamento pouco influiria nessa capacidade. Contudo, pensamos também que o grande valor na atenção como principal habilidade no processo cognitivo poderia ofuscar a ampliação da memória. Nossa suspeita surgiu com a associação de dois dados. O primeiro foi a fala de H4, quando ele não usou a palavra memória apesar de ter deixado explícito que a medicação ajudava nessa tarefa. O segundo dado foi o valor de reproduzir integralmente e fielmente a lei para obter uma boa nota nas provas de seus concursos. Especialmente para todos aqueles que buscavam um cargo no setor judiciário (seis usuários), a memorização de leis era um ponto obrigatório dos estudos. Contudo, entre os concursandos, apenas H4 e M3 afirmaram sobre essa necessidade e o quanto o remédio ajudava exatamente nesse ponto.

Outra informação associada a essa questão dos benefícios do remédio para a memória é a meta-análise realizada por Smith e Farah (2011). Em seu artigo, as autoras apresentaram os resultados de pesquisas clínicas avaliando a eficácia de estimulantes (anfetaminas e

metilfenidato) para o aprimoramento cognitivo. Segundo elas, apesar do grande número de investigações sobre o tema, não havia dados que confirmassem que esses medicamentos melhorassem o aprendizado. As pesquisas sugeriram apenas que havia um incremento na memória declarativa, aquela relacionada à lembrança consciente de fatos e conhecimentos.

Apesar da proposta de nosso trabalho não incluir a avaliação da eficácia do medicamento para tratar o TDAH ou para aprimorar a cognição, entendemos que esse dado é mais uma indicação do quanto para o grupo entrevistado, a atenção era considerada uma habilidade que estava na base do processo cognitivo, minimizando assim o valor de outras capacidades mentais para um bom rendimento nos estudos.

3.3.1.1.3. Organização

Dois usuários comentaram que o tratamento medicamentoso trouxe para eles uma maior organização nas tarefas cotidianas. H5 enfatizou mais a diferença dessa organização nos estudos: “A Ritalina me organizou, eu era... sou extremamente desorganizado com tudo, agora você pega os meus resumos, você pega as minhas coisas... é uma coisa, eu sei exatamente... é uma coisa de cada cor... ela organizou o meu estudo, organizou meu cérebro.”

H6 explicitou mais o aspecto geral dos benefícios do remédio já que com essa organização ele melhorou o ritmo de seu dia a dia: “Mais pontualidade, é, é... organização de tarefa, às vezes eu queria fazer tudo, não conseguia fazer nada, não sei que... Hoje eu consigo me centrar mais no que *que* eu tenho que fazer.”

Outro ponto que chamou atenção na resposta de H5 é que ele afirmou que o remédio “organizou seu cérebro”. Entendemos que sua fala reafirmou a compreensão fisicalista, quase concreta, que esse entrevistado tem de suas dificuldades e dos efeitos positivos do remédio.

3.3.1.1.4. Eficiência

Outro benefício que foi bastante valorizado pelos participantes da investigação estava associado a uma melhor capacidade de estudo (aprendizagem) em menos tempo de dedicação. Segundo M2: “Um capítulo que eu demorava dois dias *pra* ler, eu lia muito mais rápido, conseguia... porque eu conseguia começar e terminar, *né?*”

H1 também percebeu que com o remédio precisa de menos tempo para estudar: “Quando eu tenho que sentar e produzir... O que as pessoas gastavam seis horas pra estudar, eu gastava uma semana. De verdade! Logo que eu comecei a tomar Ritalina pra estudar, eu produzia em um dia o que eu produzia em uma semana. Antes. Sério!”

A mesma sensação foi reproduzida por H3: “[Com Ritalina] Realmente foca, assim... Você lê muito mais, muito mais rápido, entendeu?”; por H8: “[Com Ritalina] O raciocínio, acho que fica mais rápido... Pega a matéria mais rápido, eu acho. Em termos de eficácia, é... fundamental, muito bom.” e por H10: “Que pra estudar uma coisa que hoje eu estudo em uma hora, eu demorava sete.” Apenas o relato de M1 foi um pouco diferente desses outros, pois ela ressaltou mais o resultado do efeito. Mesmo assim, ela reconheceu que apesar da nota anterior ser boa, a melhor nota foi alcançada com um menor tempo de preparação para a prova.

“Ah, tipo assim, é... Sei lá uma matéria que eu tinha tirado sete e meio agora eu tirei oito ponto sete... estudando menos, entendeu? Digamos menos tempo, entendeu? Nesse sentido, isso com certeza assim aprendendo mesmo. Sem dúvidas que meu estudo rendeu muito mais. Sem a menor dúvida. (M1)

Para os entrevistados que se sentiam com um déficit em seu rendimento e que precisavam estudar um grande volume de matéria para conseguir se sair bem na prova (fosse concurso público, residência, mestrado ou exame da OAB), conseguir ganhar a eficiência no desempenho era algo muito desejado e útil. Além de H8 que expressou sua desconfiança de que a Ritalina® acelerava o raciocínio, nenhum dos outros entrevistados citou como entendia a ação do medicamento nesse ponto.

Dessa forma, percebemos que além de ter que estudar muito para conseguir passar bem na prova, era necessário fazer isso em pouco tempo. Somente assim seria possível aumentar o volume de informações assimiladas, dentro do prazo disponível, e então criar a possibilidade de ter um melhor desempenho que os concorrentes. A competição trouxe a necessidade de render mais no menor tempo possível. Segundo H8:

[Para passar no concurso é necessário] “Uma performance absurda! É, é... é beira a excelência... é, é, é... assim você estudar o administrativo, é meio que o princípio da eficiência, assim, quanto mais eficiente você puder ser melhor e assim... a Ritalina proporciona isso.” (H8)

3.3.1.1.5. Disposição e energia

Um benefício que muitos entrevistados ressaltaram em seus relatos foi o aumento disposição e energia de uma maneira geral. Esse efeito era percebido, muitas vezes, depois da

ingestão do medicamento, no momento de pico de concentração do fármaco. O relato de tal efeito não causou estranhamento visto que o remédio é um estimulante e, já no início de sua comercialização, em torno da década de 1960, ele foi usado para melhorar o bem estar físico, diminuindo estados de cansaço e fraqueza (WEBER, 2000; SINGH, 2007). Além disso, um recente estudo confirmou a indicação de outras investigações sobre a boa eficácia do metilfenidato para Fadiga Relacionada ao Câncer (CAMPOS et al., 2011). H3 afirmou: “E sente mais disposição...”. Ele não foi o único a mencionar esse benefício.

M2, por exemplo, ressaltou que conseguia ficar estudando (sem sono) muito além do que de costume: “Tomava meio-dia mais ou menos, porque até uma hora da manhã eu ficava [estudando] é... tinha assim... Eu conseguia ficar com uma atividade assim, sabe? Que se deixasse, sabe? Em situações normais, às 10 horas da noite eu queria dormir, sabe?”.

“A parte da disposição, de tempo, de conseguir de... como é que seria a palavra pra isso... energia *pra* ficar fazendo muito, muitas horas a atividade, histamina [?]. Isso aí, quando eu estudei, por exemplo, *pro* exame de ordem [com a Ritalina] eu senti o aumento da minha energia.” (H10)

H6 observou que a maior disposição vinha como o uso do Concerta®: “Com Concerta principalmente, mas a Ritalina diminuiu bastante também. Eu tinha muito, muito, muito, muito sono à tarde, depois do almoço.”

Da mesma forma que H6, H8 comentou sobre o sono da tarde e o quanto o remédio melhora isso: “depois do almoço, assim não tem aquela lombeira... você toma [Ritalina] não tem aquela lombeira, aquela indisposição, você fica mais ligado...”

Como muitos estudavam na biblioteca o dia inteiro, sentir sono depois do almoço era comum, mas que atrapalhava bastante o rendimento nos estudos. Dessa forma, a ingestão do remédio mantinha os entrevistados acordados e produtivos em horários e momentos que normalmente sentiriam vontade de dormir. H2, por exemplo, explicou que ficava acordado de maneira diferente: “mas é isso que eu *tô* te falando: é porque ele [metilfenidato] dá, ele deixa acordado de uma forma que você fica mais atento e você consegue realmente ler mais.”

Essa mesma ideia foi expressa por H7: “O medicamento melhora o rendimento porque eu não fico com sono. Fico mais tempo acordado, absorvo melhor o conhecimento.”

Percebemos que na compreensão desses participantes, a diminuição do sono implicava diretamente no aumento da atenção, reforçando mais uma vez o valor dessa capacidade para o desempenho cognitivo.

Apesar de nem todos os entrevistados terem sido tão claros quanto H2 e H7, imaginamos que o aumento de energia tenha sido considerado como um importante benefício

para aumentar o rendimento cognitivo. Isso porque para uma pessoa se manter estudando por longos períodos, é necessário que ela tenha disposição e energia para isso. Como afirmou H8:

“... uma pessoa que estuda o dia inteiro [sem Ritalina], e uma pessoa que estuda com Ritalina... Superficialmente, a Ritalina ajuda muito porque no final da noite, oito horas da noite, essa pessoa que toma Ritalina *tá* rendendo ainda. A pessoa que chegou oito horas da manhã [e não usa Ritalina] não *tá* rendendo nada. *Tá* bocejando, já *tá*... *cansa*... muito cansaço. Ela dá um *up!*” (H8)

Na lógica dos benefícios do medicamento, a diminuição do sono e o incremento na disposição para estudar e/ou trabalhar faz crescer mais ainda a eficácia. Afinal, se sob o efeito do metilfenidato, a pessoa consegue render mais do que outra pessoa sem o medicamento, o desempenho da primeira acaba sendo multiplicado pela quantidade de horas que ela consegue estudar a mais do que a pessoa que não consome o medicamento.

Ainda sobre o aumento na disposição, dois usuários ressaltaram que não adiantava utilizar a medicação se eles estivessem muito cansados. Segundo a experiência de H2, o remédio só faz seu efeito até um ponto: “Que chega uma hora que você cansa, *né?* O corpo vai dormir e o cérebro não vai dá mais... não dá mais!”. H5 demonstrou ter identificado esse mesmo limite em seu efeito:

“E eu estudei três semanas seguidas sem sábado e domingo... Mas assim, chega determinado momento do dia que você cansa, tua cabeça cansa, que nem um músculo. E não tem Ritalina que você tome... Por exemplo, vamos supor que hoje, como eu não tomo mais seis [comprimidos], tomo quatro [comprimidos], que eu tomasse mais dois [comprimidos], por exemplo. Não adianta!” (H5)⁹⁵

A fala desses dois entrevistados confirmou que o benefício do estimulante tem um limite. Apesar de não terem expressado isso de maneira clara, a fala deles nos fez pensar que a descoberta do limite veio na busca de ultrapassar os próprios limites corporais para alcançar o objetivo profissional.

3.3.1.1.6. Impulso para ação

Outro efeito positivo citado pelos participantes foi um aumento na vontade de iniciar ou voltar logo para o trabalho. Como falou H7: “Pelo menos eu não senti que melhorou minha inteligência. Não fiquei mais inteligente. Alterou mais a parte da motivação.” (H7)

⁹⁵ Em determinado momento de seu tratamento, o médico lhe receitou dois comprimidos de Ritalina® 10mg, três vezes ao dia (manhã, tarde e início da noite). Ele testou, mas percebeu que os comprimidos do final do dia não o ajudavam mais, pois ele já estava cansado. Assim ele optou por usar quatro comprimidos ao longo do dia usando o último por volta da 17h.

“[Antes de usar o medicamento] Ligava a *TV*, ficava conversando muito tempo com minha sobrinha, moro com ela, e... assim, agora eu não sinto mais necessidade disso. Tipo, eu termino, paro de estudar, paro um pouquinho, mas eu já quero voltar a estudar, quero logo terminar o que eu *tô* fazendo. (M3)

A Ritalina foi... a Ritalina me transformou em operacional. A parte do... do resto era eu já, entendeu? Eu sou operacional, eu sou o cara que consegue ser um advogado... Consigo ser o que faz a petição, que digita, que revisa, o que pensa na tese, que eu antes não conseguiria. Eu antes seria o ponta-de-lança, assim: ‘Você, vai fazer isso!’, entendeu? (H10)

Apesar de poucos entrevistados terem relatado esse benefício, optamos por fazer sua apresentação e discussão, pois entendemos que esse efeito traz um problema curioso. Não ficou muito claro para nós se o que chamamos de “impulso para a ação” seria a consequência de um aumento de energia e maior disposição para realizar a tarefa ou se isto seria o resultado de um maior interesse e comprometimento com o objetivo a ser alcançado em decorrência da diminuição do estado de prontidão e vigilância. Existe ainda uma possibilidade de este benefício estar exatamente entre esses dois efeitos positivos.

3.3.1.1.7. Efeitos positivos na emoção

Quatro entrevistados comentaram sobre os benefícios do remédio sentidos diretamente em sua emoção. Dois deles relataram que o consumo do fármaco modificou sua relação com as pessoas. H6 que muitas vezes era muito nervoso em casa, contou que “as pessoas nitidamente viram que eu *tava* mais calmo, mais tranquilo.”

H5, que também contou sobre essa modificação, acrescentou ainda que essa transformação veio em consequência da ingestão do medicamento, mas que hoje em dia já não precisa mais estar sob o seu efeito para viver essa melhora.

“Eu tinha mania de zoar mesmo quem eu não conhecia, de botar pilha assim... já teve até fatos que foram até desagradáveis por isso, de tomar patada com razão, entendeu? A Ritalina me dá uma segurada na minha onda, entendeu. Mas não só quando estou medicado. Desde que eu passei a fazer o tratamento com ela, entendeu?” (H5)

Já H1 expressou apenas um bem estar consigo mesmo, uma sensação de capacidade. Mais adiante em sua entrevista, esse usuário explicou que essa sensação vem quando o remédio está no auge de seu efeito (pico de concentração do medicamento): “Eu sinto uma felicidade grande quando eu tomo. Uma sensação de.... poder fazer as coisas. Uma sensação de capacidade, *né?* Eu acho... Uma segurança maior... Ritalina é tudo de bom!” (H1)

O depoimento mais diferenciado em relação aos benefícios emocionais foi o de H2. Assim, decidimos contar um pouco mais de sua história para facilitar a compreensão de sua fala. Antes de experimentar o estimulante, H2 buscou acompanhamento psiquiátrico por abuso de drogas⁹⁶. Testou alguns remédios para tratar a dependência química, mas a maioria dos psicotrópicos o deixava “para baixo”. Como essa era uma sensação muito ruim para ele, interrompeu o tratamento algumas vezes. Depois que experimentou o psicotrópico pela primeira vez, iniciou uma busca para conseguir sua prescrição. A intenção era estudar para um concurso que ia prestar. Só conseguiu a receita com um neurologista que lhe indicou Ritalina® LA. Este lhe avisou que dependendo de sua necessidade de trabalho e estudo, ele que poderia manipular a quantidade do fármaco a ser ingerida, abrindo as cápsulas do medicamento. Tal liberdade dada pelo médico favoreceu o abuso da medicação. Ao perceber isso, o participante foi diminuindo a utilização do remédio até parar o seu consumo.

Depois de algum tempo, H2 reiniciou seu tratamento contra as drogas com um novo médico. Este lhe receitou o metilfenidato e a Bupropiona (Bup), um fármaco que o entrevistado já utilizava para controle de drogas. A indicação do primeiro medicamento veio da compreensão do novo psiquiatra de que H2 tinha o perfil de TDAH desde sua infância⁹⁷. Como ele gostou muito do efeito do remédio, aceitou usar a medicação novamente com a condição de que fosse o Concerta® por entender que com este haveria menos risco de abuso.

“Eu continuo tomando Bup e o Concerta, que eu tomo, *né?* E... aí a gente [ele e o médico] foi percebendo que na realidade a Ritalina®, o metilfenidato, ele age também um pouco como um antidepressivo, *pra* mim. Ele me ajuda a fazer as coisas que eu tenho que fazer, e tudo mais... Tenho menos ciclos de depressão, *né?* Depressão... eram depressões leves, mas eram depressões, *né?* Agora a depressão não dura o que... meio dia, *né?* Que eu já...”

“O que que você chama de depressão?”

“São... Bom... O que se chama lá na clinica que eu tratei, é... é... Recaídas emocionais, *né?* você... é... ah... fica muito triste, sem vontade de fazer nada, *né?* Fica com vontade de ficar deitado... Muita autopiedade... e... enfim... por vários motivos, *né?* De família, de criação, tudo mais, *né?* [...] E... e a gente então chegou a essa conclusão que *tava* sendo legal *pra* mim por causa disso. E eu concordo. Eu acho que *tá* sendo legal, e... Realmente melhora muito o rendimento.” (H2)

A melhora emocional do medicamento foi tão significativa para ele que ao final da entrevista, quando foi perguntado se tinha algo a mais para acrescentar a tudo que tinha sido falado, ele sugeriu que fossem realizados estudos sobre o uso do metilfenidato para ajudar a tratar a dependência às drogas. Em suas palavras: “Eu acho que devia se estudar é... o caso de

⁹⁶ Ele afirmou que usou várias drogas como maconha, cocaína, anfetamina, êxtase entre outras.

⁹⁷ Acreditamos que o histórico de abuso de drogas tenha contribuído para seu diagnóstico. Os profissionais e autores que defendem o diagnóstico e o seu tratamento medicamentoso afirmam que o tratamento do TDAH na infância diminuiria o risco de uso de drogas no futuro (MATTOS, 2001; BARKLEY et al., 2003; WILENS, 2004)

usar ou não isso [metilfenidato] em tratamento de dependentes químicos. Eu acho que é possível, mas tem que ter o controle, naturalmente, *né?*” (H2)

Dessa forma, podemos ver que os benefícios emocionais conseguidos com o consumo da medicação não seguiu um padrão. H4 ficou menos impulsivo em suas relações, H6 ficou mais calmo com as pessoas, H1 sentiu-se mais capaz e seguro de si enquanto que o H2 ficou mais estável emocionalmente conseguindo realizar melhor suas tarefas cotidianas. Não foi sem motivo que ao final do trecho transcrito ele acrescentou que o remédio melhorava muito seu rendimento.

3.3.1.2. Benefícios indiretos

Ao todo foram oito usuários que contaram sobre mudanças e transformações vividas depois que experimentaram os efeitos positivos do metilfenidato, ou seja, a partir das melhoras obtidas pela ingestão do remédio (benefícios diretos), eles vivenciaram outros ganhos e efeitos positivos. Demos o nome de benefícios indiretos aos **desdobramentos** dos efeitos positivos diretos.

Para dois entrevistados, a ampliação de concentração e memorização proporcionada pelo uso do medicamento aumentou (indiretamente) sua motivação e determinação para estudar. Assim, ficou mais fácil para M1 estudar: “Ah, dá assim uma euforiazinha, na verdade a euforia que eu tive assim de... eu fiquei satisfeita de ver que *tava* desenvolvendo, então fiquei lendo, estudei, sabe fiquei empolgada, me deu euforia nesse sentido, entendeu?”

Para H5, conseguir sentar e ter atenção contribuiu para modificar o sentido do estudo e minimizar seu sofrimento. O que antes era vivido como uma tortura passou a ser suportável e encarado como uma etapa importante e realizável para alcançar seu objetivo.

“É porque.. no fim é... o que que é? Ficar dentro da biblioteca *prum* cara que nunca... sempre... nunca estudou, sempre pegou onda, fez coisas de atividade física, sempre fez coisas de é... ação, *né?* Não *sô* mental, entendeu? É como se fosse uma... um... uma... qual a palavra...? Como se fosse um castigo... como se fosse, não é nem um castigo... pior até... como se fosse uma tortura *pro* cara. Só que o que que acontece, como é alguma coisa que é o meu sonho e eu tenho que passar por isso eu não posso ver assim. Eu tenho que ver [o estudo] como uma coisa que eu... vai me libertar daqui a um tempo. Mas até eu chegar nessa consciência que eu tenho hoje... Se eu não tivesse... não conseguisse estudar a quantidade de horas que queria e que eu preciso, talvez eu nunca tivesse chegado nessa consciência.”

“Ia continuar sendo uma tortura?”

“Ia continuar... ou não. Eu... Talvez *teria* desistido, entendeu?” (H5)

“Mas foi aos poucos isso também... foi melhorando... Hoje eu faço... estudo... momentos, assim, véspera de prova, dez horas. *Líquida*, contando hora de ir ao banheiro, oito horas por dia. No mínimo 6 horas líquidas por dia. Entendeu? Mas até você chegar a isso demora. Demorei... demorei *prá* aprender a estudar, como você... forma de estudar. No início eu pensei, ‘pô, escrever, nunca vai ser uma forma [de estudar]... vou perder muito tempo escrevendo.’ Enfim, a gente acaba que aprende a estudar também. Demorei a aprender a estudar e ver como você guarda as informações.” (H5)

H5 ainda acrescentou que por mais que o estado de concentração (com o uso do remédio) tenha sido imediato a ponto de sentir-se dopado, ele percebeu que o processo de descobrir a melhor forma de estudar e de conseguir render melhor nos estudos veio com o tempo. Isso pareceu ir de encontro ao que esse usuário falou antes, quando citou que a Ritalina® teria organizado seu cérebro. Entendemos que esses posicionamentos refletem o reconhecimento do entrevistado de que o remédio lhe “trouxe” algo que ele não tinha, mas ao mesmo tempo marcam algo que é dele e que pode ter sido favorecido pelo remédio, mas que não é o remédio e sim sua escolha e sua vontade de ocupar o cargo que almeja. Talvez essa necessidade em ressaltar seu esforço (em outros pontos de sua entrevista ele frisou que outras pessoas usam o medicamento, mas não ficam na biblioteca estudando porque descem para ficar papeando) revele que para ele é muito importante afirmar que seu futuro sucesso profissional venha de seu esforço, lembrando muito a “ética protestante” do capitalismo clássico (WEBER, 1967).

Já outros depoimentos de benefícios indiretos apontaram para um incremento emocional dos usuários do fármaco. Uma consequência citada por quatro entrevistados foi o aumento da autoestima e/ou a construção de uma autoimagem mais positiva de si. Apesar de H1 ter sido muito econômico em sua fala, essa frase foi verbalizada depois que contou todo o sofrimento desde sua infância e adolescência tentando estudar sem grandes sucessos. Além de ter achado que era preguiçoso e de ter passado por muitas crises de sudorese para conseguir estudar, ele também estabeleceu uma comparação com outras pessoas ao dizer que ele produzia em uma semana o que as pessoas conseguiam estudar em seis horas. Por isso ele afirmou: “Quando eu mudei pra a Ritalina foi muito bom, melhorei minha autoestima. Foi ótimo!” (H1)

Observando o trecho transcrito na fala de H10: “... A Ritalina entrou na minha vida foi um.... grande diferença. Eu era um cara desacreditado [...] ferrado, ninguém dava nada por mim, não... Ninguém... dando moral zero! Entendeu? E agora eu sou o bem sucedido da minha família.” é possível perceber que a melhora da autoimagem passou pelo reconhecimento de sua família. Mas se para H10 o mais importante era perceber que sua

família passou a considera-lo “o bem sucedido”, para M5 bastava não fazer uma “idiotice” em plena sala de aula:

“Eu sabia que estava ouvindo e entendendo e concentrada 100% ali no que aquele professor *tava* falando. Então eu sabia que o que eu ia falar, o que eu ia perguntar, não era idiotice. Entendeu? Fazia sentido perguntar aquilo ou então fazia sentido expor aquilo. Entendeu? Então assim, *né?* Nesse sentido muito mais confiança.”
(M5)

Já M2 demonstrou valorizar mais a comparação de sua produção no momento do uso do remédio com o rendimento que sempre havia tido em sua vida.

“Eu não sei se é porque isso também tem a ver com a sua produtividade, você começa a... é... eu *come-* a conseguir fazer as coisas, sabe? Eu trabalhava melhor, eu *tava* estudando, eu *tava* conseguindo estudar então eu ficava feliz, sabe? Com esse resultado com essa produtividade então eu me relacionava melhor eu ficava alegre, sabe? Assim isso reflete na minha relação com a minha mãe com minha filha [...]”
(M2)

Além de a entrevistada ter ressaltado o quanto a melhora em sua produção havia lhe deixado mais feliz, ela ainda acrescentou que esse estado havia melhorado sua relação com as pessoas mais próximas de sua família.

A percepção dessa usuária foi diferente dos relatos de H5 e H6, pois estes afirmaram que a melhoria nas relações sociais foi uma consequência direta do efeito do medicamento, enquanto que para M2 era um benefício indireto, foi uma consequência de sua maior produtividade.

Outro desdobramento do benefício direto do aumento de concentração e de manutenção de um ritmo de estudo foi citado por M3. Segundo ela, o fármaco ajudou a cumprir o planejamento de estudo diariamente e isto diminuía sua ansiedade.

“Isso... Porque assim, se eu cumprir o meu dia de estudo, eu me sinto... Penso: ‘*Pô*, ah, eu fiz o que eu tinha que fazer’. Se eu não fizer, eu fico meio... é como se eu tivesse um buraco dentro de mim. Se eu *tô* fazendo um negócio mal feito, aquilo ali não... Aí aumenta a minha ansiedade porque eu vou sentir que eu não *tô* bem...”
(M3)

Outros quatro participantes indicaram que o metilfenidato trouxe para eles um maior sentimento de igualdade com as outras pessoas. Nenhum deles expressou que isso seria um efeito indireto do remédio, mas entendemos que a sensação de normalidade era experimentada depois que havia a equiparação de alguma capacidade com a os outros. Podemos identificar isso na seguinte fala de H6: “Mas, acho que... [a Ritalina] dá a sensação de você ser um pouco mais normal, sabe? É, é isso, sabe, tem dia que você vai render mais, tem dia que menos... e não TODO DIA RENDENDO NADA. TODO DIA RENDENDO NADA!” Assim, para H6, o que o tornou parecido com os outros foi o seu rendimento.

O mesmo ocorreu com H10 que se sentiu recolocado na sociedade porque depois de ser medicado, ele conseguiu cumprir seus acordos, o que antes não acontecia, como podemos ver a seguir:

“[...] eu tomo Ritalina, mas hoje, na minha vida, me, me, me recolocou na sociedade, entendeu? Foi uma parada que sem dúvida fez a diferença de me recolocar na sociedade, porque por mais que eu pudesse falar que ia fazer não sei o que, que eu vou fazer hoje, chegava na hora do vamos ver eu não conseguia fazer. Hoje na hora do vamos ver, eu tiro de letra! Não que eu seja *fodão*, porque na prática eu consigo parar e pensar...” (H10)

Assim, a sensação de normalidade e inclusão não vieram de um efeito direto do fármaco, mas sim da percepção de que conseguiam realizar o que outras pessoas também realizavam. Nesse trecho da entrevista, H10 repetiu o quanto ele trazia com ele mesmo uma sensação de déficit. Mas, até então, não havia ficado tão claro o quanto ele se sentia excluído. Não foi sem motivo que, depois da Ritalina, ele passou a não aceitar qualquer atitude das outras pessoas com ele, nem mesmo de sua esposa (na época).

