



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Cristiana de Siqueira Gonçalves

**SOBRE O CONSUMO DE MEDICAMENTOS
PARA O APRIMORAMENTO DA
PERFORMANCE COGNITIVA:
CARTOGRAFANDO CONTROVÉRSIAS,
SEGUINDO OS ATORES E TECENDO A REDE**

RIO DE JANEIRO

2016

Cristiana de Siqueira Gonçalves

**SOBRE O CONSUMO DE MEDICAMENTOS
PARA O APRIMORAMENTO DA
PERFORMANCE COGNITIVA:
CARTOGRAFANDO CONTROVÉRSIAS,
SEGUINDO OS ATORES E TECENDO A REDE**

Dissertação de mestrado submetida ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do Grau de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Rosa Maria Leite Ribeiro Pedro

RIO DE JANEIRO

2016

G639

Gonçalves, Cristiana de Siqueira.

Sobre o consumo de medicamentos para o aprimoramento da performance cognitiva: cartografando controvérsias, seguindo os atores e tecendo a rede / Cristiana de Siqueira Gonçalves. 2016. 144f.

Orientadora: Rosa Maria Leite Ribeiro Pedro.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2016.

1. Transtorno da falta de atenção com hiperatividade. 2. Medicamentos. 3. Cognição. I. Pedro, Rosa. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Instituto de Psicologia.

CDD: 616.8589

Cristiana de Siqueira Gonçalves

**SOBRE O CONSUMO DE MEDICAMENTOS
PARA O APRIMORAMENTO DA
PERFORMANCE COGNITIVA:
CARTOGRAFANDO CONTROVÉRSIAS,
SEGUINDO OS ATORES E TECENDO A REDE**

Dissertação de mestrado submetida ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do Grau de Mestre em Psicologia.

Aprovado em:

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Rosa Maria Leite Ribeiro Pedro, Dr. [Orientadora] (PPGP/IP/UFRJ)

Prof^º. Arthur Arruda Leal Ferreira, Dr. (PPGP/IP/UFRJ)

Prof^ª. Ana Maria Szapiro, Dr. (Programa de Pós-Graduação em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social/IP/UFRJ)

Prof^ª. Luciana Vieira Caliman, Pós-Dr. (Programa de Pós-graduação em Psicologia Institucional do Departamento de Psicologia/UFES)

A todos aqueles que fizeram parte da minha
vida e que de algum modo contribuíram para
eu estar aqui hoje.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que estiveram ao meu lado ajudando na realização do presente trabalho.

À minha família que esteve presente nos momentos difíceis desse processo: à minha mãe Iliana pelo apoio, carinho, compreensão e dedicação de toda uma vida, à minha irmã Monique pelos diálogos e, que já tendo passado por este momento, me inspirou e ajudou a seguir com confiança, e ao meu irmão Leonardo pela amizade e apoio.

Ao meu namorado Daniel que nos momentos difíceis desse processo esteve presente com seu amor, companheirismo e paciência, ajudando a me reequilibrar e a continuar dando “um passo de cada vez”.

À Rosa, minha orientadora querida, pela orientação, pela amizade pela inspiração, pela acolhida, pelos momentos de riso e de trabalho, por acreditar em mim e me ajudar a seguir em frente.

Aos membros do grupo de estudos (os novos, os não tão novos e os que já não estão mais presentes): Ana Damásio, Ana Paula, Antônio, Beatriz, Fabíola, Jéssica, Iara, Luciana, Marília, Paulo Afonso, Rafael, Rodrigo e Ulisses. Agradeço pelas trocas, pelo companheirismo, pela força e pelos risos.

Aos membros da banca examinadora: Ana Szapiro, Arthur Leal e Luciana Caliman pelas contribuições, pelos diálogos e pelo acolhimento.

Aos professores do PPGP/UFRJ e aos tantos outros professores que passaram pela minha vida e deixaram a sua marca me fazendo crer que sem um mestre não há aprendizado, nem mudança. Obrigada pela dedicação, pelo ensinamento e pelo exemplo.

Aos funcionários da secretaria do PPGP, em especial à Ana Arcos sempre presente e disposta a ajudar.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo apoio à pesquisa.

Aos participantes entrevistados, pelo tempo e atenção disponibilizados. Sem vocês a presente pesquisa não seria possível.

'nada vem sem o seu mundo', nós não encontramos um único indivíduo, um encontro produz um mundo, muda a cor das coisas, ele refrata mais do que reflete, distorce a' imagem sagrada do mesmo'.

(Donna Haraway)

RESUMO

GONÇALVES, Cristiana de Siqueira. Sobre o consumo de medicamentos para o aprimoramento da performance cognitiva: cartografando controvérsias, seguindo os atores e tecendo a rede. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

O consumo de medicamentos para o aprimoramento da performance cognitiva, como o metilfenidato - popularmente conhecido pela Ritalina® -, vem sendo noticiado no Brasil e no mundo, atraindo a atenção de estudiosos que vêm discutindo as questões éticas acerca desse consumo. Questões éticas quanto ao risco do consumo desses medicamentos, à injustiça distributiva, à possibilidade de coerção e à artificialidade que adviria desse consumo, e sobre as quais não está estabelecido nenhum consenso, mas muitas controvérsias, o que demonstra um campo em movimento. Visto isto, a presente pesquisa, baseada teórica e metodologicamente no viés da Teoria Ator-Rede (TAR), visa cartografar estas controvérsias, buscando traçar como os diferentes atores presentes nesse campo - medicamento, mídia, representantes da indústria farmacêutica, médicos psiquiatras e consumidores - vêm se articulando. Para tanto, foi realizada uma pesquisa de campo na qual foram entrevistados representantes da indústria farmacêutica, médicos psiquiatras e consumidores - e da qual se partiu para dar desdobramento às muitas discussões presentes nesse campo -, sendo também utilizadas fontes diversas - matérias jornalísticas, documentos da ANVISA, bulas dos medicamentos, e outros - que nos ajudam a tecer esta rede. Além das questões éticas, buscou-se traçar como esta rede é tecida, desde a história do metilfenidato, com suas apropriações e reapropriações para fins diversos, passando pelo modo como essa demanda por medicamentos para o aprimoramento cognitivo chega até os médicos e como eles atendem a mesma, pelas questões presentes na demanda por esses medicamentos, até a projeção que os diferentes atores aqui presentes fazem para o futuro dessa rede. E se o objetivo deste trabalho foi pesquisar o consumo *off-label* desses medicamentos, a questão do aprimoramento da performance cognitiva não deixou de se fazer presente na discussão acerca da demanda, diagnóstico e tratamento do TDAH. Assim, visando fazer uma cartografia das controvérsias acerca do consumo de medicamentos para o aprimoramento da performance cognitiva buscamos traçar como os diferentes atores vem se articulando e “compondo mundo” com os medicamentos, performando uma dada “realidade” e colaborando na produção de novas subjetividades.

Palavras-chave: Metilfenidato; Ritalina; Aprimoramento da Performance Cognitiva; TDAH; Cartografia das Controvérsias.

ABSTRACT

GONÇALVES, Cristiana de Siqueira. On the consumption of cognition-enhancing drugs: mapping controversies, following actors and weaving the network. Dissertation (Psychology master's degree) - Psychology Postgraduate Program. Federal University of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

The consumption of cognition-enhancing drugs such as methylphenidate, most commonly known by the trade name Ritalin®, has been reported by media in Brazil and across the world, attracting the attention of scholars who have then been discussing ethical issues regarding such consumption. Ethical issues regarding the consumption, distributive justice, possibility of coercive use and the artificiality that might come with the consumption, among which no consensus has been established, but instead many controversies, depicting a moving field. Therefore, the present study uses methods and theories based on Actor-Network Theory (ANT) to map these controversies, tracing how the different actors in the field - drugs, media, pharmaceutical representatives, psychiatrists and consumers - have been articulating. To this end, a field research was conducted where pharmaceutical representatives, psychiatrists and consumers were surveyed - which results, along with several other sources such as news articles, ANVISA documents and drug leaflets, help unfold discussions and weave this network. Besides ethical issues, this study seeks how this network is woven, from the history of methylphenidate, with its purposes and repurposes, through the way in which demand for cognition-enhancing drugs comes upon doctors and how they manage it, the issues related to this demand, up to the projection that different actors make for the future of this network. While this study targeted off-label uses of these drugs, cognition-enhancement was always present when discussing demand, diagnostic and treatment of ADHD. Thus, as means of mapping controversies around the consumption of cognition-enhancing drugs, we seek to trace how different actors are handling and "world composing" with the drugs, performing a given "reality" and collaborating to the production of new subjectivities.

Keywords: Methylphenidate; Ritalin; Cognitive Performance Enhancement; ADHD; Controversy Mapping.

LISTA DE SIGLAS

ABP - Associação Brasileira de Psiquiatria

ANT - Actor-Network Theory

ANS - Agência Nacional de Saúde

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

BIREME - Biblioteca Regional de Medicina

CFM - Conselho Federal de Medicina

CFP - Conselho Federal de Psicologia

CGU - Controladoria Geral da União

DCM - Disfunção Cerebral Mínima

DSM - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ENEM - Exame Nacional do Ensino Médio

EUA - Estados Unidos da América

FDA - Food and Drug Administrations

INSERM - Instituto Nacional de Saúde e Pesquisa Médica

INTERFARMA - Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa

NHI - National Health Institutes

ONU - Organização das Nações Unidas

SNGPC - Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados

SNC - Sistema Nervoso Central

SVS/MS - Secretaria de Vigilância em Saúde / Ministério da Saúde

TAR - Teoria Ator-Rede

TDAH - Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

UFD - Unidades Físicas Dispensadas

UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: A pílula da inteligência. Super Interessante.....	95
Figura 2: Pílulas da inteligência. Scientific American Brasil.....	95

LISTA DE QUADROS

Quadro de entrevistados	23
-------------------------------	----

LISTA DE ANEXOS

Anexo I: Roteiro de Pesquisa: Representantes da Indústria Farmacêutica	141
Anexo II: Roteiro de Pesquisa: Médicos	142
Anexo III: Roteiro de Pesquisa: Consumidores	143
Anexo IV: Termo de consentimento livre e esclarecido	144

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
1.1 - Mapeando o Campo	19
1.2 - “Caminhando e cantando e seguindo a canção”	24
1.3 - Nos bastidores da pesquisa.....	26
2. TECENDO A METODOLOGIA	32
3. DA FABRICAÇÃO A SUA REAPROPRIAÇÃO PARA FINS DE APRIMORAMENTO DA PERFORMANCE: ACOMPANHANDO O METILFENIDATO	43
3.1 - Da Ritalina® ao Stavigile: A proliferação dos aprimoradores cognitivos.....	52
4. TDAH OU APRIMORAMENTO COGNITIVO?	57
5. DAS CONTROVÉRSIAS ACERCA DO CONSUMO <i>OFF-LABEL</i> DA RITALINA®	69
5.1 - Segurança e risco do consumo da Ritalina® para fins de aprimoramento cognitivo	69
5.2 - Da regulamentação do consumo para o aprimoramento da performance	80
5.3 - “Drogas da Inteligência”? As controvérsias quanto aos efeitos da Ritalina®	83
6. DOS CONSULTÓRIOS AO MERCADO NEGRO: SOBRE A DEMANDA PELA RITALINA® ..	92
6.1 - Da recusa à aceitação: como ocorre o acolhimento desta demanda?.....	104
7. PERFORMANCE, COMPETITIVIDADE E INDIVIDUALISMO: A BUSCA PELOS APRIMORADORES COGNITIVOS	110
8. SOBRE O FUTURO E O AUMENTO DA DEMANDA POR APRIMORAMENTO DA PERFORMANCE	121
9. APONTAMENTOS FINAIS	130
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	134
ANEXOS	141

1. INTRODUÇÃO

O meu interesse por esse tema surgiu entre fins de 2012 e início de 2013, época em que estava escrevendo a minha monografia, intitulada “Da medicalização à biomedicalização: considerações biopolíticas e subjetividade”. Naquele momento, concomitantemente com a monografia, eu estava inserida, como bolsista de iniciação científica, no projeto “Produção de Subjetividade na Sociedade Tecnológica”, sub-projeto “Cartografando redes de vigilância segurança na Cidade do Rio de Janeiro: nova configuração dos espaços urbanos, novas sociabilidades, novas formas de subjetivação”. Projeto que era teórico e metodologicamente balizado nos pressupostos da Teoria Ator-Rede (TAR).

Influenciada também pelos estágios em saúde mental e em gestalt-terapia, propus à Professora Rosa Pedro, atualmente minha orientadora, fazer a monografia no tema da medicalização e biomedicalização da vida. Ao fazer esse estudo teórico em paralelo aos estudos da TAR, iniciou-se um processo de questionamento acerca do que eu estava querendo dizer quando usava os termos medicalização e biomedicalização.

Mesmo sendo um campo bastante trabalhado e discutido, começando com Michel Foucault (2000), passando por Irving Zola (1972), Ivan Illich (1976), Clarke et al. (2003), Dumit (2012), Conrad (2007) e outros autores, normalmente assumindo uma posição crítica em relação ao espraiamento do discurso médico na sociedade, comecei a questionar se falar de medicalização ou biomedicalização da vida dava conta da questão do aumento do consumo de medicamentos que assistimos na atualidade, e se o uso desses termos ajudava ou já enviesava o meu olhar para uma posição puramente crítica acerca desse consumo, que talvez prejudicasse o entendimento do que seria tal fenômeno.

Lembro que nessa época, conversando com a minha irmã, que é historiadora e também estuda a TAR, ela me questionou se as pessoas que consumiam os medicamentos se diziam medicalizadas e aquela “pulga ficou atrás da minha orelha”.

Terminando a monografia e sendo convidada pela Rosa a tentar o mestrado, propus a ela pesquisar sobre o consumo de antidepressivos, por considerar que esse consumo talvez não estivesse ligado ao aumento de casos de depressão, mas a um modo de lidar com questões cotidianas pelo consumo de medicamentos, e pela inexistência de limites claros que pudessem estabelecer o que é uma tristeza e o que é uma depressão. A

Professora Rosa então me perguntou se eu já havia ouvido falar nos *enhancements* e nas *smarts drugs*, e sugeriu que eu desse uma pesquisada para ver se me interessava por trabalhar com este tema.

Anotada as recomendações, fui ler e confesso que nunca tinha ouvido falar naquela época do consumo de medicamentos para a melhora da atenção, tema da presente pesquisa. No meio de toda a pesquisa encontrei textos sobre o uso de aprimoradores não apenas “mentais”, mas também de aprimoradores físicos, que trazem a já famosa questão do doping entre atletas. Porém, como o meu interesse era o que podemos chamar de “área da saúde mental”, delimito meu assunto ao consumo de medicamentos psicotrópicos dentro dessa temática do *enhancement*, a dizer, o consumo de medicamentos não para fins terapêuticos, mas para aperfeiçoamento da performance, para além da questão saúde/doença.

Assim, iniciei o mestrado com o projeto intitulado “Do consumo de drogas de humor e da inteligência enquanto “enhancement”: uma cartografia das controvérsias”¹, no qual ficou definido que eu pesquisaria sobre o consumo de medicamentos para a melhora da performance cognitiva, no caso, o cloridrato de metilfenidato, mais conhecido pelo nome comercial de Ritalina²; e sobre medicamentos para a melhora do humor, os antidepressivos. Tudo isso, buscando teórica e metodologicamente fazer uma Cartografia das Controvérsias, segundo proposta alinhavada por Bruno Latour.

Porém, ao me deparar com esse tema, mais uma vez a questão da medicalização veio à tona, visto que o uso de medicamentos para a melhora da performance é considerado por diversos autores como um aprofundamento da medicalização da sociedade. Então, novamente vieram à tona as perguntas: utilizar os conceitos de medicalização ou biomedicalização ajuda a entender o fenômeno de aumento do uso de medicamentos que vemos na atualidade? E quanto a esse novo fenômeno, que é o uso para fins de aprimoramento da performance, qual seria sua particularidade?

Posteriormente, encontrei algumas ressonâncias desse meu questionamento em Latour (2012), que ao discutir o conceito de social enquanto uma substância, um adjetivo que tudo explica, nos faz repensar esse conceito de medicalização e biomedicalização, que acabou se tornando, por apropriações sucessivas, um conceito guarda-chuva que explica

¹ Esse projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/Conep) - Plataforma Brasil em 01 de julho de 2015, tendo parecer aceito no dia 10 de julho do mesmo ano.

² Ao longo do texto eu utilizo o nome, Ritalina, sem o ® de marca registrada, adotando este símbolo apenas nos títulos e subtítulos onde o nome do medicamento aparece. Em relação aos outros medicamentos citados no texto, o uso do ® é utilizado apenas na primeira menção feita.

tudo acerca do uso de medicamentos, seja para fins terapêuticos ou não. Também em Rose (2007), que destaca que o conceito de medicalização se tornou um clichê da análise social e um conceito tão amplo que perdeu o poder de análise do fenômeno estudado. Ficamos com o conceito, com a explicação do que seria o fenômeno da medicalização, mas acabamos por não saber o que o consumo de medicamentos para fins de aprimoramento da performance é para os diferentes atores, deixando assim de seguir as diferentes associações que performam o campo.

Além disso, as considerações de Despret (2012) sobre o modo não inocente em que os termos são usados, também me ajudou a pensar na importância de refletirmos acerca do uso de termos como medicalização ou biomedicalização para tratarmos dessa questão, primeiro por que eles já definem um campo teórico específico que faz crítica ao uso de medicamentos *a priori*; segundo, por que pode dar certo enviesamento à pesquisa; e terceiro, por que há um perigo de se fazer com que o acontecimento seja limitado pelo conceito. Sendo importante refletirmos acerca do uso de determinados conceitos, evitando fazer com que a pesquisa seja apenas a corroboração do conceito.

Mas o que estou definindo como medicalização?

Como bem destacam Zorzanelli, Ortega e Júnior (2014), há uma diversidade de conceitos para isso que denominamos medicalização, o que torna necessário, nos estudos que utilizam tal terminologia, definir de qual conceito de medicalização estamos partindo.

Primeiramente, parto da utilização do termo medicalização no sentido estabelecido por Michel Foucault (2000), de um espriamento do discurso médico na sociedade, ou seja, um discurso não restrito ao âmbito do saber médico, mas que abrange todo discurso do sujeito acerca do seu corpo, saúde e doença.

Segundo Foucault (2000), um dos fenômenos fundamentais do século XIX foi a assunção da vida pelo poder, o que ele chamou de “estatização do biológico” ou “biopolítica”. Tal tecnologia, não excluindo a tecnologia disciplinar, se aplicaria a vida do homem enquanto ser vivo e enquanto espécie, tentando reger a multiplicidade de homens na medida em que essa redonda em corpos individuais, mas principalmente se dirigindo à multiplicidade de homens, à medida que eles formam uma massa global afetada por processos de conjunto próprios da vida, tais como nascimento, morte, doença, etc. Aqui, sendo a morte uma ameaça constante, combatê-la se torna uma forma de governar a vida, aumentando a mesma, controlando seus acidentes e limitando suas deficiências.

Como destacam Zorzaneli, Ortega e Júnior (2014), esta “somatocracia”, ou seja, o cuidado dos corpos dos indivíduos enquanto uma das finalidades do Estado, já estava em processo desde o século XIX, mas no contexto do pós-guerra uma nova política do corpo é anunciada, fazendo com que cada indivíduo se tornasse responsável por sua saúde:

Se ao longo do século XIX ainda existiam campos “não médicos”, isto é, práticas corporais, higiênicas, dietéticas, sexuais não mediadas pela ciência médica, o decorrer do século XX torna esse espaço cada vez mais estreito, apontando para a formação de “estados médicos abertos”, nos quais a dimensão da medicalização já não encontra limite e incorpora não somente a salubridade, mas também a saúde e o bem estar, encarregando-se de uma função normatizante, pela qual se definem os limites do normal e anormal (ZORZANELLI; ORTEGA; JÚNIOR, 2014, p.1861).

Neste contexto, a medicalização enquanto um dispositivo da biopolítica aparece com pelo menos dois sentidos:

[...] o primeiro, ligado ao processo de medidas coletivas do Estado na contenção, controle e registro de doenças, bem como na formação de práticas de salubridade; o segundo, diretamente desdobrado do primeiro [...] diz respeito à ausência de exterioridade da medicina. Ou seja, à impossibilidade de descrever experiências com o corpo humano que não passem, em algum sentido, pelo saber médico (ZORZANELLI; ORTEGA; JÚNIOR, 2014, p. 1861).

Incluindo assim, discursos de verdade sobre o caráter ‘vital’ dos seres humanos, com autoridades competentes para falar sobre esses discursos de verdade, estratégias de intervenção sobre a coletividade em nome da vida e da morte, e modos de subjetivação que levariam os sujeitos a agir sobre si mesmos em nome de sua própria vida ou saúde, e da própria vida e saúde de seus familiares ou da sociedade como um todo (RABINOW; ROSE, 2006). Nesse sentido, estamos diante de uma tecnologia de poder que tem a vida sobre o controle do Estado e da sociedade, mas que também fala do controle de cada um sobre si.

Um segundo sentido dado ao termo medicalização é fornecido por Irving Zola em 1972:

[...] designando a expansão da jurisdição médica para novos domínios, se ocupando então de problemas de ordem espiritual, moral e legal, assumindo progressivamente a função de regulação social antes exercida pela Igreja e pela lei. Nesse processo, os problemas cotidianos passam a ser definidos como assunto de saúde e doença, discutidos em termos médicos e tratados com fármacos, refletindo uma nova forma de controle social com pretensão normalizadora (AGUIAR, 2004, p.131).

Em 1976, Ivan Illich também vai definir a medicalização enquanto “um processo amplo e exercido por diferentes estratégias médicas para rotular, descrever, autorizar experiências com o corpo, legando aos indivíduos uma perda de autonomia para lidarem com seu sofrimento” (ZORZANELLI; ORTEGA; JÚNIOR, 2014, p. 1862).

Visto esses conceitos, a questão da minha crítica ao uso deste termo é em relação a esta noção de um poder médico que incidiria sobre os sujeitos, visando o controle social, fazendo com que o único modo de lidarmos com questões de saúde e doença, assim como com questões de eficiência e comportamento seja via esse discurso, não havendo outros modos, outras ações que escapem a esse poder. O que vai na contramão do que Foucault define, em seus escritos posteriores, em relação a todo poder comportar uma capacidade de resistência, de liberdade, um contra-poder (RABINOW; ROSE, 2006).

Neste ponto, poder-se-ia argumentar que existem autores que discutem a medicalização não como um imperialismo médico ou um processo de controle social, mas como algo do qual os próprios pacientes, assim como outros atores - a indústria farmacêutica, os professores, os pais - também são protagonistas. Porém, aqui ainda estamos falando do modo como os sujeitos se apropriam dos discursos e práticas médicas fazendo parte do processo de medicalização de si mesmos.

Sabemos que o discurso da saúde é um grande produtor de subjetividade na contemporaneidade, onde há um espraiamento do discurso médico que faz com que muitas das nossas experiências acerca do nosso corpo, saúde e doença sejam atravessados por seus conceitos. O que, talvez, na atualidade, até se intensifique visto o acesso à informação, e a possibilidade de consultar o “Doutor Google”, onde podemos nos diagnosticar antes mesmo de passar pelo médico. Porém, partir do conceito de medicalização pode fazer com que percamos a particularidade, os diferentes modos como os sujeitos se articulam com os discursos e práticas médicas que permeiam o cotidiano.

Então, a questão não é pensar no quanto somos capturados por esses discursos e práticas, mas nos diferentes modos de articulação que estabelecemos a partir desses ou para além dos mesmos, pois é a partir das diversas articulações que estabelecemos com entidades humanas e não-humanas que nos tornamos um corpo, “[...] ter um corpo é aprender a ser afectado, ou seja, «efectuado», movido, posto em movimento por outras entidades, humanas ou não-humanas” (LATOUR, 2008, p. 39)³.

Neste sentido, utilizar o conceito de medicalização enquanto um poder totalizante que incide sobre o sujeito, fazendo com que os modos de entendimento acerca do seu corpo, saúde e doença passem sempre pelos discursos e práticas médicas, pode fazer com que percamos os diferentes modos como os sujeitos se articulam ou não com eles, ou seja, o modo como somos postos em movimento a partir dessas diferentes articulações que estabelecemos.

Como destaca Machado (2014 apud. Domitrovic, 2014) há um:

[...] risco, sempre eminente, da própria crítica à medicalização se tornar uma “ideia totalitária”, um rotulo produzido em um discurso uno e fechado, que venha a calar a multiplicidade de questões inerentes à experiência de ser diagnosticado com um transtorno mental e fazer uso de psicofármacos (DOMITROVIC, 2014,p. 39).

E aqui eu acrescento, que venha calar as diferentes experiências de se consumir medicamentos para o aprimoramento da performance cognitiva.

Para esclarecer um pouco mais o que estou querendo dizer, trago um exemplo da época de meu estágio em saúde mental no Hospital-Dia do Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil (IPUB). Naquele momento, uma paciente diagnosticada como esquizofrênica, me descreveu a experiência de ouvir vozes enquanto um processo de obsessão ou possessão espiritual. Posteriormente, conversando com técnicos em saúde mental que atuavam ali, fiquei sabendo que era comum os pacientes falarem do seu processo de adoecimento enquanto um problema espiritual. Relato este que era desmerecido e sobrepujado pelo discurso psiquiátrico, mas que me possibilitou ver que o modo como os pacientes compreendiam e lidavam com o adoecimento não passava

³ Este conceito de articulação trabalhado por Latour (2008) foi proposto por Vinciane Despret, que inspirada nas ideias de William James (1996) acerca das emoções, propõe um modo de pensar o corpo enquanto algo constituído a partir das afetações, das articulações que estabelecemos com entidades humanas e não-humanas. Corpo este, que se torna mais corpo quando “[...] aprende a ser afetado por muitos mais elementos” (LATOUR, 2008, p. 39).

necessariamente pelo discurso médico. Haviam outros discursos acerca das suas experiências com o corpo e o processo de adoecimento.

Assim, busco abrir mão do conceito de medicalização, como um *a priori*, não negando sua importância, mas na tentativa de entender como os sujeitos se articulam diferentemente com os discursos e práticas médicas, entendendo também, que para além dessas há outros modos de articulação.

Acredito que seria interessante fazer algo que não cheguei a fazer neste trabalho, entrevistar pessoas que sabem da existência e da possibilidade de tomar medicamento para o aprimoramento da performance cognitiva, mas optaram por não tomar, buscando entender o que essas pessoas mobilizam e com o que elas se articulam nessa recusa ao consumo de tais medicamentos.

Neste quadro, o objetivo da presente pesquisa começou a se delinear, buscando seguir os diversos atores envolvidos no consumo de medicamentos para fins de aprimoramento da performance cognitiva e do humor, visando entender quais questões presentes na sociedade contemporânea contribuem para o surgimento desse novo fenômeno, buscando a partir disso, não ser pró ou contra o uso desses medicamentos, mas seguir as controvérsias existentes nessa rede e as novas formas de subjetivação que surgem a partir das diferentes articulações estabelecidas.

No momento inicial, defini como importantes actantes desse campo os consumidores desses medicamentos, os médicos psiquiatras que trabalham com esse tipo de receituário e os representantes da indústria farmacêutica que também trabalham com esse tipo de medicamento, tendo em vista que a pesquisa é processual, e sendo assim, outros atores poderiam aparecer, como outros poderiam não parecer tão importantes para a presente pesquisa.

O primeiro aspecto que começou a ficar claro para mim no tocante a esse tema, é que, quando falamos do uso de medicamentos para a performance cognitiva, esse uso é claro e vem sendo noticiado pela mídia, tanto estrangeira quanto nacional. Porém, quando falamos de aprimoramento do humor pelo consumo de antidepressivos, esse uso não é claro, sendo a discussão baseada na fragilidade de se estabelecer os limites entre a depressão e uma tristeza.

