

## TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE E METILFENIDATO: USO NECESSÁRIO OU INDUZIDO?

Enaida Gagliardi Leite e Nayara Leal Ferreira Baldini <sup>1</sup>

### Resumo

Frente às crescentes taxas de produção, venda e consumo de metilfenidato no Brasil, o presente artigo busca discutir a medicalização do tratamento do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, um transtorno neuropsiquiátrico que acomete crianças caracterizadas sintomatologicamente como desatentas, hiperativas e impulsivas. O transtorno de déficit de atenção e hiperatividade associa-se com significativo comprometimento funcional em diversas áreas e, à medida que o indivíduo cresce, ocorrem também taxas crescentes de co-morbidade psiquiátrica, portanto deve ser alvo de intervenção. O tratamento envolve o uso do metilfenidato na maioria dos casos. Há de se considerar, no entanto, que esta substância pode provocar efeitos adversos potenciais em crianças e que as co-morbidades associadas ao transtorno ou os sintomas resultantes de problemas na vida de relação das crianças dificultam o diagnóstico. Além disso, a propaganda velada do medicamento pode induzir educadores e responsáveis pela criança pressionar médicos a prescreverem o metilfenidato, o que pode ter como consequência o sobre-diagnóstico do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. Considerando que a propaganda, a comercialização e dispensação do metilfenidato são controladas sanitariamente, apontamos para a necessidade de se avaliar a efetividade de tais medidas de controle e sugerimos novas medidas.

### Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade

O Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é um transtorno neuropsiquiátrico, caracterizado pela tríade sintomatológica de desatenção, hiperatividade e impulsividade. Ulloa (2007), alerta para o fato de que o TDAH é um dos transtornos mais freqüente e cada vez mais controverso da população infanto-juvenil e é considerado, na atualidade, a síndrome mental mais estudada na infância, com conseqüentes implicações na esfera familiar, acadêmica e social (Grevet e Rohde, 2005).

A etiologia do TDAH é desconhecida, porém, acredita-se que é de base neurológica ou neuroquímica e que o grau de acometimento em cada paciente depende de sua condição psíquica e do contexto familiar em que se desenvolve (Conrado, 2003).

Segundo Rohde e Halpern (2004) fatores ambientais, neurobiológicos e genéticos também podem estar envolvidos na etiologia do TDAH. O autor cita como exemplo, pesquisas avançadas que buscam explicar a relação entre genes dos sistemas serotoninérgicos, dopaminérgicos e adrenérgicos no TDAH.

A prevalência do TDAH situa-se entre 3% e 6% segundo estudos nacionais e internacionais realizados com crianças em idade escolar, na sua maioria (Rohde *et al*, 2000). Esses valores, no entanto, variam grandemente entre países. Por exemplo, em Hong Kong a prevalência é estimada em 0,78%; na maioria dos países europeus, entre 1 e 2%; na Alemanha 18% e nos Estados Unidos tem-se reportado prevalências que variam de 2 a 20%, dependendo da região (Ulloa, 2007). No Brasil, estimam-se a prevalência do TDAH em torno de 5 a 8% (Souza *et al*, 2001).

A proporção entre meninos e meninas afetados varia de aproximadamente 2:1 em estudos populacionais até 9:1 em estudos clínicos. A diferença entre essas proporções provavelmente se deve ao fato de as meninas apresentarem mais transtorno de déficit de atenção/hiperatividade com predomínio de desatenção e menos sintomas de conduta em co-morbidade, causando menos incômodo às famílias e à escola, e, portanto, serem menos encaminhadas a tratamento. Estudos que avaliam a prevalência do transtorno de acordo com o nível socioeconômico e em etnias que não a caucasiana são ainda escassos e não permitem conclusões claras (Rohde e Halpern, 2004).

Durante anos, acreditou-se que o TDAH era um transtorno que afetava unicamente a população infanto-juvenil. No entanto, a partir do último terço do século passado observou-se que as manifestações dos sintomas de TDAH não desapareciam com o início da fase adulta (JA *et al*, 2007). A persistência do quadro em adultos ocorre numa parcela de pelo menos 40% daqueles que preenchem os critérios para o transtorno na sua infância. Estima-se que a prevalência nesta população seja de 1 a 2%.