“Minha primeira esposa era super bem sucedida que achava que meus amigos eram perdedores. E aí eu alcancei um sucesso que não era nem próximo do dela, que era um *sucessinho*, comecei a achar ela vaidosa, mesquinha demais, inclusive comigo, ela fazia umas coisas de mesquinha comigo, carro... Umas coisas que eu comecei a não aturar mais. A Ritalina me possibilitou colocar o pau na mesa, se eu puder falar francamente, entendeu? Eu pude ser o cara que: ‘Ah, é, minha filha? Então vai lá embagular longe!’ Entendeu? E aí eu segui meu caminho [separaram].” (H10)

Outros dois usuários também revelaram uma sensação equiparação aos outros que surgiu a partir do uso da medicação. Neste trecho da fala de H5, ele demonstra que o remédio veio eliminar a diferença para conseguir ficar igual aos outros, apesar da opinião oposta de algumas pessoas. “‘Pô, o cara toma Ritalina!’ Acham que é uma coisa que *tá...* eu ‘*tô*’ ganhando... pelo contrário, eu ‘*tô*’ tentando me igualar ao cara que não tem problema, com concentração.” (H5)

O relato de H1 apontou a mesma questão: “No MEU MEIO [de trabalho], muita gente usa, muita gente usa... Acaba que assim, atualmente quem usa parte do zero. É meio assim. É tão comum usar que parte do zero. Quem não *tá* usando *tá* partindo do negativo.” (H1)⁹⁸

Apesar de H5 ter falado que o medicamento era uma estratégia para se igualar às pessoas sem problema de concentração, a sensação de estar igual aos outros só seria possível depois de ter acesso ao resultado de uma melhor concentração. Ou seja, primeiro era necessário a melhora da atenção para depois (segundo momento) sentir-se igual aos outros.

H1 não falou especificamente de si e nem da sensação de ele estar igual às outras pessoas. Mas podemos deduzir deste trecho de sua entrevista que o usuário entende que o

⁹⁸ Para lembrar, H1 é médico residente.

medicamento nivela todas as pessoas no marco zero. Enquanto H5 ressaltou que o remédio o ajudava (ele tinha déficit de atenção) a ficar igual a quem não tinha o problema, H1 já não demonstrou ter feito a diferença entre pessoas com e sem transtorno. Entendemos que ao falar “quem usa parte do zero” sem diferenciar pessoas saudáveis ou não, ele não estava levando isso em consideração. No caso dele, essa colocação fez bastante sentido, pois ele era médico e, em seu meio, muitas pessoas faziam uso do medicamento para aprimoramento. Além disso, diferentemente de outras pessoas que entendiam que tinham o transtorno e que criticavam o uso do remédio por quem não tinha dificuldade de concentração, ele que tinha bastante dificuldade para estudar e não criticou aqueles que usaram o remédio e passaram para a mesma residência que ele. H1 entendia que o mercado era muito competitivo e que as pessoas se utilizavam de vários artifícios para conseguir seu lugar no mercado, não havendo o que fazer quanto a isso.

Assim, acompanhando a fala desses oito entrevistados percebemos que eles não nomearam os desdobramentos do uso do remédio como benefícios indiretos aos efeitos diretos do fármaco. Mas as falas desses usuários pareceram confirmar que a melhora no rendimento nos estudos geraram melhoras emocionais, reforçando a importância performance profissional e reconhecimento dos pares na construção da autoimagem do indivíduo.

3.3.2. Reações Adversas

De todos os participantes da investigação, apenas M5 não citou sobre problemas com efeitos indesejáveis. Todos os outros quinze entrevistados comentaram em algum momento sobre uma reação negativa do remédio. Contudo, nenhum dos usuários deixou de consumir o fármaco em decorrência dos problemas vividos. As interrupções no consumo aconteceram principalmente porque o remédio havia perdido sua funcionalidade, ou seja, já não era mais necessário ter uma performance tão elevada⁹⁹.

Como para todos os outros participantes os efeitos negativos experimentados não foram suficiente para interromper o consumo do estimulante, entendemos que ou as reações causavam pouco sofrimento, ou os entrevistados haviam conseguido eliminar esse problema ou ainda os efeitos indesejados tinham um valor menor do que os benefícios que o

⁹⁹ Mais adiante apresentaremos os motivos de alguns usuários terem deixado de usar o fármaco.

medicamento trazia para seus usuários. Para fazer a apresentação das reações adversas, optamos por dividir as queixas de acordo com a fala dos entrevistados: alterações físicas; insônia; dificuldades durante a prova; ansiedade e agitação; embotamento de humor; dependência.

Tal organização das reações adversas implicou que alguns usuários fossem citados em mais de uma categoria visto que estes sofreram uma maior variedade de efeitos negativos.

3.3.2.1. Alterações físicas

Identificamos que dez entrevistados citaram alguma reação desagradável vivida no corpo físico como dor de cabeça, enjoo, perda de apetite, emagrecimento, sede, boca seca, gosto amargo na boca, sensação de febre, aumento do calor corporal, sensação de uma intensificação do metabolismo corporal, arritmia cardíaca, aumento na pulsação, tremor nas mãos, sonolência (quando acabava o efeito do remédio) e sensação de fraqueza e cansaço. Destes dez entrevistados, quatro afirmaram que algumas dessas queixas sumiram logo no primeiro mês de maneira espontânea.

M2, por exemplo, contou que: “Com o Concerta eu senti um pouco de dor de cabeça no início então... No início eu tomava é... um analgésico”¹⁰⁰. O mesmo ocorreu com H8: “Quando eu comecei, eu sentia dor de cabeça, no primeiro mês eu senti muita dor de cabeça, mas depois acabou tudo.” Já H3 relatou que: “Muito no comecinho, assim eu senti um enjoo é... Basicamente isso: um enjoo. Mas foi bem rápido, *passô*.” H5 também contou que todas as reações passaram com o tempo:

“Com o medicamento... parece que você fica com febre, entendeu... Eu sinto... Eu já sou calorento, mas eu fico com muito calor. No início eu tinha, ficava com muita boca seca. [...] No início também tive um pouco de dor de cabeça, hoje em dia não tenho mais. Também no início eu tinha umas arritmias no coração. Era... isso é... era uma coisa que me preocupava. Às vezes eu sentia meu coração dar uma ‘turututum...’ dar uma desregulada. Parecia que estava tendo uma coisa [...] também isso parou, nunca mais eu tive. Deve ter mais de ano que eu não tenho.” (H5)

Os outros participantes afirmaram que enquanto consumiram o medicamento ainda viviam alguns incômodos, mesmo assim eles mantiveram a ingestão do estimulante. Por exemplo: H2 explicou que durante todo o período que usou o fármaco: “eu me lembro de ter uma sensação de cansaço... muito grande... eu ficava cansada.” M3 também observou

¹⁰⁰ Ela usou o remédio enquanto sentiu a dor de cabeça, mas com o tempo esse efeito desapareceu.

pequenas alterações incômodas: “eu percebi coisas assim... sutis: eu me sinto um pouco mais fraca, meio que sem energia assim, um pouco, e às vezes eu vejo assim até a minha mão um pouco trêmula.” H2 relatou que com o uso do estimulante: “Assim a pulsação nunca foi cem batimentos cardíacos por minuto, *né?* E *tá* sendo isso. Noventa... o meu [batimento cardíaco] era cinquenta, *né?*”

H4 contou que até hoje, mesmo depois de oito anos de uso do fármaco: “Sinto também calor [...], mas só no momento de pico, depois regulariza.” H10 também relatou que ainda sente algumas alterações, como podemos acompanhar no trecho a seguir:

“Eu não sinto taquicardia, não é uma coisa que me assuste. Mas eu sinto que meu coração responde rápido se eu precisar, assim, eu sinto meu metabolismo todo acelerado. O corpo mais quente. [...] Você fica com gosto da anfetamina, aquele gosto amargo na boca. Eu fico com esse gosto na boca. Eu fico sem fome, perco apetite, forço pra comer. [...] Mesmo assim, não mudou meu tamanho.” (H10)

“Eu tinha esse fator de mais sede que me deu, que *pra* mim não deu problema nenhum, *né?* Porque vou bebendo água, bebendo água, mas paro um pouco, como, tenho fome... Então entendeu... assim... Realmente não tive nada que eu possa falar assim: ‘Ai, isso aí não foi bom!’ Não tenho ...” (M1)

Como ficou claro na fala de M1, a sede era uma reação adversa contornável para ela. Bastava beber água e o problema se revolvía. M2 também sentiu alguns problemas e buscou estratégias para minimizar o desconforto. Entre suas soluções ela buscou meios farmacológicos, como analgésico (transcrição acima) e colírio lubrificante¹⁰¹, e o cuidado com a alimentação. Já no caso de H6, ao relatar a sonolência quando o efeito do remédio acabava, seu médico mudou sua receita.

“Perdi a fome assim, emagreci um pouco... *Me* senti um pouco enjoada assim até mesmo porque eu tomava remédio meio dia, *né?* *Pra* eu ficar mais ou menos... assim... que eu queria de efeito. Então eu ficava um pouco enjoada, não sentia fome na hora do almoço, *sabe?* Então eu emagreci um pouco mas eu tomava cuidado *pra* me alimentar assim *pra* não ficar doente nada disso, assim só me cuidar mesmo e... dor de cabeça, é acho que esses foram os principais sintomas... Sede, sede eu tinha muita assim.” (M2)

“Ah, lembrei de outra reação que eu tive... e tive dessa segunda vez também: meus olhos ficam MUITO ressecados... MUITO. [...] É... porque eu acho que eu ficava assim ô: [fazendo a expressão de olhos muito abertos, prestando a atenção no computador]. [risos] Aí usava um lubrificante, assim, nos olhos [...]” (M2)¹⁰²

“A Ritalina LA... ela me dava... a minha manhã era muito boa. Mas mal... no começo, mal, já no comecinho da tarde, já começava a cair muito [...] Me dava até uma sonolência... e, e, e... mas ela cai muito. E eu... quero... querendo estudar, ficar mais e... Tanto que eu até conversei com ele [psiquiatra] sobre essa questão de não

¹⁰¹ De acordo com sua explicação, não ficou muito claro para nós se ela identificava o ressecamento dos olhos como uma reação direta do fármaco ou um efeito indireto vindo do fato de conseguir ficar muito mais tempo olhando para a tela do computador.

¹⁰² M2 usou o remédio em dois momentos distintos: durante o período de estudo para ingressar no mestrado e no momento que estava concluindo sua dissertação.

sinto tanto efeito na parte da tarde. Aí ele até... ele mudou a minha receita de novo.” (H6)

3.3.2.2. Insônia

Quatro entrevistados relataram que em algum momento tiveram dificuldades para dormir. Um desses participantes, também usuário de fluoxetina, passou a acordar durante a noite. Para resolver o problema ele buscou um fitoterápico recomendado pelos concursandos que ele conhecia.

“... Eu nunca tive dificuldade pra dormir. Mas com a Ritalina, vira e mexe, eu acordava no meio da noite... E isso assim, nunca aconteceu comigo. NUNCA! E aí que tá o automedicamento e tal. Aquele papo de *concurseiro, né?* O pessoal tem os remédios *pra* dormir também. Mas, mas... aí eu experimentei. Mas é fitoterápico. Não é nada... como é que é o nome? É um que só vende nos Estados Unidos, melatonina! E aí eu tomei e me ajudou... parei de acordar no meio da noite.” (H3)

H8 e H10 passaram a não ingerir o medicamento no final da tarde e/ou no início da noite para não atrapalhar o sono.

“Porque eu já testei, se eu tomar depois de cinco da tarde, eu... nossa! Custa a dormir. Durmo uma hora da manhã... Mas isso é relativo. Cada um... cada organismo reage de um jeito, *né?* Você pode tá passando por uma fase tranquila de sua vida, tomar a Ritalina e dormir bem. Agora com edital aberto, ansioso, preocupado, nervoso... aí é uma soma de fatores, *né?*” (H8)

“Depende da hora que eu tomo. Se eu tomar Ritalina, depois das seis [da tarde], se for a simples [10mg] depois das seis, vou ter dificuldade de dormir. Se for essa aí [Ritalina LA 30mg] e eu tomar depois das duas e meia da tarde, vou ter dificuldade de dormir cedo.” (H10)

A mesma necessidade de parar de ingerir o estimulante à noite ocorreu com M4. A única diferença no relato é que ela demonstrou ter esperado o médico alterar a indicação, como podemos ver em sua fala a seguir: “[O médico] Me passou [o remédio] três vezes por dia, depois ele passou pra duas vezes. [...] No início, assim: ele mandou tomar de noite aí eu perdia assim um pouco do sono, realmente.”

3.3.2.3. Dificuldades no desempenho

Apesar de todos os entrevistados entenderem que o medicamento ajudava bastante a estudar, alguns perceberam que sua ação não contribuía no momento de fazer a prova. H9 não

revelou uma explicação para a dificuldade que surgia durante a prova. Já H7 entendia que como o medicamento o deixava muito focado isso dificultava a criação de hipóteses, pois para isso precisaria estar com a mente mais aberta.

“[...] fiz várias vezes segunda etapa [dos concursos]. *Pô* dei algumas vaciladas, *né?* Em questão de, de, de me desligar na hora da prova, *né?* [...] Eu usei [Ritalina] *pra* fazer prova e eu achei que me atrapalhou. [...] Eu achei que eu *tava* com o raciocínio meio travado na hora de fazer a prova e não fiz uma prova boa apesar de ter visto que a prova *tava* fácil.” (H9)

“Ai quando chegaram as provas, eu parei de tomar porque foi uma coisa que eu percebi também, se você tomar para fazer prova, você se perde. *Pra* prova é bom criar hipótese, não pode estar muito focado, tem que estar atento. [alerta].” (H7)

Mas a fala de outros dois participantes talvez tenha trazido uma contribuição para melhor compreender porque o metilfenidato durante a prova nem sempre ajude as pessoas. Segundo H5 e H8, quando eles viveram algum problema emocional ou estavam ansiosos e apreensivos, o remédio tendia a focar mais ainda na dificuldade ou mesmo intensificar a emoção negativa. H5, por exemplo, não usa o fármaco quando está com problemas emocionais: “Mas uma coisa que eu percebi da Ritalina é que eu não tomo Ritalina quando eu *tô* com algum problema, alguma coisa, por exemplo, terminou com a namorada, brigou com os pais... alguma coisa... [...] o problema piora, entendeu?”. Ainda em suas palavras:

“Até nem sei... se isso é efeito colateral da Ritalina, isso até dá uma acentuada às vezes, como você está em estado de... é... por exemplo, fui fazer uma prova agora e tomei Ritalina *pra* fazer a prova. A garota ficava se chacoalhando tanto do meu lado... que parece que seu foco, também... ele [superfoco que a Ritalina trouxe]... pode ser um tiro que sai pela culatra, entendeu? Eu tive que... Caraca! ME DOMINAR... porque o negócio *tava* me incomodando tanto, ela se chacoalhando aqui do meu lado, no meu campo de visão, que tinha que... botar o braço na frente....” (H5)

“Mas se você já *tiver*... chegar lá [na prova] nervoso, ansioso, eu acho que não é bom [usar a Ritalina]. É com eu te falei: é uma soma de fatores, mas se tiver preparado, bem preparado psicologicamente e de conhecimento e você tomar, auxilia [a fazer prova] com certeza. [...] [Ritalina] Aumenta a ansiedade em época de prova. Mas não é por causa da Ritalina, é por causa de tudo que envolve um concurso público, mas não é por causa da Ritalina!” (H8)

Essa possibilidade nos pareceu bastante pertinente já que as provas para esses participantes eram muito significativas e importantes e, por esse motivo, eles tendiam a ficar mais nervosos e tensos. Para lidar com esse efeito colateral, os usuários escolheram não fazer outras provas com o medicamento e evitar ingerir o fármaco quando estivessem com algum problema emocional.

3.3.2.4. Ansiedade e agitação

Alguns entrevistados também comentaram sobre um aumento de ansiedade e agitação. Essas reações poderiam acontecer no momento de pico de concentração do remédio para em seguida passar ou poderia durar por todo o período de efeito da medicação.

“Aí a Ritalina tem um problema sério, a Ritalina ela... tem, ela dá ansiedade, né? [...] Porque ela dá aquele pico, você toma Ritalina a cada quatro, cinco horas, e ela dá aquele pico... e isso me incomoda. Então isso é uma coisa que eu faço com ele: ao invés de tomar uma Ritalina de 10 mg a cada quatro, cinco horas, eu tomo, eu pego essa de 10 [mg], eu corto ao meio e tomo a cada duas horas, duas horas e pouco: metade. Aí eu não sinto tanto [...]” (H4)

H4 construiu uma estratégia interessante: partiu o comprimido para assim diminuir a quantidade de medicamento que entra em seu corpo de uma vez. Já H6, sentiu agitação uma única vez: “A única vez que teve uma reação negativa foi quando tomei a [Ritalina] LA pela manhã e usei um comprimido de Ritalina normal de 10[mg] logo depois do almoço. Nesse dia fiquei agitado e não consegui estudar.” (H6) Por esse motivo, ele não seguiu a prescrição indicada por seu médico. A ideia de usar a Ritalina® de ação rápida foi proposta para solucionar o sono que ele sentia depois do almoço quando ingeria somente a Ritalina® LA pela manhã. Atualmente, para resolver o problema do sono depois do almoço, ele iniciou o consumo do Concerta® que conseguiria agir por doze horas. Até o momento da entrevista a estratégia vinha dando certo.

Para outros participantes, a ansiedade e agitação ocorriam durante a ação do remédio, mas também se estendiam depois desse período. No caso de H3, quando a prova estava próxima, para aumentar sua carga de estudo, ele passou a ingerir mais comprimidos por dia, deixando-o bastante agitado o tempo todo. Depois que realizou a prova, ele fez uma interrupção no consumo da medicação, para o corpo descansar. Com essa atitude, a reação adversa desapareceu. Apesar de H3 não ter verbalizado isso, podemos perceber que na tentativa de melhorar ainda mais seu desempenho nos estudos, o entrevistado “suportou” o efeito colateral negativo até o dia da prova. Somente depois do exame ele suspendeu o uso do estimulante¹⁰³: “E... só depois, nas vésperas de prova assim, que já *tava* tomando mais eu realmente senti assim... um... agitação, bastante agitação. [...] como se eu tivesse tomado muito Redbull. Mais ou menos isso [riu].” (H3)

Segundo H10, em dois momentos distintos de sua entrevista ele citou situações que parecem indicar ansiedade e agitação. No primeiro deles ele afirmou que: “Com aquela lá

¹⁰³ H3 só aceitou marcar sua participação na pesquisa depois do dia da prova.

[Ritalina de ação rápida] eu sentia o medicamento fazendo efeito e no final do dia eu ainda *tava* um pouco acelerado. Dura menos o efeito, mais eu continuava acelerado.” (H10). Em outro trecho ele afirmou: “Vontade absurda de fumar um cigarro. Eu inclusive comecei a tomar a bupropiona porque eu ficava tomando Ritalina no escritório e ficava com tanta vontade de descer para fumar... eu falei, ‘Cara, não tá funcionando!’” (H10)

Em seu relato, H10 não usou a palavra agitação e ansiedade, mas deduzimos que o estado de aceleração ao final do dia e a intensa vontade de fumar representavam esses quadros. Quanto ao estado de aceleração, o usuário não relatou nenhuma ação para minimizar o efeito. Em relação ao desejo de fumar, ele iniciou um tratamento antitabagismo por meio de medicamento (bupropiona).

H9 sofreu de irritabilidade quando começou a usar a dosagem considerada ideal para seu peso. Seu médico então lhe receitou um ansiolítico para minimizar o problema, mas ele preferiu diminuir a dose do metilfenidato a usar mais um psicotrópico.

“Eu acho que a irritabilidade é uma coisa até perigosa, assim, *né?* No trânsito, na confusão... O cara se estoura todo, não tem paciência com nada, eu acho, eu acho que uma dosagem maior, no meu caso, *tava* me causando uma irritabilidade exacerbada, *né?*” (H9)

“No início eu retornei [ao médico] *pra* aumentar a dosagem, eu fui *pra* dois, fui *pra* três comprimidos. Mas depois eu senti que havia um retrocesso [irritabilidade], *né?* Aí eu fui conversar com ele e quis me passar um ansiolítico *pra* contrabalançar com a Ritalina. Aí eu ponderei assim comigo mesmo e achei assim, *né?* *Pô vô* me entupindo de remédio, me entupindo de remédio... E passei a tomar uma dosagem menor, por minha conta mesmo.” (H9)

Outros dois participantes contaram que esse efeito negativo só acontecia depois que a ação do medicamento acabava. M3 sentiu isso apenas enquanto tomou a dose indicada pelo médico, dois comprimidos de Ritalina® 10mg ao dia. Para resolver o desconforto sofrido, ela preferiu diminuir a quantidade do fármaco ingerida por dia. Essa mudança na dose diária trouxe perdas para a ótima concentração que havia conseguido com aqueles dois comprimidos iniciais. Segundo seu relato, apesar desta redução na atenção, o consumo de meio comprimido de Ritalina® 10mg três vezes ao dia ainda a ajudava bastante a manter o ritmo de estudo. Já H1 observou que a ansiedade que sentia era proporcional ao período que usava o medicamento. Quanto maior o número de dias de consumo, maior a ansiedade depois que parava de usar a medicação¹⁰⁴.

“E... algumas vezes eu me senti meio mal humorada depois que tomei, assim meio... [...] Depois que o efeito [do medicamento] já tinha acabado. Tipo... de eu brigar por motivos que normalmente eu não brigaria, me irritar assim, dá resposta que normalmente eu não daria. Acho que isso tem a ver com o remédio porque não era normal de acontecer antes.” (M3)

¹⁰⁴ Seu psiquiatra inclusive lhe diagnosticou com transtorno de ansiedade e não com TDAH.

“E uma coisa que eu senti umas duas ou três vezes é... não é nem... tristeza... é meio que uma coisa assim... você não entende direito... como se... eu me sinto angustiada, assim... é isso! Isso quando eu tomei comprimido inteiro, dois comprimidos em um dia. Aí eu senti isso.” (M3)

“Acaba o efeito [da Ritalina], aquelas quatro, cinco horas e tal... é... Eu fico ansioso. E é acumulativo, se eu tomar duas por dia, durante três dias seguidos, eu fico muito ansioso no terceiro dia. Entendeu? É o efeito da Ritalina. [...] Demora uns dois dias e aí eu fico bem de novo.” (H1)

Da mesma forma que H3 (transcrição da página anterior), H1 não deixou de usar o remédio para se preparar para a prova de residência mesmo sabendo desse importante efeito adverso. O único cuidado que ele teve foi não usar o estimulante nos dias que não estudava.

Retirando H10 que buscou um medicamento para parar de fumar, todos os outros usuários que tiveram a ansiedade como uma reação adversa importante tenderam a diminuir a dosagem ingerida ou, pelo menos, alterar a forma de ingestão para amenizar o impacto do remédio no corpo. Mesmo aqueles que durante a preparação para a prova não diminuíram ingestão do fármaco, chegando até a aumentar seu consumo, depois do exame realizado, eles diminuíram também a utilização da medicação.

3.3.2.5.Embotamento do Humor

H11 contou que caso estivesse sob o efeito do remédio e precisasse sair à rua para resolver alguma coisa, ele sentia um “embotamento de humor”. Era como se o mundo ao redor importasse menos. Apesar de H7 ter indicado a mesma experiência, ele não nominou isso como um efeito adverso, apenas expressou como uma maneira de confirmar (ou retratar) o quanto ficava concentrado em sala de aula.

Mas foi curioso observar que mesmo para H11, isso não era grave, pois como a maioria das vezes ele usava o remédio para estudar sozinho, esse efeito passava despercebido. Segundo suas palavras: “O mundo fica meio embotado, eu achei que eu fiquei um pouco embotado. Emocionalmente e tal, a minha percepção é um pouco diferente do, do... normal... Mas não achei nada de mais, assim pra mim num... num... mas me chamou atenção.” (H11)

3.3.2.6. Dependência

Três usuários citaram que sentiram uma relação de dependência com o remédio. H10 afirmou que identificava em si uma dependência psicológica, pois só conseguia se imaginar trabalhando se estivesse sob o efeito do medicamento. “Tem a dependência psicológica do negócio, *né?* Você começa a achar que não é capaz de fazer mais sem [Ritalina], entendeu? Às vezes eu tento. Eu consigo, mas demoro umas sete horas, *pra* fazer um negócio que demoraria meia [hora com o remédio].” (H10). Provavelmente, essa percepção vinha da observação de que ele ficava bem sem o remédio e não sentia falta dele para realizar outras atividades. O estimulante era importante para conseguir realizar as tarefas do trabalho que considerava chatas.

“Ah... ela [Ritalina] hoje faz parte, entendeu? Quando eu vou *pro* trabalho e esqueço, eu tenho um vidrinho em casa e outro no escritório. Se eu esqueço é um dia que eu vou jogar fora, entendeu? Papo de eu vir em casa buscar, porque faz a diferença.” (H10)

O que chamou nossa atenção em relação à fala de H10 é que ele revelou que foi diagnosticado com TDAH, reconhecendo-se com todos os sintomas. Assim, pela lógica da biomedicina, ele precisaria dessa substância no corpo para melhorar o déficit de atenção e hiperatividade que ele apresentava. Mas se ele precisava da substância, **por que** ele se denominaria como dependente psicológico? Seria ainda um resquício de sua antiga crença de que para conseguir realizar a tarefa ele precisaria ter mais vontade?

Outro usuário que também falou sobre a sensação de estar dopado com o fármaco foi H5. Ele constatou a dependência tanto pelo intenso aumento na sua concentração como também pelo forte desejo de acordar no dia seguinte para ingerir o fármaco. A capacidade de ficar focado nos estudos se manteve, mas não na intensidade inicial, e o desejo de logo consumir o remédio pela manhã desapareceu com o tempo de uso. Apesar de entender que sua atenção ficou mais “normal” (visto que consegue estudar apesar de pequenas distrações), ele considerava que ainda dependia do remédio para estudar.

“No início, ah... você no início tinha... é... você fala assim: ‘Caraca, vou acordar para tomar minha Ritalina... [...] na época que eu comecei a tomar não, era aquele super foco mesmo, mas hoje em dia eu tenho... eu penso uns negócios... normal, *né?* Natural! [...] Mas às vezes também você não está aprendendo tanto... você só *tá* na onda do negócio. Entendeu. Quando ele... acho que talvez quando o remédio “assenta”... não sei também... Por que aumentar quantidade não adianta! Para isso, não faz diferença...” (H5)

“Ah, porque eu me sinto... é... nesse... de viciado no remédio *pra* estudar, entendeu. É... acho que se eu for fazer uma coisa que eu gosto, que é isso [cargo público que

almeja], eu não vou precisar dessa, desse estímulo [remédio], entendeu? [...] Eu dependo do remédio. Eu dependo do remédio [para estudar].” (H5)

“E como é que você se sente sem ela [Ritalina]?”
 “Normal... por exemplo, ontem eu tive, eu fui, me apresentei na Academia de Polícia. Fiquei o dia todo sem tomar... Não tenho sono, *né?* Não tenho sono... Eu... acho... quando... *prá* mim é... não sei se eu já fiquei é... psicologicamente viciado ou necessitado do remédio...” (H5)

H1 trouxe uma questão parecida com a que foi apresentada por H5. Apesar de H1 não ter falado de uma alteração tão intensa quanto H5, ele se percebia como dependente do remédio. Contudo, em outro momento de sua entrevista, ele revelou que quando não precisava estudar, ele conseguia ficar até duas semanas sem usar o fármaco, pois realizava bem outras tarefas profissionais, inclusive as cirurgias. O difícil para ele era sentar e estudar.