Comecei então a ter grande dificuldade em pensar nesse segundo consumo de remédios para a melhora do humor. Há um aumento no consumo de antidepressivos que me faz questionar se este se deve ao aumento de casos de depressão ou a uma ampliação de seu uso para outros fins, como a melhora do humor ou de certo bem-estar. Porém,

este segundo aspecto não é evidente, acabando por ser mais uma conjectura do que um indício passível de ser seguido. E isso começou a aparecer de certo modo nas entrevistas que fiz, pois para a maioria dos psiquiatras não aparecia essa demanda pelo consumo de antidepressivos para a melhora do humor ou do bem-estar, e além disso, era colocado em dúvida o efeito desses medicamentos para esses fins.

Outro aspecto que comecei a perceber é que todas as vezes que falava do meu tema nas aulas ou com pessoas que conversava, o que permanecia para as pessoas, pelo menos o que elas ressaltavam, repetiam, comentavam, era o consumo de medicamentos para fins de aprimoramento cognitivo, principalmente da Ritalina, ou a questão do TDAH. Ao procurar matérias na grande mídia, mais uma vez, era a Ritalina e seu consumo por “concurseiros” que se destacavam, não sendo posto em questão o uso de outros medicamentos, o uso do antidepressivo enquanto pílula da felicidade, como era alardeado com o Prozac nos anos 90.

Os próprios entrevistados também acabavam por se prender à questão do consumo da Ritalina. Quando eu fazia alguma pergunta em relação ao consumo de antidepressivo, no meio da fala eles voltavam a falar da Ritalina ou eles se prendiam à questão do aprimoramento cognitivo e diziam que os antidepressivos podem aprimorar a cognição, pelo fato da depressão também causar prejuízos cognitivos. Além disso, quando eu perguntava sobre o consumo de antidepressivos, acabava por priorizar a questão da melhora da performance e não do aprimoramento do humor, o que fazia com que os entrevistados priorizassem em suas falas a melhora da performance cognitiva, que já tinha sido falada anteriormente.

Acrescido a isso, os entrevistados trouxeram à cena o consumo de benzodiazepínicos, popularmente conhecidos pelo Rivotril®, como os medicamentos mais vendidos nos últimos tempos, assim como, mais demandados para questões cotidianas se comparados aos antidepressivos. Medicamentos estes que não aprimorariam a performance cognitiva, mas indiretamente melhorariam a produtividade por melhorar a ansiedade trazida pela pressão do trabalho e dos estudos.

A partir disso, delimito o tema da presente dissertação ao consumo de medicamentos para fins de aprimoramento cognitivo, mais especificamente a Ritalina, visto que outros medicamentos utilizados para o aprimoramento da performance cognitiva, como o Stavigile®, quase não se fizeram presentes nas falas dos entrevistados, deixando o tema do consumo dos antidepressivos e dos benzodiazepínicos para pesquisa ulterior a ser desenvolvida no doutorado.

Mas, voltemos um pouco. Como disse anteriormente, os atores que apareceram como importantes nesse campo, consumidores, médicos psiquiatras e representantes da indústria farmacêutica - não necessariamente nessa ordem - estavam postos e comecei a contatá-los.

1.1 - Mapeando o Campo

O início da minha pesquisa de campo foi em fevereiro de 2015, quando entrevistei um propagandista da indústria farmacêutica cujo contato obtive a partir da minha rede de amigos. Tal propagandista trabalhava no que a indústria farmacêutica chama de SNC (Sistema Nervoso Central), representando medicamentos psicotrópicos como os antidepressivos e os benzodiazepínicos, mas não representando a Ritalina.

A entrevista foi muito interessante, pois, mesmo não tendo representado a Ritalina, ele conhecia bem o funcionamento do mercado de psicotrópicos, e, além disso, tinha conhecimento acerca do consumo deste medicamento, tanto por crianças em tratamento de TDAH - pois ele tinha um filho em idade escolar cujos amigos usavam este medicamento -, quanto por estudantes visando aprimorar a performance nos estudos. Porém, não consegui tecer uma rede a partir desse primeiro contato, tendo que buscar outras entradas no campo. Assim, posteriormente entrei em contato, por e-mail, com representantes das indústrias farmacêuticas que fabricam esses medicamentos. Neste momento ainda não tinha delimitado meu tema ao consumo de medicamentos para a melhora da performance cognitiva, assim, contatei empresas produtoras do metilfenidato, mas também empresas produtoras de antidepressivos.

Fiz um primeiro contato em março de 2015 com a Novartis Biociências S.A. e a Janssen-Cilag Farmacêutica Ltda., fabricantes da Ritalina e do Concerta® - cloridrato de metilfenidato - que vem sendo consumido por “concurseiros” e executivos com fins de render mais nos estudos e no trabalho, com a Libbs Farmacêutica Ltda., fabricante do Stavigile - também utilizado para a melhora da performance cognitiva - e alguns antidepressivos, e a Eli Lilly and Company, fabricante do Prozac® e de outros antidepressivos.

Nesse primeiro momento, busquei o contato dos representantes de tais empresas nos seus respectivos sites, mais especificamente na seção de imprensa, enviando e-mails coletivos, explicando sobre a minha pesquisa e o meu interesse em contatá-los. Tive resposta de que me encaminhariam ao departamento responsável e, mediante a resposta,

retornariam, mas não retornaram; ausência de resposta; pedido para que eu explicasse melhor o objetivo da pesquisa e depois disso, ausência de resposta; e respostas dizendo que aquele contato era restrito ao setor de imprensa.

Em maio, enviei novos e-mails, agora individualmente e apenas às empresas fabricantes do metilfenidato, Novartis e Janssen, e novamente não obtive respostas favoráveis a minha pesquisa.

A única resposta que obtive foi do gerente de Grupos de Produtos da linha SNC da Libbs, que disse que o consumo do Stavigile para a melhora do estado cognitivo não era aprovado pela ANVISA e não constava em bula, que a indicação para esse medicamento era “no tratamento da sonolência excessiva associada à narcolepsia”, que nos EUA já constavam outras indicações e que a empresa não incentivava nenhum outro tipo de indicação, como a melhora do estado cognitivo, sendo exclusiva a promoção desse produto aos médicos que lidam com distúrbios do sono. Me indicava, por fim, a busca por base de dados como a BIREME, para obter informações técnicas, trabalhos científicos e publicações que demonstrassem uso de medicações em casos distintos.

Mediante essa abertura, reenviei um e-mail dizendo a ele que estava ciente da indicação do Stavigile permitida pela ANVISA e que as empresas farmacêuticas seguem aos regulamentos estabelecidos pelos órgãos regulamentadores, mas que partindo do consumo *off-label* noticiado pela mídia, gostaria de saber do posicionamento da indústria farmacêutica frente a esse tipo de uso, além dos mecanismos de ação de tais medicamentos.

A resposta que tal gerente me deu foi que eles não tinham informações sobre o uso *off-label*, visto que as pessoas que fazem uso recreativo desse tipo de medicação não se manifestam, e que por isso eles não tinham dados que confirmassem a existência desse uso. Destacava ainda, que os médicos são livres para realizar as indicações que julguem oportunas, mas não há base de dados sobre isso, que o que eles sabem “chega por mídias sociais e declarações esporádicas”, mas que não há nada oficial. Destacou também que a indústria não tem posicionamento em relação a este uso, visto que eles só indicam “o produto na indicação precisa de bula” e não podem se “posicionar sobre algo que não está previsto nas indicações registradas do produto”, sendo o papel da empresa ir somente a este ponto. Recomendou-me a partir disso, fazer pesquisa com médicos que poderiam “dizer se existe ou não esse uso e como eles enxergam, tratam e acompanham pacientes”. Ressaltou que já tinha ouvido falar de outras indicações, mas que eles não tinham comprovação e pelo seu conhecimento, “não há nenhum estudo científico em

andamento para novas indicações no Brasil”, que na medicina já é difícil obter dados estatísticos sobre as diversas áreas, ainda mais nessa área. Ressaltando, ao final, que não há base de dados oficiais e que a Sociedade de Psiquiatria talvez tivesse alguma informação obtida por pesquisas internas e que valia tentar por ali.

Tal aspecto, acerca do posicionamento da indústria farmacêutica em relação ao uso *off-label*, corrobora com o que os Representantes das Indústrias Farmacêuticas entrevistados destacaram. Segundo o entrevistado 1 (Propagandista da Indústria Farmacêutica), a indústria farmacêutica não tem como combater o uso indiscriminado, mas quem combate isso são os órgãos responsáveis, à polícia, o ministério público. A indústria faz o trabalho dela de conscientização, de levar informações para os médicos, sendo a favor da indicação conforme prescrito na bula. Disse que se uma carga for roubada, a indústria só tem a obrigação de informar aos órgãos responsáveis, a polícia, mas não tem como coibir que esses medicamentos sejam vendidos no mercado clandestino. Igualmente, o Entrevistado 14 (Ex-Propagandista e Ex-Representante da Indústria Farmacêutica), falando mais diretamente do mercado-negro de medicamentos, disse que nem a indústria nem os médicos têm como fazer alguma coisa, que essa é uma questão mais policial, que a indústria só pode vender com receita médica, que é retida e controlada.

Já o Entrevistado 13 (Ex-Propagandista da Indústria Farmacêutica), destacou que até há o interesse pelo consumo expandido dos medicamentos psicotrópicos, mas de maneira nenhuma a indústria farmacêutica pode estimular esse tipo de demanda, até porque as indústrias farmacêuticas tem que obedecer ao *Compliance*, que estabelece os valores, princípios e regras aos quais todos os laboratórios são submetidos. Se o médico relatar que está prescrevendo diferentemente do que está previsto na bula, o representante não vai falar para ele parar, mas não pode estimular esse tipo de prescrição.

Além das empresas, em março, enviei e-mail para a Interfarma (Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa), que destacou que um dos pré-requisitos é que os laboratórios farmacêuticos associados estejam de acordo com o Código de Conduta da entidade e que em relação aos medicamentos não aprovados pela ANVISA, uso *off-label*, a regra era encontrada nas seções 1 e 9 do Código de Conduta⁴, que eles me

⁴ Segundo a seção 1 do Código de Conduta, que estabelece os “Princípios Fundamentais”, em relação as indicações não aprovadas pela Anvisa (Off -label), “são vedadas as recomendações de uso de medicamento que não estejam em estrita consistência com as indicações previamente aprovadas pelas

enviaram o link. Destacando, porém, que “cada laboratório possui suas particularidades” e que se eu quisesse entrar em contato com uma das empresas associadas eu poderia acessar outro link enviado e procurar a empresa desejada. Tal link levava ao Guia 2014 Interfarma.

Após as diversas recusas não voltei mais a contatar tais empresas e depois de algum tempo consegui contato com dois ex-representantes de empresas farmacêuticas também obtido por minha rede de amizade. Esses dois não trabalhavam representando o metilfenidato, apenas benzodiazepínicos e antidepressivos, além de outros tipos de medicamentos. Porém, mesmo não representando o metilfenidato, eles contribuíram bastante para o entendimento desse consumo *off-label* de psicotrópicos na atualidade.

Mas, voltemos um pouco. Antes desta “saga” com as empresas farmacêuticas, consegui no mês de abril de 2015 meus primeiros contatos com médicos psiquiatras, pelos quais fui muito bem recebida e consegui estabelecer uma boa rede, tendo entrevistado no total 9 médicos psiquiatras, alguns que trabalham com crianças, adolescentes e adultos, outros que trabalham apenas com adultos. A grande maioria trabalhadores do setor público e do privado, alguns que trabalham com o receituário amarelo - receituário do metilfenidato - e outros que não trabalham receitando esse tipo de medicamento.

Quase todos esses médicos me indicaram outros médicos, com os quais eu entrava em contato por telefone. Para alguns liguei diversas vezes, mas não fui atendida. Para outros eu não liguei, pois já havia entrevistas demais, e todos os médicos com quem consegui falar foram receptivos e me concederam as entrevistas. De todos eles, uma médica declarou já ter receitado a Ritalina para fins de aprimoramento da performance cognitiva, me indicando três pessoas que consomem este medicamento com acompanhamento ou já tinham consumido anteriormente.

autoridades sanitárias brasileiras, exceto quando destinada especificamente à difusão de conhecimento à comunidade científica” (INTERFARMA, 2012, p. 13). Na seção 9, “Comunicação sobre novos medicamentos e indicações não aprovadas pela Anvisa (Off-label)”, é estabelecido que as empresas associadas não podem fazer promoção, publicidade, propaganda ou venda de produtos farmacêuticos que não tenham sido previamente aprovados pela Anvisa; Que a divulgação de informações sobre indicações e produtos não registrados (off-label), só pode ocorrer “quando relacionada a informações médicas e científicas dentro de congressos, simpósios ou outros eventos científicos, e desde que a platéia seja, antes de divulgada a informação, devidamente comunicada a respeito do fato de se tratar de um produto não registrado ou indicação ‘off-label’” (INTERFARMA, 2012, p. 27); Que estudos clínicos de produtos ou indicações não registrados na Anvisa podem ser entregues a profissionais da saúde quando solicitados; Que em caso de eventos internacionais, poderá ser realizada a comunicação sobre novos medicamentos e indicações “off-label”, de acordo com as aprovações do país de origem do evento, também tendo que ser informado previamente o fato de estar ou não aprovado para comercialização; Sendo permitida a divulgação de informação sobre produtos não registrados quando requisitada por um mandato legal ou judicial.

Em relação aos consumidores, tive muita dificuldade em estabelecer uma grande rede, tendo entrevistado no total apenas três pessoas que fizeram o consumo da Ritalina para fins de aprimoramento da performance cognitiva.

Em geral, é esse o mapa do campo. Realizei entrevistas com 9 médicos psiquiatras - dentre os quais 5 trabalham receitando Ritalina -, 1 propagandista e 2 ex-propagandistas da indústria farmacêutica - nenhum dos três trabalhou representando o metilfenidato - e 3 consumidoras⁵ (Vide quadro abaixo).

Quadro de Entrevistados

Entrevistado 1	Propagandista da Indústria Farmacêutica	Representante do SNC (Sistema Nervoso Central) - não representava a Ritalina		
Entrevistado 2	Médico Psiquiatra Psiquiatra Infantil Professor	Atende crianças, adolescentes e adultos	Receita Ritalina	Consultório Particular Não informou se trabalha atualmente no público, mas já trabalhou anteriormente
Entrevistada 3	Médica Psiquiatra Professora	Atende adultos	Não receita Ritalina	Consultório Particular Serviço Público
Entrevistada 4	Médica Psiquiatra Psiquiatra Infantil	Atende crianças, adolescentes e adultos	Receita Ritalina	Consultório Particular Não informou se trabalha no serviço público
Entrevistada 5	Consumidora			
Entrevistada 6	Médica Psiquiatra	Atende adultos	Receita Ritalina (muito pouco)	Consultório Particular Serviço Público
Entrevistada 7	Consumidora			

⁵ Por questões de sigilo, preferi não dizer a profissão das consumidoras, mas vale destacar que nenhuma delas é “concurseira” ou executiva - público consumidor desses medicamentos destacado pelas reportagens -, tendo uma estudante de pós-graduação.

Entrevistado 8	Médico Psiquiatra Psiquiatra Infantil	Atende crianças, adolescentes e adultos	Receita Ritalina	Consultório Particular Serviço Público
Entrevistado 9	Médico Psiquiatra	Atende adultos e adolescentes	Não Receita Ritalina	Consultório Particular Serviço Público
Entrevistado 10	Médico Psiquiatra	Atende crianças, adolescentes e adultos	Receita Ritalina	Consultório Particular Serviço Público
Entrevistado 11	Médico Psiquiatra	Atende adultos	Não Receita Ritalina	Consultório Particular Serviço Público
Entrevistada 12	Médica Psiquiatra	Atende adultos	Não Receita Ritalina	Serviço Público
Entrevistado 13	Ex-Propagandista da Indústria Farmacêutica	Representante do SNC (Sistema Nervoso Central) - não representava a Ritalina		
Entrevistado 14	Ex-Propagandista e Ex-representante da Indústria Farmacêutica	Representante do SNC (Sistema Nervoso Central) - não representava a Ritalina		
Entrevistada 15	Consumidora			

1.2 - “Caminhando e cantando e seguindo a canção”

Quando comecei essa pesquisa tinha certos conceitos em relação ao consumo de medicamentos, principalmente os psicotrópicos, que fui questionando, como disse

anteriormente, e que continuo tendo que “suspender”, digamos assim, para poder dar andamento a presente pesquisa, em que não busco fazer uma crítica a esse consumo, mas cartografar, buscando entender quais questões estão ligadas a esse consumo e como as pessoas têm se articulado com os medicamentos para dar conta de suas questões do dia-a-dia.

Um primeiro pré-conceito que tinha era de que os médicos se posicionariam a favor do consumo de medicamentos e que não haveria um questionamento tão grande acerca desse consumo. Porém, o que foi aparecendo, na grande maioria dos médicos que entrevistei, foi uma grande crítica em relação à busca de medicamentos para lidar com questões do dia-a-dia, e principalmente uma grande crítica e recusa em receitar medicamentos para fins de aprimoramento da performance cognitiva, e a ocupar esse lugar que um deles chamou de “psiquiatria cosmética”.

Alguns questionamentos trazidos por eles começaram a me tirar do eixo. A Entrevistada 4 (Médica Psiquiatra), que disse receitar e acompanhar pessoas que fazem consumo de Ritalina para aprimoramento da performance cognitiva, disse não ver problema em receitar tal medicamento com a finalidade de aprimoramento cognitivo para pessoas que ela considera que precisam disso. A partir desse argumento fiquei questionando: O que seria esse “precisar”? Como os médicos podem avaliar essa necessidade? Será que essa necessidade não pode trazer algum grau de sofrimento que seria amenizado pelo consumo do remédio? Porque este não é um meio possível?

Posteriormente, o Entrevistado 11 (Médico Psiquiatra) trouxe um questionamento semelhante, não necessariamente em relação a Ritalina, mas ao consumo de psicotrópico de um modo geral. Segundo ele, a pessoa não iria ao médico se não estivesse com algum grau de sofrimento. Mais uma vez, o questionamento acerca de quem define o grau de sofrimento e quem é capaz de dizer que a busca pelo medicamento é certa ou errada, veio à tona.

O Entrevistado 14 (Ex-Propagandista e Ex-Representante da Indústria Farmacêutica) também trouxe aspectos muito importantes em relação à busca por medicamentos, não restrito à Ritalina, mas também aos psicotrópicos como um todo. Ressaltando não apenas as pressões que as pessoas sofrem na atualidade, como a ausência de emprego, a exigência de competitividade e o desejo por um maior consumismo, mas também o envelhecimento da população, como fatores quase que determinantes para a busca pelo medicamento, visto por ele quase como o único meio para lidar com todas essas questões. Aspecto que também foi ressaltado pelo Entrevistado 13 (Ex-Propagandista da

Indústria Farmacêutica), que trouxe a psicologia à conversa, dizendo que não tem como todo mundo fazer terapia para lidar com suas questões, pois custa caro, então o medicamento acaba sendo a saída para a pessoa lidar com o estresse do dia-a-dia, ao invés de esperar ter um infarto ou “explodir”.

Todas essas falas começaram a me tirar um pouco mais daquela posição inicial de quando escrevi a monografia, de que não estaria certo buscar soluções no medicamento para lidar com questões cotidianas, de “endemonizar” não apenas a indústria farmacêutica, como a psiquiatria, como produtores desse desejo e dessa busca, e a perceber que talvez seja o modo que as pessoas estão encontrando para lidar com suas questões. Que pra mim ainda não é o melhor modo, mas que talvez seja um modo legítimo e muitas vezes o único.

Essas falas de certo modo me ajudaram a ocupar o lugar em que eu estou agora, de tentar fazer uma pesquisa que não visa ser pró ou contra, que não visa julgar esse consumo, que não visa dizer se ele é bom ou ruim, mas que busca entender tal realidade e ver como as pessoas tem se articulado com esses medicamentos. Talvez eu escorregue algumas vezes em um julgamento, com certeza a neutralidade não é um posicionamento que acredito que exista, mas o esforço que estou tentando fazer no momento é de uma simetria na análise das entrevistas que possa dar visibilidade as diversas articulações existentes.

1.3 - Nos bastidores da pesquisa

Quando comecei a fazer a pesquisa de campo, no início desse ano, confesso que fiquei um pouco nervosa, pois nunca tinha entrevistado ninguém anteriormente, pelo menos não sozinha⁶. Porém, o fato de serem pessoas indicadas, a princípio, por pessoas da minha rede de amigos, fez com que a inibição do primeiro contato fosse menos tensa. Tensão esta que foi passando no decorrer das entrevistas.

Buscando não atrapalhar ninguém nos seus afazeres do dia-a-dia, em todas as entrevistas marcadas, dei preferência ao entrevistado escolher o dia, horário e local que seria melhor para ele. No final, fui da Ilha do Governador ao Leblon fazendo entrevistas, marcadas na maioria das vezes no local de trabalho dos entrevistados, mas também em um shopping e em três cafés.

⁶ Quando fiz iniciação científica participei de algumas entrevistas, mas em nenhum desses momentos estive sozinha.

Nessas últimas, ficava preocupada em relação ao som ambiente, se ele não atrapalharia a conversa ou se a gravação não ficaria ruim, mas pouco me preocupei com a presença de outras pessoas, fato que só foi marcante em duas das entrevistas.

No meio de uma das entrevistas chegaram dois conhecidos do entrevistado que sentaram com a gente. Fiquei bastante constrangida e até um pouco incomodada com a presença deles, mas dei prosseguimento à entrevista que mais para o final teve a participação dos mesmos, visto que o próprio entrevistado fez uma pergunta a um deles em relação ao que estávamos falando naquele momento. Já em outra entrevista, também realizada em um café, não fui eu que fiquei incomodada na presença de outras pessoas, mas a entrevistada que chegou a parar o que estava dizendo por que as pessoas sentadas na mesa ao lado estavam olhando para a gente.

Mas porque eu estou relatando isso?

Quando lemos o trabalho final de uma pesquisa, parece que tudo transcorreu de forma harmônica, como em uma entrevista de TV, em que são feitas edições. Porém, o processo de fazer pesquisa, e aqui estou me referindo a pesquisa de campo, traz às vezes alguns acontecimento não previstos e nós, como pesquisadores, temos que lidar com esses se quisermos dar continuidade a mesma.

Acontecimentos que em algumas horas são inconvenientes, mas em outras são o gatilho para que algo ocorra. Em uma das entrevistas que fiz, senti que a mesma não estava fluindo, eu fazia uma pergunta e a entrevistada respondia bem objetivamente, eu tentava por outros meios, e mais objetiva e direta ela era. Aquilo começou a me incomodar, afinal de contas, meu objetivo não era fazer um questionário, eu queria que ela falasse, discorresse sobre o assunto, desenvolvesse aquilo que ela estava dizendo, mas nada acontecia. No meio da entrevista comecei a tossir sem parar - eu estava resfriada e com tosse, e nessas épocas quando fico nervosa a tosse ataca e não me deixa mais - então, tive que desligar o gravador e parar para beber uma água. Quando voltei ela começou a me fazer algumas perguntas, de maneira mais descontraída do que ela vinha falando, e eu aproveitei o gancho e ressalttei a questão do sigilo, que eu não utilizaria nenhuma informação que pudesse identificar quem ela era, que ela podia ficar tranquila. E a partir dali a entrevista transcorreu de maneira mais leve, ela ainda foi um pouco objetiva, talvez por ser o jeito dela, mas eu senti que a questão da confiança ou da falta dela estava atrapalhando.

Questão de confiança que abriu as portas para muitas entrevistas, mas que também fechou para tantas outras. Quando eu entrava em contato por telefone, eu falava

que estava entrando em contato por indicação de um conhecido, e isso parecia fazer diferença, visto que com as pessoas que eu entrei em contato sem ter tido indicação, no caso os representantes da indústria farmacêutica, não obtive resultado positivo. Além disso, em algumas das entrevistas essa questão da confiança apareceu mais diretamente, através da fala dos entrevistados de que estavam me concedendo aquela entrevista porque era a pedido de um amigo, e que se eu era amiga desse amigo estava tudo bem.

Porém, a mesma confiança que fez alguns concederem entrevistas para mim foi o impedimento de outras entrevistas, principalmente em relação aos consumidores. No início, perguntei para algumas pessoas se elas conheciam alguém que consumia a Ritalina ou outros medicamentos para ajudar nos estudos, e algumas pessoas mesmo dizendo conhecer, ter amigos que faziam esse tipo de uso e dizendo que iam perguntar aos mesmos se eles gostariam de participar da pesquisa, já demonstravam que não sabiam se a pessoa iria querer. E, em nenhum desses casos eu consegui obter um contato para entrevista, tendo conseguido entrevistar apenas pessoas indicadas diretamente.

Em relação aos consumidores, a questão do sigilo também foi um fator importante. Apenas eles abordaram uma grande preocupação com o sigilo, pedindo diretamente que não houvesse nada que os identificasse.

Tais fatores, mais especificamente relacionado aos consumidores, podem ser devido às questões que abarcam o consumo desse tipo de medicamento - tarja-preta, psicotrópico de uso controlado - voltados para fins não terapêuticos. Questões éticas, questão de ilicitude, pois alguns deles obtêm no mercado-negro, em compras sem receita pela Internet, ou até mesmo porque existe um preconceito em relação a esse tipo de consumo, como foi destacado por uma das entrevistadas, que disse que para as pessoas quem toma medicamento psicotrópico não sabe lidar com os desafios, não está preparada para o mundo.

Além da questão da confiança, que acredito ter sido um fator importante para não conseguir entrevistar muitos consumidores, eu tinha uma questão quanto a não propagar a existência desse tipo de consumo. Pensei algumas vezes em perguntar publicamente no facebook se alguém fazia o consumo da Ritalina para estudar ou trabalhar ou se conhecia quem fizesse, mas divulgar isso amplamente foi uma questão ética importante para mim. Fator, que também me fez parar de perguntar às pessoas se elas conheciam alguém que faziam esse consumo, visto que algumas falando que nem

sabiam que isso existia, se mostravam interessadas em saber um pouco mais sobre o assunto.

Agora, falemos do processo de escrita.

De maneira geral, para a realização da pesquisa de campo, fiz roteiros de entrevista (Anexos I, II e III) baseados no que vinha sendo discutido na literatura - principalmente quanto às questões éticas acerca da segurança e risco e a questão do efeito desses medicamentos -, buscando saber dos entrevistados como eles percebiam o consumo de medicamentos voltados para o aprimoramento cognitivo, quais questões eles acreditavam estar envolvidas nessa demanda e qual as suas visões de futuro em relação ao mesmo. Especificamente aos médicos, se essa demanda aparecia no consultório deles e como lidavam com a mesma, e em relação aos consumidores, quais os motivos que os levaram a consumir a Ritalina, se eles obtiveram o efeito de melhora com o uso do medicamento, se tiveram efeitos colaterais e/ou se os mesmos foram uma preocupação em relação ao consumo.

Visto tais pontos, o texto final foi escrito buscando destacar esses pontos, privilegiando as falas que tratavam especificamente desses temas. Como o meu objetivo era privilegiar a fala dos entrevistados, eu parti daquilo que eles trouxeram para então fazer as articulações com as questões trazidas pela literatura. Neste sentido, alguns aspectos que são bastante discutidos, como as questões da coerção e da injustiça distributiva, por se fazerem pouco presentes nas falas, foram abordadas no corpo do texto, não tendo nenhum ponto específico tratando apenas delas. Além disso, algumas questões que são levantadas nas discussões acerca do consumo *off-label*, não sendo parte do que foi tratado pelos entrevistados, não se fizeram presentes. Em relação ao material midiático, não busquei fazer uma análise exaustiva do mesmo, utilizando-os como ferramenta para enriquecer o debate.

Assim foi se delineando o texto final.

Na **INTRODUÇÃO** busco tratar do aspecto mais biográfico do presente trabalho, seguido do delineamento do campo de pesquisa, com seus sucessos e contratemplos, que eu nomeei **“Mapeando o campo”**, visto que o campo ora aqui trabalhado só é o que é, pelos caminhos que foram trilhados, pelos entrevistados que foram entrevistados e pela pesquisadora que ora aqui voz fala. Seguindo com o subcapítulo **“Caminhando e cantando e seguindo a canção”**, eu relato o processo de transformação do meu ponto de vista no encontro com o campo, que me ajudou a desfazer alguns pré-conceitos e a ocupar o lugar que ocupo agora, de uma pesquisadora que visa fazer uma cartografia

das controvérsias apresentando a diversidade da rede que envolve o consumo de medicamentos voltados para o aprimoramento da performance cognitiva. E por último, no presente subcapítulo, os **“Bastidores da pesquisa”**, busco abordar algumas questões surgidas na pesquisa de campo, assim como o processo de escrita da presente pesquisa.