A proporção entre homens e mulheres em adultos se aproxima de um para um (Grevet e Rohde, 2005). O TDAH associa-se com significativo comprometimento funcional em diversas áreas (acadêmica, profissional, social) e, à medida que o indivíduo cresce, ocorrem também taxas crescentes de co-morbidade psiquiátrica (Souza *et al*, 2007). Além dos sintomas básicos do transtorno, em mais de 50 % dos casos, existe co-morbidade com transtornos do aprendizado, transtornos do humor (depressão e transtorno bipolar) e de ansiedade, transtornos disruptivos do comportamento e transtornos do abuso de substâncias/drogas e de álcool (Rohde *et al*, 2004; Souza *et al*, 2007).

Segundo Grevet e Rohde (2005), os transtornos psiquiátricos que mais se apresentam na infância associados com o TDAH em amostras clínicas são: transtorno de conduta ou opositor desafiante (50-60%), depressão (10-20%), transtorno de ansiedade (20-25%), transtorno bipolar (10%) e transtorno de aprendizagem (10-50%). Cabe ressaltar ainda que 50% dos pacientes com transtorno de Tourette e tiques apresentam TDAH. Em adultos são: transtornos de ansiedade (25 a 35 %), transtornos do humor (10 a 40%; sendo 28% depressão maior e 23% bipolaridade), transtorno de personalidade anti-social (25%), transtorno opositor desafiante (50%), transtorno de conduta (20 a 50%), transtorno de abuso ou dependência de substância (10 a 37%) e Síndrome de Tourette (1 a 3 %).

As características nucleares do TDAH afetam de modo adverso o desempenho acadêmico, os relacionamentos familiares e sociais e o ajuste psicossocial dos indivíduos acometidos pelo transtorno, portanto devem ser alvo de intervenção.

Há de se considerar, no entanto, que a intervenção deve pautar-se, principalmente, em dois pilares: diagnóstico criterioso e ponderação do risco-benefício, em se tratando de intervenção medicamentosa.

### O Diagnóstico do TDAH

Segundo Maia (2009), a abordagem utilizada para o diagnóstico do TDAH é fenomenológica e baseia-se nos critérios clínicos do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Americana (DSM-IV) (Tabela 1) ou na 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças CID-10. Para tanto, o avaliador necessita analisar informações fornecidas por várias fontes, como pais e/ou cuidadores, professores e outras pessoas do convívio do paciente.

O DSM-IV subdivide o TDAH em três tipos, quais sejam: TDAH com predomínio de sintomas de desatenção; TDAH com predomínio de sintomas de hiperatividade/impulsividade e TDAH combinado. O tipo com predomínio de sintomas de desatenção é mais freqüente no sexo feminino e parece apresentar, conjuntamente com o tipo combinado, uma taxa mais elevada de prejuízo acadêmico. As crianças com TDAH com predomínio de sintomas de hiperatividade/impulsividade são, por outro lado, mais agressivas e impulsivas do que aquelas com que os outros dois tipos e tendem a apresentar altas taxas de impopularidade e de rejeição pelos colegas. O tipo combinado apresenta um maior prejuízo no funcionamento global quando comparado aos dois outros grupos (Rohde e Halpern, 2004).

O processo diagnóstico do TDAH é complexo, não só pelo caráter dimensional dos sintomas de desatenção e/ou hiperatividade, mas também pela alta freqüência de comorbidades psiquiátricas apresentadas pelos pacientes. Profissionais da área de saúde mental da infância e adolescência freqüentemente se deparam com situações clínicas em que o diagnóstico do TDAH deve levar em consideração a presença de diferentes condições, tais como déficits cognitivos, transtornos do aprendizado ou transtornos invasivos do desenvolvimento, sendo fundamental

<sup>1</sup> Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília

o melhor entendimento da complexidade desses casos para adequada orientação, elaboração da intervenção terapêutica e avaliação da necessidade do suporte educacional e emocional para esses pacientes e suas famílias (Souza *et al*, 2007).