“Meu objetivo era não tomar Ritalina, era não tomar nada!”
 “Por que?”
 “Não quero ficar dependente de remédio para o resto da vida. Mas... é impossível [tom de pesar]... Impossível. Ritalina... acho que é uma coisa que quando eu tiver que *tê* é... atenção, quando tiver que produzir tal, eu vou ter que tomar...” (H1)

Não temos dúvidas que a sensação de dependência era gerada pela percepção de que sem o remédio era impossível alcançar aquele rendimento no trabalho ou nos estudos, afinal ele conseguia ficar sem usar o fármaco por semanas: “Que a Ritalina assim, eu faço o seguinte, eu passo às vezes semanas sem tomar! Quanto eu *tô* trabalhando muito, não *tô* conseguindo estudar? Eu passo semanas sem tomar, duas semanas.” (H1). Mas que dependência seria essa? Reconhecemos que não é dependência química já que eles conseguiam ficar bem sem o remédio, o que eles não conseguiam era executar bem um tipo específico de tarefa.

Então seria uma dependência psicológica como foi nomeado por H10? Mas como poderia ser dependência psicológica se eles se identificavam com o transtorno¹⁰⁵? Além disso, dois desses entrevistados tentaram várias outras estratégias para conseguir se concentrar e não conseguiram alcançar esse objetivo¹⁰⁶.

¹⁰⁵ H5 e H10 foram diagnosticados com déficit de atenção. H1 foi diagnosticado com transtorno de ansiedade, mas ele percebia que tinha dificuldade para manter-se concentrado desde sua infância. Contudo, precisamos lembrar que não coube a este trabalho avaliar se os entrevistados tinham ou não o déficit de atenção. Nossa proposta foi perceber como eles viviam os efeitos do metilfenidato. No caso da dependência, onde identificamos incoerências, buscamos a relação com o diagnóstico para compreender melhor o que poderia estar por traz dessa forma de nomear esta reação adversa.

¹⁰⁶ H1 e H5 citaram que já haviam tentado de tudo para conseguir render melhor nos estudos, mas nada havia funcionado. Entre as estratégias tentadas por H1 estavam arrumação de quarto, retirada de todo e qualquer estímulo, uso de música barroca enquanto que H5 tentou homeopatia, complementação alimentar e meditação.

Pensamos então que a sensação que foi nomeada por H10 de dependência psicológica poderia estar associada à percepção de que eles sozinhos não tinham como realizar suas metas. Ou seja, não era uma questão de dependência psicológica ou química, era o reconhecimento da necessidade de um instrumento (no caso um remédio) que os ajudasse a estudar ou trabalhar da maneira que desejavam ou precisavam. Afinal, os três conseguiram concluir o curso universitário em direito e em medicina antes de usarem o fármaco. Isso mostra que eles conseguiram ter um rendimento médio mínimo em suas vidas. Contudo, o esforço necessário para atingir aquele rendimento (médio mínimo) ou ainda a exigência de um desempenho muito superior era o que provavelmente trazia para eles a sensação de que sem o remédio eles não conseguiriam. A sensação de não ser bom o suficiente denunciava um déficit em relação não a um desempenho médio, mas ao ideal de performance que se tornou necessário alcançar¹⁰⁷.

3.3.2.7. Quantidade certa do remédio

Outro ponto que consideramos importante de ser ressaltado é a ideia apresentada por dois usuários sobre a necessidade de encontrar a medida certa do medicamento para cada pessoa. Nas palavras de H4: “Aí, o seu tratamento passa a ser assim: a você achar a medida [de medicamento]. Correta, né? Quanto daquilo ali você tem que tomar. Na verdade, pelo que eu noto, a questão é saber quanto cada um precisa e...” (H4). Já H9 explica melhor seu raciocínio:

“Vamos supor, a pessoa toma dois comprimidos e a dosagem [ideal para aquela pessoa], às vezes, é um e meio, então ela toma um pouco além do que devia tá tomando. Então esse além, pode deixar ela um pouco... ansiosa, um pouco assim... fora do ponto ideal dela. Eu acho que, assim, como eu já ouvi de vários médicos, acho que a questão mesmo é o ajuste do medicamento. Nem muito, nem pouco, tem que ser a dosagem certa *pra* aquela pessoa.” (H9)

Entendemos que tal compreensão sobre o uso do medicamento confirmou o que já havíamos falado antes: a forte relação entre TDAH e o metilfenidato. Apesar de não terem verbalizado isso, compreendemos que por trás de suas falas havia a ideia de que os efeitos colaterais não seriam um mal intrínseco à forma de operação da farmacologia, mas sim uma questão de ainda não ter encontrado a quantidade certa que “aquele corpo doente” precisa daquele remédio, ou seja, um problema do médico e do usuário, e não da ciência. É nesse sentido que Nikolas Rose (2007b) alertou que a ciência muitas vezes era colocada

¹⁰⁷ Nesse ponto do trabalho, esbarramos na difícil delimitação entre tratamento e aprimoramento. Retornaremos a esse tema no próximo tópico da tese.

erroneamente como inquestionável justificando a falta de eficácia no mau uso do conhecimento e da tecnologia.

Apesar dessa compreensão só ter aparecido no relato de dois usuários, questionamos se a busca por manter o uso do medicamento, fazendo apenas mudanças na quantidade ou forma de ingestão, não seria também uma expressão da “inquestionabilidade” da biomedicina. Mas essa é apenas a dúvida sobre a existência de outro fator que contribuiria para a manutenção do consumo do remédio apesar dos efeitos colaterais. Entendemos que o aspecto mais relevante para a continuidade do uso era a “confiança” na promessa de que o metilfenidato melhora o rendimento nos estudos, aproximando as pessoas de seus objetivos.

3.3.3. Medos e conflitos

Ao falarem sobre os efeitos e consequências vividos depois da ingestão do fármaco, os entrevistados também contaram sobre seus medos e preocupações com as consequências do uso do remédio. Muitas vezes suas apreensões refletiam em algum grau a experiência com o fármaco vivenciada por eles ou por amigos, mas também podiam exprimir ideias compartilhadas em conversas de corredores. Esses receios acabaram por fornecer indícios de conflitos e incoerências que atravessavam o uso do medicamento¹⁰⁸.

Os relatos apontaram que os principais medos e, conseqüentemente os conflitos, envolviam aspectos da segurança do medicamento como reações adversas em geral e, em especial, o risco de dependência.

3.3.3.1. Medo de reações adversas

Dois usuários demonstraram temer problemas com sua saúde física. Este foi o caso de H10 que comentou sobre os possíveis efeitos nocivos do estimulante em longo prazo. Como sua família era de cardiopatas e ele sentia seu coração bater mais forte com o fármaco,

¹⁰⁸ Neste item buscamos apresentar e discutir apenas os medos e conflitos relacionados aos benefícios e reação adversas. Os conflitos em relação ao uso do medicamento para tratamento ou aprimoramento deixamos para discutir no próximo tópico.

principalmente com a Ritalina® de ação rápida, isso passou a ser vivido como um risco real para sua saúde. Por esse motivo, ele planejou parar de usar o medicamento (de forma contínua) no prazo de seis anos.

“Aí que *tá*, a ideia é a seguinte: enquanto eu precisar ser o motor do escritório, sou eu que faço a petição, sou eu que leio tudo, sou eu que escolho o que é importante, sou eu que... quando eu tiver alguém que faça isso e eu só olhe o que ela fez e diga se é bom ou se é ruim, não vou precisar tomar Ritalina. Até porque minha família é de cardiopatas. *Tô* com trinta [anos]. Se eu tomar Ritalina com [quarenta]... Eu tive um tio que enfartou com vinte e dois [anos]... Entendeu? A Ritalina... eu sinto meu coração trabalhar mais forte por causa dela.” (H10)

“Tomar pontualmente. Não é parar! Mas é não precisar tomar todo dia. A partir do momento que eu pegar uma pessoa, moldar ela, e ela for melhor que eu... na, na escrita... tiver o português melhor que o meu... tiver... é... Eu vou ter que pagar bem ela, só! Entendeu? Do mesmo jeito que eu sou melhor que meu chefe, entendeu? Eu quero que seja melhor que eu, *né*? Mas a ideia de tomar menos Ritalina é porque eu quero viver bastante. A longo prazo não deve ser uma coisa boa, entendeu?” (H10)

Ou seja, vemos que mesmo entendendo que o remédio em “longo prazo não deve ser uma coisa boa”, ele fez a opção de manter a continuidade de seu uso: “Eu e a Ritalina vamos bem. Acredito que mais uns doze anos vai... seis anos com uma constância, tentando fazer uma pós ou mestrado com a Ritalina.”. Tal escolha foi a estratégia escolhida para manter o atual nível de produção no trabalho. A possibilidade de diminuir a ingestão do medicamento dependia diretamente de ele ter um melhor reconhecimento no mercado profissional¹⁰⁹ e de conseguir treinar bem uma pessoa para fazer o que ele realizava. Mas mesmo depois de concluir o curso de pós-graduação e de conseguir esse profissional, pareceu ser impensável para ele interromper totalmente o consumo da medicação, afinal em alguns momentos ele provavelmente precisará realizar algumas “tarefas chatas” de forma eficiente.

Os outros quatro entrevistados que falaram sobre esse medo, não especificaram qual era a imagem que faziam do estimulante e que tipo de problema esta poderia lhes trazer. Assim, H1 confirmou apenas que o remédio era uma “bomba!” Como vemos, ele mantinha sua ingestão porque para era impossível se imaginar estudando sem o metilfenidato. Exatamente pela capacidade que este lhe trazia, o medicamento era considerado “muito bom”. Em suas palavras: “[amigo] achava que a Ritalina dava muita... é uma bomba! E realmente eu acho que é. A [Ritalina] curta [ação] dá euforia [...] Ritalina é muito bom!” (H1)

O outro participante relatou não apenas sobre sua desconfiança em relação às reações adversas que poderiam surgir com o tempo de consumo do remédio, mas também deixou

¹⁰⁹ Como em muitas outras modalidades de trabalho, H10 explicou que em Direito era necessário ser formado em um bom curso e ter muita experiência para conseguir cobrar mais pelos seus serviços. Contudo sua graduação foi realizada em uma faculdade particular com pouco reconhecimento na área e, por esse motivo, ele pretende fazer um curso de pós-graduação para incrementar seu currículo. Dessa forma, a continuidade da utilização do metilfenidato também seria para fazer sua pós-graduação.

claro que entendia que o fármaco era algo impuro para o corpo, tanto quanto o cigarro e o álcool. Mesmo sendo contra seus valores e referenciais de vida, ele manteve este consumo porque precisava da concentração dada pela medicação para realizar seu sonho profissional e pessoal de ingressar na carreira pública.

“[...] na realidade, é o que me incomoda. Quais são os efeitos colaterais disso no... da minha vida quando eu chegar lá na frente? Entendeu? [...] eu sempre me cuidei, sempre gostei, sempre fui atleta, sempre tive aquela coisa do natural, ou ser natureba. Entendeu? E sempre tive esse problema com drogas. Eu não suporto álcool... enfim... Não suporto! *Pra* mim, álcool é tão droga quanto qualquer outra droga. Eu não bebo cerveja, eu não bebo... Cigarro *pra* mim é a mesma coisa. [...] Gostaria muito de viver livre disso [Ritalina], de não precisar mais! Viver minha vida pura! [riu] Pura!...” (H4)

Duas entrevistadas demonstraram preocupações com possíveis reações adversas do remédio. M3, por exemplo, havia experimentado alguns efeitos colaterais negativos quando ela ingeriu a quantidade indicada pelo médico. Acreditamos que esta vivência associada à leitura da bula e à apreensão em relação ao uso de psicotrópicos aumentou seu receio com possíveis consequências do fármaco.

“Por que eu fico com medo de... de me acostumar a tomar muito e de ter algum efeito colateral. [...] “Medo de ter alguma, alguma coisa que... eu tenho, eu tenho assim bastante receio desse remédio, porque como é... controlado e... é... Esses remédios assim que mexem com questões de cabeça, eu tenho bastante receio. Foi a primeira vez que eu decidi tomar algo assim... Nunca tinha tomado. [...] Eu li a bula toda. Com muita contraindicação. Achei assim, que o remédio pode ser bem forte, mesmo. Então eu fiquei bem com o pé atrás. Médico não me explicou muita coisa...” (M3)

Mesmo já tendo afirmado anteriormente que tinha boa memória e que conseguiria alcançar seu objetivo sem o remédio, mas demoraria muito mais tempo, o medo de ter efeitos colaterais negativos não foi suficiente para que M3 deixasse de ingerir o estimulante.

Apesar de M2 não gostar de usar remédios em geral e de ter tido alguns efeitos colaterais negativos, o receio de M2 apareceu no momento de fazer a prova. Ela preferiu não usar o fármaco no dia da avaliação porque havia percebido que o remédio lhe trazia uma pequena euforia no momento de pico de concentração do remédio. Isso lhe trouxe medo de usar a medicação para concorrer à vaga no mestrado.

“Eu *tava* preparada *pra* prova e eu tinha medo de ter alguma reação, sabe? Sei lá... Porque quando você toma medicamento, aquele momento que eu te falei que *te dá*... essa uma hora assim... você fica acelerado... eufórico. E eu não queria ter nenhuma reação [no momento de fazer a prova].”
 “Você ficou preocupada dessa euforia *te* atrapalhar de alguma forma?”
 “Me atrapalhar de alguma forma... E o meu objetivo [de ingerir o remédio] tinha sido atingido que era conseguir estudar.” (M2)

Uma participante da investigação manifestou preocupações com o consumo excessivo do remédio. Apesar de M1 se dizer muito “certinha” e só consumir o remédio para estudar,

sua fala sugeriu que este era um cuidado que tinha para não cometer abusos: “Mas aí eu já falei: tem que tomar cuidado com a quantidade que vai tomar, *né?* E aí também, tudo tem um limite, *né?* E eu sou muito certinha nessas coisas. Mas eu achei que foi ótimo!” (M1)

Outros dois entrevistados não explicitaram medos tão diretos, mas suas falas sobre os cuidados que tinham com a ingestão do fármaco sugeriram que eles compreendiam que o medicamento era potencialmente danoso para sua saúde quando usado em excesso, principalmente se misturado ao álcool. “E quando... e óbvio, quando eu tomo Ritalina... , à noite, se for num sábado, eu vou pra biblioteca e estudo, aí não tomo, não bebo [álcool]. Não tem como, *né?* E não faço uso de nada, assim, *né?* Só isso. Só pra estudar. Única e exclusivamente.” (H8)

Já H3 demonstrou sua preocupação com o excesso de consumo da medicação explicando uma alternância na quantidade ingerida de metilfenidato e a associação que faz com o café. Em suas palavras: “Às vezes *tava* mais cansado, menos cansado, aí tomava mais ou não. E tomava café também, café eu acho bom. Até tomo menos Ritalina com café... até prefiro isso também, *toma* café e menos dose de Ritalina.” Mas a variação de quantidade de fármaco ingerida tem um limite:

“Eu conheço uma pessoa que estuda *pra* concurso que toma seis... seis por dia. Isso eu não faço. Isso... Também não fico recriminando e tal, mas... Eu fico atento assim... aos sinais, entendeu? Se uma coisa muito fora tiver errada... eu boto o pé no freio. [...] em relação a isso, por exemplo. eu acho até que é contraindicado, não tenho certeza disso, mas eu não bebo [álcool] quanto eu *tô*, é... eu *tô* no... sob o efeito [da Ritalina]. Nem sei se faz, se não faz... eu escutei que, que... é prejudicial então eu já cortei fora.” (H3)

Por esse motivo eles tinham o cuidado de não usar álcool no dia que estudavam. H3 ainda comentou sobre o uso do café como uma estratégia para diminuir a ingestão do estimulante. Também chamou atenção o comportamento de ambos depois de terem feito a ingestão de uma quantidade maior do remédio em decorrência do aumento de intensidade nos estudos no período que compreendeu a abertura do edital até a realização das provas. Os dois optaram por suspender o uso do medicamento para descansar o corpo. “Bom, agora não tô tomando nada! Mas assim, minha prova foi domingo, *né?* Então tem três, quatro dias. mas antes da prova, foi assim, onde eu mais *tava* tomando, de duas, até duas e meia [Ritalinas]. Por dia.” (H3)

“Tomo uma [Ritalina], então é muito relativo...”

“Toma um [comprimido] de 10[mg], *né?* E quando *tá* em período de edital?”

“É... em período de edital eu tomo duas [Ritalinas].

“Agora, eu fiz uma prova ano passado, fiquei dois meses [depois da prova] estudando sem tomar [Ritalina]...”

“Mas por que essa escolha?”

“Foi *pra* dar uma desintoxicada mesmo...”

“É... você acha que intoxica?”

“Hã... não é, não é... intoxicar... Não sei se seria o termo certo. Mas é *pra* dar uma descansada *pro* organismo, mesmo... Era *pra*... eu busquei o máximo rendimento possível do meu corpo juntando com a Ritalina *pra* ver o que eu podia produzir. Foi por isso que eu tomei. Aí a prova passou, enfim, aí minha vida voltou ao normal. Voltei a malhar aí... Foi só na época do edital, *né*, dois meses. Aí voltei a fazer tudo... voltei a fazer exame médico, fiz todos os exames médicos que existia. Fiz checkape. Não tinha absolutamente nada de nada. Saúde ótima. Ai, agora eu voltei a tomar, deve ter um mês que *tô* tomando de novo, mas assim... tranquilo, bem pouco, só *pra* estudar. Entendeu?” (H8)

A busca pelo descanso do medicamento sugeriu que eles entendiam que este intoxicava o corpo, como foi colocado por H8. Apesar do entrevistado depois ter corrigido sua fala, entendemos que sua necessidade de fazer um checkape e confirmar o bom estado de saúde para só então voltar a usar o medicamento indicou que H8 compreendia que seu corpo havia sido sobrecarregado, tanto pelo estresse e ansiedade provocado pela prova, quanto pelo aumento de ingestão de Ritalina naquele período.

Nossa suspeita foi reforçada por outro dado: tanto H8 quanto H3 pararam de usar o remédio, mas continuaram estudando. Apesar de H3 não ter feito esse comentário durante a gravação, no dia da entrevista ele estava na biblioteca estudando para os próximos concursos. Ou seja, ele não estava descansando a cabeça do esforço da prova ou do estudo mais intenso, mas provavelmente descansando o corpo do remédio. Como H8 verbalizou: “uma descansada *pro* organismo”.

Um relato muito curioso foi o de H11. Ao contrário de quase todos, ele afirmou que não havia percebido alterações físicas e nem se sentido dependente do medicamento. A experiência de estar sem o fármaco há alguns meses com certeza contribuiu para esta avaliação: “Não é o... é assim, eu não tive nenhuma alteração física, nunca senti nenhum efeito colateral que eu tivesse ficado dependente daquilo em momento algum.” (H11)

De fato, o único comentário sobre uma reação adversa que ele teceu foi sobre o “embotamento de humor” que não foi algo significativo para ele. Mas o curioso de seu relato é que demonstrou não ter qualquer tipo de apreensão com o metilfenidato porque todos os remédios teriam uma margem de segurança.

“Assim, eu *num*... eu *num* achava que teria algum efeito colateral muito evidente, afinal é um medicamento prescrito, um medicamento aprovado, tem seus efeitos colaterais... Assim, qualquer medicamento aprovado tem um grau de segurança grande, com prescrições e tal.... Você tem que saber quais são os efeitos colaterais. Já tinha uma noção, mas eu queria saber qual a experiência das pessoas mesmo, se tinha ajudado elas a estudar, se tinha sido positivo, qual era a avaliação que elas faziam daquilo.” (H11)

Seu foco de atenção e interesse não foram as reações adversas, pois para ele isso fazia parte da medicação. Afinal, ele é médico e como H7 entendia que muito do que estava escrito

na bula não acontecia. Sua dúvida estava relacionada à eficácia do remédio como um aprimorador cognitivo para quem não tinha TDAH.

Assim, retirando H11 que trouxe um posicionamento muito diferenciado, todos esses usuários expressaram preocupação com os riscos que o remédio poderia trazer para eles. A maioria cuidou de administrar a quantidade e o momento da ingestão do medicamento como estratégia para ficarem mais protegidos dos efeitos que temiam¹¹⁰. Apenas H4 esboçou o grande conflito que era para ele usar a medicação. Afinal, ele que sempre havia cuidado da alimentação e evitado qualquer tipo de droga para melhorar sua performance nos esportes, agora precisava usar um fármaco para conseguir estudar e realizar seu objetivo de vida. Ele e todos os outros entrevistados citados mantiveram o uso do estimulante. Por esse motivo H8 afirmou: “Eu vou tomar [Ritalina] até passar [no concurso].”

3.3.3.2. Medo da dependência

Alguns participantes demonstraram que o risco da dependência era uma importante preocupação. No caso de três entrevistados, eles expressaram que eram dependentes do metilfenidato. Para outros era apenas um medo futuro como foi expresso de maneira clara M5 e M3. Nesses dois casos, elas demonstraram temer os psicotrópicos em geral e não apenas o estimulante, o que nos pareceu ser mais um preconceito do que propriamente um maior conhecimento sobre os efeitos e riscos desse medicamento em especial, ou mesmo de uma experiência pessoal que levasse a essa percepção, como foi o caso de H1, H5 e H10. Para as entrevistadas, o medo de ficar dependente pareceu ter sido parcialmente influenciado pelo receio apresentado por seus familiares.

Em um trecho de sua entrevista, M5 esclareceu que: “Acredito muito que tenha sido pela questão da minha mãe de a... não gostar muito [de psicotrópicos]... Eu confesso que eu também tenho meu pé atrás com essa situação. Né... é... dos remédios, isso por conta de dependência mesmo.” Ela parou a ingestão do metilfenidato porque teve um problema da intoxicação com outro psicotrópico que usava na mesma época e seu médico determinou que suspendesse toda a medicação. Provavelmente o medo do vício, grande preocupação de sua mãe, dificultou que ela voltasse a usar o fármaco. Mas a usuária conseguiu interromper o

¹¹⁰ Apesar de não ter ficado claro no trecho acima descrito, H1 só consumia o remédio em dias de estudo. Se não estudasse, não usava o medicamento.

consumo de todos os remédios que utilizou no período de um ano e meio, por que ela manteve o medo de dependência? Imaginamos que sua experiência com os fármacos não tenha sido o suficiente para modificar o que havia aprendido em casa em relação aos psicotrópicos.

Já M3 continuou usando o fármaco apesar de sua preocupação:

“O que eu me questiono, sobre... sobre o remédio é assim: por exemplo, depois, quando eu começar a trabalhar, será que quando eu começar a trabalhar eu também vou querer [o remédio] porque eu já vou ter me habituado a me concentrar dessa forma? Será que eu vou sentir necessidade de tomar? Porque eu não quero ficar tomando isso *pra* sempre...” (M3)

Ela ainda não parou de usar o medicamento, pois continua seus estudos para o cargo que almeja. Assim, ainda não pode perceber se sentia falta ou não do remédio. Mas demonstrou que sua preocupação em parte vem do medo que seu pai de medicamentos, pois ele acredita que todo e qualquer fármaco leva a dependência: “Ele é muito certinho, assim... e ele tem pavor de remédio, até de remédio para dor de cabeça. Tem pavor! Que ele acha que vicia, que depois você fica dependente.” (M3)

Mas se para M3 o medo ainda estava no futuro (se quando estiver ocupando o cargo desejado ela sentirá necessidade de continuar o consumo do estimulante), para H4 a preocupação estava no seu dia a dia. Ele expressou que tinha dúvidas se ele já era ou não dependente do estimulante. O que nos causou estranhamento foi o fato de, no início de sua entrevista, ele ter afirmado que não sentia falta do remédio.

“Tomo [Ritalina] só *pra* estudar. Na hora que eu sento, eu tomo. Se eu não sentar dez dias, se eu tirar umas férias de dez dias... Final de ano, por exemplo, essa prova mesmo que eu *te* falei, a prova última, foi dia 23 de dezembro, agora, dia 23 de dezembro. E no dia 23 de dezembro eu saí e falei: ‘Agora só volto estudar dia 2 de janeiro.’ Vou tirar 10 dias *pra* mim. Nem pego na Ritalina. Nem pego!”
 “Sente falta?”
 “Nenhuma! Nenhuma!” (H4)

“Será que eu sou um viciado hoje em dia? Dr. F. garante que não! Entendeu? com relação à Ritalina ele fala que a Ritalina sai do corpo, o efeito dela é aquela coisa de *tá* ali, sai e *acabô*.”
 “Então, ao mesmo tempo que você não tem problema de assumir que usa [medicamento]...”
 “Não [tenho esse problema de falar]... mas comigo mesmo tenho essa coisa de ser um dependente.” (H4)

Seu questionamento persistiu apesar de seu médico ter lhe garantido que não havia o risco de ficar dependente. Além disso, ele mesmo já havia experimentado ficar dez dias sem consumir a medicação e ficou bem. Acreditamos que seu medo da dependência vinha em parte de seu ideal de vida mais natural, o que tornava o medicamento algo impuro. Apesar de sua desconfiança e conflito, ele manteve o consumo do fármaco.

H6 afirmou que não usou a Ritalina 10mg indicada pelo médico para diminuir o sono no horário da tarde por dois motivos. Primeiro porque não sentiu seu efeito e segundo porque o medicamento viciaria a pessoa. Mais adiante em sua entrevista, ele contou que foi informado do risco da dependência pela bula do próprio estimulante.

“E eu vou falar, assim, eu quase não tomei essa [Ritalina 10mg]. E às vezes que eu tomei eu não senti nada. Então eu falei: ‘Tomar, por tomar? A Ritalina que não faz diferença... Não vou tomar porque essa coisa vicia, faz mal ao corpo, não sei o que... [...] Porque eu acho o [medicamento] do TDAH mais violento, coisa que teoricamente pode gerar dependência, essas coisas todas. Pelo menos, diz na bula, *né?*’ (H6)

Apesar de ter falado dessa forma, H6 deixou apenas de usar a Ritalina® 10mg da tarde, pois ele continuou usando a Ritalina® LA 30mg da manhã¹¹¹. Ou seja, ele suspendeu o consumo não apenas porque poderia causar dependência, mas também (e talvez principalmente) porque o remédio não teve o efeito desejado. O mais curioso no caso desse usuário é que ele não demonstrou em outros momentos qualquer tipo de conflito em relação ao fármaco, apenas nesse ponto de sua entrevista.