No capítulo 2, **“TECENDO A METODOLOGIA”**, discorro sobre o referencial teórico e metodológico utilizado na presente pesquisa, que eu trato como um processo de tecer, pois articula não apenas os referenciais da Teoria do Ator-Rede e da Cartografia das Controvérsias, como também referenciais do método cartográfico.

No capítulo 3, **“DA FABRICAÇÃO A SUA REAPROPRIAÇÃO PARA FINS DE APRIMORAMENTO DA PERFORMANCE: ACOMPANHANDO O METILFENIDATO”**, apresento um pouco da história do metilfenidato, desde o seu surgimento, passando pelo processo de associação dele ao transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, e chegando ao momento atual, em que assistimos a sua reapropriação para fins de aprimoramento da performance cognitiva. Seguindo com o subcapítulo **“Da Ritalina® ao Stavigile: A proliferação dos aprimoradores cognitivos”**, que versa sobre outros medicamentos que vêm sendo consumidos para fins de aprimoramento da performance cognitiva.

No capítulo 4, **“TDAH OU APRIMORAMENTO COGNITIVO?”**, partindo do que os entrevistados trouxeram, de que a questão do aprimoramento da performance também estaria envolvida na demanda, diagnóstico e tratamento do TDAH, abordo as controvérsias em torno desse diagnóstico e seu tratamento.

No capítulo 5, **“DAS CONTROVÉRSIAS ACERCA DO CONSUMO OFF-LABEL DA RITALINA®”**, abordo as controvérsias trazidas pelos entrevistados, articulando com as discussões presentes na literatura, assim como na mídia, subdividindo-o em três pontos. O primeiro, **“Segurança e risco do consumo da Ritalina® para fins de aprimoramento cognitivo”**, no qual trato sobre as controvérsias acerca dos possíveis efeitos colaterais, assim como da possibilidade de consumo abusivo e dependência advindos do uso do metilfenidato. No segundo, **“Da regulamentação do consumo para o aprimoramento da performance”**, trato da discussão acerca da necessidade de regulamentação desses medicamentos para fins não terapêuticos, aspecto que além de controverso, trouxe outras discussões, como a necessidade de um maior debate sobre o assunto. E no último, **““Drogas da Inteligência”?: As controvérsias quanto aos efeitos da Ritalina®”**, abordo sobre as controvérsias acerca dos efeitos da Ritalina para

fins de aprimoramento da performance, utilizando o termo “drogas da inteligência” no título, por ser o termo utilizado pela mídia quando traz tal temática à tona.

No capítulo 6, **“DOS CONSULTÓRIOS AO MERCADO NEGRO: SOBRE A DEMANDA PELA RITALINA®”**, que é dedicado ao que foi trazido pelos médicos entrevistados, procuro discorrer sobre como a demanda por medicamentos para o aprimoramento da performance cognitiva chega aos consultórios médicos, quando chega. Tratando, no subcapítulo **“Da recusa à aceitação: como ocorre o acolhimento desta demanda?”**, sobre a maneira como eles percebem e acolhem tal demanda, sendo a recusa e a aceitação os dois extremos do modo como os médicos entrevistados têm lidado com a mesma.

No capítulo 7, **“PERFORMANCE, COMPETITIVIDADE E INDIVIDUALISMO: A BUSCA PELOS APRIMORADORES COGNITIVOS”**, partindo daquilo que os entrevistados trouxeram nas suas falas, abordo sobre as questões que estariam articuladas a busca por esses medicamentos, sendo a performance, a competitividade e o individualismo, três fatores, dentre outros, abordados nas entrevistas.

No capítulo 8, **“SOBRE O FUTURO E O AUMENTO DA DEMANDA POR APRIMORAMENTO DA PERFORMANCE”**, discorro sobre as projeções para o futuro deste consumo, que segundo todos os entrevistados, só tende a aumentar, voltando-se, para alguns, para outros tipos de técnicas não medicamentosas.

Por fim, no capítulo 9, **“APONTAMENTOS FINAIS”**, faço um pequeno apanhado de tudo que tratei ao longo desta dissertação, além de alguns apontamentos dos possíveis caminhos que poderiam e ainda podem ser seguidos para enriquecer a presente discussão.

Como falei anteriormente, busquei partir do que foi trazido pelos entrevistados, talvez algumas coisas importantes tenham ficado de fora. Como toda pesquisa, essa é um recorte de um campo amplo de discussão, não pretendo fechar a discussão, nem acredito que os aspectos abordados aqui falem sobre a “verdade” acerca do consumo de medicamentos voltados para o aprimoramento da performance cognitiva. Porém, busco aqui, abrir esse campo de controvérsias, para o qual espero fornecer uma pequena colaboração. Espero que gostem.

2. TECENDO A METODOLOGIA

Existem inúmeras questões em aberto quanto ao consumo de medicamentos voltados para a melhora da performance cognitiva, o que evidencia um movimento, uma não estabilização dos discursos e das práticas acerca desse consumo. Neste sentido, torna-se importante cartografar este campo de controvérsias, buscando seguir os diferentes atores em suas associações - mediações, negociações e interesses. Para tanto utilizo como viés metodológico a teoria ator-rede (TAR) e a cartografia das controvérsias⁷, assim como outros autores que ajudam a pensar o método cartográfico.

Buscando ultrapassar as dicotomias natureza/sociedade, a teoria ator-rede propõe o conceito de *redes sociotécnicas* enquanto conexão e articulação entre elementos heterogêneos. Assim, considera não apenas os humanos, mas também os não-humanos como importantes actantes na constituição dessas redes, no sentido que estes também estabelecem associações e participam do curso da ação, tendo “a capacidade de transformar o outro e se transformar, produzindo algo novo na relação que estabelecem” (LATOURE, 2001 apud. ROCHA, 2012, p. 18). Aqui, como destaca Pedro (2010), a agência é híbrida, ou seja, a ação é partilhada por humanos e não humanos, neste sentido, os objetos também resistem, desviam e introduzem uma dimensão de incerteza na construção dos fenômenos.

Segundo Pedro (2010):

O conceito de redes sócio-técnicas envolve a idéia de múltiplas conexões que nos permitem acompanhar e delinear a produção dos fenômenos. Trata-se de uma configuração altamente instável e dinâmica, com trocas intensas entre os vários pontos, conexões e atores. Na rede, cada elemento é simultaneamente um ator, cuja atividade consiste em fazer alianças, arregimentar outros atores; e uma rede, capaz de, a partir de seus movimentos, redefinir e transformar seus componentes. Um ator é, assim, uma rede configurada a partir de relações heterogêneas, ou seja, ele é *um efeito de rede* que, por sua vez, participa da composição de outras redes (PEDRO, p. 81-82, 2010).

Assim, entendendo que na rede envolvida com o consumo de medicamentos para a melhora da performance cognitiva, médicos, consumidores, indústria

⁷ “A teoria Ator-Rede- desenvolvida por Bruno Latour, John Law entre outros pesquisadores - apresenta um olhar voltado para as práticas cotidianas a envolver ciência, tecnologia e sociedade” (Nobre & Pedro, 2010, p. 48).

farmacêutica, marketing farmacêutico, mídia e os medicamentos são importantes actantes, que participam da composição da rede, ou seja, têm ação e fazem-fazer, consideramos que seguir os mesmos se torna importante para delinear os rumos das associações dessa rede que é estabelecida por articulações heterogêneas.

Outro ponto significativo desenvolvido pela TAR é a proposta de outro sentido para o social. Argumentando em prol de uma “sociologia de associações” Latour (2006) destaca que não devemos apreender o social como um tecido denso já dado, mas apreende-lo enquanto um efeito, um ponto de chegada (LATOUR, 2006 apud. PEDRO, 2010). Neste sentido, o social não deve ser tomado como uma substância, um domínio especial, um adjetivo que explicaria determinados fenômenos, ditos sociais, mas deve ser tomado como um tipo de conexão, um movimento, um efeito de associações que podem ser investigadas e descritas (LATOUR, 2012).

Assim, devemos acompanhar o delinear dessas associações que ocorrem entre elementos heterogêneos, pois como o autor destaca, sendo efeito de associações, este social só é visível pelos vestígios que deixa quando uma nova associação é gerada e, além disso, também pode falhar no desenvolvimento de novas conexões (LATOUR, 2012). A proposta então, é que sigamos os diferentes atores, não os limitando ao papel de informantes:

A tarefa não consiste mais em impor a ordem, em limitar o número de entidades aceitáveis, em revelar aos atores o que eles são ou em acrescentar alguma lucidez à sua prática cega. Para empregar um *slogan* da ANT, cumpre “seguir os próprios atores”, ou seja, tentar entender suas inovações frequentemente bizarras, a fim de descobrir o que a existência coletiva se tornou em suas mãos, que métodos elaboraram para sua adequação, quais definições esclareciam melhor as novas associações que eles se viram forçados a estabelecer (LATOUR, 2012, p. 31).

Segundo Latour (2012), é preciso deixar os atores desdobrarem o leque inteiro de controvérsias em que se meteram, pois a tarefa de definir e ordenar o social deve ser deixada aos próprios atores. Para Venturini (2010), os atores são os responsáveis por decidir pelas controvérsias visto que foram eles “[...] que semearam suas sementes, que levantaram os seus rebanhos, que alimentaram o seu desenvolvimento.” (VENTURINI,

2010, p. 268, tradução minha)⁸. Logo não cabe aos pesquisadores impor suas soluções, nem buscar fechar as controvérsias, mas apenas rastrear as conexões entre as controvérsias mostrando que elas poderiam ser fechadas de maneiras diferentes.

Aqui, o conceito de *tradução* nos é caro, pois é pela tradução que as conexões entre os atores são estabelecidas. Para Latour “[...] não existe sociedade, não existe domínio social nem existem vínculos sociais, mas existem traduções entre mediadores que podem gerar associações rastreáveis” (LATOURE, 2012, p. 160). O processo de tradução é o próprio movimento da rede, e rastrear essas traduções que regem as associações, permite evidenciar os desvios, deslocamentos, sentidos, tanto da rede quanto dos atores que fazem parte da mesma. Segundo Pedro (2010):

Tradução não significa apenas a mudança de um vocabulário para outro, mas, antes de tudo, um deslocamento, um desvio de rota, uma mediação ou invenção de uma relação antes inexistente e que, de algum modo, modifica os atores nela envolvidos - logo, que modifica a rede. É importante, portanto, ressaltar, que as traduções são sempre imperfeitas, pois significam a apropriação local que cada ator faz do que circula na rede. Portanto, não há traduções “certas” ou “erradas”, nem qualquer tradução deve ser tomada como “indiscutível” (PEDRO, p. 83, 2010).

Assim, considerando que o consumo de medicamentos para fins da melhora da performance cognitiva constitui uma rede heterogênea na qual diversos atores se encontram em disputas, debates e negociações - arregimentando novos aliados -, é relevante estudarmos as controvérsias presentes nesse campo. Visto que, segundo Nobre e Pedro (2010), é nas controvérsias, no momento da produção de novas associações que o social se faz visível. Sendo tal visibilidade momentânea, logo que as associações são feitas, mesmo que continuem existindo, essas acabam por ficar invisíveis.

Mas o que são as controvérsias? Nas palavras de Rocha (2012):

[...] as controvérsias são uma espécie de embate ou conflito que se estabelece em torno de algo ainda em processo de constituição. Tais embates produzem desvios, problematizações, novas significações e novos efeitos de realidade. Em torno deles, os atores se agenciam uns aos outros, arregimentam aliados e se mobilizam em movimentos de negociação até que a questão venha a se estabilizar, que a rede seja

⁸ “[...] who sowed their seeds, who raised their sprouts, who nurtured their development” (VENTURINI, 2010, p. 268).

reformulada ou mesmo substituída por outra, mais atual (ROCHA, 2012, p. 21).

De acordo com Venturini (2010), é nas controvérsias que o social aparece em sua forma mais dinâmica, ou seja, é onde novas alianças entre diferentes entidades surgem, mas também onde unidades sociais que pareciam indissolúveis, quebram em uma multiplicidade de partes conflitantes. Assim, as controvérsias são as melhores ocasiões para observarmos o mundo social e sua confecção, pois elas nos aproximam da compreensão da “sociedade tal como ela se faz” (CALLON, 1999 apud. PEDRO, p. 86, 2010).

Neste sentido, cartografar as controvérsias, permite mapear os movimentos, as associações, os agenciamentos, os deslocamentos produzidos pelos diversos mediadores de uma rede, sendo mediadores aqui, àqueles que “transformam, traduzem, distorcem, modificam os significados ou os elementos que supostamente veiculam” (LATOUR, 2012, p. 65).

Como destacado por Venturini (2010), a complexidade da cartografia das controvérsias reside na própria complexidade da vida coletiva, sendo a tentativa de simplificar o coletivo, fruto de um trabalho constante de construção e manutenção pelos diferentes atores, atores estes que nunca estão isolados, mas são sempre compostos por componentes de uma rede. Assim, para entender como os fenômenos sociais são construídos, não devemos observar nem os atores sozinhos, nem as redes sociais, mas os atores-rede, ou seja, as configurações onde os atores estão renegociando as redes antigas e o surgimento de novas redes, pois os atores interagem, moldam e são moldados pelas relações que estabelecem. Segundo Venturini (2010), “Observar as controvérsias é observar o trabalho incessante de atar e desatar conexões” (VENTURINI, 2010, p. 267, tradução minha)⁹. Porém, vale destacar que, para Latour (apud. VENTURINI, 2010), não é suficiente estar conectado e ser heterogêneo, o que deve ser realçado é o trabalho, o movimento, o fluxo e as mudanças. Por isso ele propõe que em vez de utilizarmos a palavra network, deveríamos falar em “WorkNet”, onde o trabalho, o movimento de constituição da rede vem primeiro.

Neste sentido, pretendendo fazer uma *Cartografia das Controvérsias* acerca do consumo de medicamentos para fins de aprimoramento da performance cognitiva, busco

⁹ “Observing controversies is observing the unceasing work of tying and untying connections” (VENTURINI, 2010, p. 267).

na presente pesquisa acompanhar o movimento de constituição dessa rede, seguindo as conexões estabelecidos entre os humanos e não-humanos que a compõem - mídia, marketing farmacêutico, indústria farmacêutica, médicos, medicamentos. Buscando assim, evidenciar as associações estabelecidas entre esses diferentes atores, as controvérsias envolvidas na constituição desse cenário, e seus efeitos na produção da subjetividade contemporânea.

Entendendo, como destaca Pedro (2010), que:

As controvérsias articuladas em torno de dispositivos tecnocientíficos constituem um espaço privilegiado para a pesquisa, pois, ao envolverem debates não apenas no interior do círculo restrito de teóricos e especialistas, articulando também outros actantes, tornam-se, em certa medida, produtoras da sociedade, produzindo igualmente os sujeitos que somos - o que remete, uma vez mais, ao caráter não exclusivamente técnico da técnica (PEDRO, 2010, pp. 87-88).

A cartografia das controvérsias aparece como um guia de viagem (LATOURE, 2012), um modo de seguir os diferentes atores em suas associações, na performance da rede, do social não mais visto como adjetivo, mas como um agregado heterogêneo. E se objetivo aqui é fazer uma *Cartografia das Controvérsias*, algumas outras influências se fazem presentes na tessitura dessa metodologia, como os apontamentos do método cartográfico, que mesmo sendo diferente da Teoria do Ator-Rede, nos são de grande acréscimo para pensar o fazer pesquisa.

Como sugerem Barros e Kastrup (2010), a cartografia não visa representar o objeto, como se houvesse uma separação entre objeto a ser conhecido e sujeito do conhecimento que poderia apreender e dizer algo sobre determinado objeto, nem representar uma dada realidade que existiria *a priori* e a qual poderíamos captar, apreender e conhecer. A cartografia visa acompanhar a processualidade do campo, processualidade esta que já está em curso no momento em que entramos em campo e que continua após a nossa saída.

Segundo Rolnik (2007 apud. Pedro, 2010), a cartografia:

[...] é um desenho que acompanha e se faz ao mesmo tempo que os movimentos de transformação da paisagem [...] A cartografia, nesse caso, acompanha e se faz ao mesmo tempo que o desmanchamento de certos mundos - sua perda de sentido - e a formação de outros mundos (ROLNIK, 2007, p.23 apud. PEDRO, 2010, p.88).

Neste sentido, a pesquisa proposta aqui é performativa, ou seja, produz mundo, se inscrevendo dentro de uma política ontológica tal como proposta por Mol (2007):

A combinação dos termos “ontologia” e “política” sugere-nos que as condições de possibilidade não são dadas à partida. Que a realidade não precede as práticas banais nas quais interagimos com ela, antes sendo modelada por essas práticas. O termo política, portanto, permite sublinhar este modo activo, este processo de modelação, bem como o seu carácter aberto e contestado (MOL, 2007, p. 2).

A pesquisa produz realidades, no plural como sugere Mol (2007), realidades localizadas histórica, cultural e materialmente, realidades múltiplas, performadas por meio de vários instrumentos e diferentes práticas, estando em jogo na política ontológica os efeitos dessas realidades.

Visto isso, temos uma implicação para com o conhecimento que produzimos, uma responsabilidade que torna necessário pensarmos em um modo de fazer pesquisa que possa contar mais vozes, que possa compor o mundo com os participantes de nossas pesquisas e não sobre os mesmos (DESPRET, 2012) pois, como destacado por Alvarez e Passos (2010):

Conhecer não é tão somente representar o objeto ou processar informações acerca de um mundo supostamente já constituído, mas pressupõe implicar-se com o mundo, comprometer-se com a sua produção. Nesse sentido, o conhecimento ou, mais especificamente, o trabalho da pesquisa se faz pelo engajamento daquele que conhece no mundo a ser conhecido (ALVAREZ; PASSOS, 2010, p.131).

Assim, seguindo as indicações de Despret (2012), consideramos ser necessário uma tomada de postura mais hesitante na colocação do problema no encontro com o outro, um caminhar mais devagar, evitando ir das explicações macro para explicar o micro. Deixando de usar o social como adjetivo que tudo explica, mas partindo do pequeno, possibilitando um conhecimento mais situado. Como destacado por Alvarez e Passos (2010):

[...] o "saber com", diferentemente, aprende com os eventos à medida que os acompanha e reconhece neles suas singularidades. Compreende de modo encarnado que, mais importante que o evento em geral, é a singularidade deste ou daquele evento. Ao invés de controlá-los, os aprendizes-cartógrafos agenciam-se a eles, incluindo-se em sua

paisagem, acompanhando os seus ritmos. Nesse sentido, os aprendizes-cartógrafos estão interessados em agir de acordo com esses diversos eventos, atentos às suas diferenças. O pesquisador se coloca numa posição de atenção ao acontecimento. Ao invés de ir a campo atento ao que se propôs procurar, guiado por toda uma estrutura de perguntas e questões prévias, o aprendiz-cartógrafo se lança no campo numa atenção de espreita. Conhecer, nessa perspectiva, pressupõe o "endereçamento" ou a relação de mutualidade que entrelaça sujeito e objeto da pesquisa (ALVAREZ; PASSOS, 2010, p. 143-144).

Assim, como proposto por Passos et al. (2010), propomos aqui uma pesquisa que não seja um caminho predeterminado por metas dadas *a priori* (*méto-hódos*), mas que o caminho vá se fazendo no processo de fazer pesquisa (*hódos-méta*). Que possamos ir mais devagar, como propõe Latour (2012), no caminhar de uma formiga - ANT - que não se dá de sobrevôo, mas colado ao terreno, refletindo também sobre as questões que o encontro nos põe.

Não prescindindo de um olhar teórico - sempre teremos autores com quem dialogamos e uma leitura bibliográfica prévia -, mas tendo a abertura para que possamos traçar a rede e seguir os atores em suas diferentes articulações:

A postura do cartógrafo deve ser a mais aberta possível para se deixar afetar pela surpresa e o inusitado que pode aparecer no campo, para poder aprender com seus informantes. Esse é um difícil exercício e um grande desafio: abrir-se para pontos de vista diferentes, contraditórios e que muitas vezes poderão questionar o ponto de vista já adotado e estabelecido. Mas só assim o pesquisador poderá se abrir para as controvérsias que permeiam a realidade estudada (PEDRO et al., p. 58, 2014).

Tal posição deve possibilitar a recalcitrância daqueles que interrogamos (LATOUR, 2008), ou seja, que os nossos pesquisados possam nos objetar e, que a partir dessa objeção, possamos redesenhar o nosso objeto de pesquisa ao longo do caminhar da mesma. Recorrendo a Smuts, Despret (2012) fala da possibilidade de uma relação em que possamos nos tornar com o outro, se inscrevendo em uma relação de troca e de proximidade em que a possibilidade de conflito e sua negociação sejam condições da relação. Neste sentido, não só o resultado, mas o modo de engajamento no campo que se torna essencial. Um modo de engajamento, onde o outro possa responder diferentemente e trazer questões interessantes, que faça com que possamos perceber e negociar quando o campo nos objeta, e aquilo que aparece como mal entendido, possa,

ao invés de ser descartado, ser tomado como um ponto importante a ser seguido e uma promessa de que alguma coisa nova possa aparecer, abrindo espaço para o acontecimento e para a surpresa.

E que esse movimento, essa processualidade, esse redesenho do campo, com as suas objeções e os seus desvios possa constar nos nossos escritos. Pois se concebemos a pesquisa como processual, igualmente a nossa escrita também é processual e essa processualidade deve constar no texto, dando visibilidade aos diversos atores que compõem o campo, dando “visibilidade ao processo de construção coletiva do conhecimento, que se expressa num texto polifônico” (BARROS; KASTRUP, p. 71, 2010).

Segundo Despret (2012) sempre haverá articulação e é essa articulação que produz mundo, que faz fazer coisas e muda as nossas versões, por isso é importante pensarmos nos modos dessa articulação e que mundo produzimos a partir delas.

Visto isto, importante é fazermos uma pesquisa mais articulada, que faça contar mais atores e que isso povoe o texto e mostre que o pesquisador não escreve sozinho, mas escreve com os diversos atores que compõem o campo. Há aqui uma relação de coprodução e coemergência, ou seja, o pesquisador não é aquele que pesquisa sobre, mas pesquisa com os pesquisados (KASTRUP; PASSOS, 2010). E mesmo que não possa constar tudo, pois as conexões são múltiplas, e, como destaca Pedro (2010), por mais cuidadosos que sejamos, sempre produziremos “decalques” provisórios, que possamos nos responsabilizar por aquilo que produzimos, percebendo que é um trabalho de composição, que escolhemos no texto final, mas não fazemos sozinhos, fazemos com. Entendendo também que na escrita nós não representamos o campo, mas continuamos produzindo o mesmo.

Não só na escrita, mas em todo o processo de fazer pesquisa. Como destaca Pedro (2010), o pesquisador, que está inserido na rede, também está implicado em sua produção, pois “[...] toda tradução implica um deslocamento, um desvio de rota, uma mediação ou invenção de uma relação antes inexistente, cada movimento modifica também a rede.” (PEDRO, p. 88, 2010). Assim, nossos próprios movimentos nas redes as transformam, fazendo parte da cartografia que produzimos.

Como cartógrafos, devemos associar o nosso ceticismo em relação à neutralidade da ciência, ao reconhecimento de que a atividade do pesquisador é simultaneamente epistemológica, política e ética. Sem isso, ‘corremos o risco de deixar fora do campo de problematização os

nossos próprios movimentos, enquanto cientistas e pesquisadores, na rede' (PEDRO, 2003, p. 46).

A pesquisa, também é um mediador e pode “contribuir para um reagrupamento do social ou para sua dispersão; pode produzir um mau texto, reduzindo o número de actantes e tomando-os como causa de todos os demais, ou um bom texto, capaz de desdobrar as controvérsias juntamente com a multiplicidade de actantes” (PEDRO, p. 94, 2010).

Visto isto, algumas ferramentas que nos ajudam a produzir bons textos se fazem imprescindíveis, como o diário de campo. Enquanto relato diário da experiência de campo, o diário mostra-se uma ferramenta importante para a pesquisa, não devendo apenas conter informações objetivas, mas as impressões que surgem no campo, transformando a experiência em conhecimento e o conhecimento em experiência, em modos de fazer (BARROS; KASTRUP, 2010).

O modo como fazemos as nossas entrevistas também é relevante, pois segundo Tedesco, Sade e Caliman (2013), se consideramos a pesquisa como o acompanhar de processos, a entrevista deve conseguir acompanhar essa processualidade, esse movimento - com seus instantes de ruptura -, deve ser capaz de intervir no campo, provocando mudanças - sendo performativa - e por último, deve servir como uma ferramenta eficaz no acesso e construção do plano compartilhado da experiência. Existe assim, um manejo cartográfico da entrevista, visto que:

A cartografia requer que a escuta e o olhar se ampliem, sigam para além do puro conteúdo da experiência vivida, do vivido da experiência relatado na entrevista, e incluam seu aspecto genético, a dimensão processual da experiência, apreendida em suas variações (TEDESCO; SADE; CALIMAN, 2013, p. 301).

Neste sentido, a entrevista não deve visar apenas o conteúdo dito, a informação, mas o acesso à experiência, fazendo “com que os dizeres possam emergir encarnados, carregados da intensidade dos conteúdos, dos eventos, dos afetos ali circulantes. A fala deve portar os afetos próprios da experiência” (TEDESCO; SADE; CALIMAN, 2013, p. 304). Para tanto, é necessário estar atento as modulações presentes no relato.

Assim, partindo dessas ideias, utilizei na presente pesquisa diários de campo, contendo além de informações objetivas, as impressões e afetações surgidas no encontro

com o campo. Também fiz uso de um roteiro de entrevista (Anexos I, II e III), que serviu apenas como um norte, mas não foi seguido à risca, sendo introduzidas outras questões que pareceram pertinentes ao longo das entrevistas.

Por fim, seguindo as indicações de Pedro (2010), segundo a qual o mapeamento das redes se efetiva na realização de decalques provisórios e sucessivos, que um agenciamento tão logo seja decalcado torna-se obsoleto, busco focar a minha investigação em três momentos dos coletivos. Na “gênese”, buscando ver como surgem esses medicamentos e para quais fins, procurando traçar como se dá a reapropriação de seu uso para fins de *enhancement*. Depois, buscando traçar a “situação atual” da rede, como se dá esse consumo, como ele é demandado junto aos médicos psiquiatras, como os diferentes atores percebem e lidam com o mesmo, quais questões presentes na atualidade colaboram para a existência desse fenômeno, e quais atores participam na constituição desse mercado e das subjetividades na contemporaneidade. E por último, buscando traçar a “visão de futuro”, investigando qual a prospecção e as expectativas futuras dos diferentes atores da rede. Procurando com isso, evidenciar as negociações e disputas envolvidas nas diferentes práticas e discursos acerca desse consumo.

Vale destacar que o posicionamento ora assumido não busca ser contra ou a favor ao consumo de medicamentos para fins de aprimoramento da performance cognitiva, nem dizer se é bom ou ruim, assim como não pretende explicar, mas fazer uma *Cartografia das Controvérsias* acerca desse consumo. Buscando com isso, descrever como essa rede se constitui, quais controvérsias erigem daí, e como os diferentes atores vêm compondo mundo com esses medicamentos, visto que estar no mundo é estar nessas inter-relações com as tecnologias (LATOURET, 1994; HARAWAY, 2008; HARAWAY, 2009)¹⁰.

Não querendo dizer com isso, que esta é uma cartografia de toda a rede, isso seria impossível. A cartografia ora apresentada é um pequeno trabalho, restrito a um campo específico de pesquisa, que inclui médicos psiquiatras, consumidores, representantes de indústrias farmacêuticas - do Rio de Janeiro -, a mídia e os próprios

¹⁰ Segundo Latour (1994) somos seres híbridos e a dissociação natureza/sociedade, natureza/cultura, natural/artificial, foram tentativas fracassadas de purificação dos modernos. Por isso que “Jamais Fomos Modernos”, pois jamais fomos humanos no sentido de uma pureza, de uma humanidade pura.