É importante salientar que a desatenção, a hiperatividade ou a impulsividade como sintomas isolados podem resultar de muitos problemas na vida de relação das crianças (com os pais e/ou com colegas e amigos), de sistemas educacionais inadequados, ou mesmo estarem associados a outros transtornos comumente encontrados na infância e adolescência. Portanto, para o diagnóstico do TDAH é sempre necessário contextualizar os sintomas na história de vida da criança (Rohde *et al*, 2000).

**Tabela 1** - Critérios diagnósticos do TDAH segundo o DSM-IV

**A. Ou (1) ou (2)**

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

**Desatenção:**

- a) freqüentemente deixa de prestar atenção a detalhes ou comete erros por descuido em atividades escolares, de trabalho ou outras;
- b) com freqüência tem dificuldades para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas;
- c) com freqüência parece não escutar quando lhe dirigem a palavra;
- d) com freqüência não segue instruções e não termina seus deveres escolares, tarefas domésticas ou deveres profissionais (não devido a comportamento de oposição ou incapacidade de compreender instruções);
- e) com freqüência tem dificuldade para organizar tarefas e atividades;
- f) com freqüência evita, antipatiza ou reluta a envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante (como tarefas escolares ou deveres de casa);
- g) com freqüência perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (por exemplo, brinquedos, tarefas escolares, lápis, livros ou outros materiais);
- h) é facilmente distraído por estímulos alheios às tarefas;
- i) com freqüência apresenta esquecimento em atividades diárias.

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

**Hiperatividade:**

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

**Impulsividade:**

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

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

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

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

E. Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de um transtorno invasivo do desenvolvimento, esquizofrenia ou outro transtorno psicótico e não são melhores explicados por outro transtorno mental (por exemplo, transtorno do humor, transtorno de ansiedade, transtorno dissociativo ou um transtorno da personalidade).

De um modo geral os portadores de TDAH apresentam os seguintes sintomas: distração, desorganização no tempo e espaço e inadaptação. Uma vez que os critérios de diagnóstico definidos pelo DSM-IV encaixam-se também a muitas crianças normais, porém que não se “comportam” devidamente na aula, o rótulo de TDAH é destinado a crianças de forma imprecisa e inadequada, não considerando suas implicações.

Rohde e colaboradores realizaram, em 2005, uma revisão abrangente, não sistemática da literatura sobre as seguintes questões: a) diferenciação normalidade/presença do transtorno; b) importância clínica do critério de idade de início dos sintomas; c) a fronteira com quadros de transtornos de humor bipolar (THB); d) diretrizes terapêuticas na presença de comorbidades. Como resultado desse trabalho, os autores apresentaram dicas clínicas para caracterizar o diagnóstico sem aumentar significativamente a proporção de falsos positivos no grupo de portadores de TDAH, bem como para auxiliar tanto no diagnóstico diferencial com THB quanto no manejo farmacológico do TDAH na presença de comorbidades. Concluíram que o correto diagnóstico, evitando-se critérios muito flexíveis, é fundamental para um transtorno com constructo dimensional da população, bem como a adequada utilização de medicação para um transtorno com alta prevalência de comorbidades.