Para dois entrevistados, a dependência química era o principal medo antes do uso do fármaco. Contudo, a própria experiência mostrou que essa reação adversa não se concretizou no caso deles. H2 que foi usuário de drogas e abusou do próprio metilfenidato teve essa preocupação. Mas como ele conseguiu parar a ingestão do estimulante sem ajuda, ele passou a entender que seu uso era tranquilo quando feito com bom acompanhamento médico. Em suas palavras: “Então... meu maior medo, *né?* Com o metilfenidato era realmente o vício. É... é ficar realmente dependente da coisa. Como eu consegui parar sozinho. Eu acho que é tranquilo.”

O mesmo aconteceu com H7. Apesar de inicialmente ele ter tido receio de dependência química, conforme ele usou o fármaco sua preocupação com esse risco desapareceu.

“[...] na medida que você vai pegando conhecimento com o medicamento você vai perdendo o medo, vai vendo que as coisas não são... tão, tão, tão complicadas assim, quanto dizem. [riu] [...]”

“Qual o medo que você tinha?”

“Mais dependência mas num... Dependência química mesmo, química, de medicamento. Quem usa muito... sei lá, antidepressivo e... tem abstinência por não usar.” (H7)

“Você sente falta da Ritalina?”

“Não.”

“Quer dizer, aquele medo de dependência...”

¹¹¹ Como a Ritalina® 10mg não fez efeito, seu médico trocou a Ritalina® LA 30mg a ser consumida pela manhã pelo Concerta® 36mg. Segundo o relato do entrevistado, apesar do pouco tempo de uso, a mudança pareceu resolver bem o problema do sono da tarde.

“Não tenho.”

“Não se confirmou?”

“Não... Acho que na bula também não está escrito dependência química, física.”
(H7)

Nos dois casos, apesar de eles terem demonstrado esse receio inicial, isso não foi o suficiente para deixarem de usar o fármaco (e só então descobrirem que para eles o medicamento não trouxe o vício). Mais uma vez, parece que a busca pela melhora cognitiva demonstrou ser mais importante do que a dependência.

Podemos ainda observar que neste trecho H7 buscou a bula da medicação como um dado que confirmaria a inexistência desse risco. Mas todas as bulas trazem no final de seu texto, em letras destacadas, a advertência de que o remédio pode causar dependência física ou psíquica (Ritalina® - bula; Ritalina® LA – bula; Concerta® - bula). O que nos chamou atenção é que minutos antes de buscar a confirmação na bula de que esse medicamento não traria risco de dependência, o participante havia demonstrado não acreditar que as informações da bula poderiam acontecer: “Quando a gente é médico e descobre como é, então a gente faz o, o pensamento inverso: isso não vai me afetar do jeito que tá escrito, né? ‘Nunca vai acontecer nada comigo!’” (H7)

Outros dois entrevistados frisaram, repetidas vezes, que não haviam ficado dependentes. Entendemos que tal ênfase talvez se configurasse como um indicativo de que eles também haviam tido essa preocupação que também foi superada com a própria experiência. Depois que H8 contou que não era dependente e demonstrou sua disciplina ao usar o remédio, ele relatou que conhecia algumas pessoas que haviam ficado dependentes de remédios para tudo. “... fica dependente de remédio pra tudo, de remédio pra dormir, pra estudar, pra ficar bem, não sei que... tem gente que fica assim.” Assim, apesar de ele não ter verbalizado a preocupação com a dependência, entendemos que ver essa reação em outras pessoas fez com que ele tivesse esse receio. Imaginamos ainda que a disciplina ao usar o remédio, incluindo o cuidado de depois da prova interromper sua ingestão por dois meses, seria uma forma de prevenir o vício e cuidar para diminuir riscos de efeitos adversos.

“É assim, eu tomo e estudo. Acabou de estudar, *vamo 'bora* e não tomo. Não sou dependente, disso, entendeu? Eu só tomo *pra* estudar. Exatamente *pra* isso, entendeu? Se eu estudo oito horas, eu tomo ali *pra* tomar... É meio comprimido *pra* quatro [horas] e meio comprimido *pra* 4 horas. Acabou! É só *pra* estudar. Se eu não estudo, eu não tomo.” (H8)

M2 também demonstrou que o fato de sua cunhada não ter ficado dependente do medicamento foi bastante importante para que ela pudesse pensar em usar o remédio: “então ela [cunhada] me disse que teve resultado positivo pra ela e tal... ela *passô, acabô* o concurso... ela *passô, acabô* o concurso ela não usô mais, não que eu saiba.”

Acreditamos que para ela foi um dado importante o fato de sua cunhada não ter ficado dependente do medicamento e ter parado quando desejou. A relevância dessa informação parece confirmar nossa suspeita de que o risco da dependência teria sido, em algum momento, uma grande preocupação para ela. Além disso, ela fez questão de reforçar que escolheu o momento de parar a ingestão do fármaco.

“[...] assim eu falei não tive nenhum... não fiquei dependente do medicamento não tive... O dia que não queria tomar eu não tomava. Depois que eu passei no mestrado ‘cabô, ‘cabô, sabe? Fiquei dois anos sem usar, tentei usar agora: ‘Ah... não tá fazendo efeito...’ [suspendeu o uso]” (M2)

Dessa forma, como pudemos acompanhar, apesar do receio de ficarem dependentes do remédio, nenhum deles deixou de usar o medicamento por esse motivo. A dica para compreender essa opção talvez tenha sido debatida melhor no caso de H6, onde o risco da dependência só se tornou um problema suficiente a ponto de interromper a ingestão do estimulante a partir do momento que este não fazia efeito. Mais uma vez, a importância dos benefícios trazidos pelo remédio seriam maiores do que os possíveis riscos.

3.3.3.3. Medo do efeito do metilfenidato de longa duração

Um ponto curioso foi a apreensão relatada por H1. Ele contou que tinha muita vontade de experimentar o metilfenidato de longa duração ou o Stavigile® (modafinil), pois a Ritalina® de ação rápida era uma bomba e o deixava eufórico durante seu efeito. Além disso, depois que acabava o efeito de sua ação, ele sentia muita ansiedade.

“[...] quando tiver que produzir tal, eu vou ter que tomar... Ou Stavigile que eu vou tentar tomar agora, também, *pra* vê se me deixa menos ansioso, porque tem a duração maior, *né?* Ou a [Ritalina] LA. Mas eu fico naquela, *pô, vô* fica tomando ‘LA’? *Vô* *ficá* sob o efeito da Ritalina o tempo todo. E quando eu parar?” (H1)

Entendemos que seu temor em relação ao risco de sentir ansiedade estivesse justificado pelo fato de quanto mais estimulante ele utilizasse, maior era a crise de ansiedade depois. Se o medicamento era de longa duração, será que este traria uma crise de ansiedade maior ainda? Contudo, chamou nossa atenção o incomodo com a possibilidade de ficar sob o efeito da Ritalina o tempo todo. Mas qual seria o problema? Não seria esta uma tentativa para diminuir a euforia sentida?

Essa resposta começou a se formar quando buscamos os comentários de outros dois entrevistados sobre o uso de Ritalina® LA. Ambos fizeram comentários similares ao que foi

descrito acima, com a diferença de que eles já haviam experimentado o remédio. H5 usou a Ritalina® LA, 40mg por quase um ano, mas depois voltou a usar a Ritalina normal porque a de longa duração deixou de fazer efeito. Contudo, ele falou que era o medicamento que controlava a pessoa. Ele voltou então a usar a Ritalina® de ação rápida.

“[...] a [Ritalina LA] de 40 (mg), por exemplo, eu tomava de manhã depois do almoço eu já sentia que ela já não estava mais no meu *sis*... já não *tava* mais no efeito da Ritalina, entendeu?... Aí eu fui no meu médico e passei a tomar a [Ritalina] de 10 (mg) administrando... é... quatro Ritalinas, *né*? É... Tipo... tomava uma de manhã, uma depois do almoço, uma às quatro da tarde e uma às sete da noite. Entendeu? Ia administrando... a de 40 (mg) você não pode controlar”

“Não...”

“Ela que controla para você, *né*? Ela que vai liberando a substância aos poucos.” (H5)

O outro participante, que usava o fármaco de longa duração fazia pouco mais de um mês, acrescentou dados interessantes em relação à comparação das duas apresentações do medicamento.

“O medicamento anterior, a Ritalina normal, quando eu sentia o efeito do medicamento era muito mais intenso. Essa aqui a LA, ela vai mais devagar, vai gradativo, então tanto o início quanto o fim dela não... eu não sinto drasticamente. Nessa aqui, na LA, ainda sinto um pouco de preguiça no final dela. Dá uma preguicinha, uma vontade de dormir, que na outra não dava. Mas a outra eu sentia coração bater forte, no final do dia. Eu no ônibus, voltando *pra* casa eu sentia ‘pá, pá, pá’ [som do coração batendo]. Aí eu respirava e me acalmava, também ficava pensando mil coisas ao mesmo tempo, na tensão daqueles mil negócios importantes...” (H10)

“A outra [Ritalina] era melhor porque eu conseguia administrar minha vida pessoal, e o medicamento. Esse aí [Ritalina LA] impõe a não beber álcool, sete, oito horas, entendeu? Se eu for combinar um *happy hour* depois do trabalho eu não posso, ou fico bebendo coca-cola.” (H10)

“Sinto falta da outra [Ritalina] que tinha a duração mais curta, dava *pra me* organizar melhor *meu* dia. Eu falava: ‘Agora eu vou fazer essa tarefa’. Fazia, entendeu? E depois ia fazer outra coisa. Essa aí me obriga a *tá* um cara operacional sete, oito horas.” (H10)

“Mudei porque me obrigaram¹¹². E eu gostei! E meu médico está desde o início querendo mudar. Eu comecei o tratamento de um jeito e ele falou: ‘R., tem que mudar. Tem que mudar. Tem que mudar *pra* um chamado Concerta!’ Ele queria me dar o Concerta. Aí tem um outro que não é o Concerta e o... *veadips* [Venvance]... [...] ‘Não, Dr. eu quero esse aí baratinho mesmo que é ótimo, que é bonito!’ ‘*Que* depois que eu tomei esse aqui [Ritalina LA], eu vi como o outro [Ritalina normal] é do mal! É muito mais do mal. Se eu criei essa expectativa... essas suspeitas... não... essa imagem da Ritalina de ser uma coisa nociva, sem dúvida foi por causa dos 10mg que eu tomava que... a força do medicamento, na hora que ele entra, que... que... começa o efeito dele é muito grande.’ (H10)

H10 foi bem claro em suas afirmações. Segundo ele, a Ritalina® de ação rápida era “do mal” já que nessa apresentação aparecia toda a “força” do medicamento trazendo os

¹¹² Durante cinco ou seis meses do ano de 2013 houve um desabastecimento da Ritalina® 10mg (ação rápida) no mercado brasileiro e a única alternativa para não interromper o tratamento era passar a ingerir Ritalina® LA ou o Concerta®. <http://www.sul21.com.br/jornal/desabastecimento-da-ritalina-no-brasil-dura-cinco-meses/>

efeitos colaterais de maneira intensa. Mas se por um lado a Ritalina® LA era melhor porque seu impacto no corpo era mais suave, a Ritalina® simples era melhor por permitir que ele administrasse seu dia de uma maneira mais adequada. Não apenas em relação à vida social, mas também em relação às próprias tarefas do trabalho. Afinal ele conseguia executar algumas atividades profissionais sem o medicamento. Este só se tornava fundamental quando ele precisava fazer algo chato.

Assim, observando as falas dos três usuários, percebemos que eles ressaltaram que era (ou seria) um problema ficar sob o efeito do medicamento de longa duração. Mas por que estar sob o efeito do medicamento por mais tempo causaria tanto incômodo já que esta apresentação teria uma ação mais suave? Apenas porque a pessoa ficaria produtiva por mais tempo? Somente porque não poderia beber álcool durante a semana?

Essas respostas não nos pareceram suficientes. Por isso, voltamos ao que esses mesmos entrevistados haviam relatado sobre o efeito do metilfenidato de ação rápida. Eles contaram que no pico de concentração do remédio eles se percebiam com uma maior capacidade e segurança (H1); de ficar dopado de tão concentrado e conseguir estudar (H5) ou ainda de virar um foguete e conseguir se determinar a realizar o que fosse necessário apesar de ser algo chato (H10).

Apesar de não terem falado dessa maneira, entendemos que a possibilidade de conseguirem se determinar e realizar as atividades necessárias e ainda conseguirem ter um melhor desempenho nas tarefas era algo muito especial. Imaginamos que essa experiência de conseguir fazer muito bem o que eles se determinavam fazer, trazia para eles as sensações de **potência e poder**. Mas além da maior e melhor capacidade para executar as tarefas, o uso do metilfenidato também pareceu ter aumentado a sensação de que o usuário conseguia determinar quando ele iria ficar produtivo, agindo de acordo com os padrões sociais e quando ficaria mais relaxado podendo viver o seu normal, sem ter que atender e corresponder ao padrão coletivo de produção¹¹³. Dessa forma, o uso do medicamento de ação imediata pareceu também ter sido acompanhado pela vivência de maior **autonomia e controle** sobre si mesmo e sobre a vida.

Um ponto que parece reforçar nossa suspeita é que poderíamos imaginar que a ação mais suave e prolongada do fármaco, seria mais interessante por atenuar a sensação de déficit de atenção por não marcar tanto a diferença entre os dois estados, pois a passagem de um momento para o outro seria mais vagarosa, como apontou H10. Ou seja, a pessoa poderia

¹¹³ Aproveitamos aqui a explicação de H10 sobre a diferença entre o normal pessoal e o normal da sociedade.

viver menos e por menos tempo a sensação de sua deficiência. Porém isso não foi levantado por nenhum dos dois entrevistados que experimentaram o remédio. Tanto para H5 e H10, que já haviam feito o consumo do metilfenidato de ação prolongada, com para H1 que apenas tinha vontade de experimentar, a preocupação estava relacionada à possibilidade do remédio dominar a pessoa, como se o usuário ficasse subjugado ao fármaco, aprisionado ao modo de operação que o remédio imprimia. Assim, apesar da Ritalina® LA promover de maneira mais suave a passagem do estado de déficit de atenção para o estado de melhor concentração, os três participantes valorizaram mais a percepção de força e potência trazida pelo medicamento de ação rápida.

Contudo, é necessário lembrar que nem todos que usaram a medicação de ação prolongada expressaram a mesma opinião. Outros três usuários que ingeriram o remédio gostaram da experiência. H6, por exemplo, quase não sentiu o efeito da Ritalina® de ação imediata, a diferença nos estudos só apareceu com o uso do fármaco de ação prolongada. H2 sempre consumiu o medicamento de longa duração, mas não especificou o porquê disso. O último deles, H4, preferia o efeito da Ritalina® LA, pois com esta ele não sentia a ansiedade que o fármaco de ação rápida lhe trazia. O efeito mais suave do estimulante com liberação mais lenta lhe trazia a sensação de “estar voando baixo”. Porém, ele não podia fazer o uso contínuo do metilfenidato de ação prolongada porque este era muito mais caro que o outro.

3.3.4. Metilfenidato não é tudo

Apesar de todos os entrevistados terem ressaltado bastante os benefícios do medicamento, quatro usuários fizeram questão de afirmar que as melhorias de rendimento nos estudos e no trabalho que eles conseguiram não vieram apenas dos efeitos positivos da medicação. Desses quatro participantes, três declararam isso de forma clara e objetiva.

O primeiro deles foi H8, que ressaltou que para aproveitar a eficiência que a Ritalina proporcionava seria necessário ter também uma vida regrada como, por exemplo, comer e dormir bem.

“[...] quanto mais eficiente você puder ser, melhor e assim, a Ritalina proporciona isso... Mas tem que ter uma vida regrada, tem que dormir bem, alimentar bem...”

“E você procura fazer isso?”

“Eu malho todo dia, corro [...] Bebo água o dia inteiro, como muito, o dia inteiro.”

(H8)

Outros dois entrevistados explicaram que o remédio não era uma pílula mágica e que seria necessário ter vontade e consciência ao usá-lo. Isso porque a concentração proporcionada pelo fármaco não seria suficiente para a pessoa alcançar seu objetivo.

M3 já vinha estudando para concurso público fazia quatro anos. Durante os primeiros três anos, ela fez um curso preparatório longe de sua casa o que demandava muito tempo de deslocamento além de ter que cumprir muitas obrigações para as aulas. Somente quando terminou o curso dedicou-se integralmente aos estudos para concurso. Mas ela só iniciou o uso do metilfenidato um mês e meio antes da realização da entrevista. Ou seja, seu estudo primeiro foi ficando sério e só então a medicação começou a ser usada.

“[...] quanto mais séria eu fui ficando no estudo, mais isso [uso do medicamento] foi virando uma opção viável *pra* mim. Antes eu não *tava* tão... eu não *tava* considerando essa opção porque o meu grau de comprometimento *tava* bem menor. Hoje em dia, cada dia de estudo é muito sério *pra* mim. Cada dia de estudo... assim, perder um dia de estudo é muita coisa *pra* mim.” (M3)

“É... é assim, o que eu tenho que colocar de esforço todos os dias, tipo, a vontade que eu tenho que ter dentro de mim: de chegar aqui todo dia de manhã, sair de noite... Isso aí, não é a Ritalina que me ajuda. Isso aí, já *tá* dentro de mim. Isso já é uma coisa que *tá* dentro de mim. Eu *tá* ali, sentada, saber que eu tenho que ler aquele livro, saber que eu não posso fazer um intervalo muito longo, isso aí já *tá* dentro de mim. Agora, a Ritalina vai fazer a diferença no momento que eu *tô* ali, simplesmente assim, invés de eu ficar ansiosa *pra* ‘Amanhã eu tenho que resolver isso.’, ‘De noite eu tenho que ver isso’... Eu consigo focar mais ali quando eu *tô* ali. Essa que é a diferença, ela... aí nesse sentido, ela acrescenta a seriedade que eu tenho que ter.” (M3)

“E nesse um ano, você já sentiu uma diferença, no rendimento?”

“Muito!”

“E a Ritalina”

“Veio só acrescentar, só... como se fosse assim, só... tipo assim, a cereja do bolo, só! O básico, tudo ali, já, já, já tem já!” (M3)

Foi por esse motivo que M3 pode chamar a Ritalina® de cereja do bolo, afinal tudo (inteligência, dedicação, compromisso, vontade etc) antes já estava lá. Ela inclusive foi uma das poucas pessoas entrevistadas que entendia que tinha boa concentração, mas que esta habilidade sozinha não era suficiente para passar rápido para o cargo que ela almejava¹¹⁴.

Mas se para M3 o medicamento foi a coroação da melhora do seu desempenho, para H5 o caminho foi um pouco diferente. Como M3, ele já tinha bastante disciplina de ir para o curso e depois ficar na biblioteca até de noite, mas ele não conseguia estudar de forma alguma¹¹⁵. A partir do momento que iniciou o consumo do fármaco, ele começou a buscar estratégias para aproveitar o benefício trazido pelo remédio. Assim, no caso de H5, o estimulante favoreceu que ele aumentasse ainda mais o engajamento com sua meta.

¹¹⁴ Ela acreditava que sem o remédio conseguiria passar também, mas isso demoraria muito tempo.

¹¹⁵ Diferentemente de M3, H5 era totalmente identificado com o diagnóstico de TDAH.

“Que eu sempre tive força de vontade, isso que eu te falei. Mas eu passei a pensar assim: agora estou investindo na minha concentração. Então o que *que* eu tenho que fazer para eu conseguir ficar o máximo de tempo possível sentado na cadeira? Passei a chegar cedo na biblioteca e sentar lá na frente. Porque se eu sentar atrás, mesmo com a Ritalina, acho que por ter esse... realmente eu não sou o cara que passou a tomar a Ritalina *pra* estudar e passar no concurso. Não... eu realmente, se você for olhar o meu passado, eu tinha déficit de atenção com hiperatividade, entendeu?” (H5)

“*Pô*... quantas vezes eu já perdi aniversário de amigo, deixei de fazer as coisas *pra* estudar... É um compromisso que você faz, ficar estudando, entendeu? E a Ritalina me ajudou muito, muito, mas não é por causa da Ritalina... [...] Basicamente isso que tem que ficar registrado: ela não faz milagre, para quem quer *estu*-... quem quer melhorar o potencial, entendeu? Ela... você tem que ter dentro de você a vontade. Tem que ter uma coisa... é... você tem que ter uma força de vontade, entendeu? Porque às vezes o cara toma, mas ele vai tá batendo papo aqui fora, entendeu? Porque ele não tem dentro dele que ele quer fazer aquilo, entendeu?” (H5)

O quarto usuário que não foi tão claro para falar que o medicamento não era tudo. Depois de ter repetido, várias vezes, o quanto o remédio o ajudou a superar suas dificuldades, H10 frisou que se tornou o um bom profissional por sua experiência de vida, por nunca ter desistido, por nunca ter buscado humilhar colegas de trabalho e por ter encontrado uma chefe que pensava como ele, até porque ela tinha dislexia.

“Acho que o que me fez o profissional que eu sou foi eu ter trabalhado em sete lugares, ter sido demitido de quase todos e ter continuado lutando, não ter desistido e nunca ter sido aquele cara que estudou a matéria *pra* chegar no escritório *pra* falar da matéria *pra* tirar onda. *Tá* entendendo? E encontrei minha chefe, que também é assim, acha que isso é a maior babaquice, entendeu? E *pô*... eu me encontrei mesmo, me encontrei. Acho que o lugar onde eu *tô* trabalhando é fundamental... se estivesse num escritório desses eu *taria* pagando de afetado, estudioso, ninguém saberia que eu tomo Ritalina, entendeu?” (H10)

Nesses relatos vimos que os entrevistados não depositaram no fármaco toda a causa para a melhora do rendimento deles. O metilfenidato **sozinho** não proporcionaria uma condição ideal para alcançar o objetivo profissional. Enquanto um valorizou o cuidado com o corpo físico, os outros três realçaram o valor da vontade e do compromisso com a meta parecendo marcar o quanto o medicamento foi apenas um instrumento para alcançar seus propósitos.

3.3.5. Considerações sobre os efeitos e as consequências do uso do metilfenidato

Apesar de não fazer parte de nossa proposta avaliar os efeitos do remédio, interessa à nossa investigação perceber o que os entrevistados valorizaram como benefícios do

medicamento. Analisar esses dados nos forneceu importantes informações sobre os valores pessoais e sociais que atravessaram o uso dessa medicação.

Observando as falas dos usuários, vimos que todos ressaltaram os efeitos positivos do fármaco. Eles demonstraram que as consequências mais significativas foram aquelas que contribuíram para o aumento do desempenho nos estudos e na produtividade no trabalho como concentração, eficiência e energia.

Quando eles falaram sobre os benefícios na atenção, eles afirmaram que o estimulante havia trazido uma maior possibilidade de manutenção do foco na tarefa que precisavam realizar se distraindo menos com estímulos externos e internos. A maior capacidade de concentração em suas atividades permitia que eles rendessem melhor em suas atividades. Eles mostraram que sua **potência** ficava aumentada.

Mas além dessa percepção, eles relatavam também que a diminuição da distração trazia para eles a possibilidade de decidir o que e quando fazer. Poderíamos escrever que eles passaram a se sentir um pouco mais “senhores da própria casa”. Nossa interpretação ficou respaldada em alguns relatos, como o de H5 e H6. O primeiro falou o quanto tentava estudar para a vaga de promotor, mas não conseguia, apesar de sempre ter tido muita força de vontade para alcançar todos os seus outros objetivos. O segundo usuário, ao citar sobre sua dificuldade para estudar, falou da experiência angustiante de não ter um mínimo de controle sobre si mesmo. Para ambos, o fato de não conseguirem fazer o que se propunham inviabilizava a realização de seu sonho.

Para todos os entrevistados, a ingestão do remédio trouxe a possibilidade de escolher e concretizar o que queriam e precisavam fazer. Para quase todos do grupo isso era muito importante, pois o estudo ou a atividade do trabalho tão difícil de ser realizada muitas vezes também era uma importante etapa para alcançar a meta desejada. Apesar de não terem verbalizado isso dessa forma, entendemos que o remédio trouxe para eles a sensação de **autonomia** para escolher o que fazer, pois até as atividades chatas conseguiam ser bem executadas.

Assim, os efeitos positivos da medicação foram uma maior concentração nos estudos e uma maior capacidade de escolha de qual atividade iam desempenhar. Isso, por sua vez, melhorou o rendimento cognitivo. Mas, além disso, nos casos da maioria dos usuários, a manutenção do foco os aproximava ainda mais da realização de um sonho de vida.

Outro benefício que foi muito valorizado por eles foi a ampliação da eficiência. É muito comum ler nas matérias voltadas para público leigo que abordam o uso do metilfenidato para aprimoramento, que o aumento na rapidez para cumprir a atividade

proporcionaria mais tempo livre para o lazer. Mas não foi isso que encontramos entre os participantes da pesquisa. Demorar menos tempo realizando bem uma atividade abria a possibilidade para mais trabalho. No caso da maioria dos entrevistados, a maior agilidade viabilizava que eles estudassem um maior volume de matéria para as provas. A eficiência trazida pelo remédio não era para diminuir o tempo que se dedicariam ao estudo ou ao trabalho, mas sim para ampliar a abrangência de sua atuação.

Apesar de não terem falado isso de forma direta, por seus relatos conseguimos imaginar que a maior eficiência também era muito importante porque tanto no mercado de trabalho de uma maneira geral como nos concursos e provas de maneira particular, não havia vaga para todos. Assim era necessário estudar bem a maior quantidade possível de conteúdo para realizar as avaliações. A eficiência trazida pelo remédio contribuía assim para ampliar ainda mais a vantagem diante dos outros concorrentes, trazendo para eles uma melhor condição de **competitividade**.

Outro efeito positivo do fármaco relatado pelos usuários foi o aumento de energia. Em especial eles realçaram o quanto a medicação diminuía o sono e aumentava a disposição para a atividade o que permitia a continuidade do bom rendimento nos estudos ou no trabalho em momentos que já sentiriam sono e/ou cansaço. Dessa forma, essa **força** contribuía para a manutenção do foco na atividade e, ao mesmo tempo, para a eficiência na realização da tarefa. Na maioria dos casos, esse efeito pareceu ser um coadjuvante para a otimização do desempenho no estudo e no trabalho, afinal mantinha a boa **potência** e a **eficiência** por **mais tempo**.

Apesar dos participantes terem expressado que o estimulante havia proporcionado de forma direta uma melhora na concentração (capacidade de escolha e realização da atividade); um aumento na eficiência e uma maior disposição para as atividades; a fala de H10 nos fez pensar: “Mas a Ritalina mudou a parte da concentração... acho que se fosse *pra* botar em ordem de importância: a concentração, muito mais importante do que as outras coisas.”

Essa fala nos fez olhar novamente para os depoimentos dos entrevistados. Não conseguimos identificar uma hierarquia entre os valores entre os benefícios. Mas percebemos que ao todo foram treze pessoas que relataram que o medicamento havia aumentado a atenção. Os três usuários que não citaram de forma direta sobre o aumento da concentração, informaram que a otimização do rendimento nos estudos teria vindo da melhora da eficácia e da disposição para estudar.