Haraway (2008) nos propõe que *tornar-se* mundano é exatamente um *tornar-se com*, outros humanos, animais e também as tecnologias. Nos constituímos com diversos aparatos, sendo os medicamentos mais um deles.

Segundo Haraway (2009) somos ciborgues, híbridos de organismo e máquina, não havendo uma dada natureza humana, uma dualidade natural x artificial, mas uma construção que se dá articulada com a tecnologia.

medicamentos, articulados a discussão que encontramos na literatura. Ou seja, é apenas parte de uma discussão mais ampla, que envolve muitos outros atores. Não tenho assim, a pretensão de fechar a discussão, mas de poder contribuir dando visibilidade à constituição dessa rede com suas diferentes vozes, mapeando como os diferentes atores vêm se articulando ao consumo de medicamentos voltados para o aprimoramento cognitivo e procurando contemplar que novas subjetividades emergem dessas articulações.

3. DA FABRICAÇÃO A REAPROPRIAÇÃO PARA FINS DE APRIMORAMENTO DA PERFORMANCE: ACOMPANHANDO O METILFENIDATO

Considerando, como dito anteriormente, que não apenas os humanos, mas também os não-humanos são actantes desse campo, é importante seguir o metilfenidato desde seu surgimento, passando por sua articulação ao transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), até a sua reapropriação para fins de aprimoramento da performance, para o que entendemos hoje como um consumo *off-label*, ou seja, fora das indicações estabelecidas pelos órgãos reguladores.

O cloridrato de metilfenidato, mais conhecido pela Ritalina, fabricado pela Novartis Biociências, mas também comercializado no Brasil pela Janssen-Cilag Farmacêutica com o nome de Concerta, é um estimulante do sistema nervoso central atualmente indicado para crianças e adultos com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e também, no caso da Ritalina, indicado para o tratamento da narcolepsia.

Segundo a bula, no caso do TDAH, a Ritalina agiria melhorando as atividades de certas partes do cérebro que são pouco ativas, melhorando a atenção e a concentração, e reduzindo o comportamento impulsivo (RITALINA, 2014). Já segundo a bula do Concerta seu efeito seria o aumento da atenção e a redução da impulsividade e hiperatividade em pacientes com TDAH (CONCERTA, 2014).

Mas nem sempre foi assim.

O cloridrato de metilfenidato foi sintetizado casualmente na Suíça, em 1944, pelo italiano Leandro Panizzon, químico da então empresa CIBA - que se fundiu em 1996 com a Sandoz, formando a Novartis, atual fabricante da Ritalina. Ao experimentar o medicamento, Panizzon não teria obtido nenhum efeito significativo. Porém, sua esposa Marguerite teria aprovado a substância. Ela sofria de pressão baixa e verificando nela um efeito energizante, passou a consumi-la regularmente antes de suas partidas de tênis. Em 1954, em homenagem a sua esposa, cujo apelido era Rita, o químico patenteou o cloridrato de metilfenidato com o nome de Ritalin e o medicamento passou a ser comercializado na Suíça como um psicoestimulante leve (BLECH, 2009; BRANT; CARVALHO, 2012; DOMITROVIC, 2014, HERRERA, 2015).

No final de 1955, foi aprovado pela FDA, sendo introduzido no mercado americano no início do ano seguinte (DOMITROVIC, 2014). No Canadá sua liberação

para comercialização ocorreu em 1979 e na Alemanha a aquisição de tal medicamento não requeria prescrição médica (BRANT; CARVALHO, 2012).

Sendo descrito como um estimulante do sistema nervoso central de excelente tolerância, com efeitos colaterais mais leves e controlados se comparados às anfetaminas (Conrad, 2007), atuando como melhorador do humor e da performance em geral, sem provocar euforia, o seu uso por sujeitos sãos era totalmente tolerado para fins de eficácia e para “passar uma noite em claro a pensar” (DOMITROVIC, 2014, p. 31). Naquele momento, era indicado no tratamento de adultos com distúrbios psicológicos diversos como “fadiga crônica, letargia, estados de psicose associada à depressão e narcolepsia” (HERRERA, 2015, p. 26), episódios de confusão no envelhecimento (BLECH, 2009), sendo empregado também para o emagrecimento, melhoria da performance atlética e como auto-medicação para melhorar o desempenho intelectual, tendo ação tonificante e estimulante (ITABORAHY, 2009 apud. BRANT; CARVALHO, 2012).

Em suas primeiras propagandas, nos anos 50 e 60, era apresentado como droga de uso geral “útil no tratamento da maior parte dos distúrbios psiquiátricos” (SINGH, 2007 apud. DOMITROVIC, 2014, p. 31). Chamado de “psicotônico do humor” que “conforta e estimula com moderação” (DUPANLOUP, 2004 apud. DOMITROVIC, 2014, p. 125), tinha como público alvo pessoas idosas e de meia idade, sendo também indicado como auxiliar na psicoterapia (DUPANLOUP, apud. DOMITROVIC, 2014).

Naquele momento, ainda não tinham inventado o quadro clínico de TDAH que popularizou a Ritalina, e não havia diagnóstico psiquiátrico específico para qual a substância pudesse ser indicada (BLECH, 2009). Além disso, a psiquiatria infantil não tinha como prática o uso de medicamentos psiquiátricos, visto que o sofrimento psíquico infantil era pouco aceito e estudado, e os desvios mentais em crianças, em geral, eram considerados inatos e incuráveis (DOMITROVIC, 2014).

Porém, esse quadro foi mudando. Pouco tempo depois, na década de 70, a Ritalina passou de um medicamento voltado para pessoas de meia idade e idosas, acometidas por condições diversas, para um medicamento indicado para crianças com problemas de comportamento. E foi, partir de pesquisas acerca do efeito dessa substância no organismo, que seu uso em crianças com transtornos de comportamento se tornou possível (BLECH, 2009).

As primeiras experiências de tratamento de crianças com psicoestimulantes são atribuídas ao pediatra americano Charles Bradley, que publicou o primeiro artigo sobre

o assunto em 1937 no *American Journal of Psychiatry*. Neste, Bradley relatava experimentos com psicoestimulantes - a Benzedrina - em crianças com diversos problemas comportamentais, que iam de distúrbios de aprendizagem à epilepsia (DOMITROVIC, 2014).

Em 1957, retomando a produção científica sobre o tratamento infantil com psicoestimulantes, o pediatra e psiquiatra infantil Maurice Lauffer cunha o termo “desordem hiperkinética da infância”. Enfatizando a suposta etiologia orgânica desta desordem, ele recomendava o uso de anfetaminas no seu tratamento, principalmente do metilfenidato. Tecendo assim, a articulação e inseparabilidade deste psicoestimulante ao transtorno infantil de supostas bases orgânicas, que naquele momento tinha como principal sintoma, a hiperatividade (DOMITROVIC, 2014).

Em 1960, inspirado nas pesquisas com anfetaminas dos anos 30, o psiquiatra americano Leon Eisenberg publica um artigo demonstrando a eficácia do metilfenidato no tratamento de distúrbios de aprendizagem (DOMITROVIC, 2014). Segundo Blech (2009), pesquisas com a Ritalina e a Dexedrina, realizadas nos anos 60, ressaltavam um efeito considerável dessas substâncias em alunos com problemas de aprendizagem. Experiências do psicólogo Keith Conners e do psiquiatra Leon Eisenberg em duas escolas de Baltimore nos EUA, demonstraram que quando a dexedrina - substância aparentada ao metilfenidato - foi ministrada nos alunos, os tumultos e revoltas diminuíram, e segundo os professores, as crianças melhoraram o comportamento na sala de aula, a reação perante a autoridade e a participação no grupo.

Esses e outros estudos, de acordo com Blech (2009), levaram o Instituto Nacional de Saúde Mental dos Estados Unidos e algumas empresas farmacêuticas a realizarem novos estudos. E as revistas passaram a noticiar o “[...] suposto remédio maravilhoso” (BLECH, 2009, p. 116) aumentando o número de receitas. Porém, a indicação médica era inexistente, não havia clareza para que estavam receitando o medicamento.

Assim, no final dos anos 60, a fim de resolver o problema da inexistência de indicação médica, os cientistas estabeleceram que o próprio medicamento seria usado para diagnosticar a doença, ou seja, quem modificasse seu comportamento ao ingerir o fármaco estava doente e, em contrapartida, aquele que não reagisse à substância estaria saudável (BLECH, 2009).

Segundo Blech (2009), até então era impensável ministrar anfetaminas e outras substâncias similares às crianças, porém, agora, havia essa síndrome clínica para curar.

Assim, a partir da existência do psicofármaco, o aparecimento da doença enquanto um diagnóstico clínico se tornou possível, visto que o diagnóstico era estabelecido através da terapia. Houve então, um empenho em descobrir uma aplicação terapêutica para este fármaco que justificasse sua aplicação medicinal, e a “[...] indicação para transtornos hipercinéticos - dificuldades de manter a atenção com ou sem hiperatividade - pareceu constituir uma justificativa ‘cientificamente convincente’ para a sua aplicação” (BRANT; CARVALHO, 2012, p. 627).

Assim, sendo primeiramente indicado para adultos com distúrbios que pouco se aproximam da indicação atual, o consumo da Ritalina por crianças só foi aprovado pela FDA em 1961. Passando a ser promovida e indicada para crianças com Disfunção Cerebral Mínima (DCM) - categoria diagnóstica da época que precedeu o que conhecemos hoje por TDAH - apenas nos anos 70 (HERRERA, 2015).

De acordo com Blech (2009), inicialmente o fenômeno foi chamado de “distúrbio de comportamento funcional” pelas indústrias farmacêuticas, nome que foi proibido pela FDA por ser muito genérico, fazendo a doença ser rebatizada como “disfunção cerebral mínima”, sendo acrescido o termo “perturbação cinética” posteriormente.

Assim é que, principalmente nos anos 60 e 70, o uso da Ritalina passa a se consolidar no meio médico e leigo como medicamento voltado para o tratamento de crianças com problemas de comportamento, evidenciados no contexto escolar. Multiplicando-se publicações de experimentos que exaltavam seus benefícios e reforçando teorias biomédicas de problemas do comportamento infantil no qual o tratamento medicamentoso assumia a centralidade (DOMITROVIC, 2014).

Em 1966 o Serviço de Saúde Pública dos EUA publicou um guia diagnóstico da “disfunção cerebral mínima” (DCM), associando tal diagnóstico a 38 termos diferentes, incluindo síndrome de hiperatividade e hipercinesia. Dando início a uma ampla ação que visava educar os médicos e a população em geral - por meio de vídeos, cartilhas e panfletos - sobre a natureza da disfunção, como reconhecê-la, avalia-la e tratá-la, apontava o uso de psicoestimulante como primeira alternativa terapêutica (DOMITROVIC, 2014)

Em meados dos anos 70, explodiu nos EUA a prescrição de psicoestimulantes para crianças, fazendo com que a CIBA admitisse ter tido dificuldade em atender a demanda pelo medicamento, que ficou esgotado nas prateleiras (Domitrovic, 2014). Nesse mesmo ano nos EUA, de 200.000 a 300.000 crianças tomaram medicamentos

modificadores do comportamento e esse número só aumentou nos EUA e na Alemanha, tornando a Ritalina sinônimo de psicofármaco infantil (BLECH, 2009).

Nesse cenário, o público alvo da Ritalina começou a se transformar. Se anteriormente ela era vendida principalmente para pessoas envelhecidas e cansadas, ela passa a ser associada fundamentalmente à hiperatividade jovem. Nos anos 70, a maioria das propagandas americanas já apresentava a Ritalina como o tratamento para a disfunção cerebral mínima (DCM)¹¹ (SINGH, 2002 apud. DOMITROVIC, 2014).

E se até então, tal diagnóstico era considerado uma patologia infantil, nas décadas de 80 e 90, ele passa a ser visto como um distúrbio do desenvolvimento que continua na vida adulta, sendo considerado um quadro crônico e incurável (CALIMAN, 2006; 2009). Na década de 90, houve a primeira explosão publicitária sobre o TDAH e o metilfenidato, consagrando este último como o medicamento mais conhecido e utilizado no tratamento do transtorno (CALIMAN, 2006), aumentando assim, a sua popularização e o público alvo passível de consumir tal medicamento.

No ano 2000 houve a expansão do número de indivíduos diagnosticáveis, cuja primeira linha de tratamento era o consumo de psicoestimulantes. Um levantamento do US Centers for Disease Control entre 2004 e 2005 estimava que aproximadamente 4.600.000 (84%) crianças entre 6 e 17 anos, já teriam recebido o diagnóstico de TDAH em algum momento da vida. Dentre estas, 59% estariam fazendo uso de algum medicamento, indicando também o crescimento de pré-escolares sob medicação (PARENS; JOHNSTON, 2009 apud. DOMITROVIC, 2014). Em relação aos adultos, a prevalência do transtorno estaria em 4% nos EUA, levando ao reconhecimento do TDAH como um dos problemas mais graves e importantes da saúde pública americana (CALIMAN, 2006 apud. DOMITROVIC, 2014).

Com a publicação do DSM V, em 2013, alterações relevantes em relação ao TDAH foram definidas, como a inclusão de critérios para o diagnóstico de adulto e o estabelecimento da classificação do quadro em três intensidades dependendo do grau de comprometimento que causa na vida do indivíduo: leve, moderado e grave (ABDA, 2013 apud. DOMITROVIC, 2014). Ampliando mais uma vez o público alvo que pode vir a ser diagnosticado e consequentemente tratado com o metilfenidato.

¹¹ Nos anos 80, com a publicação do DSM III, surge a categoria diagnóstica de “Desordem de Déficit de Atenção” (DDA), estabelecendo o metilfenidato como primeira linha de tratamento, sendo apenas em 1994, com o lançamento do DSM IV, que a nomenclatura TDAH aparece pela primeira vez.

Assim, se nos anos 70 seu consumo passou a ser direcionado ao tratamento de crianças com o que posteriormente veio a ser categorizado como TDAH, tal medicamento teve seu uso estendido quando o diagnóstico de TDAH passou de um transtorno restrito à infância para um transtorno que permanece em alguns adultos previamente diagnosticados, até um transtorno encontrado em adultos que não foram previamente diagnosticados (CONRAD, 2007). Esta ampliação da categoria diagnóstica levou a considerável aumento do número de pessoas diagnosticadas com tal transtorno que tem como primeira escolha de tratamento o consumo do metilfenidato, que a cada ano tem sido mais vendido. Hoje, 90% da soma de prescrições do metilfenidato são direcionados para o tratamento de TDAH (MYERS, 2007 apud. DOMITROVIC, 2014).

Segundo relatório da ONU (2011), desde os anos 90, a produção e o consumo do metilfenidato vem aumentando mundialmente, sendo apontado como o psicoestimulante mais vendido no mundo, principalmente no EUA, país onde aproximadamente 5 milhões de crianças em idade escolar tomam Ritalina todos os dias. Na Alemanha, país onde 2 a 10% das crianças seriam afetadas pelo TDAH, mais de 50.000 crianças tomam psicoestimulantes diariamente. Também cresce o número de adultos que se consideram afetados pelo transtorno, cerca de 2 milhões de adultos sofreriam dos sintomas correspondentes ao TDAH - problemas de concentração e impulsividade - fatores que dificultariam a vida diária. Sendo afirmado pela Associação Alemã de Psiquiatria, Psicoterapia e Neurologia, que a “hiperatividade não é uma doença infantil” (BLECH, 2009, p. 114). Aspecto destacado pelo consórcio mundial da Novartis, que proclamou que “o TDAH é ‘uma companhia fiel durante toda a vida’” (BLECH, 2009, p. 114), estabelecendo os idosos também como um novo público alvo da indústria farmacêutica.

No Brasil, aprovado para a comercialização desde 1998, no caso da Ritalina, e 2002, o Concerta, o consumo do metilfenidato também vem crescendo. Segundo relatório da ONU de 2008, em 2000 o consumo nacional foi de 23 kg e a produção passou de 40 kg em 2002 para 226 kg em 2006, ano em que o Brasil também importou 91 kg desse estimulante (ONU, 2008 apud. ORTEGA & ITABORAHY, 2013; ORTEGA et al., 2010). De acordo com o Boletim de Farmacoepidemiologia de 2012 publicado pelo Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC/ANVISA), entre os anos de 2009 e 2011 houve um aumento de 75% no consumo do metilfenidato por crianças entre 6 e 16 anos. Dentre a quantidade de unidades físicas dispensadas (UFD) - caixas desses medicamentos -, houve um aumento

de 117,5%, passando de 557.588 caixas comercializadas em 2009 para 1.212.850 em 2011.

A sua vinculação ao TDAH e a intensa publicação desse medicamento aos consumidores, vem sendo considerado como fatores dominantes na justificativa para tal crescimento (ORTEGA et. al. 2010; CALIMAN; DOMITROVIC, 2013). Porém, fatores como, mudanças nos critérios diagnósticos de TDAH - aumentando conseqüentemente o uso dessa substância -, aumento da pressão sobre o desempenho das crianças, e a interpretação social dos problemas de desempenho como doença, seriam outras hipóteses para o crescimento da produção e consumo deste medicamento no Brasil e no mundo (DILLER apud. ORTEGA; ITABORAHY, 2013). Além disso, segundo relatório da ANVISA, o uso de tal medicamento acima da média pode ser devido ao desvio do uso padrão, ou seja, por adultos em busca de maior concentração nos estudos, no trabalho, ou até mesmo na busca pela redução de peso (ANVISA, 2010 apud. MOTA; PESSANHA, 2014)

Assim, se por um lado há esse aumento no número do consumo do metilfenidato que inicialmente estaria voltado para o tratamento de pessoas com TDAH - mesmo que questionemos que esse diagnóstico possa estar voltado para o aprimoramento cognitivo - vemos atualmente uma clara apropriação de seu consumo para fins de aprimoramento da performance cognitiva, que tem repercutido na mídia através de notícias de “concurseiros” e executivos que fazem uso dessas substâncias para conseguir estudar ou trabalhar por mais horas e “bater suas metas”.

Segundo Blech (2009), nos EUA, adolescentes e jovens adultos vêm usando a Ritalina como “droga de substituição”, para reprimir a fome e diminuir o cansaço. Ingerindo esses comprimidos, triturando-os para serem inalados ou até mesmo, dissolvendo-os em água para serem injetados, modo de uso este que segundo o Departamento de Justiça norte-americano pode provocar danos à saúde e dependência psíquica.

Uma matéria da Time de 2009, *Popping Smart Pills: The Case for Cognitive Enhancement*, apresenta um estudo realizado em 2005, em que dos 11 mil estudantes entrevistados, 7% relatou o uso de estimulantes *nonmedically* pelo menos 1 vez. Nos Estados Unidos, os dados do consumo de psicoestimulantes - Metilfenidato, Aderall e Modafinil - para fins diferentes dos prescritos chegaria a 1,6 milhões de pessoas (Stix, 2009). No Brasil, matérias com chamadas como “A nova onda dos remédios para o cérebro: Mais e mais pessoas estão tomando drogas para aumentar a concentração e

tentar ficar mais inteligentes. Que consequências isso pode ter?” (VERA, 2009), “Jovens tomam medicamento tarjado para ‘turbinar’ estudos” (ODA, 2012), “Candidatos de concursos relatam uso de tarja preta para 'render mais” (MORENO, 2012) e “Estudo da Unifesp derruba mito de que ritalina 'turbina' cérebros saudáveis” (LENHARO, 2012), ressaltam o uso da Ritalina por jovens estudantes, destacando os “concurseiros” que fazem uso da droga para conseguir estudar mais horas por dia.

Uma busca por “Ritalina” na maior rede social atual, o Facebook, e encontramos mais de 10 grupos dedicados a discussão sobre o consumo desse medicamento por quem tem TDAH, assim, como por “concurseiros”. Além disso, também encontramos grupos de venda sem receita. O maior desses grupos “RITALINA-TDAH”, um grupo fechado com 1.277 membros, do qual solicitei fazer parte e fui aceita, vem com a seguinte descrição:

O grupo é para discussão e debates de ideias acerca do pessoal que faz o uso de ritalina seja os concurseiros para estudar ou aqueles que possuem tdah . Não vendemos ritalina . Postagens desse tipo serão excluídas e o membro poderá ser banido. Eu pessoalmente não me importaria muito, porém como é algo ilegal o próprio facebook pode excluir o grupo e assim todos sairíamos prejudicados. Nada de anúncios de medicamentos ilegais. Obrigado!!!! (Facebook: Grupo RITALINA-TDAH).

Como podemos notar, trata-se de um grupo não restrito apenas a pessoas com TDAH, mas voltado para os “concurseiros”, que na descrição aparecem antes das pessoas que têm o transtorno. E, mais interessante que isso, destacando a proibição da venda, que como o próprio administrador diz, é ilegal, e realmente ao longo das postagens não se vê pessoas vendendo medicamentos.

Medicamento esse que como sabemos é de uso controlado. De acordo a portaria 344/1998 da SVS/MS, resolução 18/2003 da ANVISA, o metilfenidato consta como substância de controle especial. Constando na lista A3, de substâncias psicotrópicas, está sujeito a notificação de receita “A” ou receituário amarelo - que é o receituário mais controlado que existe no mercado de medicamentos -, havendo retenção de uma via na farmácia. Sendo este controle estabelecido principalmente pelo potencial de abuso da droga.

Além disso, também são medicamentos em que a propaganda não pode ser feita diretamente ao consumidor, ou seja, não podem ser veiculados em meios de

comunicação de massa como TV, rádio, revista, internet, etc, podendo ser anunciado apenas ao profissional médico por meio de publicações especializadas (ANVISA, 2010). Ou seja, medicamentos altamente controlados, mas que nem por isso deixam de ser usados para fins de aprimoramento da performance, muitas vezes sendo adquiridos no mercado negro.

E se no Brasil a preocupação com o uso desses medicamentos para o tratamento de TDAH ou para o aprimoramento da performance é recente, talvez pela entrada tardia desses produtos no país - a partir de 1998 - na França, como destaca Ehrenberg (2010), o crescimento no consumo não apenas de psicoestimulantes como também de hipnóticos, tranquilizantes, neurolépticos, antidepressivos e anorexígenos, tem levado a discussões acerca do consumo de medicamentos psicotrópicos desde os anos 70. Em 1974, um estudo do Instituto Nacional de Saúde e Pesquisa Médica (INSERM), feito na França, já constatava o consumo de medicamentos psicotrópicos por jovens de quinze à vinte anos, estimando-se que “o recurso ao medicamento, nos períodos difíceis da vida (medicamento que deve dar força, acalmar ou estimular, segundo o caso), é habitual a um em cada cinco estudantes” (EHRENBERG, 2010, p. 136).

Como podemos ver através dessa breve história da Ritalina, seu surgimento não foi resultado de uma pesquisa voltada para o tratamento de uma patologia específica, seus diversos usos e indicações vêm sendo definidos e redefinidos continuamente, assim como seus efeitos e mecanismos de ação, que são descobertos ao longo do tempo (DOMITROVIC, 2014). Desde a sua sintetização até o momento atual, o modo de uso deste medicamento passou por diversas transformações. Se inicialmente não havia um diagnóstico específico para qual ele pudesse ser indicado, sendo indicado para condições diversas que acometiam principalmente idosos e pessoas de meia idade, posteriormente, pesquisas demonstrando a eficácia desse medicamento em determinadas crianças, possibilitaram o surgimento de uma nova categoria diagnóstica, que hoje conhecemos por TDAH, associando o medicamento ao transtorno. Associação esta, que fez restringir o seu uso para fins de tratamento do TDAH - como estabelecido na bula -, nos fazendo crer que a “Ritalina serve para tratar o TDAH”, sendo o melhor tratamento para esse transtorno (DOMITROVIC, 2014).

Assim, se olharmos para as reapropriações da Ritalina para fins de aprimoramento da performance cognitiva, que não necessariamente envolve ficar mais inteligente, mas ter mais disposição para ficar por mais horas estudando ou trabalhando,

vemos que de certo modo é retomado o modo de utilização inicial deste medicamento, que foi deixado de lado no momento da associação do mesmo ao tratamento do TDAH.

Um uso que tem variado ao longo da história e que envolve embates, discordâncias, controvérsias que busco desenvolver no presente trabalho. Como destaca Domitrovic (2014), assim como outros medicamentos, o metilfenidato possui uma história repleta de descobertas acidentais, redefinições nominais e mudanças de critérios de prescrição. Além disso, a forma como os “medicamentos são utilizados e valorados em função de determinado efeito é uma produção coletiva, que varia no decorrer da história.” (DOMITROVIC, 2014, p.17) e “O ‘sucesso’ de um medicamento não se deve unicamente a seu efeito químico, sendo também determinado pela interação das conjunturas morais, sociais, políticas e culturais em jogo” (DOMITROVIC, 2014, p.28)

Há assim, uma reapropriação de seu uso. E o termo reapropriação é utilizado aqui exatamente para dizer que é algo que de certa maneira já estava dado no momento de surgimento da substância - considerado naquele momento como um tonificante, energizante, também sendo consumido para a melhora intelectual, e cujo consumo por pessoas saudáveis era aceitável - e que volta a ser reapropriado para esses fins.

Porém, diferente daquele momento, o que vemos é um uso fora das indicações previstas na bula, um uso ora irregular, obtido no mercado negro, ora respaldado pelo profissional médico. E, além disso, um uso que reflete determinados fatores presentes na atualidade, como a valorização da performance, a competitividade, o individualismo e o imediatismo - fatores trazidos pelos entrevistados -, cujo consumo da Ritalina parece vir atender. Neste sentido, um consumo que está voltado para questões que ultrapassam a tríade doença, saúde e cuidado, mas que compreende a busca do homem para superar seus limites e viver bem em sociedade (BRANT; CARVALHO, 2012).

3.1 - Da Ritalina ao Stavigile: A proliferação dos aprimoradores cognitivos

Se na atualidade assistimos ao crescimento na busca por aprimoradores cognitivos ou, como destaca Caliman (2008), por tecnologias de otimização da atenção - cuja Ritalina aparece como o medicamento mais popular -, essa busca não é recente. Ela está articulada aos interesses das Forças Armadas, que desde a segunda metade do século XX vem se interessando pelo estudo da atenção (CALIMAN, 2008).

Segundo Caliman (2008), desde esta época, o uso de anfetaminas por pilotos das Forças Aéreas Americanas é uma prática comum. Há décadas, o US Air Force Fatigue

Countermeasures Branch estuda os efeitos da privação do sono na diminuição dos estados atentos. As forças militares tem financiado um número cada vez maior de pesquisas voltadas ao estudo das farmacologias da atenção. E “Recentemente, o governo francês sugeriu que a Legião Estrangeira fizesse uso de uma forma de modafinil durante algumas de suas operações” (CALIMAN, 2008, p. 564), droga esta que vem sendo investigada pelas forças militares norte-americanas.

Jonathan Crary (2014) também destaca esses esforços militares na busca por medicamentos que permitam as pessoas ficarem sem dormir e funcionarem produtiva e eficientemente. Segundo ele, testes experimentais de técnicas de privação de sono, que incluem substâncias neuroquímicas, mas também terapia genética e estimulação magnética transcraniana, têm sido conduzidas em diversos laboratórios, com o objetivo de desenvolver métodos que permitam que os soldados fiquem ao menos 7 dias sem dormir, preservando altos níveis de desempenho mental e físico.

E se tais inovações são primeiramente relacionadas aos interesses militares, Crary (2014) destaca que historicamente, estas seriam assimiladas pela esfera social mais ampla, sendo o soldado sem sono o precursor do trabalhador e do consumidor sem sono. O que é demonstrado por Greely et al. (2008), que destacam que atualmente, fora do complexo científico-militar, várias substâncias com diferentes ações farmacológicas estão em estudo, apresentando efeitos positivos no aprimoramento da memória de indivíduos saudáveis.