A presença de sintomas de desatenção e/ou de hiperatividade/impulsividade por curtos períodos (dois a três meses) que se iniciam claramente após um desencadeante psicossocial (por exemplo, separação dos pais) deve alertar o clínico para a possibilidade de que a desatenção, a hiperatividade ou a impulsividade sejam mais sintomas do que parte de um quadro de TDAH. Pesquisas têm demonstrado que sintomas de desatenção, de hiperatividade ou de impulsividade acontecem mesmo em crianças normais, uma vez ou outra ou até mesmo freqüentemente em intensidade menor. Portanto, para o diagnóstico de TDAH, é fundamental que pelo menos seis dos sintomas de desatenção e/ou seis dos sintomas de hiperatividade/impulsividade descritos na Tabela 1 estejam presentes freqüentemente (cada um dos sintomas) na vida da criança. Os sintomas de desatenção e/ ou hiperatividade/impulsividade precisam ocorrer em vários ambientes da vida da criança (por exemplo, escola e casa) e manterem-se constantes ao longo do período avaliado. Sintomas que ocorrem apenas em casa ou somente na escola devem alertar o clínico para a possibilidade de que a desatenção, a hiperatividade ou a impulsividade possam ser apenas sintomas de uma situação familiar caótica ou de um sistema de ensino inadequado. Da mesma forma, flutuações de sintomatologia com períodos assintomáticos não são características do TDAH. Sintomas de hiperatividade ou de impulsividade sem prejuízo na vida da criança podem traduzir muito mais estilos de funcionamento ou de temperamento do que um transtorno psiquiátrico.

Rohde *et al* (2000) ressaltam que para o diagnóstico de TDAH, é necessário uma avaliação cuidadosa de cada sintoma e não somente a listagem de sintomas. Por exemplo, uma criança pode ter dificuldade de seguir instruções por um comportamento de oposição e desafio aos pais e professores, caracterizando muito mais um sintoma de transtorno oppositor desafiante do que de TDAH. É fundamental verificar se a criança não segue as instruções por não conseguir manter a atenção durante a explicação das mesmas. Em outras palavras, é necessário verificar se o sintoma supostamente presente correlaciona-se com o constructo básico do transtorno, ou seja, déficit de atenção e/ou dificuldade de controle inibitório.

## O Metilfenidato

O metilfenidato ficou conhecido no Brasil nos últimos anos por seu uso proeminentemente em crianças diagnosticadas com TDAH.

O metilfenidato é um derivado piperidínico, estruturalmente relacionado à anfetamina. Esta substância, classificada como estimulante do sistema nervoso central, apresenta efeitos mais proeminentes sobre a atividade mental do que a motora. A administração de metilfenidato em doses elevadas produz sinais de estimulação generalizada do sistema nervoso central, podendo resultar em convulsões (Laurence *et al*, 2006).

Seu mecanismo de ação é o estímulo de receptores alfa e beta-adrenérgicos diretamente, ou a liberação de dopamina e noradrenalina dos terminais sinápticos, indiretamente. Seu início de ação dá-se em 30 minutos, com pico em uma a duas horas, e meia-vida de duas a três horas (Pastura e Mattos, 2004). Acredita-se que o metilfenidato atua em nível dos neurotransmissores localizados no lóbulo frontal do cérebro, zona que regula a atenção e a impulsividade (Ulloa, 2007).

As propriedades farmacológicas do metilfenidato são essencialmente idênticas às das anfetaminas, assim como seu potencial de abuso. Tal característica levou à sua inclusão na Lista das Substâncias Psicotrópicas, Lista A-3, da Portaria n.º 344, de 12 de maio de 1998, por meio da qual foi aprovado o Regulamento Técnico sobre Substâncias e Medicamentos Sujeitos a Controle Especial. Desta forma, a dispensação do metilfenidato é sujeita a notificação de receita "A".

O metilfenidato só deve ser administrado a crianças acima de 06 anos de idade e não há estudos que comprovem a eficácia e segurança dessa substância no tratamento do TDAH em longo prazo, sendo necessário um monitoramento cuidadoso do paciente.

Além do tratamento do TDAH, o metilfenidato também é indicado para tratamento da narcolepsia, um raro distúrbio do sono. Itabrahay (2009) relata que o metilfenidato, por ser um estimulante derivado da anfetamina, também tem sido utilizado por estudantes, profissionais e pesquisadores a fim de se manterem por mais tempo acordados e concentrados na tarefa a ser realizada. Alguns jovens também utilizam o medicamento para fins recreativos, misturando o estimulante a outras drogas. Há quem faça uso indiscriminado da substância para fins de emagrecimento.