Mesmo não tendo sido explicitada uma hierarquia entre os efeitos positivos, entendemos que a atenção foi considerada condição fundamental no processo cognitivo, visto que quase todos os entrevistados citaram esse benefício.

A mestria na administração e direcionamento da concentração é bastante valorizada na cultura capitalista ocidental. Crary (2001), por exemplo, afirmou que havia um imperativo social para que o indivíduo aprendesse a controlar o foco da atenção apesar de todos os estímulos externos. Mas ele também alertou que em contrapartida havia uma exigência social para que o indivíduo aprendesse a desviar seu interesse para as diversas fontes de estímulos e consumo. Se pensarmos no mundo tecnológico de celulares, smartphones, tablets e notebooks que deixam as pessoas conectadas com todos os tipos de informação (mensagens sociais e dados profissionais) esta não é uma tarefa fácil. Ainda segundo esse autor, a construção do domínio sobre a atenção traria consigo a promessa de sucesso e realização profissional e pessoal, mas ao mesmo tempo esconderia uma armadilha, pois a atenção não era um ponto de referência estável e direcionável pela vontade da pessoa.

Autores como Davenport, Beck (2002) e Lanham (2006) descrevem que o atual mundo dos negócios é regido pela “economia da atenção”. Eles ensinam como capturar de forma eficaz a atenção do “cliente” para que este “compre” os seus serviços e, ao mesmo tempo, demonstram que também é necessário aprender a administrar a própria atenção durante as tarefas do trabalho para ser eficiente e conseguir diferenciar-se da grande massa. Dessa forma, para eles, a atenção é a faculdade mental que organiza a vida profissional da pessoa, tanto no que se refere a sua produção direta (realização da tarefa específica) como no que se refere a chamar a atenção de um maior número de clientes possíveis.

O grande valor da atenção também foi defendido por Daniel Goleman (2014) em seu livro: “Foco: a atenção e seu papel fundamental para o sucesso”. Neste trabalho, o autor descreve várias pesquisas sobre essa faculdade mental, explicando como ela funciona e a possibilidade de “exercitá-la”, pois ela seria como um músculo, que necessita ser utilizada para se desenvolver e fortalecer. Ele esclarece que a atenção é fundamental para lidar a grande quantidade de informações que nos são oferecidas. Segundo ele, o foco seria a principal ferramenta discernir e investir no que é mais importante para nosso desempenho.

Todos esses autores confirmaram a fala dos entrevistados sobre o valor da atenção para alcançar o sucesso profissional. É a realização no trabalho que eles mais buscaram com o consumo da medicação. Afinal, foram relatados benefícios para a autoimagem, mas esse efeito vinha como uma consequência. A melhora na capacidade de ficar atento e/ou alcançar o objetivo desejado era revertido no aumento da autoestima. A percepção de conseguirem

estudar ou trabalhar, por sua vez, funcionava como um incentivo a mais para aumentar a dedicação nos estudos ou no trabalho. Afinal, o esforço seria recompensado pela realização da atividade. Concluir a atividade proposta trouxe para alguns deles a sensação de igualdade com os outros, indicando uma “superação” em relação a sensação de déficit que todos os participantes demonstraram.

Como acontece com vários outros fármacos, as bulas da Ritalina®; Ritalina® LA e Concentra® descrevem muitos efeitos colaterais negativos, incluindo o aviso sobre o risco de dependência física e psíquica. Mas mesmo citando alguma reação adversa, nenhum dos entrevistados deixou de usar o fármaco por esse motivo. Alguns demonstraram incômodo com os efeitos colaterais negativos que sentiram, mas, nesses casos, eles optaram por minimizar os problemas modificando a quantidade e horário de ingestão do fármaco. Apenas dois usuários buscaram outros medicamentos para abrandar os sintomas. H3 iniciou a ingestão de um fitoterápico para voltar a dormir melhor e M2 usou analgésico para as dores de cabeça (apenas no início da ingestão do medicamento) e um colírio lubrificante para os olhos já que ficou com a vista mais ressecada.

A reação adversa vivida que mais nos chamou atenção foi a dependência relatada por três participantes. Apesar de dois deles (H1 e H5) não terem especificado se era dependência física ou psicológica, H10 afirmou que seria a última. Entendemos que por trás da ideia de vício, eles denunciavam que somente com o metilfenidato seria possível alcançar a boa performance nos estudos e no trabalho como vinham conseguindo. Ou seja, o medicamento seria a única estratégia “possível e necessária” (H4) para realizarem suas metas, afinal, para conseguirem alcançar seus objetivos não bastava estar na média, tinham que ser melhores do que os outros para atingir o rendimento ideal.

Talvez exatamente pela necessidade de sentir a “força do medicamento”¹¹⁶, esses mesmos três participantes demonstraram incômodo com a Ritalina® LA. Apesar de seu uso suavizar o impacto da medicação no corpo, somente a Ritalina® de ação rápida traria a sensação de poder e potência com maior intensidade. Além disso, sua ação mais imediata permitiria a eles uma maior sensação de controle sobre o medicamento e não o contrário, como foi a queixa de H5 e H10 e a fantasia de H1.

Já H4 gostava da ação mais suave do metilfenidato de longa duração, pois sentia muita ansiedade com o de ação imediata. Mas mesmo preferindo a ação mais suave e não se identificando imediatamente como dependente do fármaco, esse usuário demonstrou que tinha

¹¹⁶ H10 ao contar sobre o efeito da Ritalina 10mg falou: “A força do medicamento, na hora que ele entra, que... que... começa o efeito dele é muito grande...”

preocupação e dúvidas em relação a possibilidade do vício, a ponto de questionar se ele era ou não dependente. Entendemos que ele também trazia a mesma compreensão que os participantes acima citados: sem o remédio seria impossível conseguir estudar para concurso de forma eficiente. Depois que ele contou sobre o estilo das provas, foi perguntado a ele se a escolha pelo medicamento era um caminho possível dentre de todo o contexto que ele havia descrito. Prontamente ele respondeu: “No meu caso eu diria: possível e necessário.” (H4)

Em sua resposta, H4 acabou dando o que entendemos ser uma dica sobre o porquê as pessoas mantinham o uso do medicamento apesar dos efeitos colaterais vividos e dos medos de reações adversas, incluindo a dependência. Afinal, nenhum entrevistado suspendeu o uso por causa dos efeitos colaterais. Eles provavelmente entendiam que era um caminho possível e necessário para eles também.

As falas de três participantes reforçaram nossa hipótese. Como já relatamos, H6 só comentou sobre sua concepção de que a Ritalina® faria mal depois que usou a de ação rápida depois do almoço e esta não diminuiu seu sono da tarde. Tal postura pareceu confirmar o que suspeitávamos: que a possibilidade de alcançar o objetivo “trazida” pela medicação favorecia que os participantes assumissem o risco de usar o medicamento e sofrer as consequências.

Mais uma vez, H4 contribuiu com uma informação para compreendermos a questão da ingestão do fármaco apesar dos problemas (vividos ou fantasiados). Como apresentamos anteriormente, este usuário compreendia que o medicamento era uma droga como o álcool e o cigarro. Mais adiante, ele se questionou sobre a validade do uso da medicação (encarada como droga por ele) para passar no concurso.

“Será que é valido qualquer esforço, qualquer coisa é valida para chegar ao resultado de passar *num* concurso? Depois que passar, que diferença faz você ter tomado Ritalina ou não? O importante é atingir seu objetivo, *tá* ganhando seu salário exercendo seu cargo que você tanto almejou.” (H4)¹¹⁷

Esta sua fala foi bastante coerente com sua escolha de manter o consumo do medicamento. Já o forte tom de pesar usado por ele ao fazer a afirmação final mostrou a intensidade do conflito que estava por trás dessa opção de vida. Afinal, ou ele respeitava seus valores em relação a sua saúde e se mantinha distante de seu objetivo ou ele investiria na realização de seu sonho pessoal e profissional, abrindo mão, pelo menos temporariamente, de seu ideal de cuidado com a saúde. Dessa forma, podemos ver que mesmo entre aqueles que traziam questões importantes em relação ao uso do metilfenidato ou em relação a psicotrópicos em geral não deixaram de usar o remédio por causa disso.

¹¹⁷ A primeira frase ele falou em tom de pergunta como se fosse responder negativamente. A segunda frase ele já falou em um tom mais brando, como se tivesse pensando sobre a situação. Só então demonstrou o pesar de sua conclusão.

Apesar de nenhum entrevistado ter afirmado isso de forma direta e clara, imaginamos que o remédio tenha sido escolhido como principal estratégia para alcançar a realização profissional porque este traria algo **além** do que a pessoa já tinha. E isso não era apenas suprir o déficit, pois todos os entrevistados não buscavam um rendimento mediano, ele precisavam mais que isso, eles buscavam serem os melhores. Na busca de encontrar o seu lugar no mercado de trabalho, o metilfenidato se transformou em um instrumento fundamental na realização profissional. Afinal, segundo o relato dos entrevistados, o fármaco trouxe para eles **potência, autonomia de escolha, eficiência e disposição**, o que tornava a pessoa mais **competitiva** para, assim, conseguir ser melhor que os outros.

3.4. Tratamento ou aprimoramento?

Como já descrevemos na metodologia, inicialmente nossa pesquisa tinha a intenção de comparar os depoimentos entre usuários de metilfenidato para tratamento com os que faziam uso para aprimoramento. Assim, planejamos entrevistar primeiro os usuários sem diagnóstico, pois entendíamos que haveria uma maior dificuldade para localizá-los. Contudo, logo nas primeiras entrevistas, observamos que o recebimento de um diagnóstico (ou não) não traduzia se o uso do medicamento era para tratamento ou aprimoramento. H1, por exemplo, foi diagnosticado com transtorno de ansiedade e recebia a prescrição do metilfenidato por esse motivo, mas ele entendia que tinha TDAH e mesmo assim disse que o uso que fazia do fármaco era para aprimoramento. Já M1 não buscou a consulta médica, porém usava o medicamento porque acreditava que tinha déficit de atenção. Essa postura caracterizava que ela fazia uma automedicação. Mas durante sua entrevista mostrou-se totalmente identificada com o uso para aprimoramento. Dessa forma, logo nesses dois primeiros depoimentos, podemos perceber que outros aspectos atravessavam o consumo do fármaco como, por exemplo, a identificação (ou não) do usuário com o diagnóstico de TDAH, a percepção de uma sensação de déficit em relação a seus pares, as circunstâncias nas quais os participantes usavam o estimulante, como eles nomeavam o uso que faziam da medicação e, principalmente, que argumentos que eles usavam para explicar e justificar suas dificuldades, comportamentos e escolhas.

Para apresentar esses dados, optamos por citar todos os entrevistados. Contudo, não nos detivemos na discussão de todos eles, pois alguns casos não apresentaram questões significativas para este assunto.

Os dois primeiros entrevistados que vamos apresentar não fizeram consulta médica porque tinham facilidade para conseguir o remédio entre amigos e percebiam que não tinham déficit de atenção. Mesmo assim, H7 e H11 queriam usar o metilfenidato porque estavam com dificuldades para estudar para a prova de residência que estava se aproximando. Acompanhamos, então, que nestes dois casos houve uma sintonia entre a autoimagem (boa concentração) e o uso da medicação para aprimoramento. O fato de não terem ido a uma consulta demonstrou a coerência deles em relação a esses aspectos.

M3 fez diferentes dos usuários anteriores. Ela foi ao médico para conseguir a receita do estimulante, mas não recebeu o diagnóstico, pois ela mesma afirmou para ele que tinha boa concentração. Mesmo reconhecendo que ela não tinha dificuldade para estudar, o psiquiatra lhe receitou o fármaco por ela estar se preparando para uma prova de concurso. Ou seja, com essa usuária houve uma sintonia entre o olhar do médico, a imagem que ela tinha de si e o uso do remédio para aprimoramento. Entendemos que sua procura pelo especialista foi uma estratégia para conseguir a receita e não passava por qualquer tipo de suspeita sobre ter o déficit de atenção.

Os argumentos para a busca pelo aprimoramento nestes três primeiros casos era a dificuldade que vinham enfrentando para estudar. H7 tinha vivido problema pessoal e familiar o que diminuiu sua motivação para se preparar para a prova. Além disso, ele também se queixou de sono durante o dia por sempre dormir muito tarde. Segundo ele, este sono só lhe atrapalhou a assistir as aulas do cursinho, pois as aulas da faculdade eram mais fáceis. H11 estava sem ritmo de estudo, pois havia passado um período fora do Brasil. M3 tinha que estudar um volume muito grande de conteúdo e necessitava decorar leis, o que não era fácil para ela. Assim, os três compreendiam que faziam uso para aprimoramento porque sua dificuldade era pontual e não “constitucional”¹¹⁸.

Outros cinco participantes da pesquisa, M4, M5, H5, H6 e H9, foram diagnosticados com TDAH, identificavam-se com esse transtorno e usaram o medicamento como um tratamento. Assim, podemos afirmar que com esses entrevistados também houve uma coerência entre diagnóstico recebido, imagem que construíram de si e o uso que faziam do

¹¹⁸ Nenhum entrevistado usou essa forma para descrever a diferença, contaram apenas o que acontecia com eles. Essa nomeação de pontual e constitucional foi feita por nós durante a análise dos dados.

metilfenidato. Ao contrário dos três primeiros casos relatados, estes participantes entendiam que faziam tratamento porque tinham problemas muito antigos para estudar e se concentrar. M5, H5, H6 e H9 relataram que só usavam a medicação nos dias de aula e estudo, mesmo assim, eles compreendiam que este uso era um tratamento visto que viviam uma forte (e inexplicável¹¹⁹) impossibilidade para sentar, ler e apreender.

H4 concordava como o diagnóstico de TDAH recebido de seu médico, principalmente porque tinha muita dificuldade para sentar e estudar. Durante quase toda entrevista, ele falou que fazia tratamento para sua dificuldade e demonstrou ser totalmente contra o uso do fármaco para aprimoramento. Mas ao final de seu depoimento, já tendo falado sobre todas as dificuldades vividas pelos concursandos, ele trouxe o questionamento se ele mesmo não estava usando o remédio como um doping.

“Sempre... o princípio *pra* quem tá procurando é sempre assim, o ‘caminho mais fácil’. Eu entendo isso como um doping! [...] Entendeu? É um doping! Que na realidade vou falar *pra* você: será que eu não tô sendo... também não faço o uso de um doping?”

“Você acha?”

“NO MEU CASO, NO MEU CASO, eu ainda não tive essa conclusão de ser desonesto porque eu vejo que eu preciso. E todo mundo que eu notar que precisa eu acho SUPER honesto. É um remédio como outro qualquer. *Pra* quem vai à homeopatia, usa remédio, entendeu? Enfim, é um tratamento enfim... [riu] que eu espero passar a não precisar mais.” (H4)

O usuário levantou a dúvida sobre o doping quando falava sobre sua compreensão de que este seria o “caminho mais fácil”. Logo em seguida ele voltou a estabelecer a relação entre necessidade (por ter muita dificuldade) e tratamento o que garantiria a honestidade do método em seu caso. Mesmo assim, a frase “eu ainda não tive essa conclusão de ser desonesto” pareceu denunciar que ele ainda não estava totalmente convencido de o uso da medicação no seu caso ser algo honesto. Provavelmente ele percebia que havia algo “estranho” no tratamento que fazia.

O entrevistado não deu muitas pistas sobre essa dúvida, mas quando nos debruçamos sobre sua história relatada, imaginamos que a incerteza sobre o fármaco ser ou não um aprimorador poderia ser alimentada pelo fato de ele só **precisar** do remédio para estudar para o concurso. Além disso, ele percebia que conseguia ficar bem sem o metilfenidato o que reforçava que este medicamento era um “acessório” em seu tratamento psiquiátrico, já que ele entendia que seu maior problema era a ansiedade. No início da entrevista, o participante afirmou que o principal remédio para ele era o ansiolítico que usava. Se o estimulante era um

¹¹⁹ Como eles não conseguiam entender o motivo de não conseguirem fazer algo que tanto desejavam ou precisavam, o diagnóstico de TDAH trouxe para esses cinco usuários uma explicação e um sentido para a dificuldade. A identificação do transtorno também trouxe a solução: o uso do medicamento.

coadjuvante no tratamento, será que ele poderia ser compreendido como um aprimorador? Talvez daí viesse sua dúvida.

Resumimos os argumentos representados nessa fala de H4 da seguinte forma: caminho mais fácil versus caminho necessário. O primeiro seria um doping (aprimoramento) e por isso desonesto. O segundo seria um tratamento e, por isso, honesto. O valor desta dúvida pareceu ter sido diluído um pouco mais adiante em sua entrevista, quando ele demonstrou se render a ideia de que não haveria diferença fazer um doping ou não, pois o mais importante era alcançar o objetivo de vida que era ganhar um bom salário exercendo o cargo que tanto almejou. Mas será que ele estava de fato convencido disso?

Já fazendo tratamento medicamentoso para uma depressão antiga, H3 recebeu a prescrição do estimulante para tentar diminuir o cansaço mental que sentida depois de algumas horas de estudo. Seu médico entendia que isto poderia ser um efeito colateral do antidepressivo. Contudo depois que entrou para o universo dos concursandos e experimentou os benefícios do remédio, o participante passou a suspeitar que apresentava um déficit de atenção. Em nenhum momento o usuário esclareceu sobre como compreendia o uso que fazia do fármaco. Mas parece que ele sente-se sustentado e autorizado a usar a medicação (independente da identificação ou não com o transtorno) porque seu psiquiatra fez sua prescrição.

“Ah, eu já senti esse preconceito assim... ético. Não sei... Essas pessoas assim que falam isso. Normalmente eu respondo assim: ‘Você é médico?’ Aí a pessoa assim: ‘Não!’ ‘Então sua opinião não vale de muita coisa. Se você fosse um médico me falando isso, eu poderia até respeitar mais, mas que base você tem assim? Não tem muita base *pra* falar.’” (H3)

Mesmo assim, ele demonstrou que algo das críticas que lhe fazem lhe incomodam, pois para defender o consumo do estimulante, ele afirma que o remédio o ajuda e que não está cometendo nenhum crime (roubar e matar). Afinal, ele está usando de forma legal, já que foi seu médico quem lhe receitou. “Eu tomo medicamento, tá me ajudando... não tô matando ninguém, não tô roubando ninguém. Não vejo porque não usar.” (H3)

Os dois trechos da entrevista de H3 sugeriram que ele se identificava com os usuários que consumiam a medicação para aprimoramento, afinal não existe preconceito ético quando o medicamento está sendo usado para tratar uma doença. Somado a isso, em nenhum momento de sua entrevista ele expressou a ideia de necessitar do estimulante, apesar de relatar sobre o cansaço mental depois de mais horas de estudo. Outro ponto que nos chamou a atenção é que antes da gravação da entrevista, o participante perguntou de maneira meio temerosa se seria necessário dar o nome de seu psiquiatra. Dessa forma, entendemos que, o

usuário tinha um diagnóstico de seu médico que era diferente do que ele pensava de si (déficit de atenção) e nem o diagnóstico médico e sua autoimagem eram condizentes com o uso que **parecia** fazer da medicação (aprimoramento).

A falta de clareza sobre sua autoimagem e sobre o uso que fazia do remédio talvez fosse um indicativo da pouca importância que essas informações tinham para H3. Afinal, seu principal objetivo era ingerir o medicamento para conseguir estudar e ingressar na carreira pública. Por esse motivo talvez não fizesse tanta diferença ter ou não TDAH ou ainda entender se fazia um tratamento ou aprimoramento. O importante era ter acesso ao fármaco para garantir um melhor rendimento. Além disso, H3 gostava da tecnologia médica e buscava aí instrumentos para fazer autorregulação de suas alterações. Foi isso que ocorreu quando ele iniciou a ingestão de um fitoterápico para minimizar a insônia que começou a ter com o uso do metilfenidato.

A participante M1 não fez consulta médica, tendo conseguido o remédio com um primo diagnosticado com TDAH. Contudo, ela compreendia que tinha déficit de atenção desde sua infância, apesar de não saber se era “aquela coisa o tempo todo”. Conforme continuou explicando sobre os usos do metilfenidato, a participante começou a expressar sobre a ingestão para aprimoramento de uma maneira geral, e em seguida, passou a falar de seu consumo, como usuária para aprimoramento.

“Não acho que, que não acharia errado o uso da Ritalina *pra, pra* ajudar nos estudos, *pra* melhoramento. Não acho [errado].”

“Então você acha válido [o uso da Ritalina] *pra* aprimoramento?”

“Ah, eu acho! Eu acho muito, porque assim... eu não tive problema nenhum! É... *num...* não... assim, *cê vê*, não tomo todo dia, toda hora, qualquer momento. Não preciso disso várias vezes. Não! Mas assim acho que depende da cabeça da... *Pra* mim, não tive problema nenhum, foi ótimo! Entendeu? Se eu tiver, eu vou continuar [usando], se eu não conseguir, vou [x] vou explicar *pra* ele [médico], vou falar! Eu vou querer! Porque assim, eu achei que *pra* mim foi ótimo! Só, só me ajudou! Não tive problema nenhum. Eu sou a favor... *pra* aprimoramento! Achei excelente! Mesmo que a pessoa não tenha déficit de atenção! Eu achei ótimo! Achei mesmo! Tem que ser controlado, *né?*” (M1)

Por essa parte de sua fala, não ficou muito claro se ela continuava acreditando que tinha (ou não) TDAH, mas ela revelou que estava completamente identificada com essa utilização do remédio. Tal relato pareceu confirmar que era esse o uso que fazia do medicamento. Imaginamos que talvez ela tivesse se identificado dessa forma porque só pretendia ingerir o fármaco no período de estudos para as provas. Afinal, mesmo que o médico confirmasse o transtorno e dissesse que ela tinha que fazer a ingestão do estimulante todos os dias, ela continuaria usando somente para se preparar para os exames. Ou seja, por mais que ela acreditasse ter o déficit de atenção, ela demonstrou que esse problema só lhe

atrapalhava na hora de estudar para as provas. Cabe lembrar que suas notas sem a medicação eram boas, mas ficaram melhores depois que estudou sob o efeito do medicamento. Assim, entendemos que a sua percepção de que o déficit de atenção não acontecia o tempo todo e sua fala sobre sua forma de consumo do estimulante a aproximava muito da prática do aprimoramento.

M2 demonstrou que ficou confusa com a avaliação do neurologista, pois ela não sabia se ele havia dado o diagnóstico de TDAH ou se ele havia lhe dado a prescrição por entender que ela precisava do remédio naquele momento de sua vida. Além disso, ela não confiava na competência deste médico, pois ela percebia que ele receitava o fármaco rápido demais.

“Eu falei *pra* ele [médico] que... na verdade, eu não falei *pra* ele, eu não... eu nem pensei em falar do medicamento assim, mas eu falei *pra* ele que eu estava em um período muito cansado e que eu tinha que estudar e que eu... e que eu queria... se tinha algum medicamento que eu poderia usar.”

“E ele?”

“Ai ele me *indicô*, ele me *indicô*... é... não a Ritalina, mas o... Concerta.” (M2)

“Ah, sobre, essa dúvida assim que fica, que eu fico, *né*, poxa: ‘Será que eu tenho ééé... *TDA* mesmo...’ E aí eu fiquei porque eu achei que o médico era um pouco suspeito, e aí eu acho que, que foi, não, ééé... que ele receitou mesmo... por isso, porque eu precisava e não porque eu realmente tinha um *TDA*, sabe? Então eu não sei, eu fiquei achando que ele era falcatrua, sabe?”(M2)

Além da falta de clareza em relação à avaliação diagnóstica, M2 também tinha dúvidas em relação a ter ou não TDAH. Essa desconfiança surgiu porque ela percebeu a melhora que o medicamento trouxe para sua concentração e para seu desempenho. Contudo, não era tão fácil identificar-se com o transtorno, pois ela tinha compreensão de todo o aspecto cultural que atravessava e piorava a qualidade da atenção das pessoas. Apesar de ter reconhecido que sempre conseguiu estudar e trabalhar, a conversa com sua cunhada permitiu que ela percebesse o quanto de esforço era necessário para ela concluir uma tarefa.

M2 não relatou se havia feito uso do remédio como um aprimorador ou como um tratamento. Contudo, logo no início de sua entrevista ela contou que havia conversado com sua cunhada que **também** havia usado o estimulante para aprimoramento. Tal comentário associado a sua resposta ao questionário sobre o uso não médico do fármaco confirmou que ela entendia que fazia um uso que visava melhorar sua performance.

Entendemos então que M2 não sabia qual o diagnóstico dado pelo médico e ainda alimentava dúvidas em relação a imagem que tinha de si. Mesmo assim, ela demonstrou certeza de que havia usado o medicamento como um aprimorador para ingressar no mestrado. Sua convicção independeu do diagnóstico, parecendo estar mais relacionada ao uso pontual que ela havia feito da medicação (somente para ingressar no mestrado), como também à

percepção de que conseguia trabalhar e estudar, mesmo que um pouco mais lentamente que as outras pessoas. Para ela, a identificação de um ritmo mais lento que o de outras pessoas não era totalmente suficiente fazer com que se percebesse com TDAH.

Pelo seu histórico com drogas, H2 foi o entrevistado que apresentou a relação mais diferenciada com o medicamento. Como ele foi a muitos psiquiatras e neurologistas tanto para tratar da adição quanto para buscar a receita do metilfenidato, optamos por descrever o diagnóstico do médico com o qual estava fazendo tratamento no momento da entrevista. Este psiquiatra entendia que o participante tinha TDAH (por relato de sua infância) além de ser dependente químico. Já H2 reconhecia o problema do vício, mas percebia que não tinha problemas de concentração e por isso ele não se identificava com o transtorno. Contudo ele e seu médico constataram que o estimulante funcionava como um bom antidepressivo para ele, tendo sido inclusive uma importante ajuda no controle de abuso às drogas.

Por esses motivos, imaginamos que ele compreendia que este fármaco era um tratamento (para abuso de drogas), mas não foi assim que ele descreveu seu consumo. Ele entendia que fazia um uso para aprimoramento. Tal compreensão provavelmente estava associada à melhora de sua disposição¹²⁰ e performance nas atividades cotidianas. Apesar de afirmar isso, ele sugeriu que fossem feitos mais estudos para avaliar a possibilidade do estimulante ser usado no tratamento para abuso de drogas.

Assim, percebemos que com H2 também não houve uma linearidade entre diagnóstico, autoimagem e uso da medicação. Mas diferentemente de M2 que fazia um uso pontual, H2 fazia a ingestão diária, e mesmo assim entendia que era para aprimoramento. Essa diferença pareceu indicar que a principal referência para que ambos compreendessem o remédio como um aprimorador era a percepção de que não “precisavam” do fármaco. O reconhecimento do metilfenidato como algo “dispensável”¹²¹ pareceu ser fundamental para que seu uso não ficasse caracterizado como tratamento nesses dois casos.