Uma dessas substâncias seria o modafinil. Desenvolvido em 1970 na França pelo neurofisiologista Michel Jouvet do Lafon Laboratories, o modafinil foi primeiramente oferecido como tratamento experimental para narcolepsia em 1986. Em 1989, Jouvet, então diretor do laboratório onde o modafinil foi sintetizado, antecipava seu consumo para fins de aprimoramento da performance, questionando sobre a necessidade do sono, promovendo o “uso dopante” deste medicamento por militares, e levantando a possibilidade do uso de tais remédios para trabalhar e ser produtivo, visto que “O Modafinil permite permanecer acordado por 24 horas seguidas sem afetar o sono reparador” (EHRENBERG, 2010, p. 154).

Naquele mesmo ano, como destaca Ehrenberg (2010), uma pesquisa feita com quinhentos estudantes da universidade de Bensaçon mostrava que mais de um quarto dos estudantes consumiam estimulantes, sedativos ou coquetéis dos dois no momento de seus exames, sendo os estudantes de medicina e farmácia os principais consumidores.

Porém, mesmo com essa antecipação e o possível uso por estudantes universitários, seu consumo era restrito ao tratamento da narcolepsia. Sendo comercializado na França a partir de 1994 com o nome de Modiodal, ele foi aprovado pela FDA apenas em 1998, sob o nome de Provigil, ampliando sua indicação em 2003 para tratamento da síndrome da apneia obstrutiva do sono e distúrbio do sono relacionado ao trabalho em turnos (FDA, 2006).

No Brasil, ele é comercializado com o nome de Stavigile¹² pela empresa Libbs Farmacêutica, tendo a mesma indicação permitida nos EUA. Segundo a bula, agindo no cérebro aumentando o estado de vigília, este medicamento é “indicado para tratar a sonolência excessiva associada a algumas condições médicas, incluindo narcolepsia, síndrome da apneia obstrutiva do sono (pausas respiratórias durante o sono) e distúrbio do sono relacionado ao trabalho em turnos” (STAVIGILE).

Para além das indicações presentes na bula, o modafinil é correntemente prescrito para uma gama de outras condições neuropsiquiátricas e médicas, como a fadiga, além de também ser prescrito a pessoas que precisam ficar alertas e acordadas quando privadas do sono, como os médicos plantonistas (GREELY et al., 2008).

Além disso, mesmo com uma indicação bem específica e com um controle especial - igualmente ao metilfenidato, o modafinil só pode ser adquirido com receituário de controle especial amarelo -, no grupo do facebook citado anteriormente, tal medicamento é trazido a discussão, com pessoas perguntando qual dos medicamentos seria melhor, a Ritalina ou o Stavigile, e outras relatando sua experiência com ambos medicamentos. Também proliferam reportagens falando do consumo dessas substâncias por “concurseiros” e executivos, ressaltando que tal medicamento teria melhores efeitos e menos efeitos colaterais se comparado ao metilfenidato.

Uma dessas matérias, de 2009, “A Pílula da Inteligência” da Revista Super Interessante, destaca o atual interesse dos estudantes pelo consumo desse medicamento para o aprimoramento da performance nos estudos, destacando o interesse dos militares e das universidades por este medicamento.

Segundo a mesma, não tendo os efeitos colaterais dos outros medicamentos utilizados no tratamento da narcolepsia - não provoca euforia e nem vicia -, o modafinil logo atraiu a atenção dos militares do exército americano e francês que começaram a testá-lo com o objetivo de evitar que os soldados dormissem. Fato que teria sido

¹² Não consegui obter informação sobre o ano de sua liberação pela Anvisa, mas no ano de 2006 algumas reportagens já falavam sobre a sua possível liberação para o ano seguinte.

comprovado por um estudo francês, que ao testar o medicamento observou que o mesmo funcionaria, permitindo que pessoas saudáveis fossem acordadas por mais de 60 horas, sem efeitos colaterais, e que faz com que hoje ele seja largamente distribuído e rotineiro entre os militares americanos. Ainda segundo esta matéria, uma pesquisa feita por pesquisadores da Universidade de Cambridge em 2003, que testou o remédio em 60 voluntários saudáveis e descansados, teria demonstrado que este medicamento tem efeito de melhorar o desempenho em alguns testes cognitivos.

Tais resultados fizeram com que a empresa fabricante do modafinil, a Cephalon, chegasse a apresentar o mesmo como solução para quem vive cansado e quer ter energia no dia-a-dia, tentando aprovar a droga como remédio para *jet-lag*. Divulgação esta que fez a empresa levar uma multa milionária do governo americano, mas não evitou que suas vendas quintuplicassem, alcançando 1 bilhão anuais nos EUA (NOGUEIRA, 2009).

Mesmo assistindo a essa recente popularização do modafinil, a presente pesquisa se restringiu ao consumo da Ritalina, por ser o que tem sido mais trazido a discussão aqui no Brasil e por conta dos entrevistados não trazerem em suas falas outros tipos de medicamentos. Porém, considerando o aumento da popularidade do modafinil, considero que em breve discussões acerca de seu uso começarão a ser levantadas. Bem recentemente, em 19 de agosto de 2015, foi publicado um estudo de dois pesquisadores na *European Neuropsychopharmacology*. Ruairidh Battleday da Universidade de Oxford e Anna-Katharine Bram da Faculdade de Medicina de Harvard fizeram uma meta-análise de pesquisas feitas sobre o uso do modafinil para o aprimoramento cognitivo entre os anos 1990 e 2014, e o resultado a que chegaram é de que este medicamento efetivamente seria capaz de melhorar o desempenho intelectual, trazendo benefícios para o planejamento, tomada de decisão, flexibilidade, aprendizagem, memória e criatividade¹³.

Com efeitos ou não, visto que a questão do efeito é um fato controverso quando se trata do consumo desses medicamentos para o aprimoramento da performance - o que tratarei mais adiante -, o importante é que cada vez mais pessoas têm buscado nesses medicamentos o meio para aprimorarem sua performance. Fazendo com que medicamentos que prometem ser mais eficazes do que a Ritalina e de menor potencial

¹³Disponível em: <http://www.eurekalert.org/pub_releases/2015-08/econ-srs081815.php>

aditivo, como o Provigil e o Alertec, tenham alcançado nos EUA o número de US\$ 290 milhões em vendas em 2003 (CALIMAN , 2008).

4. TDAH OU APRIMORAMENTO COGNITIVO?

Minha entrada no campo se deu após uma grande imersão na bibliografia que tratava das questões específicas acerca do consumo de medicamentos para a melhora da performance, o que alguns autores tratam na temática das *enhancement technologies* - intervenções que visam a melhora do funcionamento ou de características humanas para além do sustento da saúde ou reparo do corpo (HOGLE, 2005 apud FRIZE, 2013) -, assim como de outras discussões que tangenciam o tema em questão.

A partir dessa imersão alguns pontos se mostraram importantes e acabaram fazendo parte de três roteiros de entrevista, um para os médicos, um para os representantes da indústria farmacêutica e um para os consumidores de medicamentos para o aprimoramento da performance. Levando em consideração os pressupostos da pesquisa cartográfica, esses roteiros serviram apenas de norte, havendo no caminho, acréscimos de algumas perguntas assim como omissão de outras conforme o decorrer da entrevista e o que os entrevistados traziam.

Estando aberta ao que aparecia no campo, logo na primeira entrevista percebi um mal entendido¹⁴ em relação ao que eu estava chamando e o que o entrevistado entendia por aprimoramento da performance cognitiva, o que apareceu também na segunda entrevista e acabou se tornando uma nova pergunta do meu roteiro: o que eles entendiam por aprimoramento da performance. Mas qual foi esse mal entendido?

Ao utilizar o termo aprimoramento da performance cognitiva eu estava pensando apenas no uso *off-label* desses medicamentos - não indicado na bula -, no consumo feito para o que alguns médicos chamaram de *doping cognitivo*. Porém, esses primeiros entrevistados utilizaram o termo como se a própria finalidade do medicamento, no caso, a Ritalina, fosse ser um aprimorador cognitivo ou um “amplificador cognitivo”, termo utilizado pelo Entrevistado 11 (Médico Psiquiatra). Além disso, na própria busca pelo tratamento do TDAH, a questão da melhora da performance, do desempenho escolar estaria envolvida:

¹⁴ Mal entendido percebido aqui como um “mal entendido promissor” tal como desenvolvido por Despret (1990): “o mal entendido promissor é capaz de gerar novas versões disto que o outro pode fazer existir. O mal entendido promissor, em outros termos, é uma proposição que, da maneira pela qual ela se propõe, cria a ocasião para uma nova versão possível do acontecimento” (DESPRET, 1990, p. 328 apud. PEDRO; MOREIRA, 2015). Tal mal entendido me colocou uma nova versão, que foi pensar a questão do aprimoramento cognitivo não restrito ao consumo off-label desse medicamento, mas como próprio do consumo da Ritalina até mesmo quando este é voltado para o tratamento do TDAH.

Agora, já o filho de um amigo meu, ele precisou entrar no medicamento, aí, assim, **através desse medicamento esse menino ele conseguiu melhorar a performance dele dentro do colégio com a ajuda do medicamento**, o medicamento estabilizou ele, deu uma concentração maior pra ele, ele pode se concentrar mais, ele começou a ter melhor captação daquilo tudo que ela propôs e junto com o medicamento e acompanhamento médico esse menino, que é filho de um amigo meu, **ele melhorou a performance dele dentro do colégio**. (Entrevistado 1 - Propagandista da Indústria Farmacêutica)

[...] é curioso, porque, eu costumo dizer que essa questão do TDAH, o TDAH se transformou basicamente num diagnóstico escolar, em que sentido? Em geral há alguma queixa que ou parte da escola ou então até parte dos pais, mas que **tem a ver com o desempenho escolar, raramente, eu diria que nunca aparece uma situação de "oh, tá tudo bem na escola" ou então "a escola não apontou nada, não é a escola que tá pressionando"**. Então, em geral essas, essas pessoas, aí nesse caso falando mais das crianças, que são, crianças e adolescentes são a maioria no caso de TDAH, elas chegam às vezes por uma indicação direta ou indireta da escola [...] Então, normalmente eu recebo crianças com essa questão, né? no caso do TDAH, crianças e adolescentes, onde se identificou alguma dificuldade e que geralmente passa pela escola também, claro que os comportamentos também podem causar problemas ou dificuldades em casa, mas passam principalmente pela escola é, e onde já se fez algum tipo de tentativa e alguém avaliou e "olha, não tá melhorando, não tá dando certo, então é melhor ter uma avaliação e etc" e é claro, essa questão do remédio tá sempre colocada. (Entrevistado 2 - Médico Psiquiatra)

A partir daí, como abordado anteriormente, perguntei para alguns dos entrevistados o que eles entendiam por melhora do desempenho ou melhora da performance e ora essa noção era entendida de maneira mais geral, como questão existente na demanda e tratamento do TDAH, melhorar a performance escolar, ou aparecia o entendimento que eu havia dado primeiramente:

No caso de criança isso se traduz muito no desempenho escolar, mais, tem essa queixa, e, e é esse, no caso de desatenção, você atribuiria então a essa performance ruim a essa dificuldade de concentração." (Entrevistado7 - Médico Psiquiatra)

Eu entendo que melhorar a performance é, pra uma pessoa que não está em tratamento psiquiatra (SIC), é uma pessoa que tá sendo muito demandada, é uma pessoa que tá, ou não muito demandada, uma pessoa que tá na vida, que tá aí tenho que trabalhar, cuidar de casa, cuidar de família e precisa, e sente, acha que pode melhorar, que pode fazer diferente e aí recorre a alguma substância ou alguma estratégia.

Eu entendo melhora de performance assim. (Entrevistada 3 - Médica Psiquiatra)

Pra mim seria uma pessoa que não tá tendo nenhum tipo de sofrimento psíquico, né? e utiliza alguma droga pra que ela melhore o seu desempenho intelectual né? o ruim disso, assim, a gente vai falar, o que acontece mesmo é a Ritalina, seria o protótipo dessa droga (Entrevistado 10 - Médico Psiquiatra)

O mais interessante desse mal entendido foi poder perceber que, no caso do TDAH, a questão da performance também está colocada, o que faz com que possamos pôr em questão o próprio diagnóstico e que demanda é essa que a escola e os pais fazem, se é uma demanda pelo tratamento de um transtorno ou uma demanda por aprimoramento da performance:

Porque normalmente a escola pressiona muito os pais... os pais se sentem muito pressionados e querem que os filhos tenham resultados também, né? Cognitivos bons. Entende. Eu tinha uma mãe que falava assim, "Pô, eu desço...", é do ambulatório que eu fazia... ambulatório quase gratuito, a mãe falava assim, "Ah, eu desço o morro, levo o menino pra escola, ele não copia nada, não aprende nada. Porque que eu vou fazer isso? Não adianta nada'. Esse menino precisava de Ritalina, ele tomava. (Entrevistada 4 - Médica Psiquiatra)

Questão de desempenho escolar e melhora da performance que parece estar implícita no modo como tais medicamentos são indicados pelos médicos. Perguntados sobre qual a indicação do uso, os entrevistados disseram:

Porque assim, com criança é, a gente manda tomar normalmente antes e ir pra escola... feriado, final de semana e férias não tomar. (Entrevistada 4 - Médica Psiquiatra)

[...] eu uso a dose mais baixa que faz efeito e como tem uma meia-vida curta você acaba usando 2 vezes por dia ou usando, você estuda de manhã, usa 1 de manhã. Eu acabo na verdade usando, falo pra usar antes de alguma atividade, do colégio ou de aula particular, então, você diz que estudava a tarde, então só tomava depois do almoço e de manhã, quando tinha aula particular de manhã, e não nos outros dias, então, acabo, o uso é feito durante a semana antes da aula e no fim de semana não é feito, nas férias não se faz, enfim, isso é, isso é um pouco geral assim, todo mundo faz isso pra reduzir efeitos colaterais. (Entrevistado 8 - Médico Psiquiatra)

Tal aspecto corrobora com o que o Boletim de Farmacoepidemiologia de 2012, publicado pelo Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC/ANVISA), destaca sobre uma variação no consumo do metilfenidato ao longo do ano. Segundo este, há uma diminuição no consumo deste medicamento nos meses de férias - janeiro, julho e dezembro - e um aumento no segundo semestre do ano, em que geralmente as crianças teriam que estudar mais para passar de ano.

Frente a isso vários questionamentos me vêm a cabeça: Se a criança tem um transtorno, porque esse transtorno só é medicado quando ela precisa “estar concentrada” no colégio? Se é um transtorno, por que a principal questão que está colocada é a da performance escolar? Esse esquema de uso não estaria relacionado diretamente ao aprimoramento da performance escolar? Ter o diagnóstico de TDAH seria demonstrativo de que existe realmente um transtorno ou estaríamos considerando como transtorno o mau desempenho? Estaríamos medicalizando o mau desempenho? O que estaria em jogo nesses diagnósticos seria uma questão de tratamento ou de melhora da performance? E tal aumento do consumo estaria relacionado a um aumento do número de diagnósticos de TDAH ou estaríamos diante de um consumo que não visa tratamento, mas o aprimoramento cognitivo?

E se por um lado, o diagnóstico de TDAH em crianças não apareceu como sendo controverso para os médicos entrevistados, mesmo que a questão da performance escolar estivesse posta, o diagnóstico em adultos não mostrou-se tão consolidado assim:

Normalmente eu não tenho tantos adultos assim em tratamento, usando, com diagnóstico de TDAH, usando Ritalina, tenho de fato poucos. É... **alguns deles chegaram a partir da identificação do seu suposto TDAH a partir do filho, ou seja, da identificação com o filho, né?** Então, ou seja, o filho foi diagnosticado por alguém aí a pessoa falou "Caramba, mas eu sempre fui assim desde criança e sou também. Então isso, né? Tem um diagnóstico pra isso e quero conversar com o psiquiatra sobre isso. Quero experimentar tomar remédio, vê se lá no trabalho eu fico menos desorganizado e mais concentrado". Outras pessoas vêm mais por ter visto, não necessariamente porque o filho é, teve o diagnóstico, mas tiveram acesso de alguma maneira ao diagnóstico, ou seja, já chegam, isso talvez seja uma característica no TDAH do adulto, se bem que na criança os pais também já chegam um pouco com isso, né? Mas no caso do adulto, o próprio adulto já chega com uma sugestão diagnóstica. Eu não me lembro de ter recebido ninguém que chegou lá, só relatando "Não, olha, eu sou muito desorganizado, desatento, etc", que já não sugerisse claramente, né? e que acha que isso é o TDAH.[...] a maior parte dos adultos que eu atendi e atendo, eles vem por uma certa iniciativa própria, então... já aconteceu de um psicólogo

ou de alguém falar "Olha, quem me pediu pra te procurar foi a psicóloga que eu faço tratamento, porque ela acha que pode ser, né?, que além das minhas questões mais pessoais, eu tenha déficit de atenção", mas no caso dos adultos isso é minoritário. É uma coisa mesmo da própria pessoa que teve identificação com o filho, seja por que ele olhou na Internet, seja porque o amigo do trabalho tá tomando Ritalina e tá tendo uma melhora no foco e etc. São essas coisas que levam a pessoa, no caso do TDAH. (Entrevistado 2 - Médico Psiquiatra)

Eu tenho uma opinião muito complicada com relação ao TDAH, assim, eu não acredito muito em TDAH, pessoalmente se o paciente, **esse TDAH de adulto, eu não acredito**, eu sigo muito a linha do meu professor da pós, que ele falava o seguinte, "Uma doença em que você se adapta na vida adulta não pode ser considerada doença". Então, falar assim, ah, até já vi na Santa Casa crianças que tinham o perfil, que tinham indicação, **mas quando chega um paciente aqui no meu consultório, tá fazendo, como já aconteceu, fazendo faculdade de odontologia, terceiro período, tranquilo, "ah, eu quero Ritalina porque eu tenho TDAH", "Não filho, você não tem. Você passou no vestibular, você tá na UERJ, fazendo odontologia que é um vestibular difícil"**. Então, esse TDAH que tá, que deu um boom no uso da Ritalina, de hoje, que é, **os profissionais adultos que se dizem TDAH, né? e que querem usar, eu não concordo muito**. Até porque se você se adaptou pra chegar onde você chegou, você não precisa de uma substância, você já se adaptou, você já passou por isso. Mas, em criança eu já vi casos que realmente assim, quando eu acompanhei casos enfim, que o paciente melhorou absurdamente, aquela criança impossível e que aquela coisa melhorou. De repente aquela criança se adaptaria mais a frente. Então é uma área meio pra mim, por isso que eu até falei, você já viu que eu tenho aquela resistência de "oh, comigo é complicado" (risos)... (Entrevistada 6 - Médica Psiquiatra)

Esses relatos parecem corroborar com o que Conrad (2007) destaca acerca do diagnóstico de TDAH em adultos, cuja percepção de baixa performance e o sentimento de que poderiam ser melhores estariam envolvidos, sendo o uso da Ritalina nesses casos uma estratégia para melhorar esse sentimento de baixa performance. Segundo Ortega et al.: "Uma vez visto como a causa para o baixo desempenho escolar, o transtorno passou a ser uma explicação biológica plausível para as dificuldades da vida, sejam elas acadêmicas, profissionais, emocionais, familiares e, mesmo, sexuais" (ORTEGA et al., 2010, p. 501).

Tal aspecto foi destacado pela Entrevistada 15 (Consumidora), que chegou a acreditar que tinha TDAH por conta da dificuldade em ler textos ou livros do início ao fim. Disse que tinha 20 livros iniciados ao mesmo tempo, que começava a ler um artigo, via um autor importante, largava o artigo que estava lendo e ia para outro, e não

conseguia concluir nada, absorver conteúdo nenhum, “porque você tá nessa loucura de pular, pular e pular”. Porém, ela começou a perceber que outras pessoas têm o mesmo comportamento, que ela disse acreditar ser devido ao uso intenso da tecnologia, que mudou o modo de nos relacionarmos com o texto, fazendo com que atualmente leiamos de maneira hipertextual.

Mas voltando. O interessante, que foi posto pelo Entrevistado 2 (Médico Psiquiatra), é esse argumento do paciente de que poderia ter um rendimento melhor no trabalho, e pelo diagnóstico já pronto que parte da identificação com o filho que se trata ou pelo conhecimento dos sintomas, obtidos na Internet ou por amigos que fazem uso.

Tudo isso nos leva à discussão acerca do próprio diagnóstico do TDAH, pois se existe um uso *off-label*, voltado claramente para o aprimoramento cognitivo, tal discussão acerca do aprimoramento cognitivo não está completamente ausente quando a questão é o diagnóstico de TDAH, cuja primeira linha de tratamento é o consumo de medicamentos como a Ritalina. Sendo difícil, neste sentido, definir a linha que separa o tratamento do aprimoramento quando a questão é o TDAH, que é um diagnóstico considerado controverso por muitos estudiosos.

Controvérsias estas alimentadas pelo aumento no número de casos de crianças, adolescentes e adultos diagnosticados, pela disseminação da prescrição de estimulantes e pela proliferação de processos legais que, com base no diagnóstico, pleiteiam educação especial e privilégios no ambiente de trabalho. E que contribuem para o clima de suspeita em torno do transtorno (CALIMAN, 2008; CALIMAN; DOMITROVIC, 2013), levando alguns a acreditar que as crianças possam estar tomando a mando dos pais ou professores para melhorar a ordem na sala de aula. (GRELLY et al., 2008)

Em um relatório de 2002, o Conselho Nuffield de bioética - um círculo britânico formado por filósofos, médicos e cientistas - destaca que “parte do problema radica na extensão dos diagnósticos ou na tendência para definir as perturbações de um modo tão amplo que cada vez mais e mais indivíduos são apanhados nas teias dos diagnósticos” (BLECH, 2009, p.32-33). Segundo eles, o desenvolvimento de medicamentos que produzem determinado efeito em uma característica pode fazer com que a mesma seja encarada como perturbação ou algo que pode ser tratado ou alterado, levando a uma ampliação do público passível de consumir tais medicamentos seja para o tratamento ou para o aprimoramento da performance.

Assistimos deste modo, desde a sua constituição na década de 70, um crescimento constante da categoria diagnóstica do TDAH. Considerado inicialmente

uma desordem infantil e transitória, que raramente chegava à adolescência, atualmente é descrito como um transtorno psiquiátrico que pode perdurar por toda a vida. Sendo um quadro incurável, para as crianças a medicação passou a ser para a vida toda, e, para os adultos nunca antes diagnosticados, certas dificuldades na vida profissional, pessoal e relacional passaram a ser interpretadas como signos da manifestação do TDAH, que, mesmo sendo diagnosticado pela primeira vez, revelam os sinais e sintomas já presentes no organismo de forma oculta ou não revelada (ORTEGA et al., 2012; CALIMAN; DOMITROVIC, 2013).

Uma pesquisa feita nos Estados Unidos em 2005 estimava que 4,4% dos adultos americanos poderiam ser diagnosticados com TDAH, estimativa essa considerada conservadora para muitos psiquiatras (KESSLER et al. 2007 apud. DOMITROVIC, 2014), visto que os critérios diagnósticos do TDAH presentes no DSM IV ainda seriam voltados para o universo infantil. Em relação às prescrições de medicamentos usados no tratamento de TDAH, adultos americanos receberiam cerca de um terço de todas as prescrições. De 2002 a 2005 o número de prescrições para maiores de 18 anos teria aumentado 90% (OKIE, 2006 apud. DOMITROVIC, 2014), indicando que o mercado de medicamentos para adultos com TDAH estaria em desenvolvimento (ORTEGA et al. 2012; CALIMAN; DOMITROVIC, 2013).

Tais números e estatísticas aumentam as controvérsias em torno do diagnóstico, porém, também são usados no discurso de legitimação do TDAH, visto que a prevalência de casos seria demonstrativo de que a doença realmente existe. Servindo assim, como dispositivos de inscrição¹⁵ (LATOURE, 2000) que ajudam na construção de argumentos que demonstram a “realidade” de tal transtorno, assim como servem para pôr em questão a sua existência.

¹⁵ Segundo Latour (2000), os dispositivos de inscrição - mapas, gráficos, estatísticas, etc - sendo móveis, estáveis e combináveis, são o meio pelo qual se pode atuar sobre eventos, lugares e pessoas à distância, sendo a solução para quem quer levar os outros a acreditar em algo que poderia se supor incoerente. Neste sentido, podemos dizer que tais números e estatísticas, enquanto elementos estáveis, móveis e combináveis, atuam como um meio de fortalecer o argumento, colaborando para tornar os fatos moles em fatos duros. Inicialmente, o número em si não representa nada, mas combinando estes números a determinados argumentos - como o de que ele demonstra a existência do TDAH, ou que ele demonstra, ao contrário, que há um exagero no número de diagnósticos e prescrições, o que põe em dúvida a existência do transtorno -, acaba por fortalecê-los. E, caso surja uma controvérsia, mais estatísticas podem ser feitas e acumuladas para fortalecer o argumento da realidade daquele fato. Em suas palavras: “Todos esses objetos ocupam o começo e o fim de um ciclo semelhante de acumulação; não importa se estão longe ou perto, se são infinitamente grandes ou pequenos, infinitamente velhos ou novos, todos terminam numa escala tal que possa ser dominada com o olhar; num ponto ou noutro, eles assumem a forma de uma superfície plana de papel que pode ser arquivada, presa a uma parede e combinada com outras; todos ajudam a inverter o equilíbrio de forças entre quem domina e quem é dominado. (LATOURE, 2000, p.369-370), ou, como podemos dizer aqui, entre quem define a “realidade do fato”.

Segundo Caliman e Domitrovic (2013), as discrepâncias em relação ao consumo do metilfenidato em diferentes regiões resultariam em posicionamentos diferentes. De um lado haveria a denuncia da banalização do transtorno e do excesso de diagnósticos em alguns países e regiões, e do outro haveria a defesa de que em alguns lugares o TDAH seria subdiagnosticado, por conta de informação insuficiente sobre a doença por parte de alguns profissionais da saúde e da educação, e os equívocos quanto ao seu impacto negativo sobre as crianças.

Além disso, estas discrepâncias seriam vistas por alguns, como sinal de interferência de questões culturais, sociais, políticas e subjetivas na definição do diagnóstico e no tratamento, e por outros, como influenciadas pelos critérios e ferramentas diagnósticas. Neste sentido, uma tolerância maior ou menor em relação aos comportamentos desatentos e hiperativos em determinado contexto, assim como pressão social e econômica sobre a exigência de sucesso acadêmico e profissional, poderiam interferir no uso das ferramentas diagnósticas (CALIMAN; DOMITROVIC, 2013). Alimentando assim, o clima de suspeita em relação ao diagnóstico de TDAH.

Esse clima de suspeita fez com que, em 2002, fosse assinado um Consenso Internacional destacando a legitimidade do diagnóstico e a sua existência real. Utilizando como critério o cálculo de risco e o prejuízo que a doença traria aos indivíduos, este consenso estabeleceu que o TDAH seria uma patologia real, visto que os prejuízos por ele causados - sociais, educacionais, familiares, laborais - seriam científica e clinicamente comprovados. Fazendo com que a definição da realidade da patologia fosse dada através da medida de seus possíveis danos (CALIMAN, 2009).

Além dos cálculos do seu potencial de risco, o discurso científico que legitima a existência do TDAH defenderia sua realidade biológica e cerebral, sustentando seu argumento na possibilidade de visualização objetiva da patologia. Neste contexto, o diagnóstico de TDAH seria real porque seria visível e biológico. Segundo Caliman (2009), “A existência de certas patologias mentais e sua legitimidade médica passaram a estar vinculadas à possibilidade de sua visualização: a imagem do ‘cérebro anormal’ possibilitava o diagnóstico da ‘mente anormal’” (CALIMAN, 2009, p. 142).

Neste contexto, as tecnologias da imagem cerebral passaram a alimentar a crença de que tais “fatos científicos” são objetivos e neutros. Contudo, como destaca Caliman (2009), as tecnologias de imagem cerebral não são auto-evidentes, ou como podemos dizer, auto-explicativas. Além disso, considerações acerca do que é ou não uma consequência adversa, assim como a intensidade em que ela se torna ou não

patológica, depende do que é bom ou ruim, certo ou errado para uma dada sociedade.