Apenas duas indústrias farmacêuticas estão autorizadas a comercializar o metilfenidato no Brasil: Novartis Biociências e a Janssen-Cilag. A primeira é detentora do registro da Ritalina e da Ritalina LA e a segunda do Concerta. A Ritalina é apresentada como comprimidos simples com 10 mg de metilfenidato; a Ritalina LA como cápsula gelatinosa dura de liberação modificada com 10, 20, 30 ou 40 mg de metilfenidato e o Concerta como comprimido revestido de liberação controlada com 18, 27, 36 ou 54 mg de metilfenidato. A principal diferença apresentada entre o Concerta e a Ritalina é o modo de absorção da substância. Sendo o Concerta liberado no organismo mais lentamente, o paciente necessitaria ingerir o medicamento somente uma vez ao dia, diferente da Ritalina, prescrita em duas ou, menos freqüentemente, em três doses diárias. A Ritalina LA também é uma formulação de liberação controlada. Estas formulações de ação prolongada são consideradas mais eficazes por diminuir o risco de abuso e facilitar a posologia.

## Os Efeitos Colaterais do Metilfenidato em Curto e Longo Prazo

O metilfenidato pode provocar efeitos adversos potenciais em crianças, principalmente a perda de peso que pode estar associada à supressão do crescimento. Outras reações adversas incluem cefaléia, insônia, exacerbação dos sintomas, hipertensão arterial, náusea e/ou vômito, tiques, tontura, sonolência, ansiedade, depressão, nervosismo. Mais raramente são observados: enxaqueca, taquicardia, tentativa de suicídio, diarreia, incontinência fecal, apatia, alteração do raciocínio, sonhos anormais, alucinações, confusão mental, hipercinesia, distúrbio do sono, distúrbio da fala, vertigem, tosse, alopecia, urticária, hematúria, dentre outros.

Em estudo duplo-cego controlado acerca da freqüência de efeitos colaterais de metilfenidato em crianças com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, Barkley e cols. (1990), citado por Pastura e Mattos (2004), descreveram 17 sintomas mais comuns em curto prazo. A tabela 2 apresenta os efeitos colaterais em ordem de freqüência de aparecimento. Os mesmos são comparados nos pacientes em uso de placebo, baixas (0,3 mg/kg) e altas (0,5 mg/kg) doses de metilfenidato.

Tabela 2: Freqüência de aparecimento de efeitos colaterais de metilfenidato em pacientes em uso de placebo, baixas (0,3 mg/kg) e altas (0,5 mg/kg) doses de metilfenidato.

| Efeito colateral      | Placebo | Baixa dose | Alta dose |
|-----------------------|---------|------------|-----------|
| Diminuição de apetite | 15      | 52         | 56        |
| Insônia               | 40      | 62         | 68        |
| Dor abdominal         | 18      | 39         | 35        |
| Cefaléia              | 11      | 26         | 21        |
| Propensão ao choro    | 49      | 59         | 54        |
| Tiques                | 18      | 18         | 28        |
| Tonteira              | 4       | 10         | 7         |
| Náuseas               | 18      | 23         | 20        |
| Roer unhas            | 22      | 26         | 29        |
| Falar pouco           | 16      | 20         | 22        |
| Ansiedade             | 58      | 58         | 52        |
| Desinteresse          | 18      | 18         | 15        |
| Euforia               | 41      | 34         | 43        |
| Irritabilidade        | 72      | 65         | 66        |
| Pesadelo              | 20      | 20         | 21        |
| Tristeza              | 43      | 48         | 41        |
| "Olhar parado"        | 40      | 38         | 38        |

Fonte: Rev. Psiq. Clín. 31 (2);100-104, 2004

De acordo com Pastura e Mattos (2004) em longo prazo, são três os efeitos colaterais de maior importância do metilfenidato: dependência, efeitos cardiovasculares e possível redução da estatura.

As principais manifestações clínicas causadas pela overdose de metilfenidato são: agitação, crise convulsiva, alucinações, psicose, letargia, tonteira, taquicardia, hipertensão e hipertermia. Os efeitos cardiovasculares do metilfenidato são pontuais e transitórios. Logo após o uso da medicação, pode-se observar pequena elevação da pressão arterial, freqüência cardíaca e respiratória, porém tais alterações não se sustentam ao longo do tempo (Pastura e Mattos, 2004).