H1 já fazia uso de antidepressivo quando conversou com seu psiquiatra sobre a possibilidade de incluir o metilfenidato em sua prescrição, pois ele tinha uma desconfiança antiga de que era portador de TDAH. Além disso, o medicamento lhe ajudaria a estudar para a residência que vinha tentando fazer dois anos. Seu médico entendeu que ele não tinha déficit de atenção, mas sim transtorno de ansiedade. Mesmo assim, ele lhe receitou o fármaco. O

¹²⁰ Este entrevistado foi um dos que exaltou o aumento da disposição e o quanto que isso o beneficiou na atenção e na memória.

¹²¹ Para H2 o remédio era dispensável porque ele não precisava deste para melhorar seu rendimento. Para M2 ele era dispensável porque ela conseguiu a realizar suas tarefas cotidianas bem, mesmo que um pouco mais lentamente.

usuário reconhecia que era muito ansioso, mas continuou compreendendo que tinha um déficit de atenção pelo sacrifício que sempre foi estudar e também por se distrair facilmente em conversas. Apesar do participante só fazer seu consumo para se preparar para as provas, ele se sentia dependente do estimulante, pois percebia que não conseguiria estudar sem essa medicação.

Assim, seu psiquiatra entendia que ele tinha transtorno de ansiedade enquanto que H1 acreditava que além de ser muito ansioso, tinha TDAH. O curioso é que ele afirmou que fazia o uso do metilfenidato para aprimoramento. Pensamos se essa compreensão poderia resultar do fato de ele usar o fármaco somente quando estudava. Mas isso nos pareceu pouco para justificar tal percepção, principalmente porque ele ressaltou sua grande dificuldade para estudar (crise intensa de sudorese) e sentia-se dependente da medicação, ou seja, ele entendia que sempre precisaria do medicamento para estudar. Quando avaliamos a questão da dependência, ressaltamos que provavelmente H1 e os outros entrevistados com a mesma questão não faziam referência a uma dependência emocional ou química, mas ao reconhecimento de que eles só alcançariam o alto desempenho com o uso do remédio.

Buscamos outros dados em sua entrevista para confirmar ou não essa possibilidade. Observamos que ele havia falado sobre o mundo competitivo das provas de residência. Muitos médicos usavam o remédio para aprimoramento a ponto de H1 considerar que quem usava o medicamento partia do zero enquanto que quem não usava partia do negativo. Quando fizemos a análise desta sua fala, entendemos que naquele momento, ele havia diluído a diferença entre usuários com e sem o déficit de atenção, indicando que a grande diferença estava situada entre quem usava e quem não usava o fármaco. Tal diluição sugeriu, mais uma vez, que o medicamento trazia uma maior potência e eficiência, o que aumentava o poder de competição da pessoa.

Pensamos então que a percepção de que o uso para aprimoramento poderia vir do fato de ele só usar para estudar e do quanto o remédio lhe trazia um alto desempenho a ponto de aumentar significativamente sua condição para competir com os concorrentes. Afinal, conseguiu passar para a desejada residência.

O relato de H8 chamou atenção por outro motivo. No transcorrer de sua entrevista havíamos entendido que o usuário tinha sido diagnosticado com TDAH, identificava-se com o transtorno e usava o remédio como um tratamento. Porém, durante a transcrição do seu depoimento, percebemos que ele não havia falado sobre o seu diagnóstico. Ele relatou apenas que recebeu a prescrição depois de ter feito exames. Curiosamente ele também não expressou em nenhum momento de forma direta que ele era ou que tinha déficit de atenção. Durante

toda sua entrevista ele apenas citou quão difícil era estudar antes da Ritalina e quanto era distraído já que qualquer som atrapalhava sua concentração.

“É, é neurologista, eu fui *no* neurologista, fiz os exames que tinha que fazer e ele me receitou. [...] Eu falo no meu caso, cara, porque eu sempre fui disperso, qualquer barulho, qualquer barulhinho aqui fora, cara, eu fico... tira a concentração... qualquer coisa me atrapalha. Eu sou assim. Eu não sei a pessoa que não precisa, se quando ela toma, ela... o rendimento aumenta ou diminui. Eu não conheço.” (H8)

A fala de H8 parece indicar que para ele a definição de uma identidade pelo transtorno não tinha tanto valor. Inicialmente, pensamos que H8 não se identificava totalmente com o TDAH, porque a dificuldade de concentração só o atrapalhava a estudar para concurso. Afinal, ele contou que sempre conseguiu ser um aluno razoável, mas que estudar para o concurso era algo mais difícil, pois seus concorrentes beiravam a excelência. Além disso, ele pretendia parar de usar o remédio assim que tomasse posse do cargo. Contudo, em outro trecho de seu relato, H8 comparou o metilfenidato a um anabolizante e, da mesma forma que H1, ele pareceu apagar os limites entre pessoas com e sem transtorno para marcar que a principal diferença era entre quem usava ou não o fármaco.

“Cara, alguma coisa eu tenho que fazer, porque não tem jeito, cara! Não tem como uma pessoa que tome Ritalina ela competir com o cara, o cara que estuda normalmente sem tomar nada, não tem como inteligentemente competir com uma pessoa que toma. Muito difícil. Eu acho difícil. Uma pessoa natural com uma pessoa que *tá* sob o efeito de alguma coisa artificial. Mesma coisa que um cara que toma anabolizante e malha e uma pessoa que toma vitamina, sei lá... banana com maçã, e vai malhar. Não tem como comparar.” (H8)

Em outro trecho ele acrescentou: “Eu acredito que tem gente que não tenha dificuldade, que não tenha déficit de atenção... não vai notar diferença não. Mas eu acho que quem tem algum déficit de atenção, ajuda muito.” (H8) Mesmo ele parecendo acreditar que o remédio só faria efeito em quem tem algum déficit de atenção (trecho acima), a associação entre o estimulante e o anabolizante pareceu confirmar o poder “aprimorador” do metilfenidato. Além disso, imaginamos que para H8 não era tão importante ter ou não o diagnóstico do transtorno, mas sim conseguir a ingestão do remédio, pois este lhe traria uma melhor condição para competição. Afinal, segundo o participante, seria impossível competir por uma vaga no funcionalismo público sem o remédio. Ou seja, para ele, o uso do medicamento estava direta e unicamente vinculado ao seu ingresso no funcionalismo público. Essa compreensão sugere que a falta de precisão sobre suas informações, na verdade, revelava sua relação com o remédio.

Ao contrário do usuário anterior, H10 foi bastante claro em relação aos seus dados. Ele foi diagnosticado com TDAH, reconhecia que tinha o transtorno e usava o medicamento como um tratamento, apresentando assim total coerência entre esses aspectos. Mas, em

determinado momento da entrevista, sua fala ficou muito próxima à compreensão que H8 mostrou ter do estimulante. A diferença foi que enquanto H8 comparou a Ritalina® aos anabolizantes, H10 comparou a medicação com o Viagra®.

“Tem aqueles concurseiros... Deixa eu *te* falar: se eu não tivesse hiperatividade e fosse concurseiro eu tomaria Ritalina da mesma forma se eu fosse um cara idoso que tivesse a fim de fazer sexo, tomaria um Viagra. Chega ser uma covardia. Eu acho. Não sei se nos outros não faz tanto efeito, mas em mim faz uma diferença não é o dobro é... MUITO, muito... Entendeu? Não sei se em todo mundo faz isso, mas a comparação que eu faço é: Ritalina está para o estudo *pra* mim assim como o Viagra está para os caras que precisam. Entendeu? Chega ser uma covardia. É um doping, *né?* É um doping. Se fosse um... atleta, a Ritalina seria a coisa que me faria ganhar a vida, entendeu? Ou pelo menos me faria se eu fosse um cara normal. *Tá* entendendo?” (H10)

Nesta comparação, entendemos que o entrevistado ressaltou a ideia de tratamento, pois em nenhum momento ele pareceu abrir mão da identidade de portador de TDAH¹²². Mas ao invés de apagar a diferença entre pessoas com e sem transtorno (como H1 e H8), ele ressaltou com bastante ênfase o quanto o remédio o colocava em um patamar diferenciado, a ponto de seu efeito ser equiparado ao doping em uma pessoa saudável. Ou seja, ele ficava além do normal.

Em outro ponto de entrevista, H10 expressou que o estimulante havia propiciado sua reinserção na sociedade. Mas entendemos que nesta sua última fala (acima descrita) ele conseguiu esclarecer de que maneira o remédio havia proporcionado essa recolocação. O medicamento o tirou de um estado de deficiência / impotência para elevá-lo a um estado de supernormalidade. É esta nova posição que “chega a ser uma covardia” (H10).

Apesar de não ter usado esses termos, a superpotência sentida por H10 pareceu explicar a dificuldade de alguns usuários em definir se o que faziam era tratamento ou aprimoramento. Afinal, quando eles estavam mais identificados com o déficit e a necessidade do metilfenidato, eles tendiam a compreender seu consumo como um tratamento. Mas independentemente de se identificarem com o transtorno, quando havia um reconhecimento de um aumento muito grande de potência a ponto de se sentirem além e melhor que outras pessoas, a tendência era identificar sua ingestão como um aprimoramento¹²³.

¹²² Entendemos que no **imaginário social**, o Viagra® ainda é compreendido como um tratamento porque, hoje, a dificuldade de ereção mesmo em pessoas mais velhas é considerada um problema que deve ser tratado.

¹²³ Não podemos falar que isso foi uma regra, mas observando o caso de H4, por exemplo, percebemos que ele deixou de considerar que o uso que fazia era um doping quando voltou a falar de sua necessidade e dificuldade. Por outro lado, nos casos de M4, M5, H5, H6 e H9 eles reconheceram os importantes benefícios do fármaco, mas eles não expressaram um aumento de potência em relação aos outros, apenas em relação a sua experiência anterior de déficit.

Dessa forma, compreendemos que os relatos e os argumentos de H1, H2, H8 e H10 denunciaram os borrados limites entre tratamento e aprimoramento. Mas tal delimitação não é fácil (DANIELS, 2000), pois a crescente possibilidade de intervenção médica para transformar as características pessoais indesejadas tem sido acompanhada por um rebaixamento da tolerância à diferença, tornando o conceito de normalidade cada vez mais estreito (CONRAD, 2007). Por outro lado, a necessidade de ter um melhor desempenho vem tornando a normalidade pouco atraente, pois como vimos entre os entrevistados, é grande a concorrência por um lugar no atual (e inseguro) mercado de trabalho (SENNETT, 2002). Provavelmente é por esse motivo que parece não ser tão fundamental para alguns entrevistados definir se o que fazem é um tratamento para o transtorno ou um aprimoramento de uma habilidade. Parece que para eles, o importante é alcançar a condição de conseguir realizar sua meta.

3.5. Usos e sentidos do metilfenidato

Ouvir os entrevistados sobre sua experiência com o metilfenidato revelou nuances que sobre os usos e sentidos do fármaco que não eram esperados. Como Conrad (2007) e Williams, Martin e Gabe (2011) alertaram, a avaliação de cada caso permite que as especificidades do medicamento e dos usuários venham a tona, desvelando que atores e de que maneiras eles se fazem presentes naquele contexto.

O primeiro ponto que nos chamou atenção, apesar de ser esperado foi o fato de todos os entrevistados terem exaltado os benefícios do estimulante. Contudo, M5 expressou toda a intensidade de seu encantamento com o remédio:

“Porque eu acho que foi uma coisa assim, é... PARAÍSO *pra* mim. É assim: eu não sei nem palavras *pra* dizer o mais alto nível de maravilha, de ficar maravilhada com aquela situação. Encantamento, entendeu? Eu me senti dessa forma, eu tenho a capacidade, só me falta isso, entendeu? Com isso aqui [Ritalina], *pô*... Sou INVENCÍVEL! Tipo isso, sabe? Era por aí! Então eu acho que fiquei tão maravilhada, com o fato de sentar e CONSEGUIR estudar ou CONSEGUIR prestar atenção em uma aula, que o resto eu nem via, entendeu?” (M5)

M5, que sempre se percebeu muito lenta e dispersa, quando usava o medicamento sentia-se invencível. Mas como pode um comprimido conseguir operar uma transformação tão intensa?

O encantamento pelos fármacos parece residir exatamente aí: no fato de serem pequenos e concretos, mas ao mesmo tempo carregados com a promessa de cura (VAN DER GEEST, WHYTE, 1989). Essa promessa, em parte, resulta da eficácia biológica de algumas medicações para determinadas moléstias. Não há como negar os benefícios dos antibióticos em relação às doenças bacterianas. Mas, nem toda a enfermidade é da mesma ordem como nem todos os medicamentos têm o mesmo tipo de ação e efetividade diante de um problema de saúde. Um bom exemplo disso são os antidepressivos que para algumas pessoas melhoram os sintomas e para outras não. Essa diferença nos resultados das medicações acontece especialmente no campo da psiquiatria porque o benefício de um remédio não depende apenas do avanço da farmacologia, mas também da delimitação da doença para a qual esse instrumento é utilizado. Como escrevemos anteriormente, os transtornos mentais não apresentam marcadores biológicos e sua descrição e compreensão resultam de construções sociais (ROSENBERG, 2002; 2006).

Nas investigações com o metilfenidato, o mecanismo de ação ainda não foi esclarecido e persistem divergências em relação a sua eficácia. Algumas investigações indicaram que o remédio era eficiente para tratar TDAH em crianças, adolescentes e adultos (THE MTA COOPERATIVE GROUP, 1999; KIM et al., 2001; LOUZA, MATTOS, 2007; STRAY et al., 2009; FREDRIKSEN et al., 2012), por apresentar boa remissão dos sintomas. Outras publicações mostraram que o fármaco precisava de mais estudos, pois melhoraria o transtorno de maneira pouco expressiva. Tal compreensão veio dos resultados que indicavam efeitos muito variáveis de pessoa a pessoa, ou ainda porque a significativa diferença entre os benefícios do remédio quando comparado com um grupo controle se mantinha apenas durante as quatro primeiras semanas (COGHILL, RHODES, MATTHEWS, 2007; COGHILL et al., 2013; SCHACHTER et al., 2001).

A falta de consenso também foi encontrada quando as pesquisas avaliam o efeito da medicação em pessoas saudáveis. Apesar de algumas investigações indicarem que o estimulante ajudava a melhorar a realização de tarefas cognitivas e diminuir a fadiga nessa população (ELLIOTT et al., 1997; MEHTA et al., 2000), outras investigações sugerem que há poucos benefícios alcançados de fato, havendo uma tendência do usuário a superestimar a melhora de seu rendimento cognitivo seja por um efeito sugestivo ou pelo aumento do estado de alerta e vigília gerado pelo efeito estimulante (BEYER, STAUNTON, MOODLEY, 2004; FINGER, SILVA, FALAVIGNA, 2013; FREESE et al., 2012).

A variedade nos resultados reflete a grande diversidade de estratégias utilizadas para desvelar a atuação do medicamento. Enquanto alguns estudos comparam o metilfenidato com

um placebo, outras investigações comparam com a terapia comportamental. Alguns buscam as respostas em estudos pré-clínicos com animais enquanto outros procuram conhecer a atuação e efeito do remédio por meio de avaliações clínicas. Além disso, algumas pesquisas só examinam as respostas dadas a testes para investigar como os efeitos na memória de trabalho, planejamento, fluência verbal e manutenção da atenção enquanto outros profissionais avaliam a circulação sanguínea no cérebro por meio de exames enquanto as pessoas realizam alguns testes. Além da diversidade de métodos, os objetivos das investigações são diferentes, pois enquanto algumas buscam confirmar a existência do transtorno, outras procuram avaliar a eficácia do remédio principalmente para o TDAH e para o aprimoramento cognitivo. Mas, com tantos conflitos em relação a sua eficácia, como pode acontecer um aumento tão estrondoso em seu consumo, como aconteceu principalmente a partir da década de 1990?

Para responder a essa pergunta, buscamos Van der Geest e Whyte (1989) que exploraram os processos sociais e simbólicos que atravessam o uso dos fármacos. Entre os muitos fatores que promovem o seu encantamento, os autores ressaltam que seu efeito “total” vai além de sua ação bioquímica, indicando que sua eficácia é culturalmente construída (como também ocorre como as doenças e transtornos mentais, em geral). A partir desse ponto, em seu artigo, eles descrevem os principais mecanismos e processos que tanto favorecem a crença no poder dos remédios.

Em nossa investigação, observamos uma possível resposta a essa pergunta. O aumento na credibilidade do efeito do metilfenidato vinha em parte da experiência dos benefícios relatada por amigos, principalmente por aqueles que obtiveram sucesso na realização de suas metas.

Suspeitamos, porém, que a propaganda dos benefícios do medicamento tenha contribuído com a oferta de uma solução, mas também com a compreensão e nomeação do problema do desempenho. Explicando melhor, apesar de vivermos em um período no qual a atenção é a capacidade cognitiva que organiza a relação do sujeito com o mundo e em especial com o trabalho (CRARY, 2001; DAVENPORT, BECK, 2002; LANHAM, 2006; GOLEMAN, 2014), entendemos que a existência de um medicamento que traz a promessa de melhorar a atenção nos estudos favorece que a dificuldade de desempenho seja compreendida como resultado de uma desatenção (isso antes mesmo de experimentar o fármaco).

Dessa forma, se por um lado a busca pelo remédio depende da experiência e dos conceitos de enfermidade e cura, por outro a existência dessa medicação reforça o entendimento que um problema de performance é causado pelo déficit de atenção. Essa

hipótese foi confirmada nos casos nos quais os entrevistados relataram que tinham dificuldades de memorização, falta de motivação para o estudo, insatisfação com a vida e frustrações. Assim, mesmo quando eles reconheciam outras dificuldades, os participantes optaram por melhorar a concentração por entenderem que esta era a faculdade mental que precisava melhorar para que eles conseguissem alcançar seus objetivos. Tal crença foi construída tanto pela exposição na mídia dos bons efeitos da Ritalina® para os problemas de atenção, mas em especial pela divulgação feita por amigos que usavam para tratamento ou para aprimoramento. O relato das experiências de pessoas próximas, e por isso de confiança, sobre a melhora no desempenho nos estudos e nos trabalhos foi um importante fator para fortalecer a relação entre o estimulante, a desatenção e o rendimento cognitivo, aumentando a crença na efetividade do fármaco.

Apesar de não podermos determinar até onde vai o efeito bioquímico desta medicação, entendemos que não há como ignorar em nossa análise a compreensão de que tal propaganda tenha interferido na ação ou, ao menos, na percepção dos efeitos positivos do fármaco. Alguns ressaltaram essa questão, como, por exemplo, na fala de H2: “No início eu achei [o benefício] evidente. Foi muito evidente, pode ser um pouco de autossugestão, *né?* Não sei, mas...” ou ainda o depoimento de H10: “[...] eu fui estudar, eu comprei a Ritalina de 10mg. E aí eu tomava uma [Ritalina] ficava no efeito placebo, estudando oito horas. Mas também eu *tava* NAQUELA pressão [para fazer a prova].”

Mas M4 foi quem deu mais detalhes de sua percepção sobre o “efeito psicológico” no reconhecimento dos benefícios do medicamento em algumas de suas falas, como veremos a seguir: “A primeira vez que eu usei quando eu comecei a estudar, realmente eu concentrei um pouco mais, mas não sei, *né?* O psicológico influencia muito também, *né?*” (M4)

“Mas ela *do-...* não aprendeu tudo por causa do medicamento. Ela tem uma facilidade de aprender, ela nunca precisou disso, desde o início da faculdade. Se eu estudava oito horas *pra* uma prova, ela estudava três [horas], ela sabia nas três [horas] dela muito mais do que eu nas minhas 8 [horas]. Não é porque ela às vezes tomava o remédio que ela... Não! Ela achava que era isso mas não é isso. Você vê que tem gente que toma sem necessidade. É... por causa da propaganda, *né?* Que um *faz pro* outro...”

“Propaganda?”

“É... ‘Muito bom!’ ‘Nossa, é bom!’ Aí a pessoa toma... eu acho... realmente que o psicológico influencia muito. Se eu falar *pra* você que esse negócio aqui é bom, você não vai tomar achando que é bom? Vai tomar achando que é bom... então acha... o seu subconsciente pensa: ‘Nossa, isso é bom *pra* aquilo. Isso é bom *pra* aquilo. Isso é bom *pra* aquilo...’ E o... sei lá... é um processo reverberativo...” (M4)

Em sua percepção, M4 declarou que percebe o quanto a propaganda entre amigos reforça a crença de que o medicamento ajuda a estudar gerando um processo de sugestão coletiva que favorece que a pessoa melhore por acreditar que o remédio incrementa o

rendimento. A fala dessa participante parece ser um exemplo vivo do que Pignarre (1999) explicou sobre a impossibilidade de depositar a eficácia terapêutica de um fármaco apenas por sua ação bioquímica. Ele ressaltou que há uma significativa diferença entre o estudo das moléculas (seu comportamento, seus componentes etc) para o estudo clínico do medicamento. Contudo, ele demonstrou que tal diferença está associada a aspectos os quais não temos acesso, em especial o efeito da sugestão¹²⁴. Isso porque, segundo o autor, há uma impossibilidade de demarcar e diferenciar os efeitos farmacológicos da molécula (bioquímicos) dos efeitos da sugestão, afinal “ignora-se a maneira pela qual o mecanismo da cura pela sugestão começa ou não a funcionar” (p.27).

Os entrevistados de nossa pesquisa buscaram os benefícios do metilfenidato porque ouviram a propaganda informal de amigos usuários no momento que tinham um forte desejo de realizar um objetivo claro e específico. A maioria deles queria passar em uma importante prova para conquistar um sonhado cargo no funcionalismo público ou uma vaga na desejada residência médica. Retirando três entrevistadas que usaram o remédio durante o curso universitário e ainda não buscavam uma colocação no mercado de trabalho, todos os outros participantes demonstraram que a aprovação no exame seria um importante marco em sua vida profissional. Mas para que esses usuários alcançassem suas metas, eles precisavam ter uma performance cognitiva muito alta, algo além do normal. Isso porque, na maioria dos casos, as provas eram muito difíceis, exigindo bastante da memória. Contudo, além do volume de matéria, era a grande quantidade de concorrentes com o mesmo objetivo.

Dessa forma, para se sentirem aptos a disputar à vaga desejada era necessário superar o baixo (ou o insuficiente?) rendimento nos estudos. Eles entendiam que precisavam vencer as distrações, o sono, a dificuldade para registrar o que haviam acabado de ler e a pouca eficiência no estudo. Alguns relataram que a falta de motivação para realizar as tarefas ou a falta de habilidade para executar determinadas atividades aumentavam sua tendência a procrastinar essas tarefas. Outros participantes deram a entender que se dedicaram pouco ao desempenho cognitivo durante a vida escolar. Porém, não foi possível identificar se eles não construíram essa rotina porque sempre sentiram dificuldade ou passaram a vivenciar a dificuldade porque nunca construíram esse hábito de estudo.

¹²⁴ No mecanismo da sugestão a pessoa acredita que um determinado objeto ou determinada pessoa são investidos de um poder especial. No caso de um medicamento, seu usuário pode depositar no comprimido o poder de cura. A sugestão pode se causada por propagandas veiculadas pela mídia, por relato de amigos ou ainda pelo simples fato da pessoa querer muito e acreditar que aquele objeto irá ajuda-la a se curar. Dessa forma, a propaganda busca acionar o efeito sugestivo na pessoa, mas o efeito sugestivo não é acionado necessariamente e/ou unicamente por propagandas formais ou informais. O tema sobre o efeito da sugestão (efeito placebo) no processo da cura vem sendo estudado por autores como Harrington (1999); Benedetti (2008); Miller, Colloca, Kaptchuk (2009); Finnis et al. (2010); Benedetti, Carlino, Pollo (2011).

A percepção e/ou autoimagem de baixo desempenho no trabalho e nos estudos nos dias de hoje vinha tanto da necessidade imperiosa de ter uma performance cognitiva muito boa para alcançar o objetivo de vida (daí a sensação de insuficiência) como também da comparação com um razoável sucesso vivido no passado. Mas, a experiência (pessoal e de seus pares) de um melhor rendimento cognitivo alcançado graças ao fármaco confirmou que o desempenho poderia e deveria ser bem melhor, favorecendo certa patologização da atenção (CONRAD, 2007).

A exigência de uma alta performance cognitiva para ingressar na carreira almejada e a percepção da dificuldade de estudar (ou trabalhar) o necessário para realizar a meta traziam para os participantes a sensação de déficit. Mas em alguns casos não era um problema de deficiência, de estar abaixo da média, era uma questão de um desempenho abaixo do necessário ou desejado, ou seja, a pessoa não estava rendendo o que deveria ou precisaria render. Para superar tal situação, os entrevistados passaram a ingerir o metilfenidato, o que trouxe para eles a percepção de uma melhora na **concentração**, na **eficiência** e/ou na **disposição** para executar as tarefas. Esses benefícios favoreceram que a maioria dos usuários ampliasse indiretamente sua sensação de **potência** e **capacidade** nos estudos¹²⁵, possibilitando também uma maior **autonomia** e **controle** sobre si, conseguindo dessa forma realizar o que desejavam fazer no momento¹²⁶. Esses efeitos positivos eram fundamentais para os entrevistados, pois como eles disputavam uma vaga com muitas outras pessoas, não bastava tirar uma boa nota, era necessário ser melhor que os outros para se classificarem.

Foi neste contexto competitivo, com a exigência de um super desempenho que os entrevistados buscaram o consumo do metilfenidato, muitas vezes divulgado como um remédio que melhorava a performance. Alguns procuraram o fármaco porque entendiam que tinham o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), pois mal conseguiam estudar poucas páginas. Outros optaram por usar o medicamento porque perceberam que precisavam otimizar seu rendimento, apesar de já terem uma boa capacidade de concentração e de estudo. Dessa forma, o estimulante foi buscado por pessoas que se identificavam com e sem o transtorno como principal instrumento para melhorar o desempenho cognitivo e ficar apto para a competição pelo cargo almejado.

¹²⁵ Apesar da indicação de que a sensação de potência e capacidade vinha como uma consequência da melhora nos estudos, poucos entrevistados afirmaram que um dos efeitos diretos do medicamento era a sensação de poder e/ou disposição para a ação.

¹²⁶ Alguns entrevistados afirmaram que tinham responsabilidade ou vontade, pois sabiam que precisavam realizar aquela tarefa. Eles inclusive queriam realiza-la, mas muitas vezes eles não conseguiam se determinar a cumprir esse objetivo. Esse argumento deles vai ao encontro da compreensão de Cray (2001) que afirma sobre o caráter indisciplinado da atenção.

Essa opção feita pelos usuários veio ao encontro da compreensão demonstrada por Ehrenberg (1991). O autor entende que em uma sociedade concorrencial como a ocidental, o uso de psicotrópicos acaba por ser a principal estratégia para que o indivíduo sinta-se capacitado para disputar seu espaço no mercado de trabalho. Isso porque, nessa sociedade que exige que todos apresentem uma “posição heroica”, o ideal buscado por todos é que o sujeito torne-se inteiramente individualizado, encontrando em si mesmo as próprias referências. O outro deve ser apenas um padrão de medida, o outro polo da relação de concorrência constantemente presente na vida das pessoas. Nesse contexto, o psicotrópico ajuda a tornar a carga de responsabilidade “de ser si mesmo” (EHRENBERG, 1999) mais suportável e realizável, afinal o medicamento reforça as capacidades do indivíduo para que este consiga sentir bem diante do outro.