A tarefa de decisão, sendo tarefa dos pais, principalmente das mães de crianças diagnosticadas com TDAH se faria num contexto cultural em que crenças de boa maternidade, infância normal e autenticidade seriam co-produtivas das decisões dessas mães, que tendem a reproduzir essas crenças (SINGH 2002a, 2004, 2005 apud. DOMITROVIC, 2014). Porém:

Contra as suspeitas em torno do diagnóstico, era preciso reafirmar a legitimidade da natureza biológica e cerebral do transtorno. Ele não era um efeito da forma de vida atual, da necessidade de segurança, das exigências de produtividade e sucesso, da lógica do risco e do pensamento psiquiátrico baseado na evidencia visual. As questões econômicas, políticas, sociais e morais que ajudaram a criar o “fato TDAH” deveriam ser mitigadas (CALIMAN, 2009, p.140).

Silenciando assim, as controvérsias - disputas, debates, negociações - que estão presentes no processo de construção e manutenção de tal categoria diagnóstica.

A tentativa de silenciamento do processo de construção do diagnóstico, segundo Caliman (2010), está presente nos dados históricos utilizados na produção acadêmica e científica sobre o TDAH e o metilfenidato. Nestas, são utilizados textos que favorecem o tratamento medicamentoso do transtorno, além de notas históricas sobre nomenclaturas anteriores e experiências bem sucedidas na administração de psicoestimulantes no tratamento, de modo a dar confiabilidade e afirmar tradição no uso dos mesmos. Sugerindo assim, um percurso histórico através de uma narrativa linear, consensual, progressiva e não contestável dos fatos (CALIMAN, 2010 apud. DOMITROVIC, 2014), que nos faz acreditar que o meio de tratamento do TDAH é pelo consumo de psicoestimulantes.

Porém, como destaca o *Consensus Development Statement on Diagnosis and Treatment of Attention Deficits Hyperactivity* publicado pelo *National Health Institutes* (NHI - 1998), não há consenso no meio científico a respeito do TDAH, as teorias sobre a sua causa permanecem especulativas e não há comprovação da sua causalidade orgânica, mais especificamente cerebral. (ORTEGA et al., 2012; CALIMAN; DOMITROVIC, 2013). Além disso, não há teste que comprove a existência do transtorno, nem limites objetivos entre o TDAH, outras desordens comportamentais e a “normalidade”, havendo também divergências na prevalência do TDAH em diferentes partes, que apontam para o risco de aumento excessivo de diagnósticos em certas

nacionalidades (ROSE, 2006; SINGH, 2006 apud. CALIMAN, 2009). Além disso, o mecanismo físico-químico do medicamento é pouco conhecido e as bases biológicas do comportamento associado ao TDAH não foram comprovadas (GENRO, 2008; MYERS, 2007 apud. DOMITROVIC, 2014).

O mecanismo de ação dessa substância no organismo, ou seja, o modo como atuam no cérebro, não está completamente elucidado (DOMITROVIC, 2014; BLECH, 2009). As hipóteses ora associam os efeitos estimulantes do medicamento à ação sobre a dopamina no núcleo estriado do cérebro, aumentando a concentração sináptica na região, e ora associam esse efeito a certa atuação no sistema noradrenérgico, não havendo consenso científico, nem mesmo comprovação a respeito desse mecanismo (DOMITROVIC, 2014; ORTEGA et al., 2010). Incerteza ou desconhecimento que se reflete na pouca discussão sobre o assunto nos periódicos médicos (ORTEGA et al., 2010).

Quanto ao tratamento, também não há dados científicos. As pesquisas focam na intervenção medicamentosa, mas são raros os estudos sobre seus efeitos a longo prazo, ou seja, quanto ao risco ou benefício do tratamento medicamentoso e das intervenções psicossociais; não há informação sobre os resultados positivos ou negativos desses medicamentos no desempenho educacional ou ocupacional do indivíduo; não existe consenso entre os profissionais de saúde acerca do tratamento adequado; e além disso, tais medicamentos favoreceriam não apenas pacientes com TDAH, como também pacientes com vários problemas de atenção, assim como pessoas sem o diagnóstico (CALIMAN, 2009; CALIMAN; DOMITROVIC, 2013).

Ademais, não havendo nenhum teste ou exame específico e preciso para identificação do TDAH, o diagnóstico é feito a partir de um processo misto “que inclui testes psicológico, história clínica, análise do desempenho escolar e entrevistas com pais e professores” (CALIMAN, 2008, 563). Em relação ao adulto, esse diagnóstico depende da avaliação do sujeito que deve buscar na sua história de vida traços da existência do transtorno. Discurso este que é avaliado juntamente ao discurso de outros informantes - pais, irmãos, colegas de trabalho, etc - que participam do processo de construção diagnóstica e de reconstrução da narrativa do indivíduo (CALIMAN, 2008).

Por fim, podemos destacar que como a Ritalina é um psicofármaco receitado muitas vezes por médicos não especialistas - médicos de laboratórios clínicos, radiologistas, otorrinolaringologista, ginecologista e até dentista (BLECH, 2009) -, sem uma formação específica em psiquiatria e saúde mental, em atendimentos curtos, o que

Aguiar (2003) chama de “psiquiatria dos generalistas”, também deveríamos questionar o modo como esse diagnóstico é feito e tratado.

Assim, se esse limite não é claro e se esse diagnóstico é feito por médicos sem uma formação criteriosa, estaríamos frente a um TDAH, merecedor de tratamento medicamentoso, ou estaríamos frente a uma dificuldade “normal” que estaria sendo percebida como patológica? Será que este fenômeno poderia se caracterizar como um *enhancement* e não como um tratamento?

Tais aspectos demonstram a linha tênue envolvida no diagnóstico de TDAH, que exige um julgamento normativo, sendo difícil avaliar se ela é usada para fins terapêuticos ou como aprimorador (COENEN, 2009). Destacam também a dificuldade em estabelecer os limites entre o TDAH, outras desordens comportamentais e o comportamento normal (CALIMAN; DOMITROVIC, 2013). Demonstrando assim, a complexidade do processo de legitimação e “dês-legitimação” do transtorno, visto que envolve “valores morais, interesses políticos, econômicos e sociais específicos de uma época e de um contexto” (CALIMAN, 2009, p. 143).

Contexto este que envolve a publicação do DSM III e a psiquiatria biológica, que são parte integrante de um longo processo da forma como a desordem mental passa a ser investigada, explicada e tratada.

Desde os anos 80, com a publicação do DSM III, a psiquiatria tem valorizado a análise quantitativa na definição dos transtornos mentais, obscurecendo a distinção entre o que é normal, anormal ou melhor que normal. Nessa psiquiatria, o indivíduo com TDAH não se diferenciaria completamente do indivíduo normal. Para os teóricos do campo neuropsiquiátrico, o que diferenciaria a patologia da normalidade não seria a mudança qualitativa, mas a intensidade dos sintomas, que devem estar quantitativamente anormais em relação a uma média (CALIMAN, 2008).

Segundo Caliman (2009): “Para o discurso da legitimidade biológica e visual do TDAH, as contingências locais, morais, sociais e políticas de uma época não afetam a produção científica da patologia e a condição existencial que ela descreve.” (CALIMAN, 2009, p. 136). Porém, como ela bem destaca, não só a interpretação médica atual, como as vozes destoantes são parte da constituição da patologia.

Além disso, o diagnóstico do TDAH se constitui em um contexto no:

[...] qual o indivíduo bem-sucedido, produtivo e feliz, é auto-gestor atento, consciente, racional e prudente. Nesta economia, não há

limites para as exigências de atenção, e, na busca pela sua maximização, todo indivíduo será um pouco desatento. Por outro lado, a psicofarmacologia atual afirma que logo não terá limites para a intensificação da atenção [...] O transtorno da atenção e do autocontrole legitimou-se neste contexto, quando as limitações corporais e cerebrais da atenção foram parcialmente eliminadas (CALIMAN, 2008, 565).

Visto isto, uma das preocupações do debate ético atual acerca do TDAH diz respeito exatamente a essa separação entre tratamento e otimização, requeridas no espaço educacional e ocupacional, estando no centro desse diagnóstico a discussão acerca da possibilidade de otimização da atenção e o questionamento sobre até onde estaríamos tratando de uma patologia ou buscando a melhora da performance cognitiva, visto que:

A farmacologia do transtorno da atenção e da hiperatividade se confunde e por vezes se identifica com as drogas cosméticas que buscam melhorar a performance cerebral. Estimulantes são drogas que prometem aumentar as capacidades de concentração, de memória e de atenção, necessárias ao desenvolvimento da performance produtiva (CALIMAN, 2008, p. 564).

Então, volto a perguntar: Ter o diagnóstico de TDAH seria demonstrativo de que existe realmente um transtorno ou estaríamos considerando como um transtorno o sentimento de baixa performance? O que estaria em jogo nesses diagnósticos seria uma questão de tratamento ou de uma melhora da performance? Estaríamos medicalizando o mau desempenho?

5. DAS CONTROVÉRSIAS ACERCA DO CONSUMO *OFF-LABEL* DA RITALINA

Se por um lado a indefinição dos limites entre o que é ou não patológico pode borrar as fronteiras do que é ou não *enhancement*, a clara reapropriação de medicamentos, como a Ritalina, para fins de aprimoramento da performance, tem levado diversos estudiosos a discutirem as questões éticas relacionadas a este consumo. Questões quanto à segurança e risco desses medicamentos, à possibilidade de coerção direta ou indireta ao seu consumo, à justiça distributiva e uma dada redefinição da natureza humana que adviria desse consumo. Temas que longe de apresentarem um consenso, introduzem muitas controvérsias.

Porém, antes de adentrarmos nas controvérsias, vale destacar que se na literatura elas rondam em torno desses quatro pontos éticos, nas entrevistas desenvolvidas as controvérsias rondaram em torno da segurança e risco desses medicamentos, assim como dos efeitos ou não desses medicamentos para fins de aprimoramento da performance. Sendo trazida apenas por uma das entrevistadas a questão do *doping*, ou seja, injustiça competitiva advinda da distribuição desigual de tais medicamentos. As questões éticas como a possibilidade de coerção ao consumo e acerca de uma dada natureza humana que seria alterada a partir deste consumo apareceram apenas tangencialmente.

5.1 - Segurança e risco do consumo da Ritalina® para fins de aprimoramento cognitivo

Uma primeira questão controversa acerca do consumo de medicamentos para o aprimoramento da performance cognitiva é quanto a segurança ou risco desses medicamentos. Aqueles que consideram que estes medicamentos não são seguros, destacam a existência de efeitos secundários ao seu uso e o desconhecimento de seus efeitos colaterais a longo prazo, assim como a possibilidade de abuso de tais medicamentos. Já os outros consideram que, mesmo levando em conta estas questões, o risco desses medicamentos não seria assim tão grande a ponto de ser um impedimento ao seu consumo para o aprimoramento da performance.

E se na literatura o debate acerca da segurança ou risco do consumo de aprimoradores cognitivos ronda em torno do risco de efeitos adversos, desconhecimento

de seus efeitos a longo prazo e possibilidade de abuso, nas entrevistas efetuadas o debate apareceu com nuances um pouco mais complexas.

Quando perguntados acerca dos efeitos colaterais, os psiquiatras entrevistados destacaram a diminuição do apetite e a perda de peso decorrente disso, diminuição do sono, tiques motores, enjoo, dor de cabeça, risco de evento adverso grave e eventos cardiovasculares.

Dentre as três entrevistadas que consumiram a Ritalina para o aprimoramento da performance, os efeitos relatados pela Entrevistada 5 (Consumidora), foi de uma agitação que começou a virar angústia e a fez suspender o uso, um pouco de taquicardia e um cansaço muito grande após as 4 horas de efeito do medicamento. Além disso, ela relatou um incômodo subjetivo como uma sensação de estar drogada, de se sentir muito fora de si, do que era o seu estado normal, de ficar diferente, mais inadequada, agressiva e expansiva nas horas que não era para ser. Porém, mesmo tendo suspenso esse uso depois que começou a sentir tal angústia, relatou não ter se preocupado com os efeitos colaterais da medicação.

A Entrevistada 7 (Consumidora) relatou que no dia seguinte ao consumo do medicamento se sentia muito cansada, como se tivesse ultrapassado seu limite, que bebia mais café e fumava mais e que sentiu um leve aumento de pressão, mas que já é hipertensa. No final da entrevista fez questão de destacar que não teve alteração no sono, e assim como a outra entrevistada, disse não ter sido uma preocupação os possíveis efeitos colaterais de tal medicamento.

Já a Entrevistada 15 (Consumidora), relatou que ficou com a boca muito seca, fazendo com que bebesse muita água e, conseqüentemente, fosse muito ao banheiro, o que para ela era um inconveniente. Disse que também teve perda de apetite, que o medicamento a fez sentir menos fome. Talvez por controlar a ansiedade e acelerar o metabolismo, ela conseguiu perder e manter o peso com o uso do mesmo. Aspecto este que, sendo relatado primeiramente como um efeito colateral do medicamento, posteriormente foi tratado como um efeito benéfico do mesmo, que a faz querer voltar a tomar a Ritalina, agora com a finalidade de emagrecer.

Tais efeitos colaterais, assim como o fato de eles não serem uma preocupação para o não uso do medicamento, corroboram com o que Mota e Pessanha (2014) encontraram em um estudo feito com 150 universitários do curso de farmácia e medicina do Campo de Goytacazes, no Rio de Janeiro. Segundo eles, a maioria dos universitários relatou algum efeito colateral descrito na bula, estando entre os efeitos

mais presentes a diminuição do apetite, insônia, dor abdominal, cefaleias, náuseas, ansiedade, euforia, desinteresse, irritabilidade, tristeza, choro, tiques e tonteira. Porém, mesmo com relato desses efeitos colaterais, a grande maioria afirmou que continuaria fazendo uso do medicamento mesmo após a conclusão do curso, para fins de concurso público, residência, mestrado/doutorado e entrevistas de emprego, o que demonstra que tais efeitos não são fatores para a suspensão do uso.

Para alguns dos psiquiatras entrevistados, estes efeitos colaterais seriam riscos comuns a toda droga, que devem ser levados em consideração quando se prescreve qualquer medicamento:

[...] você sempre tá pesando na balança benefício, risco e custo em termo de efeito colateral [...] Já tive algumas situações onde acabei suspendendo o remédio exatamente por que os efeitos colaterais, né? diminuição do apetite, diminuição do sono, tiques motores, né? enjoo, dor de cabeça tavam muito mais relevantes do que o efeito terapêutico, né? Então isso vale pra tudo. (Entrevistado 2 - Médico Psiquiatra)

Ao passo que, para outros, os efeitos colaterais desses medicamentos seriam leves, envolvendo poucos riscos¹⁶. E, em um terceiro caso, seria um risco considerável que deve ser levado em consideração e faz com que o seu consumo para fins de aprimoramento da performance seja perigoso, como destacado por este psiquiatra:

Cada medicação que você toma, cada efeito colateral que você tem, é um pequeno corte, medicações de uso tão controlado que usa anfetamina pra funcionar, no caso da Ritalina, são na minha opinião, **eu sei que fazem bem pra quem precisa, não sei o que, mas pra quem não precisa faz um mal terrível, até porque se a pessoa tiver ainda por cima, quantas pessoas hoje em dia devem ter uma doença de coração de base e não sabem, tomam uma medicação dessa e aí acontece uma tragédia.** (Entrevistado 9 - Médico Psiquiatra)

A fala de tal entrevistado parece apontar para o que Conrad (2007) argumenta acerca de um risco que pode ser aceitável para o tratamento de uma doença, mas não para fins de aprimoramento da performance. Além disso, levanta um aspecto destacado pelo neurocientista Anjan Catterjee (2009) de que os riscos do uso desses medicamentos superariam seus benefícios. Segundo Catterjee (2009), a FDA deu ao metilfenidato a

¹⁶ Na página 79 e 80 apresento o relato de dois entrevistados acerca desta questão.

tarja-preta exatamente por seu potencial risco de abuso e dependência, assim como pelo risco de morte súbita e eventos cardiovasculares adversos. Além disso, existiriam também *trade-offs*, ou seja, seu uso a longo prazo poderia produzir perda de criatividade. Neste sentido, haveria uma subvalorização do risco por não médicos que poderia levar ao uso irresponsável desses medicamentos.

Em relação ao risco de dependência, a Entrevistada 15 (Consumidora) disse ter certo receio quanto à possibilidade de vício/dependência com o uso do medicamento, que este não seria um medo consciente, mas algo de um inconsciente coletivo, que faria parte da formação dela, algo que ela sempre ouviu, “ah, isso aí vai viciar”, “Não, isso é tarja-preta, vicia”, que é perigoso não tomar acompanhado, e por isso ela se sentia mais segura tomando com o acompanhamento da sua médica.

Além disso, seria um risco que acompanha tanto as discussões sobre o consumo para fins de aprimoramento, quanto o consumo voltado para o tratamento do TDAH, e que apresenta algumas controvérsias.

Segundo Mota e Pessanha (2014), a longo prazo os efeitos colaterais de maior importância do metilfenidato seriam os efeitos cardiovasculares e a dependência. Tal aspecto também é destacado pela Associação Médica Brasileira e o Conselho Federal de Medicina, que ressaltam que o metilfenidato sendo uma anfetamina de uso médico, pode causar dependência como qualquer outra anfetamina - fator que seria encontrado na bula do medicamento (ORTEGA; ITABORAHY, 2013).

Porém, ao analisar artigos científicos sobre o TDAH e o metilfenidato, Ortega e Itaborahy (2013) e Ortega et al. (2010) destacam que segundo os mesmos, ao invés da dependência, um dos benefícios do uso do metilfenidato seria o efeito antidependência, ou seja, ele teria a capacidade de reduzir o risco de abuso de outras drogas na juventude e na vida adulta, fator de risco de quem tem TDAH. Tal benefício antidependência seria usado como resposta ao questionamento da possibilidade de dependência ao metilfenidato, ressaltando que o mesmo não causaria dependência, mas evitaria o abuso de outras substâncias no futuro, fator que não possui evidências no campo científico.

E, se por um lado, existem argumentos desse efeito de antidependência, outros argumentos de que a substância não causaria dependência, que esta poderia ser “apenas psicológica”, levam alguns estudiosos a alegarem que o receituário azul, ao invés do amarelo, seria suficiente (BRANT; CARVALHO, 2012).

Porém, se de um lado haveria esses riscos de efeitos colaterais e dependência, o principal risco desses medicamentos estaria no potencial de uso abusivo dos mesmos:

Teve uma época que dava muitos efeitos cardiovasculares na criança, perda de apetite é muito comum, a pessoa emagrece bastante, isso pode ser ruim pra algumas pessoas, é, e os efeitos colaterais, dor de cabeça, enjoo, as pessoas têm. É... e claro que o risco aumenta se a pessoa já tem um outro transtorno associado, é, mas, fora isso, o perigo mesmo está no potencial de abuso. (Entrevistado 11 - Médico Psiquiatra)

Potencial de abuso que também foi destacado por dois psiquiatras entrevistados, que trouxeram relatos de pessoas que chegaram a abrir quadros psicóticos por conta do consumo abusivo do metilfenidato:

É medicação de abuso, né? Uma medicação recreativa de abuso muito complicada. Por exemplo, [...] eu tenho um paciente no SUS em Niterói que ele é esquizofrênico, diagnosticado, enfim, e pesquisando a história dele, como é que ele surtou, ele tava na faculdade, usava Ritalina pra estudar, em pouco tempo começou a usar Ritalina como droga de abuso [...] ele andava com a mochila cheia de Ritalina, cheirava Ritalina, abriu um surto psicótico e assim, muito grave, é um dos pacientes mais graves que eu conheço sabe? [...] Então, a minha preocupação é isso, por ser uma droga de abuso e ter consequências muito mais graves até que o benzodiazepínico, de surto psicótico, heteroagressividade, esse meu paciente quase matou a irmã num episódio de agitação. Eu tenho como comprovar que foi da Ritalina? Não, quimicamente eu não tenho como comprovar, diferente desse outro que a gente tem a comprovação, mas a Ritalina saiu, a medicação dele tá metade do que era e ele tá ótimo, isso nunca mais aconteceu, ele tá desenvolvendo super bem, né? os relacionamentos, tá namorando, enfim, aí você fala "bom, né?" Então é por isso, pelo potencial de abuso e as consequências graves mesmo da substância no organismo. (Entrevistada 6 - Médica Psiquiatra)

Eu já vi aqui um paciente que teve um, que ela chegou aqui depois de um quadro psicótico por uso de estimulante, ficou usando por conta própria durante muito tempo, pra ganhar energia, fazer exercício e aí com o tempo ela foi desenvolvendo um quadro paranoico bem clássico de chegar dar queixa na polícia contra os familiares, [...] a família dela tava aqui ela ficou morando em Friburgo, cada vez se isolando mais até que o filho foi lá meio que resgatar ela e aí ela foi internada com quadro paranoico bem clássica de que tavam desviando dinheiro, ia dar queixa na polícia. A polícia mesmo percebeu que aquilo não batia e aí acolhíamos e, até que ela voltou ao normal, ficou sem a medicação ela voltou ao normal, então, tem esse risco, mas aí no caso ela foi, o caso aconteceu por uma questão de uso por conta própria, ela tornou a se automedicar pra ter energia pra fazer exercício, mas por outro porque ela tava deprimida, e aí ela realmente melhorava momentaneamente com o efeito da medicação, mas no caso foi pior. (Entrevistado 8 - Médico Psiquiatra)

Risco de abuso e de consumo recreativo, que para Mota e Pessanha (2014), devido a farmacocinética do medicamento, que tem início de ação relativamente lento e pico sérico de 1 hora, seriam pouco prováveis - o que não vemos por esses dois relatos. E que segundo Greely et al. (2008), mesmo existindo, não seria razão para impedir o seu uso para fins de aprimoramento cognitivo, visto que todas as drogas comportariam um potencial dano aos indivíduos e à sociedade, sendo reguladas quanto a esse potencial de dano.

Interessante destacar que o Entrevistado 8 (Médico Psiquiatra), mesmo relatando essa abertura de quadro psicótico por uma mulher que fez uso abusivo do metilfenidato, sustentou que são pequenos os riscos envolvidos no consumo de tais medicamentos, principalmente no que se refere às crianças, que não fazem o uso por conta própria, mas tem o medicamento administrado pelos pais:

E realmente pra criança o risco é um pouco mais baixo, porque quem dá a medicação são os pais, então esse risco de consumo excessivo, consumo abusivo por parte da criança não tem muito. Normalmente os outros riscos como, o risco mais comum que seria a perda de apetite e a perda de peso em decorrência disso e aí o prejuízo interno de crescimento é uma coisa que, é um risco que existe [...] Já o risco cardiovascular que tem, tem relatos de eventos cardiovasculares são raros, eles têm, mas eles são muito poucos. Não é a medicação mais arriscada pra se dar pra criança. (Entrevistado 8 - Médico Psiquiatra)

Tal fala coincide com o que Pastura e Matos (2004 apud. Mota e Pessanha, 2014) destacam acerca do risco de abuso por pacientes com TDAH ser considerado raro. Entretanto, vai de encontro ao que Harris (2009) e Greely et al. (2008) ressaltam acerca da segurança de tais medicamentos. Segundo estes, se o metilfenidato e outras drogas têm sido consideradas seguras para serem consumidas por crianças e jovens com TDAH e seguras o suficiente para serem usadas em pesquisas clínicas com indivíduos saudáveis para teste dos efeitos cognitivos, elas também seriam seguras o suficiente para fins de aprimoramento.

Porém, a fala do Entrevistado 8 (Médico Psiquiatra) destacou que a segurança no consumo deste medicamento por crianças está ligada ao fato do medicamento ser administrado por terceiros, o que diminuiria o potencial de uso abusivo que pode ser feito nos casos de consumo *off-label*.

Neste sentido, podemos argumentar que ser seguro para ser usado por crianças, não seria um argumento para considerar seguro o seu consumo para fins de

aprimoramento cognitivo. Além disso, considerando que nos testes de efeito cognitivo o medicamento é fornecido por quem administra o estudo, a possibilidade do consumo abusivo também não entra em questão.

Assim, sendo o principal risco desta medicação o potencial de abuso, seria papel do médico, no caso de um uso *off-label* que passe por ele, “avaliar bem o perfil de personalidade da pessoa, se ela tem um potencial de comportamento compulsivo pra abusar ou não” (Entrevistado 11 - Médico Psiquiatra):

[...] porque você tem uma avaliação, dos efeitos colaterais e de induzir uma psicose, se o paciente tiver algum problema ou às vezes o paciente está deprimido e não identificou, tem questões de ansiedade e não identificou, então, teriam outros tratamentos que teriam uma eficácia melhor, então... eu vejo problema aí, no potencial de abuso. (Entrevistado 11 - Médico Psiquiatra)

Avaliação do perfil do paciente que também seria feito no caso de pacientes com TDAH. Segundo Mota e Pessanha (2014), as advertências presentes na bula seriam uma variável importante na seleção do público a ser tratado com a medicação: “Recebem ou mantêm o tratamento farmacológico apenas aqueles indivíduos que não são propensos à utilização de outras substâncias químicas de uso abusivo.” (MOTA; PESSANHA, 2014, p. 630).

Além disso, seria papel do médico levar em conta o custo e o benefício de tais medicamentos, como em qualquer tratamento que ele faça:

Pois é, mas olha só, isso vale mais pra essa questão do uso *off-label*, mas isso vale pra prescrição de medicamento de uma maneira geral, né? [...] É, você sempre tá pensando na balança benefício risco e custo em termo de efeito colateral [...] Acho que a preocupação maior do uso *off-label* em relação a isso, é quando o indivíduo começa a meio que por conta própria, né? porque é isso, tem um uso *off-label*, mas que é respaldado pelo médico, né? que pelo menos tá minimamente sobre controle médico, pelo menos se espera que esteja e um uso *off-label* que é isso, onde o indivíduo consegue por outras vias o medicamento e ele acaba definindo por comparação com os amigos, pelo que lê na Internet ou, né? enfim, intuição, ele acaba definindo qual é a dose que ele vai tomar, com que frequência, né? ele vai tomar e aí o risco de efeito colateral é sem dúvida muito, muito, muito maior e sem muitas vezes, sem alguém controlando, ajudando a pessoa a avaliar aquilo ali de fato. (Entrevistado 2 - Médico Psiquiatra)

Essa fala parece destacar que mais preocupante em relação ao consumo de medicamentos para o aprimoramento da performance cognitiva não são os efeitos colaterais, nem o uso *off-label* em si, mas esse consumo não respaldado pelo profissional médico, que é adquirido no mercado negro e no qual a pessoa define o modo de uso, o que pode acarretar maiores efeitos colaterais, assim como o consumo abusivo.

Dessa maneira, no uso desses medicamentos para o aprimoramento da performance que passe pelo médico, o que deveria ser levado em consideração seria o custo-benefício, tanto no uso que é feito no tratamento de crianças, quanto no uso para aprimoramento da performance, como destacado pela Entrevistada 4 (Médica Psiquiatra), a única médica psiquiatra que entrevistei que disse receitar medicamentos para a melhora da performance e acompanhar os pacientes nesse uso:

Na verdade assim, criança sempre dá mais pena de medicar, eu sinto assim mais dó. A não ser que seja uma coisa que você tenha muita, muita certeza de que aquilo vai trazer um benefício muito grande pra aquela criança. **É, no adulto eu acho que é isso, você tendo a certeza de que a Ritalina vai trazer benefício grande pra aquela pessoa, naquele momento... não tem porque não usar, entendeu?**
(Entrevistada 4 - Médica Psiquiatra)

Como esta entrevistada destacou, tanto com as crianças com TDAH, quanto com o adulto que quer fazer consumo para melhorar a sua performance cognitiva, o que deve ser avaliado é o benefício que tal medicamento vai trazer à pessoa.

Aspecto destacado pelo Entrevistado 13 (Ex-Propagandista da Indústria Farmacêutica), que disse ser a favor do uso de medicamentos psicotrópicos - e aqui ele falava de maneira mais geral, não da Ritalina e não para fins de *doping* -, desde que esse seja avaliado pelo médico como algo que vai melhorar a qualidade de vida do paciente. Equilibrando a questão dos efeitos colaterais e do benefício trazido, e com as dosagens prescritas por ele: “acho que sempre tem que ser avaliado por profissional médico. Profissional médico avaliou, pesou o benefício, não vejo motivo porque não prescrever, entendeu?”. Segundo ele, errado seria o paciente decidir por conta própria.