## A Propaganda do Metilfenidato

No Brasil, a propaganda de substâncias e medicamentos, constantes das listas do Regulamento Técnico sobre Substâncias e Medicamentos Sujeitos a Controle Especial e de suas atualizações, somente poderá ser efetuada em revista ou publicação técnico-científica de circulação restrita a profissionais de saúde.

Há de se considerar, no entanto, que existem mecanismos velados para a promoção desses medicamentos. Itaborahy (2009), ao avaliar a 31 publicações brasileiras sobre a Ritalina, identificou que 27 artigos foram direta ou indiretamente financiados pelos laboratórios fabricantes do metilfenidato no Brasil (Novartis e Janssen-Cilag), através de financiamento direto das pesquisas, patrocínio dos grupos ou com autores dos artigos sendo representantes dos laboratórios. Destes 27, apenas nove apresentam os conflitos de interesse, sendo que em um artigo o financiamento da Novartis aparece como “agradecimentos”, e não como potencial para conflito de interesses, aponta o autor. Verificou também que as publicações especializadas são consensuais a respeito do uso da medicação e que dos trinta e um artigos dos periódicos de psiquiatria, vinte e três (74%) apresentam benefícios do uso do metilfenidato. Destes 23 artigos, cinco não se referem ao uso de metilfenidato para tratamento do TDAH.

Além disso, Faraone *et al* (2009), ao avaliar as estratégias de marketing que os laboratórios implementam em relação as drogas utilizadas no tratamento do TDAH e, levando em consideração as táticas e os sujeitos destinatários, distinguiu estratégias dirigidas a diferentes atores: 1) diretamente aos usuários e/ou suas organizações; 2) a comunidade educativa; 3) aos médicos; e 4) centrada na criação de líderes de opinião.

Em seu artigo sobre como a indústria farmacêutica pode influenciar a prescrição de metilfenidato a partir de material elaborado para professores, Phillips (2006) apresenta algumas estratégias publicitárias “disfarçadas de educação profissional”, como sites informativos produzidos pelos laboratórios voltados aos professores, linhas telefônicas para informação sobre o TDAH (“Pergunte aos especialistas”), apoio a associações, com distribuição de kits contendo informações sobre TDAH, etc. Segundo a autora, o professor tem hoje um lugar de “auxiliar” do médico no diagnóstico de crianças hiperativas, por se tratar de um distúrbio do desempenho escolar, e com isso, parte importante da divulgação do “tratamento para TDAH” tem sido destinada aos professores. Ela afirma que, embora o argumento seja de atualização profissional, estes programas de atualização são sempre ligados aos produtos fabricados. O autismo e a dislexia, que também têm impacto na vida escolar, mas que não têm respondido a medicamentos específicos, não são temas de programas de atualização para professores promovidos pelas indústrias, destaca a autora.

Estas formas de divulgação do medicamento promovem a imagem dos fabricantes como empresas preocupadas com a saúde coletiva. Entretanto, esta articulação de mecanismos econômicos perversos com a produção e divulgação de conhecimento científico no campo da saúde deveriam, ao invés, promover políticas regulatórias mais eficazes e uma maior discussão sobre a necessidade do consumo de alguns medicamentos (Itaborahy, 2009).

### O Consumo de Metilfenidato

Mundialmente, este psicoestimulante é, sem dúvida, o mais consumido, mais que todos os outros estimulantes somados. Segundo o último relatório da ONU sobre produção e consumo de psicotrópicos (ONU, 2008), sua produção mundial passou de 2,8 toneladas em 1990 para quase 38 toneladas em 2006. Isto se deve, segundo o relatório, não somente a sua vinculação ao Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade, mas principalmente devido à intensa publicidade do medicamento voltada diretamente aos consumidores norte-americanos, uma vez que a propaganda de medicamentos sujeitos a controle especial é permitida nos meios de comunicação de massa dos EUA, contrariando um acordo na Convenção da ONU sobre drogas psicotrópicas de 1971, do qual o país é signatário. O consumo nos EUA vem crescendo a cada ano, e hoje representa 82,2% de todo metilfenidato consumido no mundo.