Nesse contexto, compreendemos que o consumo do psicotrópico dissolveu os limites entre o que era tratamento e o que era aprimoramento. Para nosso estudo, vale analisar a diferença entre drogar-se e dopar-se, trazida por Ehrenberg (1991). O drogar-se seria uma ação de rejeição ao mundo real, equivalendo a uma fuga pela despersonalização. Enquanto que o dopar-se seria um meio para interagir e integrar-se socialmente e, assim, enfrentar a realidade.

Entendemos que essa forma de diferenciar o uso do medicamento vem ao encontro do que foi identificado em nossa investigação, pois todos os nossos entrevistados buscaram o remédio como um instrumento para conquistar um lugar na sociedade em que vivem. Mas foi interessante observar que durante todo seu livro, o citado autor ressaltou que aqueles sujeitos que se “dopam” são aqueles que buscam ser empreendedores, ou seja, indivíduos que correm riscos para agir por conta própria, trazendo como ideal a necessidade de se manterem abertos para aprender coisas novas e desprender-se das coisas antigas como moradia, emprego, amigos etc. Eles não são especialistas, mas sim generalistas conhecendo um pouco de tudo. Esse sujeito heroico do capitalismo flexível deve ser aquele capaz de vencer e ultrapassar as inseguranças e incertezas da vida (EHRENBERG, 1991). Dessa forma, para esse autor, os medicamentos ajudariam não apenas a lidar e suportar os riscos e incertezas da vida, mas manter-se nesse ritmo de vida.

Entre os nossos entrevistados, a grande maioria não tinha como meta ser um empreendedor, aquele que trabalha por si só. Ao contrário, a busca por um bom salário e realização profissional no funcionalismo público tornou-se uma opção para fugir à insegurança do mercado de trabalho, onde os sujeitos precisavam lutar por seu espaço e construir e reconstruir sua identidade a cada dia. As empresas governamentais trazem uma

estabilidade inimaginável no atual mercado de trabalho (empresas particulares ou no trabalho autônomo). A possibilidade de ganhar bem sem precisar superar-se a cada dia para ter seu emprego garantido tornou essa opção bastante disputada.

A diferença no objetivo de vida dos usuários de metilfenidato da pesquisa para os sujeitos descritos no livro de Ehrenberg (1991) foi confirmada quando quase todos os entrevistados relataram que pretendiam parar de usar o remédio ao conquistar seu objetivo. Ou seja, o metilfenidato estava servindo para capacitar o indivíduo a vencer a competição pela vaga no funcionalismo para, a partir deste êxito, não precisar mais ingerir o medicamento.

Dessa forma, podemos considerar que o estimulante era utilizado para multiplicar “artificialmente” (H8) a resistência física e psicológica e o rendimento cognitivo dos entrevistados promovendo a possibilidade de uma maior eficiência em relação à concorrência para, no futuro, poderem interromper o consumo do fármaco. Ou seja, a proposta para alguns entrevistados era que a ingestão do estimulante fosse pontual (independentemente de terem recebido o diagnóstico e/ou acreditarem que tinham o déficit de atenção) visando sair da intensidade da vida concorrencial. Assim, o uso do metilfenidato para esses entrevistados pareceu funcionar como um **instrumento** para fugir da competição sem fim e incertezas do atual mercado de trabalho. O propósito de parar o consumo do fármaco foi realizado por alguns usuários que já não estavam mais se preparando para uma prova, o que reforçou essa compreensão dos dados apresentados.

O uso instrumental do estimulante parece explicar melhor o fato de os usuários não terem deixado de consumir o remédio, mesmo quando experimentavam efeitos colaterais negativos. Não temos dúvidas de que as reações adversas relatadas por eles não foram experimentadas como algo grave, o que tornava menos danosa sua ingestão. Mas a intenção de usar o medicamento de maneira pontual para transformar o contexto de vida e assim não precisar mais utilizar esse tipo de medicamento parece ter favorecido a continuidade de seu uso apesar de algumas consequências negativas. Entendemos que por esse motivo, a principal estratégia utilizada para minimizar os riscos dos usos foi reduzir a quantidade consumida do medicamento e/ou alterar seu horário de ingestão, mesmo quando essa opção restringia os benefícios para os estudos. Mas isso ainda era melhor que não ingerir o fármaco. Afinal, se o principal valor social é ter atitude e buscar seu sonho, interromper o uso antes de passar na prova estava fora de cogitação.

Apesar da possibilidade de usar o remédio para alcançar um objetivo tenha sido em grande parte “motivado” pela exigência social de melhor performance e autonomia, a escolha desse instrumento para alcançar tal objetivo parece ter sido influenciada por outro fator: uma

familiarização com os medicamentos. O remédio atualmente é o principal meio terapêutico nas práticas comuns de controle de saúde e de doença. O que antes era um método raro e dependente do médico transformou-se ao longo do tempo em algo comum e de fácil acesso a todos, muitas vezes independentemente do médico (VAN DER GEEST, WHYTE, 1989). O medicamento passou a ser um meio bastante conhecido e de fácil acesso, tornando-se recorrentemente utilizável em sintomas considerados mais graves como para aqueles mais simples. Nas propagandas de medicamento ouvimos rapidamente: “se os sintomas não melhorarem, procure seu médico”. Essa frase denuncia a prática disseminada na população: primeiro experimenta-se o remédio que está às nossas mãos (normalmente na farmácia de casa) e só depois procuramos o médico.

A investigação mostrou que o estimulante trouxe novas possibilidades e experiências para esses usuários entrevistados, revelando um uso que parece oscilar entre tratamento e aprimoramento. Alguns entrevistados se sentiam mais identificados com o diagnóstico, outros não tanto, mas quase todos buscaram o remédio para alcançar um objetivo. Ou seja, o fármaco funcionou como um instrumento para que os participantes da pesquisa “controlassem” sua atenção e, assim, conseguissem se disciplinar, trabalhando mais e melhor para alcançar o objetivo.

Escrevemos anteriormente que entendíamos que a grande questão que parecia estar por trás das críticas ao aprimoramento cognitivo farmacológico era a compreensão de que esta prática feria a “ética protestante” do capitalismo clássico (WEBER, 1967). A contrariedade à “ética protestante” viria por este ser um caminho mais curto, rápido e com menos dor. De fato, os usuários revelaram a diminuição do sofrimento, pois sem a medicação eles não conseguiam realizar o que eles tinham que fazer. Mas por outro lado, quase todos apontaram que o estimulante foi o instrumento que possibilitou que eles fizessem seu maior esforço, expressando todo seu compromisso com a meta desejada. Será que então ele poderia ser pensado como uma estratégia para reescrever a “ética protestante” do capitalismo?

Nesse grupo investigado, identificamos que os termos “tratamento” e “aprimoramento” apresentaram problemas ao serem utilizados para descrever o uso feito do metilfenidato. A dificuldade trazida por esses conceitos está em sua referência de origem: tratamento e aprimoramento só podem ser pensados a partir das noções de normalidade e patologia. Contudo, o diagnóstico de TDAH é acompanhado pela complexidade no estabelecimento dos limites entre uma atenção “normal” e uma desatenção “patológica”. A tarefa de identificar essa diferença é dificultada porque os atuais (e principais) modos de produção, comunicação e lazer exigem uma disciplina refinada da atenção. Ao mesmo tempo

em que é necessário ter o controle de manter o foco em uma tarefa e, assim, conseguir o sucesso profissional, há também uma exigência social para estar atento e alerta para a grande variedade de estímulos externos que, por sua vez, alimentam o ciclo de grande consumo da sociedade capitalista (CRARY, 2001).

Nesse sentido, podemos pensar que o uso do metilfenidato para lidar com as questões que envolvem a atenção passam por uma medicalização, que engloba o controle social do desvio (CONRAD, 1975; 1992) e a reformulação e expansão da categoria diagnóstica de TDAH (CONRAD, 2005; 2007), como também passa pela farmacologização onde condições, faculdades e habilidades humanas são transformadas em oportunidades para intervenções farmacêuticas (WILLIAMS, MARTIN, GABE, 2011). Mas entre os entrevistados desse grupo percebemos que o consumo do remédio que oscila entre tratamento e aprimoramento pode ser mais bem compreendido no referencial apresentado no texto de Clark et al. (2003), onde foi apresentado e discutido o termo biomedicalização. Os autores demonstram que importantes mudanças ocorridas na tecnologia médica foram acompanhadas por uma nova economia biopolítica da medicina. Os avanços contribuíram na formação de uma arena complexa, na qual conhecimentos biomédicos, serviços e tecnologia médica reconfiguraram conceitos como saúde e doença, criando novas formas de viver e morrer. Tal transformação na prática da medicina e as soluções que foram disponibilizadas para o público consumidor confirmam a convicção de que o corpo (incluindo o cérebro / mente) pode ser reinventado, remodelado e transformado de maneira ilimitada. Assim, podemos pensar que nesses processos de medicalização, farmacologização e biomedicalização que atravessam o uso do metilfenidato para tratar ou aprimorar a atenção, surge um novo ator de grande peso. Os usuários do estimulante são pacientes / consumidores de saúde, que reivindicam a legitimação de suas experiências e necessidades por meio do médico as tecnologias associadas ao seu trabalho.

CONCLUSÃO

Como vimos, o cloridrato de metilfenidato é um estimulante do sistema nervoso central que foi sintetizado pela primeira vez em 1944 (WEBER, 2000). Do início de sua comercialização (1954) até os dias de hoje, ocorreram mudanças em sua indicação terapêutica, o que permitiu um grande aumento na quantidade de pessoas que buscava a medicação. Nesses sessenta anos, o remédio deixou de ser um simples estimulante suave, que poderia ser utilizado por todos, e se tornou o medicamento mais consumido para tratar o TDAH (DILLER, 1998; CONRAD, 2007).

Para compreender as questões sociais que atravessavam o grande aumento no uso do fármaco, foi realizada uma investigação qualitativa de cunho exploratório. Nas entrevistas semiestruturadas com 16 usuários adultos do metilfenidato, buscamos conhecer suas motivações para a ingestão do fármaco, bem como os principais benefícios relatados para, assim, compreender os usos e sentidos do estimulante.

Logo percebemos que todos demonstraram um grande encantamento pelas pequenas pílulas, afinal, seu efeito parecia “mágico”! Seus usuários rapidamente conseguiam concentrar-se por tempo prolongado nas tarefas que desejavam, ou melhor, que precisavam realizar para alcançar uma grande mudança em sua vida profissional. A esperança depositada nos comprimidos resultou da articulação de três fatores. O primeiro deles é que quase todos os entrevistados vinham se preparando há algum tempo para realizar uma prova importante para a carreira profissional. O segundo ponto é que todos se identificavam com dificuldade para render bem nos estudos, fosse essa uma característica antiga (constitucional) ou por algo pontual (como problemas de saúde, familiares etc). ou ainda por compreender que mesmo já tendo boa concentração era necessário render muito mais para alcançar seu objetivo. Ou seja, todos os que buscaram usar o remédio porque percebiam que sua performance estava aquém do necessário para realizar o sonho profissional.

Mas foi curioso observar que entre esses entrevistados, o uso do medicamento não dependeu somente de estar se preparando para atingir um objetivo e experimentar a sensação de estar aquém do rendimento. Para que a maioria dos entrevistados começasse a usar o medicamento foi fundamental que algum amigo fizesse o comentário de que estava consumindo a remédio. Para aqueles que amigo cedeu um comprimido para ser experimentado, ficou impossível resistir ao consumo.

Assim, o desejo de realizar uma importante meta profissional, a sensação de estar aquém do rendimento cognitivo necessário e a existência de um amigo que divulgou os benefícios do remédio para quem quer passar em uma prova formaram uma tríade presente no relato de quase todos os entrevistados. Ou seja, o medicamento para essas pessoas não foi uma primeira opção. Seu uso só se tornou possível a partir de um contexto maior de expectativa, dificuldade e propaganda.

Quanto ao valor sugestivo da divulgação dos amigos, não há como avaliar de maneira precisa. Mas Pignarre (1999) alertou que mesmo em pesquisas clínicas não há como determinar quanto do benefício do medicamento está relacionado a ação bioquímica da molécula ou quanto pode ser um resultado do efeito sugestivo. Van der Geest e Whyte (1989) acrescentaram que a ação “total” de um remédio vai além de sua ação bioquímica, pois sua eficácia é culturalmente construída.

Entre os entrevistados, observamos uma particularidade nessa construção cultural da eficácia. A propaganda dos benefícios feita por amigos ofereceu a eles uma solução para a dificuldade que viviam. Isso porque, ao falar de seus benefícios, os amigos haviam ressaltado o quanto o metilfenidato havia ajudado a alcançar a meta (profissional ou acadêmica) tão desejada. Dessa forma, esses amigos confirmaram que o problema do estudo resultava de um problema da atenção e que poderia ser resolvido com esse medicamento. Assim, entendemos que a existência de um remédio que melhore a concentração favorece que a dificuldade nos estudos seja pensada apenas como resultado da desatenção. Ou seja, outros problemas atravessam o rendimento no estudo e no trabalho desses entrevistados, como ansiedade e falta de motivação, mas essas questões são deixadas de lado, visto que o uso do remédio melhora o desempenho nos estudos.

Além da divulgação dos amigos, a compreensão do valor desse medicamento para a realização do objetivo profissional passa também por uma transformação na definição do que é atenção. Segundo o Crary (2001), a atenção passou a ser compreendida como a faculdade mental que organiza a relação do sujeito com o mundo. O autor ainda ressaltou que os atuais meios de produção, comunicação e atividades de lazer imprimem a necessidade de uma grande e precisa disciplina da atenção, pois é necessário aprender a concentrar-se para realizar as atividades naquele exato momento, apesar de todos os estímulos a sua volta. Contudo, o mesmo modo de vida capitalista exige que a pessoa esteja atenta e alerta para todas as novidades e bens de consumo que surgem a cada minuto. Ou seja, em nossa sociedade há um imperativo para administrar, alternando, concentração e tenacidade para obter sucesso e realização profissional. Mas a atenção é uma faculdade mental que foge ao controle da

vontade consciente. Tal característica aumenta o encantamento pelo metilfenidato, já que com o remédio é possível escolher onde focar a atenção.

Reconhecemos ainda que a grande exigência das provas e a forte concorrência também foram fatores importantes para a escolha do uso do estimulante. Afinal, além das provas de fato serem difíceis e muito concorridas, eles percebiam que um desempenho baixo ou mediano (normal) não era suficiente para realizar o sonho de passar na prova. Porém, é bastante provável que a experiência da melhora nos estudos tenha reconfigurado a história passada desses entrevistados e, talvez, também tenha aumentado o nível de referência sobre o que seria normal e que seria uma desatenção patológica (CONRAD, 2007). Entendemos isso, pois muitos deles ora afirmavam que tinham o transtorno, ora indicavam que só usariam o remédio até realizar o sonho profissional.

A possível reconfiguração da própria história e da ideia de uma normalidade na atenção teria sido trazida pelos benefícios vividos por eles. Afinal o fármaco lhes trouxe uma melhora na **concentração**, na **eficiência** e na **disposição** para executar as tarefas. Tais benefícios favoreceram que os usuários ampliassem sua **potência** e **capacidade** nos estudos, possibilitando também uma maior **autonomia** e **controle** sobre si, conseguindo dessa forma realizar o que desejavam fazer naquele momento. Afinal alguns afirmaram que sabiam o tinham que fazer e queriam fazê-lo, mas não conseguiam ter esse domínio sobre si. Esses efeitos positivos eram fundamentais para os entrevistados, pois na disputa de uma concorrida vaga, não bastava tirar uma boa nota, era necessário ser melhor que os outros.

A exigência de um super desempenho em um contexto competitivo, pareceu diluir as diferenças entre as pessoas com e sem o TDAH, afinal, o estimulante foi utilizado pelos dois grupos como principal instrumento para melhorar o desempenho cognitivo e ficar apto para a competição pelo cargo almejado. O consumo do o estimulante pareceu ser bem descrito por Ehrenberg (1991) ao discutir sobre os usos de psicotrópicos em geral. Segundo o autor seriam os psicotrópicos (nesse caso metilfenidato) que “capacitariam” o indivíduo a lutar por seu espaço no mercado de trabalho, interagir e integrar-se socialmente. Nesse contexto, o psicotrópico ajudaria a tornar a carga da responsabilidade de “ser si mesmo” mais suportável para estar diante do outro (EHRENBERG, 1999).

Mas a grande maioria dos entrevistados do presente trabalho não apresentava interesse em ser empreendedores, como foi descrito por Eherenberg (1991). O objetivo destes era usar o estimulante até conquistar seu objetivo. Ou seja, o metilfenidato estava servindo para capacitar o indivíduo a vencer a competição pela vaga no funcionalismo para, a partir deste êxito, o remédio não ser mais necessário. O uso da medicação para esses entrevistados

pareceu funcionar como um **instrumento** para fugir da competição sem fim do atual mercado de trabalho. O propósito de parar o consumo do fármaco foi realizado por alguns usuários que já não estavam mais se preparando para uma prova, o que reforçou essa compreensão dos dados apresentados.

Apesar da exigência social de melhor performance e autonomia estar na base pela busca deste remédio, é importante lembrar que essa escolha também foi influenciada pela familiarização com remédios. Afinal, em nossa sociedade, a medicação é o principal meio de terapêutico no controle de saúde e de doença. (VAN DER GEEST, WHYTE, 1989). Assim, por que não usar também um remédio para melhorar o desempenho? E por outro lado, por que continuar usando se o objetivo já foi alcançado? Tal compreensão parece explicar oscilação apresentada entre os entrevistados sobre o tipo de uso que faziam do estimulante: ora eles diziam que usavam para tratamento, ora diziam que usavam para aprimoramento.

Assim, acompanhando os relatos dos participantes, percebemos que o uso do metilfenidato foi compreendido como o principal meio para melhorar a atenção e, conseqüentemente, o rendimento na performance. A associação entre o estimulante e a atenção passa pela medicalização do comportamento (CONRAD, 1975; 1992, 2005; 2007), como também pela farmacologização onde condições, faculdades e habilidades humanas são transformadas em oportunidades para intervenções farmacêuticas (WILLIAMS, MARTIN, GABE, 2011). Mas, na presente pesquisa, identificamos que o grande crescimento no uso do medicamento pode ser mais bem compreendido pelo termo da biomedicalização (CLARK et al., 2003). Afinal, a existência do metilfenidato contribuiu para a reconfiguração do ideal da atenção e de rendimento cognitivo. A disponibilização desta solução nas farmácias, mesmo que por meio de receitas controladas, aumentou a chance de pessoas se identificarem como o déficit de atenção e com a ideia de que o corpo, nesse caso o cérebro / mente, pode e deve ser reinventado, remodelado e transformado de maneira ilimitada. Os usuários do estimulante transformaram-se em importantes atores dessa reconfiguração, pois eles são pacientes / consumidores de saúde, que lutam pela legitimação de suas experiências e necessidades por meio do médico e de suas tecnologias para conseguirem alcançar o ideal social de boa performance profissional.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. **Relatório de 2009**. Brasília, 2010. p. 1-51. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/sngpc/relatorio_2009.pdf>. Acesso em 20 nov. 2012.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. **Boletim de Farmacoepidemiologia do SNGPC**. v.2, ano 1, 2011, p. 9. Disponível em <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/sngpc/boletins/2011/boletim_sngpc_2edatualizada.pdf>. Acesso em 13 mar. 2014.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. **Boletim de Farmacoepidemiologia do SNGPC**. v. 2, ano 2, 2012, p. 14. Disponível em <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/sngpc/boletins/2012/boletim_sngpc_2_2012_corrigido_2.pdf>. Acesso em 13 mar. 2014.

ALBUQUERQUE, C. Doping cerebral. **O Globo**, Rio de Janeiro, 11 out 2009. Ciência / Saúde, p. 33.

ALMEIDA, G.; MAGRO, M. Aditivos para a mente. **Isto é**, São Paulo, 28 jan 2009. Medicina & Bem-estar, p. 66-67.

ALÓE, F. et al. Diretrizes brasileiras para um diagnóstico de narcolepsia. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 32, n. 3, p. 294-304, 2010.

ANDRADE, C. et al. Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 21, n. 4, p. 455-464, 2011

AZIZE, R. Uma Neuro-Weltanschauung? Fisicalismo e subjetividade na divulgação de doenças e medicamentos do cérebro. **Mana**, v. 14, n1, p. 7 a 30, 2008.

BABCOCK, Q; BYRNE, T. Student perceptions of methylphenidate abuse at a public liberal arts college. **The Journal of American College Health**, v. 49, n. 3, p 143.145. nov. 2000.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 1997.

BARKLEY, R. **ADHD and the nature of self-control**. New York: The Guilford Press, 1997.

BARBLEY, R., et al. Does the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder with stimulants contribute to drug use/abuse? A 13-year prospective study. **Pediatrics**, vol. 111, n. 1, p. 97-109, jan. 2003.

BARBLEY, R., et al. International Consensus Statement on ADHD. **Clinical Child and Family Psychology Review**, vol. 5, n. 2, p. 89-111, jun. 2002

BARRETT, S. et. al. Characteristics of Methylphenidate Misuse in a University Student Sample. **Canadian Journal of Psychiatry**, v.50, n.8; p. 457-461, jul. 2005.

BARROS, J. A. C. et al. **Os fármacos na atualidade: antigos e novos desafios**. Brasília: ANVISA, 2008.

BARROS, D.; ORTEGA, F. Metilfenidato e aprimoramento cognitivo farmacológico: representações sociais de universitários. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 2, p. 350-362, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n2/08.pdf>>. Acessado em 12 dez. 2012.

BENEDETTI F. **Placebo Effects: Understanding the mechanisms in health and disease**. Oxford: Oxford University Press, 2008.

BENEDETTI, F.; CARLINO, E.; POLLO, A. How placebos change the patient's brain. **Neuropsychopharmacology**, v. 36, n. 1, p. 339-354, 2011

BEYER, C.; STAUNTON, C.; MOODLEY, K. The implications of Methylphenidate use by healthy medical students and doctors in South Africa. **BMC Medical Ethics**, v. 15, n. 20, p 2-8, 2014. Disponível em <<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6939-15-20.pdf>>. Acesso em: 04 mar 2014.

BOGLE K.E., SMITH B.H. Illicit methylphenidate use: a review of prevalence, availability, pharmacology, and consequences. **Current Drug Abuse Reviews**, v.2, n.2, p. 157-176, maio 2009.

BRANT, L. C.; CARVALHO, T. R. F. Metilfenidato: medicamento *gadget* da contemporaneidade. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.16, n.42, p.623-36, jul./set. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. 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**, Brasília, DF, 01 fev. 1999b. Poder Executivo (Versão republicada)

CALDWELL, J.; CALDWELL, L. Fatigue in military aviation: an overview of U.S. military – Approved Pharmacological Countermeasure. **Aviation, Space, and Environmental Medicine**. Alexandria, v.76, n.07, p. C39-51, jul. 2004.

_____; et al. Modafinil's effects on simulator performance and mood in pilots during 37h without sleep. **Aviation, Space, and Environmental Medicine**. Alexandria, v. 75, n. 09, p. 777-784, set. 2004.

CALIMAN, Luciana Vieira. O TDAH: entre as funções, disfunções e otimização da atenção. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 13, n. 3, set. 2008 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722008000300017&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 14 dez 2012.

CAMPBELL, S.; DOUGLAS, V.; MORGENSTERN. G. Cognitive styles in hyperactive children and the effect of methylphenidate. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**. v. 12, n. 1, p. 55–67, jan. 1971

CAMPOS, M. P. O. et al . Cancer-related fatigue: a review. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 57, n. 2, p. 211-219, abr. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302011000200021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 jan 2013.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 6ª. ed. rev. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 2006.

CAPLAN, A. Is better best? Separata de: **Scientific American**, New York, v. 289, n. 3, p. 104-105, sep. 2003.

CARVALHO, S. **A política criminal de drogas no Brasil**: estudo criminológico e dogmático. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2007.

CHATTERJEE A. Cosmetic neurology: the controversy over enhancing movement, mentation, and mood. **Neurology**, v. 63, n. 6, p. 968-974. sep. 2004.

CICCHETTI, D. The emergence of developmental Psychopathology. **Child Development**, Ann Arbor, v. 55, n. 1, p. 1-7. feb. 1984,

CLARKE A. et al. Biomedicalization: technoscientific transformations of health, illness and U.S. biomedicine. **American Sociological Review**, v. 68, n. 2, p. 161-194. 2003.

COGHILL, D. *et al.* Long-acting methylphenidate formulations in the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review of head-to-head. **BMC Psychiatry**, v. 13, n. 237, p. 1-24, 2013.

_____ ; RHODES, S. M.; MATTHEWS, K. The neuropsychological effects of chronic methylphenidate on drug-naive boys with attention-deficit/hyperactivity disorder. **Biological Psychiatry**, V. 62, n. 9, p 954–962, nov. 2007.

COHEN, N.; DOUGLAS, V.; MORGENSTERN, G. The effect of methylphenidate on attentive behavior and autonomic activity in hyperactive children. **Psychopharmacologia**, v. 22, n. 3, p. 282-294, dez. 1971.

COLES, G. Excerpts from the learning mystique: a critical look at 'learning disabilities'. **Journal of Learning Disabilities**. v. 22, n. 5, p. 267-277, maio 1989.

CONCERTA®. Bula. **Janssen-Cilag Farmacêutica Ltda.** Disponível em: <<http://www.janssen-cilag.com.br/sites/default/files/Concerta1.pdf>> Acesso em 15 jun 2012.

CONNERS, C.K.; EISENBERG, L. The effects of methylphenidate on symptomatology and learning in disturbed children. **American Journal of Psychiatry**, v. 120, n. 5, p. 458-464, nov. 1963.

_____ ; _____ ; SHARPE, L. Effects of methylphenidate (ritalin) on paired-associate learning and porteus maze performance in emotionally disturbed children. **Journal of Consulting Psychology**, v. 28, n. 1, p. 14-22, fev. 1964.

CONRAD, P. The discovery of hyperkinesis: notes on the medicalization of deviant behavior. **Social Problems**, v. 23, n.1, p 12-21, out. 1975.

CONRAD, P. Expansion: from hyperactive children to Adult ADHD. Separata de: CONRAD, P. **The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders**. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2007. p.46-69.

_____. Medicalization and social control. **Annual Review of Sociology**, v. 18, p. 209-232. 1992

_____. The shifting engines of medicalization. **Journal of Health and Social Behavior** v. 46, n. 01, p 3-14. mar. 2005.

CRARY, J. **Suspensions of perception**: attention, spectacle and modern culture. Cambridge : MIT Press, 2001.

CRAWFORD, R. Healthism and the medicalization of everyday life. **International Journal of Health Services**, v. 10, n. 3, p. 365-388, 1980.

CRUZ, T. C. S. C *et al.* Uso não prescrito de metilfenidato entre estudantes de medicina da Universidade Federal da Bahia. **Gazeta Médica da Bahia**, v. 81, n. 1, p. 3-6, 2011.