A segurança no uso respaldado pelo médico, como também no fato de ser um medicamento testado em laboratório, foi algo salientado pela Entrevistada 15 (Consumidora). Ao destacar que, pelo que ela já tinha ouvido falar - mas nunca tinha experimentado - o efeito da Ritalina era parecido com o da cocaína, eu perguntei se a

licitude ou ilicitude era uma questão para ela. Ela respondeu que não consumiria drogas por conta dos efeitos nefastos do tráfico pra sociedade, mas também porque não sabe que efeitos a mesma causaria em si própria: “uma coisa é usar uma medicação que foi testada em laboratório, num ambiente controlado, me dizendo as possibilidades de acontecer isso ou aquilo, monitorado pela minha médica, a outra é eu tá num lugar, com pessoas sei lá o que, e usar sabe?”. Afirmando que se sentia mais segura tomando com acompanhamento médico, que anteriormente tinha tomado Adderall - que ela não sabia que era similar a Ritalina -, por indicação de uma amiga, mas essa amiga era médica, e naquele momento ser tarja-preta ou não era a menor das suas preocupações.

Tal relato aponta para o que Barros (2009) e Itaborahy (2011) destacam acerca da existência de uma partilha entre uso lícito e ilícito do metilfenidato, definida em função do olhar médico, ou seja, de sua prescrição. O uso não médico é considerado como perigoso e ilegal - o que repercute na mídia que apresenta reportagens alertando para os males causados pelo uso sem autorização médica. E o uso médico é visto como seguro e eficaz, moralmente qualificado, sendo apontado como fator importante de prevenção contra más condutas futuras, assim como de prevenção ao desenvolvimento de outros transtornos (BARROS, 2009; ITABORAHY, 2011 apud. COELHO, 2014).

Ao entrevistar seis pessoas que fizeram uso do metilfenidato para fins não terapêuticos, Coelho (2014) destaca que, em relação aos efeitos negativos advindos do consumo do metilfenidato, a prescrição médica trouxe segurança. Segundo ele:

A presença do médico é vista como um atenuante para atitudes tidas como imorais - como o consumo sem ter diagnóstico apropriado ou quando relacionada ao *doping*, pelos candidatos a concursos -, e, com mais frequência, o médico é a garantia no controle dos possíveis riscos que correm ao utilizar um medicamento controlado sem indicação médica para tratamento de transtorno (COELHO, 2014, p. 7).

Porém, se a avaliação custo-benefício, no discurso dos entrevistados, seria papel do médico, ressaltando esse uso *off-label* que passa pelo profissional médico, na literatura acerca do consumo dessas substâncias para fins de aprimoramento da performance, isto é protagonizado pelos consumidores, que devem julgar os prováveis riscos e benefícios de seu uso, sendo a responsabilidade do sujeito decidir pelo consumo ou não desses medicamentos (GREELY et al., 2008).

Esposito (2005), apoiando o uso de tais drogas com fins de aprimoramento das capacidades humanas no trabalho, no colégio e também no estabelecimento de estados de felicidade e tratamento de desvios de conduta, destaca que o que deve prevalecer é a liberdade dos sujeitos de escolher se querem ou não fazer uso desses medicamentos.

Contudo, tal ideia de liberdade de escolha nos remete à responsabilização dos sujeitos em relação ao uso ou não desses medicamentos. Se considerarmos que o consumo das drogas de aprimoramento é uma escolha dos sujeitos, ele se tornando responsável por gerir não só sua saúde, mas também a sua empregabilidade, pode ser “coagido” a fazer uso do mesmo. Como destacado por Chatterjee (2009), a questão de escolha pode evoluir para a coerção, pois não tirar proveito das melhorias pode significar que está sendo deixado para trás.

Visto isto, podemos perguntar: teríamos autonomia nas nossas escolhas?

Como destaca Pedro (2009):

[...] no âmbito do paradigma biotecnológico, tudo parece convergir para a ideia de que nos tornamos superpotentes, pois as decisões acerca da vida e da morte passam a depender de nós. Por um lado, somos capazes de produzir vida sintética ou artificial, ou seja, somos capazes de produzir artificialmente nossa existência. Por outro lado, rapidamente estaremos aptos a prolongar indefinidamente a vida, eliminando a morte de nosso horizonte (PEDRO, 2009, p. 74).

Porém, se dentro do paradigma biotecnológico o horizonte de intervenções se amplia, ampliam-se também os nossos poderes e escolhas de intervenção assim como nossa responsabilidade em administrar tal poder, tendo que fazer escolhas. Neste contexto, a questão passa a não ser mais de querer administrar, mas de “não poder não administrar” (PEDRO, 2009), e aqui podemos acrescentar, de não podermos não escolher.

Uma terceira questão que apareceu em relação ao risco do consumo da Ritalina, não em relação ao uso *off-label*, mas ao uso feito por crianças que estariam sobre tratamento, é quanto ao desconhecimento dos efeitos colaterais a longo prazo:

As crianças que tão tomando Ritalina, pensar aqui, a gente vai ter uma visão dessas crianças a longo prazo daqui a 15, 20 anos, não antes disso. Essas crianças tão submetidas desde muito novinhas a essas substâncias. O que, quais são as consequências cerebrais? Então muito

tempo ainda falta, é uma substância muito nova. (Entrevistada 6 - Médica Psiquiatra)

Consequências essas que são postas em questão quanto ao uso voltado para o tratamento, mas que também são postas quanto ao consumo *off-label*. Como destaca Dalibert (2014), devido ao pouco conhecimento acerca do funcionamento do nosso cérebro, mexer com ele pode acarretar efeitos indesejados. Além disso, em se tratando de tecnologias emergentes, o conhecimento sobre seus efeitos e consequências seria limitado, sendo desconhecido seus efeitos colaterais e seus efeitos a longo prazo. Segundo a autora, o que existe atualmente, no caso específico da Ritalina, é um conhecimento especulativo quanto as suas aplicações e potenciais efeitos deletérios, sendo desconhecidos os seus efeitos colaterais, e especulado que possa haver uma perda de memória prematura, além de dependência advinda de seu uso.

Tais aspectos foram abordados pela Entrevistada 15 (Consumidora), que disse que seu medo em relação à Ritalina, mas também a qualquer outro remédio, seria em relação ao desconhecimento acerca do seu efeito a longo prazo: “Ah, daqui a 30 anos vão descobrir que o uso excessivo de Ritalina tá ligado ao aumento de casos de Alzheimer, sei lá, acho que isso me preocupa”. Preocupação, principalmente em relação aos remédios que mexem com a “mente, cérebro, as transmissões neuroquímicas”, decorrente de ela ter lido que ainda temos pouco conhecimento sobre esse funcionamento e o impacto dessas substâncias no cérebro, e que não é possível saber como será no futuro. Destacou também um receio quanto ao efeito colateral advindo da mistura de medicamentos, que os médicos não se preocupam em investigar se você está tomando um remédio que pode interagir com o outro, e que isso seria preocupante principalmente em relação a esses medicamentos.

Porém, se por um lado a existência de efeitos colaterais, desconhecimento de seus efeitos a longo prazo e potencial de abuso se mostraram como pontos importantes em relação ao consumo desses medicamentos, principalmente o consumo *off-label* sem acompanhamento médico, não foi para todos os entrevistados que o consumo desses medicamentos apareceu como sendo arriscado:

Não é uma droga muito perigosa né? Graças a Deus. Não é uma droga perigosa [...], não é uma droga que vicia muito. Pode viciar, mas o potencial dela é muito baixo de viciar, mas os riscos estão na parte cardíaca, mas as arritmias normalmente são arritmias brandas, é... grandes riscos? do abuso, é um risco, né? embora eu nunca tenha

visto, nunca tenha visto, nunca tenha visto ninguém abusando de Ritalina, nunca tenha visto. [...] **Então não é uma droga que tenha, que tenha muitos riscos não, não é uma droga, envolve poucos riscos, né? Ainda bem. É uma droga com poucos riscos.** (Entrevistado 10 - Médico Psiquiatra)

[...] os estimulantes não são uma das medicações mais arriscadas, o principal problema pra quem usa pra estudar, que muita gente por trabalhar durante o dia vai estudar de noite, né? e aí você tem esse problema de não dormir. A gente não tem esse problema com criança porque ninguém passa isso de noite pra criança tomar, agora, o corcuseiro vai às vezes tomar de noite, não dorme e isso acaba sendo contraproducente porque você também não memoriza se você não dorme. (Entrevistado 13 - Ex-Propagandista da Indústria Farmacêutica)

Mais uma vez, o que aparece nessa fala é esse uso, digamos, “incorreto” - que não acontece com crianças - que acarretaria problemas. Neste sentido, talvez o que esteja em jogo não seja tanto o consumo para o aprimoramento da performance, mas o consumo por conta própria, que pode levar ao consumo abusivo e aí sim com efeitos colaterais danosos.

5.2 - Da regulamentação do consumo para o aprimoramento da performance

Partindo dos relatos de que é um medicamento relativamente seguro, e que seu perigo residiria mais no uso abusivo e que não passa pelo profissional médico, busquei saber se não seria o caso de regulamentar tal uso, visto que alguns autores destacam ser necessário um debate sobre um quadro regulamentar adequado para o uso de drogas de humor e estimulantes cognitivos por pessoas saudáveis; que o desenvolvimento de compostos que melhoram o humor e a cognição, e têm pouco ou nenhum efeito adverso, deveria ter os potenciais aspectos positivos levados em consideração (YOUNG, 2003); e que riscos de efeitos colaterais não deveriam ser motivo suficiente para impedir a regulamentação para fins de aprimoramento da performance, pois se eles são considerados suficientemente seguros para tratar de pessoas doentes também o seriam para pessoas em busca de aprimoramento (GREELY et al., 2008).

E o interessante, que apareceu na fala do Entrevistado 2 (Médico Psiquiatra), foi que mais importante do que regulamentar esse consumo, ou desregulamentar de vez - o que ele disse não acreditar ser possível no momento - é entendermos como esse consumo ocorre no Brasil e voltarmos nossa atenção para essa questão do consumo *off-*

label. Além disso, destacou que aqui no Brasil a discussão ainda é muito polarizada entre pessoas que condenam esse consumo, argumentando que seria um “imperialismo médico-farmacêutico” sobre a população, e um grupo que se beneficiaria com a abertura desse mercado, no caso a indústria farmacêutica. Por fim, ressaltou que esta é uma discussão muito recente aqui no Brasil, e pertencente a um grupo específico, pois há lugares em que nem medicamentos básicos chegam:

Mas eu acho que no debate brasileiro é, a gente ainda, né? a gente ainda convive com situações muito é, muito polarizadas, no sentido de um grupo que avalia que tudo isso, né? é... simplesmente sinal de medicalização no sentido do imperialismo médico-farmacêutico em relação a população, de que então não há nenhuma possibilidade de discutir isso. Até pelo contrário, né? o outro polo, o polo mais ligado à pesquisa farmacêutica, privada, que pelo contrário acha que quanto mais, né? Porque sem dúvida nenhuma, quem vai ficar mais feliz numa abertura maior é quem vende o remédio, quem fabrica o medicamento. [...] você tem grupos que podem dizer e com uma certa razão "Olha só, vocês tão preocupados com o uso de remédios pra melhoramento, mas tem regiões do país onde nem esse uso pra algumas situações onde seriam pertinentes, as pessoas não tem acesso a isso", então essa discussão cabe pra uma determinada população, né? do Brasil e pra outra população não chega remédio nenhuma lá, nem pra o *enhancement*, nem pra tratamento, nem pra coisa nenhuma. (Entrevistado 2 - Médico Psiquiatra)

Um aspecto interessante que podemos destacar desse argumento diz respeito à desigualdade no acesso a tais medicamentos, uma das questões éticas levantadas pelos estudiosos que discutem a questão dos *enhancements*, e que também foi destacada pela Entrevistada 15 (Consumidora), que questionou se isso não seria *doping*. Segundo ela, as pessoas estariam tomando a Ritalina para estudar mais, e lá nos Estados Unidos - onde ela ficou durante 1 ano - têm muita matéria sobre isso, pois “virou uma febre entre os estudantes”, que conseguem o medicamento, além de existirem universidades e centros educacionais “que prescrevem a Ritalina pra supostamente aumentar o rendimento dos alunos, a performance dos alunos. Isso, estimulado pela própria instituição”. O que ela disse achar assustador, além de ter algumas questões éticas em relação a isso ser *doping*¹⁷: "Será que isso pode ser *dopping*?, a pessoa vai fazer um

¹⁷ Segundo ela, a questão do *doping* não estaria relacionado ao seu modo de uso, visto que ela estava usando para a tese, e na tese ela não estava concorrendo com ninguém, logo não tinha nenhuma questão ética envolvida.

concurso, uma tá tomando Ritalina, outra não tá. É *doping*? (...) Quem não tem condições de pagar uma Ritalina? Quem não tem condições, sei lá, não tem acesso?”.

Tal questão é levantada por Conrad (2007), que nos diz que os aprimoradores biomédicos proveriam uma vantagem competitiva, trazendo à cena a questão da justiça distributiva, pelo fato de ser limitado o número de pessoas que tem acesso a tais medicamentos. Segundo o autor, eles não estão disponíveis para todos e há um uso elitista dos mesmos, tendo mais acesso àqueles capazes de dispor de recursos, sendo o limite para o seu consumo o custo desses medicamentos. Fato que também é destacado por Chatterjee (2009), segundo o qual os medicamentos para o melhoramento da performance estariam disponíveis desproporcionalmente para aqueles com meios financeiros, tendo os ricos mais vantagens.

Vantagens essas, que, para os estudiosos que defendem a regulamentação do consumo desses medicamentos para o aprimoramento cognitivo, já existiriam no sistema educacional, em aulas particulares, nos cursos preparatórios e em outras experiências que fazem com que alguns tenham vantagens sobre outros (GREELY et al., 2008). Porém, como bem destaca Chatterjee (2009), não justifica que possa haver mais desvantagens, que segundo alguns estudiosos, só aumentarão se essa questão for deixada por conta do mercado, visto que, tais tecnologias de aprimoramento, estando disponíveis apenas àqueles que possam pagar por elas, poderiam trazer como consequência a ampliação da lacuna entre os países mais ricos e os mais pobres e os diferentes segmentos da população.

Assim, considerando a realidade brasileira, em que existem pessoas que não têm acesso nem a medicamentos básicos, o que poderíamos dizer do acesso a medicamentos voltados para o aprimoramento da performance? Aqui a questão da desigualdade no acesso a essas drogas talvez seja mais crítica que nos países do primeiro mundo onde tal aspecto vem sendo discutido.

Mas, voltemos a questão da regulamentação. A Entrevistada 3 (Médica Psiquiatra) também levantou a necessidade de maiores discussões, destacando que trazer o problema à tona possibilita novas soluções, e que se o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), o Conselho Federal de Psicologia (CFP) começarem a problematizar essa questão, talvez isso possa levar a certa normatização da prescrição. Porém, ela disse não imaginar tal regulamentação sem a criação de uma nova categoria diagnóstica, mais uma categoria de intervenção médica.

E, se por um lado a necessidade de se discutir uma possível regulamentação foi levantada - não necessariamente para permitir o consumo para fins de *enhancement*, mas para trazer à tona a discussão visto que há esse consumo -, a Entrevistada 4 (Médica Psiquiatra), num primeiro momento, pôs em dúvida tal regulamentação, dizendo que não faz a mínima diferença na prática, pois o receituário já é super controlado. Mudando de ideia pouco depois, argumentando que talvez faça diferença pois “Talvez os médicos ficassem mais a vontade de prescrever se fosse regulamentado” (Entrevistada 4 - Médica Psiquiatra).

Regulamentação para controlar a prescrição, que, para a Entrevistada 6 (Médica Psiquiatra), só virá com o aumento desse consumo e quando começarem a aparecer casos complicados, como aconteceu com a Sibutramina, mas que para o Entrevistado 11 (Médico Psiquiatra) já existe, sendo um problema de fiscalização e não de regulamentação.

Regulamentada ou não, essa parece já ser uma realidade visto o aumento considerável do consumo da Ritalina para fins não terapêuticos. Além disso, mesmo que essa fala do Entrevistado 2 (Médico Psiquiatra) demonstre que existem aspectos que dizem respeito ao cenário brasileiro - essa nossa discussão é restrita a uma população de classe média pra cima, pois existe parte da nossa população que nem tem acesso a medicamentos básicos -, considerando o aumento do acesso à informação, que há inúmeras matérias que falam sobre este consumo para fins de aprimoramento da performance, e como destaca Aguiar (2004), o discurso da indústria da saúde é um dos mais poderosos vetores de produção de subjetividade no mundo contemporâneo, é possível que em breve essa discussão se amplie, pois como destacado pelos entrevistados, o consumo de medicamentos para o aprimoramento da performance só tende a crescer.

5.3 - “Drogas da Inteligência”?: As controvérsias quanto aos efeitos da Ritalina®

Desde que os casos de consumo da Ritalina para o aprimoramento cognitivo começaram a aparecer, também surgiram questionamentos acerca de seus efeitos para tal finalidade. Principalmente nas matérias jornalísticas publicadas sobre o tema, que destacam este medicamento como a “droga da inteligência” - termo que algumas vezes

vem em destaque nas chamadas das matérias - e/ou questionam seu possível efeito, apresentando relatos de estudos sobre tal aspecto.

Visto isto, busquei mapear a questão do possível efeito ou não da Ritalina para casos não patológicos, e, mesmo que a maioria dos entrevistados tenha apontado efeitos de aprimoramento da performance cognitiva - 1 propagandista, 7 médicos e 2 pessoas que fizeram o consumo desse medicamento, especificamente para a melhora da performance -, tal fato também não ficou isento de controvérsias.

A maior parte dos entrevistados destacou que a Ritalina tem efeitos de aprimoramento da performance cognitiva em pessoas que não possuem diagnóstico de TDAH. Porém, independente desse efeito, questões como os efeitos colaterais deste medicamento e a questão de uma possível coerção indireta ao consumo também apareceram.

Dentre os efeitos que o medicamento teria no aprimoramento da performance cognitiva, os entrevistados destacaram desde uma diminuição no sono que possibilita a pessoa estudar por mais tempo, até o aumento do foco, o aumento da concentração e da vigília, um rendimento melhor, uma maior produtividade, uma amplitude momentânea para a questão cognitiva - momentânea, pois é apenas durante o efeito do medicamento - e um levante da energia que ajuda a produzir mais.

Efeito de aprimoramento da performance em pessoas com ou sem diagnóstico, que as anfetaminas em geral teriam, e que reforça o uso *off-label* do metilfenidato por estudantes, como destacado pelo Entrevistado 2 (Médico Psiquiatra):

São substâncias próximas da anfetamina que em princípio qualquer pessoa é, tomar, independente de ter diagnóstico ou não, né? alguns efeitos vão aparecer, pelo menos a questão de diminuir o sono e você por causa disso ficar mais ligado já acontece, mas além disso, você pode também, né? Experimentar, né? "Durante aquele tempo eu fiquei com o foco maior no que eu tava fazendo", né? anfetaminas em geral podem fazer isso, né? remédios que são similares as anfetaminas podem fazer isso de uma maneira geral. Então, isso reforça essa questão do uso *off-label* da Ritalina, [...] E no caso da Ritalina, é exatamente esse efeito meio, né? e é isso, se eu tô querendo estudar, "Nunca tive TDAH, sempre fui bem na escola, tô bem no meu trabalho, mas tô fazendo um concurso e tô nas vésperas e preciso ficar mais horas acordado, até um pouco mais tarde pra poder render mais". Em princípio, se você tomar provavelmente você vai ter esse efeito do remédio. Então, eu acho que isso é, estimula mais, porque isso começa a circular, a pessoa tá fazendo concurso aí na hora do lanche alguém comenta que tá tomando e fala das maravilhas e etc, a pessoa já fica se comparando com a sensação de que tá, né? atrás na disputa e tal, então

eu acho que isso de fato reforça a Ritalina e os congêneres como esses remédios de *enhancement*, de melhoramento de performance em relação aos outros onde isso também pode acontecer, mas onde a evidencia de efeito é menos clara em relação a isso. (Entrevistado 2 - Médico Psiquiatra)

Vale ressaltar que tal argumento, além de destacar esse efeito da Ritalina que levaria a busca por seu consumo *off-label*, aponta também para o que os teóricos falam acerca da possibilidade de coerção indireta ao consumo de tais medicamentos. Esta “sensação de estar atrás na disputa” poderia de certo modo coagir indiretamente a pessoa a buscar tal medicamento para aprimorar a sua performance cognitiva e competir em pé de igualdade.

Porém, se por um lado esse medicamento teria efeito de aprimoramento da performance, a existência de efeitos colaterais ao seu uso não deixou de se fazer presente no discurso dos entrevistados. Segundo a Entrevistada 4 (Médica Psiquiatra), a Ritalina faria a pessoa ter um rendimento melhor para quem suporta bem os seus efeitos colaterais, por exemplo, a taquicardia. Nessa mesma linha, a Entrevistada 6 (Médica Psiquiatra) salientou que existe um efeito de aumento da concentração, vigília e produtividade, mas “com consequências gravíssimas”, que apontam para a importância de se avaliar o risco-benefício desse consumo, e a levam a questionar a necessidade do mesmo:

[...] existe porque você aumenta a sua concentração, você realmente vai produzir muito mais. Existem consequências muito graves, mas você realmente, você foca, a sua concentração melhora, a sua vigília, enfim, você consegue uma produtividade maior... com consequências gravíssimas, agora, o que você tem que ver é risco/benefício, né? [...] a questão da Ritalina, assim, tem esse efeito, uma pessoa que tá fazendo concurso público, tem que estudar 10 horas por dia, tomar Ritalina é a benção divina, é, ela vai focar, ela vai tomar 3 vezes ao dia pra conseguir estudar tudo isso, mas precisa? É certo, né? Eu acho que é por aí. (Entrevistada 6 - Médica Psiquiatra)

Os mesmos efeitos que foram destacados pelas duas entrevistadas que consumiram a Ritalina para melhorar a performance.

Segundo a Entrevistada 5 (Consumidora), quando ela usou a primeira vez foi para fazer uma prova de residência, mas depois foi para os estudos diários e para trabalhar, porque ela se sentia muito cansada no dia-a-dia, e usava para compensar o cansaço. Disse que a questão do estudo era boa, ela conseguia focar mais, e ficava

“como se fosse muito mais inteligente”, mais rápida e com mais facilidade. Porém, assim como destacado acima, existiam efeitos colaterais, ela ficava muito agitada e não se sentia bem subjetivamente, o que a fez suspender o uso. Disse que o medicamento ajudava a dar conta de fazer as coisas, trabalhar e estudar, mas que agora ela conseguia dar conta sem o medicamento. Além disso, relatou outros efeitos advindos do uso da Ritalina, como um “efeito de sociabilidade” do medicamento. Mas, nessa época, ela não consumia o medicamento apenas para estudar, mas de forma recreativa, “pra noite, tomava Ritalina e bebia (...) tipo uma droga”. Também disse que a Ritalina melhora o desempenho da vida como um todo, tendo uma função antidepressiva de “dar uma levantada”, levantada esta que ela disse ser “roubada”. Quando ela tomava tinha a sensação de estar drogada, de não estar no seu estado normal. Havia uma expansividade, uma alegria, uma disposição para fazer as coisas, mas ela começou a se sentir muito fora de si, do que seria o seu normal, e que de fato ela se sentia diferente, mais inadequada, mais agressiva e expansiva nas horas que não era para ser.

A partir desta fala, que parecia apontar para certa artificialidade que adviria do consumo de tais medicamentos - que é discutida na literatura -, perguntei se era sobre uma artificialidade no comportamento de que ela estava falando, no que ela destacou:

Não, não é a, não é a "eu não vou tomar porque aí eu não vou ser eu mesmo, eu não quero ser diferente do que eu sou naturalmente", não é isso, é me sentir diferente de fato entendeu? De ser mais inadequada, de... ser mais expansiva em horas que não fosse pra ser, de ser mais agressiva... Diferente mesmo, diferente mesmo. (Entrevistada 5 - Consumidora)

Igualmente, a Entrevistada 7 (Consumidora) relatou que o medicamento fez efeito. Na época precisava escrever um relatório, não estava conseguindo e com a ajuda da Ritalina ela conseguiu escrever. Também conseguia trabalhar o dia inteiro com pique e as coisas que eram difíceis ficaram fáceis, ela conseguia se concentrar, tinha mais foco e a escrita fluía. Disse ter um limite e o tempo de “usar a cabeça” era ampliado, e ela ficou maravilhada com aquilo, pois tinha conseguido escrever coisas que estavam rolando a dias. Porém, no dia seguinte se sentia muito cansada e tinha que reler tudo o que escreveu, pois “saía muita besteira”.

Tais falas, acerca da eficácia do medicamento na melhora da performance, corroboram com a pesquisa feita por Mota e Pessanha (2014), na qual a grande maioria

dos universitários pesquisados relataram terem alcançado os seus objetivos com o uso do medicamento. Apontando também para o que Greely et al. (2008) ressaltam. Segundo eles, devido a sua ação no sistema catecolaminérgico, drogas como a Ritalina e o Adderall, teriam efeito de ampliar a função executiva em pessoas com TDAH, assim como em pessoas saudáveis, melhorando a habilidade de focar a atenção, de manipular informações da memória de trabalho e flexibilizar o controle das respostas (GREELY et al., 2008).

Porém, se por um lado esses entrevistados destacaram que a Ritalina melhora a atenção de quem tem ou não déficit de atenção, pois ela é um psicoestimulante (Entrevistado 10 - Médico Psiquiatra), tendo consequências maiores ou menores dependendo da pessoa que a toma (Entrevistada 6 - Médica Psiquiatra), o Entrevistado 11 (Médico Psiquiatra) destacou que o efeito de tal medicamento não seria igual para todas as pessoas:

Tem, tem, ela tem um efeito, isso você pode... é, ser observado [...] o efeito não é igual pra todo mundo, tem gente que sente sono tomando, algumas pessoas sentem sono tomando Ritalina, tem gente que fica, geralmente tem uma melhora cognitiva porque atua no sistema dopaminérgico, que é, tá ligado com capacidade de foco e atenção, funções executivas, então, tem uma melhora. O problema é o potencial de abuso, né? (Entrevistado 11 - Médico Psiquiatra)

Tal questionamento acerca do efeito que não seria igual para todas as pessoas aponta para alguns estudos que vêm sendo desenvolvidos acerca deste aspecto. Segundo a matéria “O cérebro turbinado” da revista Scientific American Brasil, um estudo feito na Universidade de Cambridge destaca que o cloridrato de metilfenidato aprimoraria algum aspecto da cognição, como o planejamento e a memória de trabalho espacial em jovens do sexo masculino, saudáveis e sem estresse. Porém, não aumentaria a atenção e a fluência verbal dos mesmos. Sendo também pequeno o benefício cognitivo em homens adultos, saudáveis e mais velhos. Além disso, segundo o estudo, conforme os testes progrediam, havia mais erros nas respostas - talvez causados pela impulsividade induzida pela droga (STIX, 2009).