Além da propaganda, uma das principais preocupações acerca do uso do metilfenidato, está à pressão exercida pelos pais e professores sobre os médicos, para obtenção da prescrição de metilfenidato, que teria como consequência o sobre-diagnóstico do TDAH.

O metilfenidato foi sintetizado em 1944. E, apesar de não estabelecido seu mecanismo de ação a nível cerebral, foi aprovado pelo Food and Drug Administration (FDA) em 1961, com indicação para problemas comportamentais em crianças. Em 1970, estimava-se que cerca de 150 mil crianças nos EUA estariam usando o medicamento. Este número passou a 750 mil, em 1987. O aumento na ordem de 700%, no período compreendido entre 1900 e 1997, provocou ampliação na margem de lucro dos produtores em mais de 500 % (Barros, 2008).

No Brasil, as vendas do medicamento passaram de 71 mil caixas, em 2000, para 739 mil em 2004, o que representa um incremento de 940% (entre 2003 e 2004, o aumento correspondeu a 51%). Reforçam essa informação os dados da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, segundo os quais, o consumo do metilfenidato passou de 23 kg em 2000 para 93 kg em 2005 (Barros, 2008). Em 2006, o Brasil fabricou 226 kg de metilfenidato e importou outros 91 kg (ONU, 2008).

### Considerações

O crescimento exponencial do consumo de metilfenidato nos últimos anos chama atenção para as consequências dessa prática no âmbito da saúde pública e sociocultural. As autoridades sanitárias devem tomar atitudes pró-ativas, em particular pelas grandes possibilidades de uso indevido ou indiscriminado, não apenas em crianças medicadas especificamente com essa substância, como também em outros grupos tais como: donas de casa, caminhoneiros, executivos, estudantes desportistas de alto rendimento ou para quem o utilize para a redução da fadiga ou peso e para facilitar a sociabilização.

Além disso, a possibilidade do diagnóstico de TDAH e de seu tratamento estar sendo utilizado como um meio de controle social dever ser avaliada. A indicação do medicamento meramente para o controle de crianças que apresentam comportamento diferenciado (inadequados) durante aulas e outros eventos sociais, mas que não necessariamente tem algum tipo de transtorno de tipo neurológico, ou o consumo de metilfenidato como veículo para que crianças tenham vantagens competitivas sobre seus colegas em âmbito acadêmico, deve ser questionada.

Essas questões emergem em contextos éticos, particularmente por se tratar de crianças. Os aspectos éticos que rodeiam o uso do metilfenidato são basicamente sociais em sua natureza: medicalização, controle social, competência, validade dos exames de desempenho, entre outros.

Deve-se ter em mente que a indústria farmacêutica tem como prioridade a construção das condições estratégicas de configuração diagnóstica e a abordagem terapêutica, sempre centrada no consumo de um fármaco. Assim, suas ações configuram em novos modos de compreensão da subjetividade humana e das formas de padecimento, transformando em transtornos ou enfermidades situações que antes pertenciam a outras dimensões culturais e sociais da vida cotidiana.

### Propostas

As questões aqui levantadas apontam para a necessidade de se avaliar se é preciso incluir novas medidas sanitárias de controle para a comercialização, dispensação e consumo de medicamentos contendo metilfenidato no Brasil, não obstante estes já constarem na Portaria n.º 344, de 12 de maio de 1998, que aprovou o Regulamento Técnico sobre Substâncias e Medicamentos Sujeitos a Controle Especial.

Há de se pensar também em mecanismos de promoção da informação, educação e comunicação sanitária voltadas a todos os públicos envolvidos direta e indiretamente com possíveis portadores de TDAH, para que todos possam ter acesso e condições de fazerem o uso das informações para a decisão cidadã.