DANIELS, N. Normal functioning and the treatment-enhancement distinction. **Cambridge Quarterly**, v. 9, n. 3, p. 309-322, 2000.

DAVENPORT, T. H., BECK, J. C. **The attention economy**: understanding the new currency of business. Watertown, MA: Harvard Business School Press, 2002.

DAVIS, L. Constructing normalcy. Separata de: DAVIS, Lennard. (org). **The disability studies reader**, New York: Routledge, 1997. p. 3-16.

DE SANTIS, A.D.; WEBB, E.M.; NOAR, S.M. Illicit use of prescription ADHD medications on a college campus: a multimethodological approach. **The Journal of American College Health**, v. 57, n. 03, p. 315-324, 2008.

DILLER, L. The run on Ritalin: attention deficit disorder and stimulant treatment in the 1990s. **The Hastings Center Report** v. 26, no. 2, p. 12-18, mar./abr. 1996.

_____. **Running on Ritalin**: A Physician reflects on children, society, and performance in a pill. New York: Bantam Books, 1998.

DOUGLAS, V. Stop, look and listen: the problem of sustained attention and impulse control in hyperactive and normal children. **Canadian Journal of Behavioural Science**, v. 4, n. 4, p. 259-282, out. 1972.

DUMIT, J. **Drugs for life**. How pharmaceutical companies define our health. Durham & London: Duke University Press, 2012.

DUMIT, J. When explanations rest good-enough: brain sciences and the new socio-medical disorders. Separata de: LOCK M. **Living and working with the new medical technologies: intersections of inquiry**. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 2000. p.209-232.

DUPONT, R.L. *et al.* Characteristics and motives of college students who engage in nonmedical use of methylphenidate. **The American Journal on Addictions**. v. 17, n. 03, p. 167-171, 2008.

EHRENBERG, A. **La fatigue d'être soi, dépression et société**. Paris: odile jacob editions. 1999.

_____. **Le culte de la performance**. Paris: Hachette Littératures, 1991.

ELLIOTT, C. American bioscience meets the american dream. **The American Prospect**, v. 14, n. 6, p. 38-42, 2003.

ELLIOTT, R *et. al.* Effects of methylphenidate on spatial working memory and planning in healthy young adults.: **Psychopharmacology**, New York, v. 131, n. 2, p. 196-206, maio 1997.

FARAH, M. J. Emerging ethical issues in neuroscience. **Nature Neuroscience**, v.5, n. 11, p. 1123-1129, nov. 2002.

_____. The practical and the philosophical. **TRENDS in Cognitive Sciences**, v.9, n. 1, p. 34-40, jan. 2005.

_____ *et. al.* Neurocognitive enhancement: what can we do and what should we do? **Nature Reviews Neuroscience**, v. 5, n. 5, 2004. p. 421-425. Disponível em: <<http://www.nature.com/nrn/journal/v5/n5/full/nrn1390.html>>. Acesso em: 17 mar 2009.

FINGER, G.; SILVA, E. R.; FALAVIGNA, A. Use of methylphenidate among medical students: a systematic review. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 59, n. 3, p. 285-289, 2013.

FINNISS, D. et al. Biological, clinical, and ethical advances of placebo effects. **The Lancet**, v. 375, n. 9715, p. 686-695, fev. 2010.

FORLINI, C.; RACINE, E. Cognitive enhancement, lifestyle choice or misuse of prescription drugs? ethics blind spots in current debates. **Neuroethics**, v. 3, n. 1, p 1-4, sep. 2008.

FREDRIKSEN, M. et al. Long-term efficacy and safety of treatment with stimulants and atomoxetine in adult ADHD: A review of controlled and naturalistic studies. **European Neuropsychopharmacology**, v. 23, n. 6, p. 508-527, jun. 2013.

FREESE, et al. Non-medical use of methylphenidate: a review. **Trends in Psychiatry and Psychotherapy**, v. 34, n. 2, p. 110-115, 2012.

GARCIA, R. Grupo de cientistas pede liberação para o doping mental. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 8 dez 2008. Ciência, p A13.

GARDENAL, I. A Ritalina e os riscos de um “genocídio no futuro”. **Portal Unicamp – Universidade Estadual de Campinas**. 2013. Disponível em: <<http://www.unicamp.br/unicamp/noticias/2013/08/05/ritalina-e-os-riscos-de-um-genocidio-do-futuro>>. Acesso em 12 nov. 2013.

GARRY, A. Medicine and medicalization: a response to purdy. **Bioethics**, v. 15, n. 3, p. 262–269, jun. 2001.

GOMES, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. Separata de: MINAYO, M. C. S. (Org.) **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Editora Vozes, 2004. p. 67-80.

GOLEMAN, D. **Foco: a atenção e seu papel fundamental para o sucesso**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora Objetiva, 2014.

GREELY, H. et al. Towards responsible use of cognitive-enhancing drugs by the healthy. **Nature** v. 456, n. 7223, p. 702-705. dez. 2008. Disponível em: <<http://www.nature.com/nature/journal/v456/n7223/full/456702a.html>>. Acesso em 22 dez 2008.

HACKING, I. Kinds of people: moving targets. **Proceedings of the British Academy**, v. 151, p. 285-318. 2007.

HALL, K. et al. Illicit use of prescribed stimulant medication among college students. **Journal of American College Health**, v. 53, n. 4, p. 167-17, jan./fev. 2005.

HALL, W. Feeling 'better than well': can our experiences with psychoactive drugs help us to meet the challenges of novel neuroenhancement methods? **EMBO Reports**, v. 5, n. 12, p. 1105-1109, dez 2004. Disponível em <<http://www.nature.com/embor/journal/v5/n12/full/7400303.html>> Acessado em: 19 de mar de 2009.

HARLIN, V. Help for the hyperkinetic child in school. **Journal of School Health**, v. 42, n. 10, pages 587-592, dez. 1972

HARRINGTON, A. **The placebo effect**: an interdisciplinary exploration. Cambridge: Harvard University Press, 1999.

HEALY, D. **The anti-depressant era**. Cambridge: Harvard University Press, 1997.

_____. **The creation of psychopharmacology**. Cambridge: Harvard University Press, 2001.

HYMAN, S. Ethical issues in pharmacology: research and practice. Separata de: **Neuroethics**: mapping the field. New York: Dana Press, 2002. Disponível em <<http://www.press.uchicago.edu/presssite/metadata/epl?mode=synopsis&bookkey=21798>>. Acesso em: 19 mar. 2009. p. 135-143.

HYMAN, S. Improving our brains? **Biosocieties**, v. 1, n 1, p. 103-111, mar. 2006. Disponível em: <<http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=413126>> Acesso em 19 mar 2009.

ILLICH, I. A expropriação da saúde: nêmeses da medicina. 3ª ed. São Paulo: Nova Fronteira, 1975.

INCB PSYCOTROPICS. **About phychotropic substances / technical reports 2000** [mensagem pessoal] Mensagem recebida por <denise.e.barros@hometown.com> em 14 mar 2014.

INTERNATIONAL NARCOTIC CONTROL BOARD (INCB). Apresenta os acordos internacionais de controle de drogas, expõe os relatórios com as informações sobre a produção, compra, venda e estoque dessas substâncias e informa sobre as ações de apoio aos

governos no cumprimento dos tratados internacionais. Disponível em: <<http://www.incb.org>>. Acessado em 02 mar 2009.

ITABORAHY, Cláudia. **A Ritalina no Brasil: uma década de produção, divulgação e consumo**. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.bdtu.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=4370>. Acesso em: 15 jun. 2012.

JUNTA INTERNACIONAL DE FISCALIZAÇÃO DE ENTORPECENTES. Apresenta as ações realizadas pelo escritório de ligação e parceria no Brasil para a implementação das convenções internacionais das Nações Unidas de controle de drogas. Disponível em: <<http://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/drogas/jife.html>>. Acessado em 02 mar 2009.

KIM, Y. et al. Methylphenidate-induced dendritic spine formation and FosB expression in nucleus accumbens. **Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America**, v. 106, n. 08, p. 2915-2920, fev. 2009. Disponível em <<http://www.pnas.org/content/early/2009/02/06/0813179106>> Acesso em: 04 jul 2013.

KRAMER, P. **Ouvindo o Prozac**: Uma abordagem profunda e esclarecedora sobre a “pílula da felicidade”. Rio de Janeiro: Record, 1994.

LANHAM, R. **The economics of attention**: style and substance in the age of information. Chicago: The University of Chicago Press, 2006.

LAURANCE, J. Cérebro turbinado. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 24 jun 2009. Caderno mais! Disponível em <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/ciencia/fe2106200904.htm>>. Acesso em 31 outubro 2009.

LEVINE B.; CAPLAN Y.; KAUFFMAN G. Fatality resulting from methylphenidate overdose. **Journal of Analytical Toxicology**, v. 10, n. 5, p. 209-210, 1986.

LIMA, C. **Somos todos desatentos?** O TDAH e a construção de bioidentidades. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2005. 100p.

LOUZA, M. R.; MATTOS, P. Questões atuais no tratamento farmacológico do TDAH em adultos com metilfenidato. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 56, n. 1, p. 53-56, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v56s1/a12v56s1.pdf>>. Acessado em 23 maio 2013.

LOW, K. G.; GENDASZEK, A. E. Illicit use of psychostimulants among college students: a preliminary study. **Psychology, Health & Medicine**, v. 7, n. 3, p. 283 – 287, 2002.

LUCAS, A.; WEISS, M. Methylphenidate hallucinosis. **Journal of American Medical Association**. v. 217, n. 8, p. 1079-1081, 1971.

MAGUIRE, J.; MCGEE, E. Implantable brain chips? Time for debate. **Hastings Center Report**. v. 29, n. 1, p. 7-13, jan./fev. 2004.

MAHER, B. Poll results: look who's doping. **Nature**, v. 452, n. 7188, p. 674-675, 2008.

MATTOS, P. **No mundo da lua**: perguntas e respostas sobre o transtorno do déficit de atenção com hiperatividade em crianças, adolescentes e adultos. São Paulo: Lemos, 2001.

McCABE, S. E. et al. Non-medical use of prescription stimulants among US college students: prevalence and correlates from a national survey. **Addiction**, v. 100, n. 01, p. 96–106, 2005.

McCORMICK T.C. Jr., McNEEL T.W. Acute psychosis and Ritalin abuse. **Texas State Journal of Medicine**, v 59, p. 99-100, 1963.

MEHTA, M. A et al. Methylphenidate enhances working memory by modulating discrete frontal and parietal lobe regions in the human brain. **The Journal of Neuroscience**, v. 20, n. 6, p. 1-6, mar. 2002.

MILLER, F. G.; COLLOCA, L.; KAPTCHUK, T.J. The placebo effect: illness and interpersonal healing. **Perspectives in Biology and Medicine**, v. 52, n. 4, p. 518–539, 2009

MILLICHAP, J. et al. Hyperkinetic behavior and learning disorders. III battery of neuropsychological tests in controlled trial of methylphenidate. **American Journal of Diseases of Children**, v. 116, n. 3, p. 235–244, set. 1968.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 1994.

MOYNIHAN, R.; HENRY, D. The fight against Disease Mongering: Generating Knowledge for Action. **PloS Medicine**. v.3, n. 4, p. e191, abr. 2006. Disponível em: <<http://www.plosmedicine.org/article/info:doi/10.1371/journal.pmed.0030191>>. Acesso 06 jan 2009.

_____; HEATH, I.; _____. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. **British Medical Journal**, v. 324, n. 7342, p. 886–891, 2002.

NEUROSCIENCE CANADA. The case for Canada's increased investment in neuroscience research. **NeuroScience Canada**, p. 38, mar, 2006. Disponível em <http://braincanada.ca/files/NS_case_for_support_08f.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2009.

NOGUEIRA, S. A pílula da inteligência. **Superinteressante**, São Paulo, nov 2009. Capa, p. 62-71.

NOVARTIS. História da Novartis com os principais marcos no desenvolvimento da empresa desde sua origem como Fundação JR Geigy. Disponível em: <http://www.novartis.com.br/_sobre_novartis/historia_index.shtml>. Acesso em 28 out 2013.

NOVARTIS BIOCÍÊNCIAS S.A. **ref:_00DA0a9or_500A0IZMg7:ref** [mensagem pessoal] Mensagem recebida por <denise.e.barros@hontail.com> em 21 nov. 2012.

ONU, International Narcotics Control Board. **Convention on Psychotropic substances**. 1971. 18p. Disponível em <http://www.incb.org/pdf/e/conv/convention_1971_en.pdf>. Acesso em: 02 mar 2009.

_____. **Psychotropic Substances- Statistics for 2000: Assessments of Annual Medical and Scientific Requirement**. p. 292, mar. 2001. Disponível em <http://www.incb.org/documents/Psychotropics/technical-publications/2000/Psychotropic_Substances_Publication_2000.pdf>. Acesso em: 02 mar 2009.

_____. Control Board. **Psychotropic Substances – Statistics for 2005: Assessments of Annual Medical and Scientific Requirement**. p. 361, fev. 2006. Disponível em <http://www.incb.org/documents/Psychotropics/technical-publications/2005/Psychotropic_Substances_Publication_2005.pdf>. Acesso em: 16 nov 2012.

_____. **Psychotropic Substances – Statistics for 2006: Assessments of Annual Medical and Scientific Requirement**. p. 351, fev. 2007. Disponível em <https://www.incb.org/documents/Psychotropics/technical-publications/2006/psychotropic_substances_2006.pdf>. Acesso em: 23 de out de 2013.

_____. **Psychotropic Substances – Statistics for 2010: Assessments of Annual Medical and Scientific Requirement**. fev. 2011. 384p. Disponível em

<http://www.incb.org/documents/Psychotropics/technical-publications/2010/Psychotropic_Substances_Publication_2010.pdf>. Acesso em: 16 nov 2012.

_____. **Psychotropic Substances – Statistics for 2012: Assessments of Annual Medical and Scientific Requirement.** fev. 2013. 384p. Disponível em <http://www.incb.org/documents/Psychotropics/technical-publications/2012/en/Eng_2012_PUBlication.pdf> Acesso em: 28 de nov 2013.

_____. **Single Convention on Narcotic Drugs, 1961.** p. 44, 1961. Disponível em: <http://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/1961-Convention/convention_1961_en.pdf>. Acesso em: 03 jan 2014.

_____. **United Nations Convention Against Illicit Traffic in Narcot Drugs and Psychotropic Substances, 1988.** p. 42, 1988. Disponível em <http://www.incb.org/documents/PRECURSORS/1988_CONVENTION/1988Convention_E.pdf>. Acesso em: 03 jan 2014.

PARENS, E. How far will the treatment/enhancement distinction get us as we grapple with new ways to shape ourselves? Separata de: MARCUS, SJ. **Neuroethics: Mapping the Field**, New York: The Dana Press, 2002. p. 152–158.

PAYER, L. **Disease-mongers**. New York: John Wiley; 1992.

PERMAN, ES. Speed in Sweden. **The New England Journal of Medicine**, v. 283, n. 14, p. 760-761, 1970.

PIGNARRE, P. **O que é o medicamento?** São Paulo: Ed. 34, 1999.

POLANCZYK, G. *et al.* Transtorno de Déficit de Atenção / hiperatividade: uma perspectiva científica. **Clinics**, v. 67, n. 10, p. 1125-1126, 2012.

POULIN, C. Medical and nonmedical stimulant use among adolescents: from sanctioned to unsanctioned use. **Canadian Medical Association Journal**, v. 165, n. 8, p. 1039-1044, out. 2001.

PRESIDENT'S COUNCIL ON BIOETHICS (US). **Beyond therapy: biotechnology and the pursuit of happiness.** Washington, DC, 2003. p 330. Disponível em: <<http://www.bioethics.gov/reports/beyondtherapy>>. Acesso em: 19 mar. 2009.

RITALINA®. Bula. **Novartis Biociências S/A.** Disponível em: <<http://www.portal.novartis.com.br/medicamentos-ritalina>>. Acesso em 15 jun 2013.

RITALINA® LA. Bula. **Novartis Biociências S/A.** Disponível em: <<http://www.portal.novartis.com.br/medicamentos-ritalina-la>>. Acesso em 15 jun 2013.

RODHE, L.A.; HALPERN, R.: Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualização. **Jornal de Pediatria**, v. 80, n°2(supl), p S61-S70, 2004.

ROSE, N. Beyond medicalisation. **The Lancet**, v. 369, n. 9562, p 700-702, fev. 2007a.

_____. Normality and pathology in a biological age. **Outlines**, v. 3, n. 1. p 19-33, 2001.

_____. **The politics of life itself: biomedicine, power, and subjectivity in the twenty-first century.** Princeton: Princeton University Press, 2007b.

ROSENBERG, C. The Tyranny of Diagnosis: Specific Entities and Individual Experience. **Milbank Quarterly**, v. 80, n. 2, p. 237–260, jun. 2002.

ROSENBERG, C. Contested boundaries: psychiatry, disease, and diagnosis. **Perspectives in Biology and Medicine**, v. 49, n 3, p. 407-424, summer, 2006.

SCHACHTER et al. How efficacious and safe is short-acting methylphenidate for the treatment of attention-deficit disorder in children and adolescents? A meta-analysis. **Canadian Medical Association Journal**, v. 165, n. 11, p. 1475-1488, nov. 2001.

SENNETT, R. **A corrosão do caráter.** Rio de Janeiro: Record, 2002.

SHIRAKAWA, D. M.; TEJADA, S. N.; MARINHO, C. A. F. Questões atuais no uso indiscriminado do metilfenidato. **Omnia Saúde**, v.9, n.1, p.46-53, 2012.

SILVA, A. et al. A explosão do consumo de Ritalina. **Revista de Psicologia da UNESP** v. 11, n. 2, p. 44-57, 2012.

SILVA, A. **Mentes inquietas: entendendo melhor o mundo das pessoas distraídas, impulsivas e hiperativas.** Rio de Janeiro: Napades, 2003.

SILVA, A. F. L. M. Histórico das drogas na legislação brasileira e nas convenções internacionais. **Jus Navigandi**, v. 16, n. 2934, 14 jul. 2011. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/19551>>. Acesso em 02 jan 2014.

SINGH, I. Beyond Polemics: Science and ethics of ADHD. **Nature Rev Neuroscience**, v. 9 n. 12, pp. 957-964, dec 2008.

_____. Not just Naughty: 50 years of stimulant drug advertising. Separata de: TONE, A., WATKINS, E. **Medicating Modern America: prescriptions drugs in history**. New York: NYU Press, 2007. p. 131-155.

SMITH, M.; FARAH, M. Are prescription stimulantes "smart pills"? The epidemiology and cognitive neuroscience of prescription stimulant use by normal healthy individuals. **Psychological Bulletin**, v. 137, n. 5, p. 717-741, set. 2011.

SPENCER T.J. et al. PET study examining pharmacokinetics, detection and likeability, and dopamine transporter receptor occupancy of short and long-acting oral methylphenidate. **The American Journal of Psychiatry**, v. 163, n. 3, p. 387-395, 2006.

SPENSLEY, J.; ROCKWELL, D. Psychosis during methylphenidate abuse. **The New England Journal of Medicine**, v. 286, n. 16, p. 880-881, 1972.

STIX, G. O cérebro Turbinado. **Scientific American – Brasil**, São Paulo, nov 2009. Capa, p. 36-45.

STRAY, L. L. *et al.* Methylphenidate improves motor functions in children diagnosed with Hyperkinetic Disorder. **Behavioral and Brain Functions**, v. 5; n. 21, maio 2009, p. 1-12.

SYKES, D. et al. Attention in hyperactive children and the effect of methylphenidate (Ritalin). **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 12, n. 2, p. 129-139, abr. 1971

_____.; DOUGLAS, V.; MORGENSTERN, G. Sustained attention in hyperactive children. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 14, n. 3, p. 213-220, set. 1973.

SZASZ, T. Bad habits are not diseases: a refutation of the claim that alcoholism is a disease. **The Lancet**, v. 300, n. 7767, p. 83-84, jul. 1972.

TETER, C. et. al. Illicit methylphenidate use in an undergraduate student sample: prevalence and risk factors. **Pharmacotherapy**, v.23, n. 5, p. 609–617, 2003.

_____. Illicit use of specific prescription stimulants among college students: prevalence, motives, and routes of administration. **Pharmacotherapy**, v. 26, n.10, p. 1501–1510.2006.

_____. Prevalence and motives for illicit use of prescription stimulants in an undergraduate student sample. **Journal of American College Health**, v. 53, n. 6, p. 253-262, maio/jun. 2005.

THE MTA COOPERATIVE GROUP A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. **Archives of General Psychiatry**, v. 56, n. 12, p. 1073-1086, dez. 1999.

TURNER, D.; SAHAKIAN, B. Neuroethics of cognitive enhancement. **Biosocieties**, v. 1, n. 1, p. 113-123, mar. 2006.

VAN DER GEEST, S; WHYTE, S. R. The charms of medicines: metaphors and metonyms **Medical Anthropology Quarterly**, v 3, n 4, p. 345-367,1989.

VERA, A. A nova onda dos remédios para o cérebro. **Época**, São Paulo, 11 maio 2009. *Ciência & Tecnologia Cérebro*, p. 64-69.

VOLKOW, N. D. Simulant medications: how to minimize their reinforcing effects? **The American Journal of Psychiatry**, v. 163, n. 3, p. 359-361, 2006.

WEBER, M. **A ética protestante e o espírito do capitalismo**. São Paulo: Pioneira, 1967.

WEBER, R. L’histoire de Ritalin. **Life Sciences**, Novartis Biociências S/A, n°2, 2000, p. 8-9. Disponível em <www.hypsos.ch/infos>. Acesso em 05 set 2009.

WERNER JÚNIOR, J. **Saúde e educação: desenvolvimento e aprendizagem do aluno**. Rio de Janeiro: Gryphusin, 2001.

_____. **Transtornos hipercinéticos: contribuições do trabalho de Vygotsky para reavaliar o diagnóstico**. 1997. p. 224. Tese (doutorado em medicina) – Faculdade de Ciências Médicas na Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1997.

WHITE, B. P.; BECKER-BLEASE, K.; GRACE-BISHOP, K. Stimulant medication use, misuse, and abuse in an undergraduate and graduate student sample. **Journal of American College Health**, v.54, n. 05, p. 261-268, mar./abr. 2006.

WILENS, T. E. Impact of ADHD and its treatment on substance abuse in adults. **Journal of Clinical Psychiatry**, v. 65, n. 3, p. 38-45, 2004.

WILLEY, R. A. Abuse of methylphenidate (Ritalin). **New England Journal of Medicine**, v. 285, n. 8, p.464, ago. 1971.

WILLIAMS, S. J.; MARTIN, P.; GABE, J. The pharmaceuticalisation of society? A framework for analysis. **Sociology of Health & Illness**, v. 33, n. 5, p. 710-725, jul. 2011.

WOLPE, P. Treatment, enhancement, and the ethics of neurotherapeutics. **Brain and Cognition**, v. 50, n. 3, p. 387-395, 2002.

ZACCONE, O. **Acionistas do nada**: quem são os traficantes de drogas. Rio de Janeiro: Revan, 2007.

ZOLA, I. Medicine as an institution of social control. **The Sociological Review**, v. 20, n. 4, p. 487-504, 1972.

Sites visitados:

ritalinalevina.comunidades.net

<http://www.baiananarede.com.br/preco-ritalina-comprar-ritalina-la-40-30-20-10-mg>

<http://semreceitamedicamentos.blogspot.com.br>

APÊNDICE A – Roteiro de entrevista

- Que motivos o (a) levou a usar o metilfenidato?
- Depois que passou a ingerir o medicamento, que diferenças você percebe em:
 - Sua pessoa
 - Sua vida profissional
 - Sua vida social
 - Sua vida amorosa
 - Sua vida familiar
- *(Pergunta para o entrevistado que usa o metilfenidato para tratamento de TDAH)*
O que você pensa sobre o uso de metilfenidato para melhorar o desempenho cognitivo em pessoas sem o diagnóstico de TDAH?
- *(Pergunta para entrevistados que usam o medicamento para aprimoramento cognitivo)*
O que você pensa sobre o uso do metilfenidato para tratamento do transtorno de TDAH nas pessoas que apresentam esse diagnóstico?

APÊNDICE C - Termo de consentimento livre e esclarecido

Declaro, por meio deste termo, que concordei em ser entrevistado(a) na pesquisa de campo referente à pesquisa intitulada **“AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO METILFENIDATO: do tratamento ao aprimoramento cognitivo”** desenvolvida pelo **Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)**. Fui informado(a), ainda, de que a pesquisa é coordenada por **Denise Borges Barros**, a quem poderei contatar a qualquer momento que julgar necessário através do telefone nº **(21) 9425-1391** ou email **denise.e.barros@hotmail.com**

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado(a) dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo, que, em linhas gerais é identificar, analisar e comparar as representações sociais que os usuários de metilfenidato apresentam sobre o impacto do uso do medicamento em suas vidas.

Fui também esclarecido(a) de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

Minha colaboração se fará de forma anônima, por meio de entrevista semi-estruturada a ser gravada a partir da assinatura desta autorização. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pela pesquisadora, seu orientador e equipe de pesquisa.

Estou ciente de que, caso eu tenha dúvida ou me sinta prejudicado(a), poderei contatar a pesquisadora responsável ou o **Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ (CEP-IMS)**, situado na **Rua São Francisco Xavier, 524 - sala 7.003-D, Maracanã, Rio de Janeiro (RJ), CEP 20559-900, telefone (x-21) 2334-0504 ramal 148, fax (x-21) 2334-2152 e e-mail: cep-ims@ims.uerj.br**.

A pesquisadora principal da pesquisa me ofertou uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Fui ainda informado(a) de que posso me retirar dessa pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo para meu acompanhamento ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos

Rio de Janeiro, ____ de _____ de ____

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

APÊNDICE D – Pré-categorias de análise

1. Fonte de conhecimento do medicamento
2. Motivo a usar o medicamento
3. Autoimagem (sobre a capacidade de aprender, estudar e trabalhar)
4. Percurso até chegar ao metilfenidato
5. Diagnóstico recebido (TDAH e outros transtornos mentais)
6. Relação e opinião sobre o médico
7. Impressões dos primeiros usos do remédio
8. Por que continuou ou porque parou de usar o fármaco
9. Em que situações usam e não usam
10. Formas de obtenção do medicamento
11. Tempo, dosagem e forma de uso
12. Segue ou não recomendação médica
13. Efeitos positivos do metilfenidato
14. Reações adversas do metilfenidato
15. Mudanças na sua relação com as pessoas
16. Reação das pessoas ao uso do medicamento
17. Comentários e informações sobre outros usuários
18. Sobre medicamentos em geral
19. Sobre a indústria farmacêutica
20. Outros psicotrópicos de uso contínuo
21. Uso de drogas ilícitas
22. Outras estratégias usadas para lidar com dificuldade de atenção e agitação
23. Sobre o TDAH, desatenção ou agitação (ideias mais genéricas)
24. Sobre o uso de metilfenidato por pessoas saudáveis
25. Sobre o metilfenidato (ideias, medos, contradições)
26. Comentários e observações sobre meio de trabalho, estudo, concurso
27. O que gostaria de falar que ainda não foi falado