Comprovada a necessidade de ampliar o controle sanitário do metilfenidato, propomos, com intuito de contribuir com o processo de inibição da medicalização:

- Validar os critérios do DMS-IV para o diagnóstico do TDAH à realidade nacional;
- Obrigatoriedade de aplicação dos critérios do DMS-IV validado para o diagnóstico do TDAH, com avaliação dos pais, educadores e profissionais de saúde;
- Assinatura de um termo de consentimento pelo responsável da criança a ser tratada com metilfenidato. O termo deverá conter todos os riscos associados ao tratamento de TDAH com esta substância, além de firmar compromisso de monitoramento constante do paciente;
- Promoção de alertas aos profissionais de saúde enfatizando a necessidade de um diagnóstico criterioso, a conscientização da prescrição e os riscos associados ao uso do medicamento.
- Promoção de campanhas com educadores sobre a necessidade de validação dos sintomas.

## Referências

1. BARROS, J. A. C. *Nuevas tendencias de la medicalización*. Ciência & Saúde Coletiva, 13(Sup): 579-587, 2008.
2. FARAONE, S.; BARCALA, A.; BIANCHI, E.; TORRICELLI, F. *La industria farmacéutica en los procesos de medicalización/medicamentación en la infancia*. 2009.
3. GREVET, E. H.; ROHDE, L.A.; *Diretrizes e algoritmo para o tratamento do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade na infância, adolescência e idade adulta*. Psicofármacos: Consulta Rápida; Porto Alegre, Artmed, 2005.
4. ITABORAHY, C. *A Ritalina no Brasil: Uma década de produção, divulgação e consumo*. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.
5. JA, R. Q.; TRASOVARES M. V.; BOSCH, R.; NOGUEIRA, M.; RONCERO, C.; CASTELLS, X.; MARTÍNEZ, Y.; GÓMEZ, N.; CASAS, M. *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y drogodependencias*. Revista de Toxicomanías n.º 50, 2007.
6. MAIA, C. R. M., *Avaliação da troca do metilfenidato de liberação imediata para o metilfenidato de liberação prolongada no transtorno de déficit de atenção/hiperatividade*. 2009. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.
7. ONU, *International Narcotics Control Board. Psychotropic Substances- Statistics for 2006: Assessments of Annual Medical and Scientific Requirement*. Março, 2008.
8. PASTURA, G.; MATTOS, P. *Efeitos colaterais do metilfenidato*. Revisão de Literatura. Revista de Psiquiatria Clínica 31 (2);100-104, 2004.
9. PHILLIPS, C. *Medicine Goes to School: Teachers as Sickness Brokers for ADHD*. PLoS Medicine. 3 (4):182. Abril, 2006.
10. ROHDE, L.A.; BARBOSA, G.; TRAMONTINA, S.; POLANCZYK, G. *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade*. Revista Brasileira de Psiquiatria, 22(Supl II):7-11, 2000.
11. ROHDE, L. A.; FILHO, M.; BENETTI, L., GALLOIS, C., KIELING, C. *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade na infância e na adolescência: considerações clínicas e terapêuticas* (Artigo de Revisão). Revista de Psiquiatria Clínica, 31(3); 124-131, 2004.
12. ROHDE, L. A.; HALPERN, R. *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualização* (artigo de revisão). Jornal de Pediatria - Vol. 80, Nº2(supl), 2004.
13. SOUZA, I.; SERRA, M. A.; MATTOS, P.; FRANCO, V. A. *Comorbidade em crianças e adolescentes com transtorno do déficit de atenção*. Arq. Neuropsiquiatria 59(2-B):401-406, 2001.
14. SOUZA, I. G. S., SERRA-PINHEIRO, M. A., FORTES, D., PINNA, C.; *Dificuldades no diagnóstico de TDAH em crianças*. Jornal Brasileiro de Psiquiatria 56 (supl 1): 14-18, 2007.
15. ULLOA, C. S. *La controvercial Ritalina: ¿Cómo es su consumo em Costa Rica?*
16. *Problación y Salud en Mesoamérica*. Revista electrónica. Volumen 4, número 2, artículo 5. Enero – Junio, 2007.