Além do argumento de um efeito que não seria o mesmo para todas as pessoas, o Entrevistado 8 (Médico Psiquiatra) questionou a própria existência de tal efeito, trazendo o relato de um estudo do Dr. Dartiu Xavier Silveira, professor da Unifesp, para

comprovar o que estava dizendo. Estudo esse que ele disse já ter usado para embasar a sua recusa em fornecer o medicamento quando requisitado:

Geralmente o que eu argumentava, nesses casos, é que você não tendo esse diagnóstico, geralmente esse diagnóstico ele se caracteriza por um transtorno que já tem desde a infância, ele se mantém na fase adulta, mas ele já vem desde antes, se você só usa pra tentar melhorar isso tem, pelo menos por um estudo que o Dartiu Xavier fez em São Paulo, não sei se é da USP ou da UNIFESP, tô tentando lembrar, ele fez e realmente não conseguiu observar um aprimoramento de performance a partir de, eu não me lembro do estudo com detalhes, eu não sei se ele aplicou algum teste em pessoas sobre efeito ou sem, ou se ele, sei lá, tinha um grupo que ia fazer um concurso e ele deu um placebo, mas ele não conseguiu perceber diferença de performance, que, eu acho plausível pessoalmente se, digamos, uma pessoa tem uma série de coisas que afetam a performance, e não só, que não só a atenção, então é claro que uma pessoa que a desatenção não é um fator importante pra perda de performance, você pode usar uma medicação que talvez melhore aquilo, mas aquilo não tem um efeito significativo na performance já que isso envolve outras coisas. (Entrevistado 8 - Médico Psiquiatra)

Procurei tal estudo, mas não encontrei. Encontrei apenas uma referência ao professor Dartiu Xavier em uma matéria sobre um estudo feito pela UNIFESP, que não era de sua autoria. Segundo este estudo, feito pelo Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina da UNIFESP e coordenado pela pesquisadora Silmara Batistela, o metilfenidato “não beneficia a atenção, a memória e as funções executivas (capacidade de planejar e executar tarefas) em jovens sem o transtorno” (LENHARO, 2012). Feito com 36 jovens saudáveis de 18 a 30 anos, divididos aleatoriamente em quatro grupos, em que um tomou placebo e os outros três receberam uma única dose de 10 mg, 20 mg ou 40 mg, o estudo destaca que depois de tomarem o medicamento e serem submetidos a uma série de testes de avaliação da atenção, memória operacional e de longo prazo, e funções executivas, os quatro grupos demonstraram desempenho semelhante, não tendo alteração na função cognitiva. Sendo destacado apenas uma sensação subjetiva de maior bem-estar entre os participantes que utilizaram a dose de 40 mg (LENHARO, 2012).

Além dessa possível inexistência de efeito, o interessante no argumento do Entrevistado 8 (Médico Psiquiatra), é que segundo ele, existem outros fatores que podem afetar a performance, “que performance acadêmica e performance de trabalho dependem de vários fatores” que não somente a atenção, e neste sentido, não tendo uma

alteração significativa na atenção, o medicamento não criaria diferença nos resultados. Além disso, ele disse que “existe uma ideia de benefício da medicação independente de fechar o diagnóstico”, mas que, nos três casos em que ele medicou sem saber ao certo o diagnóstico, fazendo o que ele chamou de “teste terapêutico”, o medicamento não fez diferença significativa. Ao final disse entender a demanda para isso, mas questionar a sua eficácia:

O que... enfim, demanda pra isso até entendo, a questão é se isso funciona, que aí é outra coisa. Que realmente existe uma demanda social de performance e outra coisa é se o remédio consegue fazer o que ele diz que vai fazer e tal. (Entrevistado 8 - Médico Psiquiatra)

Fato destacado por esse entrevistado, que vai ao encontro do que a Entrevistada 15 (Consumidora) relatou. Quando ela começou a tomar a Ritalina, seu objetivo era voltar para a tese, ter disposição para ler sem parar, “ler um texto do início ao fim e ler muitos”, sentar e ler uma pilha inteira de livros em 5 horas, mas nisso a Ritalina não ajudou. Disse que era muita coisa, que ela queria dar conta de maneira organizada, não estava conseguindo e esperava que com a Ritalina conseguiria. Porém, quando ela tomava o medicamento só ficava organizando as coisas, ficava muito agitada e tinha muitas ideias. Disse que o medicamento deu foco - não o foco para estudar, para o que ela realmente queria naquele momento - mas acentuava a parte “obsessiva compulsiva”, ela ficou obcecada com os detalhes: “Não, eu não posso começar a ler ainda, que agora eu tenho que organizar todas as gavetas dos textos”. Então, ela comprou vários gaveteiros e arrumou todos os textos por temas. Disse que o mês inteiro que tirou de férias para sentar e escrever a tese, ela ficou arrumando, organizando, e que todas as vezes que tomava a Ritalina ela ficava organizando qualquer coisa, a casa, os textos.

Disse ter sido bom porque ela se sentia mais disposta, mas ela não teve o efeito que ela ouvia as pessoas dizendo, de que estavam tomando para estudar para concurso. Ela não produziu mais, e disse achar que isso teve a ver com outras questões que ela estava resolvendo e a Ritalina não foi suficiente. Que talvez tenha sido devido a mistura daquilo que a substância podia fazer, com aquilo que ela tinha para dar, e que em outro momento talvez tivesse tido outro efeito. Destacando que se tivesse conseguido obter o efeito desejado nem teria parado de tomar, continuaria tomando mesmo que a sua médica não receitasse mais.

Relatando não conhecer nenhuma pessoa que já tenha consumido para dizer que funcionou, disse que em conversas de facebook volta e meia via alguém falando que estava precisando tomar Ritalina, porque tinha muita coisa para fazer e não sabia se ia dar conta. Destacando que essa é a imagem que as pessoas têm da medicação, mas não foi o que ela obteve com o uso da mesma, tendo obtido outros tipos de efeitos que ela considerou benéficos.

O efeito positivo que ela teve com a Ritalina foi o de ter mais disposição e se sentir auto-confiante, ajudava nas coisas em que ela ficaria muito insegura: "Ah, tem uma reunião importante, vamos lá", "Hoje eu vou levantar e vou conquistar o mundo' (...) uma coisa meio pink e cérebro". Disse que tomava 1 comprimido em jejum pela manhã e teve uma época em que tomou 2 por dia, um pela manhã e outro a tarde, e "logo depois de tomar dava aquela, 'tá, agora vou tomar, tô pronta, (...) vem mundo, vem', é essa a sensação". Sensação que, pelo que ela já ouviu falar, devia ser parecida com a da cocaína: "Dá uma adrenalina assim. Não é serotonina, eu não ficava mais feliz, é muito doido isso, é confiante e agitada. É, como se fosse, sei lá, endorfina, assim tipo, de dentro". Ela ficava muito ligada e todo mundo percebia.

Disse que a melhora da auto-estima, a disposição e o fato de ajudar a emagrecer e a manter o peso seriam valores agregados do medicamento, que não são explorados pelo laboratório. Ela tem hipotireoidismo e se sentiu mais acelerada, mais disposta, falava muito e as pessoas percebiam. Relatou que tais aspectos a faziam querer voltar a tomar o medicamento, para emagrecer, para dar uma acelerada, para ver se a ajudava a se concentrar e a fazer o monte de coisas que ela tinha para fazer, "coisas ligadas a tese e coisas ligadas a vida ordinária", que talvez naquele momento, em outro contexto, com a tese já concluída, ela conseguiria escrever.

Destacando também, que quando estava nos Estados Unidos, em uma situação de alta pressão, falando outro idioma, tendo que tratar com pessoas mais preparadas e experientes que ela, ter acesso ao medicamento - naquela época foi o Adderall - foi fundamental para ela se sentir mais confiante. E disse achar que tais medicamentos poderiam ser pensados para momentos assim. Porém, questionou se vale à pena realmente:

Agora não sei né? a saúde, os efeitos colaterais, vale a pena você submeter uma pessoa a uma determinada medicação só pra um efeito muito pontual? Aí, né? não sou médica, nem pesquisadora, não tenho como dizer, mas a gente é muito imediatista, então, provavelmente a

pessoa diz "Não, eu quero agora" né? Então eu acho que esse efeito da propaganda é o que faz as pessoas usarem. (Entrevistada 15 - Consumidora)

Apresentando efeitos de aprimoramento da performance cognitiva ou não, o consumo de medicamentos para o aprimoramento cognitivo é algo que vem sendo cada vez mais noticiado, performando realidades e levando os sujeitos a buscar nesses medicamentos o meio que os ajudem a estudar e/ou produzir mais, o que torna importante pensarmos nesse modo de articulação com tais tecnologias.

Outro ponto interessante, que foge um pouco do escopo desse trabalho, é que, como dito anteriormente, o foco inicial desta pesquisa não era apenas o consumo de medicamentos para o aprimoramento cognitivo, mas também de antidepressivos para o aprimoramento do humor, e quando a questão do efeito era trazida, diferente do efeito da Ritalina, que para a maioria existe, quando se tratava dos antidepressivos a questão do efeito para fins de aprimoramento do humor era posta em questão. Apenas uma das entrevistadas disse conhecer pessoas que fazem uso de antidepressivo sem ter nenhuma patologia e que tal medicamento teria efeito de aprimoramento do humor, de uma melhora do bem-estar (Entrevistada 11 - Médica Psiquiatra). Outro entrevistado destacou que existem estudos que demonstram que o antidepressivo teria efeito de melhora do humor em casos não patológicos (Entrevistado 8 - Médico Psiquiatra).

É como se os antidepressivos, diferentemente do metilfenidato, fossem uma caixa-preta¹⁸, com indicações e usos já muito bem definidos e voltados especificamente para o tratamento dos diferentes graus de depressão, além de outros transtornos para os quais é indicado, mas nunca como demandado para melhora do humor, desfazendo a velha crença que veio com o Prozac de “pílula da felicidade”.

¹⁸ “O termo caixa-preta (...) é utilizado na sociologia das ciências para falar de um fato ou de um artefato técnico bem estabelecido. Significa que ele não é mais objeto de controvérsia, de interrogação nem de dúvidas, mas que é tido como um dado (...). Quando uma técnica ainda não está completamente estabelecida como caixa-preta, falamos de caixa cinza (Latour) ou caixa translúcida (Jordan e Lynch)” (VINCK, 1995, p. 176 apud. PEDRO, p. 86, 2010).

6. DOS CONSULTÓRIOS AO MERCADO NEGRO: SOBRE A DEMANDA PELA RITALINA®

Existe uma busca pela Ritalina para o aprimoramento da performance cognitiva. Como se dá essa busca? Essa demanda chega aos consultórios médicos? Como os psiquiatras percebem e lidam com tal demanda? Quais questões existentes na atualidade levariam a mesma?

Se para alguns psiquiatras esse pedido direto pela Ritalina é algo muito recorrente, principalmente vindo de fora do consultório, por amigos ou conhecidos, para outros nunca apareceu diretamente, apenas indiretamente, e em um terceiro caso é algo que não costuma aparecer em um primeiro momento, mas no decorrer do tratamento.

De acordo com a Entrevistada 6 (Médica Psiquiatra), os pedidos pela Ritalina para o aprimoramento da performance vêm tanto no consultório como “na vida”. As pessoas perguntam se ela tem receituário amarelo, achando que o medicamento “é o milagre da vida” que vai solucionar seus problemas. Segundo ela o paciente já fala no telefone e ela diz que não trabalha receitando tal medicamento, e os encaminha para o ambulatório de TDAH de adultos ou para uma amiga psiquiatra que trabalha com esse receituário.

Disse que raramente um paciente liga inventando uma história para chegar lá, pelo menos ela nunca tinha percebido. Porém, já aconteceu de o paciente chegar com um discurso para chegar até o pedido do medicamento, mas ela disse que estava vendo outro quadro e sugeriu que fosse pela Bupropiona - antidepressivo que ajuda na melhora cognitiva. Depois disso o paciente voltou mais duas ou três consultas e depois nunca mais apareceu, provavelmente, segundo ela, porque conseguiu alguém que prescrevesse o medicamento.

Também salientou que houve um crescimento da demanda pela Ritalina para melhorar a performance, ocasionado pela divulgação e popularização desse medicamento. Tal demanda vinha crescendo devagarzinho e de repente cresceu bastante, e uma coisa que não era tão comum - normalmente as pessoas que apareciam pedindo esse medicamento estavam ligadas a área da saúde, eram enfermeiros, médicos, psicólogos - passou a ser demandada por qualquer pessoa. Aumentou, mas já havia sido maior, talvez porque as pessoas consigam os medicamentos sem receita ou procuram os muitos médicos que os fornecem.

Essa popularização da Ritalina foi ressaltada por diversos entrevistados, que disseram que já está muito divulgado, que “todo mundo conhece, todo mundo sabe, todo mundo já ouviu falar, se não sabe o nome, sabe que é aquele remédio que deixa o filho mais calmo, mais quieto” (Entrevistada 4 - Médica Psiquiatra), que “a Ritalina já se tornou uma droga popular” (Entrevistado 10 - Médico Psiquiatra), que “é um medicamento que já entrou na moda” (Entrevistado 13 - Ex-Propagandista da Indústria Farmacêutica). Fato que, segundo um dos entrevistados, se deve ao aumento do consumo de tal medicamento para fins de aprimoramento, mas também pelo “boca a boca”, ou seja, uma pessoa comenta que o filho está usando, diz o nome do medicamento e o modo de uso, e essa informação se dissemina:

Conforme uma droga ela é muito utilizada pra um determinado tipo de coisa [...] Isso não é diferente com relação aos medicamentos para o aumento de performance. Foi notório que a medida que a Ritalina ela foi sendo usada e outros medicamentos pra aumentar esse tipo de performance, na medida com que o paciente ele vai diagnosticado e ele percebe essa melhora, ele acaba falando, "não, o meu filho, a gente foi no médico, o médico prescreveu um medicamento pra ele e ele hoje tá super bem", "ah, qual é o nome do medicamento que seu filho usa?", você acaba falando qual é o nome do medicamento que seu filho usa, qual é a droga que aquilo usa e como. (Entrevistado 1 - Propagandista da Indústria Farmacêutica)

Disseminação “boca a boca”, mas também pela internet, por buscas no *Google* e em grupos do *Facebook* onde as pessoas encontram grupos de identificação (Entrevistada 3 - Médica Psiquiatra). E, se considerarmos o aumento de reportagens abordando o consumo de Ritalina, seja para o tratamento do TDAH, seja por “concurseiros” e executivos, destacando as mesmas como “drogas da inteligência”, não é difícil perceber tal disseminação e popularização.

Segundo Domitrovic (2014), o TDAH e o metilfenidato vivem um momento de grande popularização no Brasil, demonstrada pelo aumento do consumo deste medicamento, pela sua constante presença na mídia e pela fértil discussão acadêmica científica ao redor do tema.

Um artigo de Ortega e Itaborahy (2013), analisando publicações sobre o metilfenidato no Brasil, desde a sua regulamentação em 1998 até o ano de 2008, levantou um total de 72 reportagens publicadas nos jornais e revistas de maior tiragem nacional (Folha de São Paulo, Jornal O Globo, Jornal Extra, Veja e Época), e 31 artigos

em 5 periódicos de psiquiatria indexados na base scielo. O que demonstra uma grande publicação acerca desta temática.

Segundo eles, as reportagens analisadas demonstram uma modificação na abordagem sobre o consumo de estimulantes. Nos anos iniciais, elas se referiam a apresentação do que é o metilfenidato e como tratar o TDAH. Sendo acompanhadas, em algumas matérias, por testes e tabelas com critérios diagnósticos resumidos, para que o leitor descobrisse se tem ou não o TDAH. Ajudando assim na divulgação da sintomatologia do transtorno, que atualmente está muito difundida, e fazendo com que o paciente já chegue aos consultórios médicos sugerindo o diagnóstico, como destacado pelo Entrevistado 2 (Médico Psiquiatra). Nos anos posteriores, tais reportagens foram substituídas por outras que debatiam a existência do TDAH, a necessidade do uso de medicamento, assim como outros usos do metilfenidato. Tornando-se mais frequente o questionamento acerca do uso de estimulantes a partir dos anos de 2005 e 2006.

Para Ortega et al. (2010) esta publicação dos resultados das pesquisas ao público leigo ocupa um papel importante na difusão das informações sobre o transtorno, aumentando a demanda pelo tratamento, e contribuindo também na produção do indivíduo desatento e hiperativo, visto que a disseminação do uso de medicamentos que alteram os estados de atenção e concentração, melhorando a performance dessas funções, pode criar novos padrões de normalidade. Segundo Hacking (1995 apud. ORTEGA et al., 2010) a relação entre a eficácia do medicamento e o TDAH tem contribuído para a expansão do diagnóstico, gerando um *looping effect* (efeito rebote), ou seja, há a ampliação da categoria com a inclusão de novos sinais e sintomas e novas pessoas passam a se identificar e se reconhecer com os comportamentos que caracterizam o transtorno, o que produz um aumento pela demanda por tratamento e conseqüentemente, pelo medicamento, além de aumentar o interesse popular pelo assunto.

Quanto ao uso não médico de psicoestimulantes, nenhuma das publicações científicas pesquisadas abordavam este tema, não sendo encontrado nenhum artigo científico nem investigações epidemiológicas abordando o assunto no Brasil. Porém, na mídia leiga, o uso da Ritalina para fins não terapêuticos se fez presente, referindo-se ao uso e abuso por norte-americanos e ingleses, motivados por reportagens sobre o aprimoramento cognitivo publicadas na Revista Nature de 2007 e 2008, apresentando argumentos favoráveis a Ritalina, e mostrando os equívocos da interdição de seu uso para o aprimoramento (ORTEGA et al., 2010).

Analisando duas grandes reportagens de vulgarização científica publicadas em 2009 na Revista Scientific American Brasil e na Revista Super Interessante podemos ver esse processo de popularização do que poderíamos chamar de “drogas da inteligência”. Matérias de capa das revistas em questão (Vide Figuras 1 e 2), as duas trazem o termo “Pílulas da Inteligência” em sua chamada, mesmo a da Scientific American Brasil, que tem como título “O cérebro turbinado”. Na Super Interessante, o termo, em caixa alta, é acompanhado do texto: “Mais concentração, mais raciocínio, mais memória. A nova geração de drogas pode dar superpoderes ao cérebro. Será que devemos tomá-las? Nosso repórter experimentou. E tem a resposta.” (NOGUEIRA, 2009). Já a da Scientific American Brasil segue com o texto: “O que você deve saber sobre aprimoradores cognitivos” (STIX, 2009). Ambas destacando, na capa, a capacidade desses medicamentos em aprimorar a cognição, associando este efeito à possibilidade de se tornar mais inteligente.

Figura 1: A pílula da inteligência. Super Interessante.¹⁹



Figura 2: Pílulas da inteligência. Scientific American Brasil.²⁰



¹⁹ Disponível em: <<http://super.abril.com.br/ciencia/a-pilula-da-inteligencia>>

²⁰ Disponível em: <https://www.lojasegmento.com.br/produtos/img/produto_1365.jpg>

Assim, se por um lado a propaganda de tal medicamento diretamente ao consumidor é proibida, por outro, a grande divulgação do mesmo associando-o ao TDAH, ajuda a difundir a sintomatologia da doença e o tratamento farmacológico da mesma - ajudando a popularizar o metilfenidato. Igualmente, a divulgação do consumo desse medicamento para outros fins, que não o terapêutico, ajuda a construir a crença de que ele serve como aprimorador da performance cognitiva, popularizando a ideia da Ritalina como “droga da inteligência”.

Popularização, que também podemos observar pelo aumento da produção acadêmica pesquisando sobre o consumo desses medicamentos por estudantes universitários, e que demonstra o aumento dessa tendência no país inteiro. Uma rápida busca e encontramos diversos artigos com título, tais como: Prevalência do uso do metilfenidato por universitários de Campos dos Goytacazes, RJ (MOTA; PESSANHA, 2014); Uso não prescrito de metilfenidato entre estudantes de medicina da Universidade Federal da Bahia (CRUZ et al., 2011); O uso não prescrito do metilfenidato entre acadêmicos de medicina (CARNEIRO et al., 2013); Uso do metilfenidato (mfd) por estudantes universitários com o intuito de “turbinar” o cérebro (PASQUINI, 2013).

Além disso, uma popularização que, segundo a Entrevistada 15 (Consumidora), teria a ver “com a intensificação do nosso processo de americanização cultural”²¹ advinda das séries televisivas e do aumento de intercâmbios na graduação e na pós-graduação. De acordo com ela, séries - adolescentes, jovens, médicas - abordam sobre esta temática, “as pessoas vêm mais sobre isso, aí todo mundo começa a falar”.

Disse que, as consequências dessa popularização, seria as pessoas começarem a tomar pelos motivos errados e terem problemas em função disso, além de procurarem tomar o medicamento sem orientação, sem acompanhamento, aspecto que seria dificultado pelo fato de ainda ser necessário a receita. Disse não conhecer ninguém do mercado negro, que ela nem tinha coragem de comprar pela Internet, mas que existem pessoas que podem recorrer ao mesmo, por isso seria necessário “falar mais, orientar, explicar que não é qualquer um que pode tomar, não é qualquer um que vai ter o efeito esperado”. Principalmente os mais jovens, que são muito imediatistas: “Quando a gente é jovem, a gente acha que tudo é certo né? Não vai acontecer nada de ruim, é só um

²¹ Este “processo de americanização” também foi abordado pela Entrevistada 3, que disse que a proximidade com a cultura norte americana influenciaria neste processo de consumo de medicamentos para o aprimoramento da performance cognitiva que viemos discutindo aqui.

negócio que eu vou tomar. A gente não pensa duas vezes, você vai lá e faz”. Então, esse seria um público que teria que ser mais visado.

Mas, voltemos à questão da demanda. Igualmente à Entrevistada 6 (Médica Psiquiatra), o Entrevistado 11 (Médico Psiquiatra) disse ser comum essa demanda por melhora da performance por pacientes que estão estudando para o vestibular e querem tomar alguma coisa. Que o mundo está muito difícil, tem muito sofrimento, ansiedade e angústia, que ele não sabe se é um fenômeno novo ou sempre foi assim, mas que é compreensível que as pessoas queiram se livrar disso. Além disso, disse haver uma busca por funcionamento, da pessoa querer uma performance melhor seja por uma cobrança de si mesmo ou do mundo que exige que as pessoas funcionem bem.

Disse que o pedido pelo medicamento às vezes vinha camuflado, a pessoa só pedia no final, ou ficava implícito na fala da pessoa de “ah, não tô conseguindo me concentrar, tô me sentindo mais deprimido”, e às vezes demorava algumas consultas até o médico perceber. Porém, seria comum acontecer de a pessoa já chegar com esse objetivo, pedindo o remédio ou querendo tomar alguma coisa.

Fato que foi destacado pelo Entrevistado 9 (Médico Psiquiatra), cuja demanda por melhora da performance chegou por uma paciente que já consumia Ritalina de manhã, Stavigile à tarde e Rivotril à noite para dormir, porque a medicação a deixava agitada. E quando ele atendeu essa paciente, percebeu que ela não queria um tratamento, mas queria continuar consumindo a Ritalina e o Stavigile para trabalhar bem e medicamento para dormir, e que ele não percebia isso como um tratamento, mas como um paliativo.

Se por um lado tal demanda apareceria diretamente para alguns médicos, para o Entrevistado 8 (Médico Psiquiatra), ela nunca teria aparecido em seu consultório, onde a maior parte da demanda é por depressão ou estresse. Segundo ele, existem médicos que devem ser conhecidos por medicalizar isso, e talvez as pessoas vão ao médico que elas sabem que vai medicar.

Porém, mesmo dizendo que a demanda por medicamentos para aprimorar a performance cognitiva nunca apareceu em seu consultório, ele relatou o caso da filha de um paciente seu que morava nos Estados Unidos, e teria pedido o medicamento. Mas, neste caso específico, ele não estava receitando, apenas “repondo” o medicamento já receitado anteriormente:

Eu já atendi uma vez a filha de um paciente e ela morava nos Estados Unidos e aí eu, isso foi prescrito pra ela lá, foi prescrito o Venvance, que é o mais recente, que não é o metilfenidato e que foi um pouco por isso, foi por questões de dificuldade. Trabalha num consultório de advocacia e tava tendo dificuldade de dar conta da demanda do trabalho e aí ela foi numa psiquiatra que prescreveu isso e aí ela começou a conseguir render um pouco melhor no trabalho, apesar dos problemas [...] ela dizia que por ser imigrante acabavam abusando um pouco e dava uma carga de trabalho, faziam ela trabalhar mais que 40 horas por semana, 45, 50 horas por semana e ela ficava muito cansada e aí no caso eu vim pra repor que ela ia embora logo em seguida, mas ia ficar um tempo sem, antes de ir ao psiquiatra. E aí foi um adulto com queixa de performance e a prescrição foi feita, não por mim, assim, no caso eu só repus, foi feita por pessoa com esse intuito. (Entrevistado 8 - Médico Psiquiatra)

A partir desse argumento de que ele não estava receitando, mas repondo a medicação receitada anteriormente por outro médico, poderíamos questionar se o fato dele apenas “repor” o desresponsabiliza quanto à prescrição ou até mesmo quanto à reflexão acerca dessa demanda - que inicialmente ele disse nunca ter aparecido em seu consultório -, e de sua prática.

Além disso, ele disse que essa demanda já teria vindo de fora do consultório, de colegas que teriam pedido mais diretamente esse medicamento para o aprimoramento da performance. Aspecto que foi destacado pelo Entrevistado 10 (Médico Psiquiatra) e também pelo Entrevistado 9 (Médico Psiquiatra), que relatou que em conversas pessoais já tinha aparecido esse pedido de receituário de Ritalina por pessoas que queriam estudar para concurso ou para prova de residência. Destacou um caso que ocorreu no ano de 2015, de um estudante de medicina que ia fazer residência, estava estudando e veio perguntando sobre a Ritalina e ele disse que aquilo era *doping* cognitivo, e a partir dessa sua recusa a pessoa não perguntou mais. Segundo ele, a questão é se o médico está aberto ou não para isso, e que os médicos que ele conhece, que trabalham receitando a Ritalina, não teriam a abertura de acolher essa demanda.

Por outra via, a Entrevistada 3 (Médica Psiquiatra) disse que, como professora de uma faculdade de medicina, já percebeu que os alunos têm essa demanda pela Ritalina e desconfia de que eles consigam tal medicação, pois já ouviu na sala de aula os alunos falando "Né professora, mas aí a gente toma uma Ritalina e resolve", que isso vinha pela via da brincadeira.

Demanda esta que para alguns médicos chegaria aos seus consultórios mais indiretamente. Segundo o Entrevistado 2 (Médico Psiquiatra), nunca houve o pedido

claro da Ritalina para estudar, para ficar mais acordado à noite ou para ficar mais ligado. Porém, ele já percebeu que algumas pessoas tentavam dar uma “forçadinha de barra”, já chegavam com um discurso feito tentando caracterizar o seu quadro como de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. Igualmente, o Entrevistado 10 (Médico Psiquiatra) relatou que há 4 anos apareceu a demanda por Ritalina para o aprimoramento da performance por advogados e “concurseiros”, mas que nunca chegou essa demanda direta de paciente dizendo “Eu quero tomar Ritalina”. Acontecia de os pacientes chegarem formulando uma queixa de desatenção, de falta de concentração, relatando a sintomatologia do déficit de atenção, que segundo ele está disseminada.

Esses discursos, segundo o Entrevistado 2 (Médico Psiquiatra), fazem com que seja difícil caracterizar se esse uso seria “tão *off-label* assim”. Para ele, quando se trata do consumo da Ritalina, a fronteira entre o uso dentro das indicações e o uso *off-label* seria pouco nítida, pois qualquer adulto pode recolher lembranças da infância de que era desligado, distraído ou muito agitado. Além disso, há dificuldades contemporâneas que quase todo mundo tem, como dificuldade de foco no trabalho e em outros campos da vida, que faz com que não seja difícil de se convencer e às vezes convencer o médico de que se tem um quadro leve de TDAH, e aí o que seria *off-label* viraria facilmente um uso dentro das indicações.

Como destacado pelo Entrevistado 10 (Médico Psiquiatra), por ser um diagnóstico sintomático, é difícil definir se é realmente uma patologia, pois não se observa a desatenção como você observa o sinal de patologia em um paciente esquizofrênico:

[...] não é um diagnóstico categorial, não é você tem ou não amidalite, por exemplo, você tem um diagnóstico dimensional. Desatenção todos tem em algum momento da vida e pode ser por n razões, né? [...] você pode estar desatento por estar deprimido, todas as suas funções psíquicas vão estar rebaixadas, inclusive a atenção, né? Você fica extremamente desatenta quando você tá ansiosa, né? então pode ser somente um sintoma, como pode fazer parte do quadro de doença que é o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. (Entrevistado 10 - Médico Psiquiatra)

Além disso, como bem destacam Gordon e Keiser (1998 apud. CALIMAN, 2008):

Os sintomas que definem o transtorno (desatenção, impulsividade e hiperatividade) são, em menor grau, traços comuns da natureza humana. Todo indivíduo é, em certa medida, um pouco desatento, impulsivo, desorganizado, e nem sempre finaliza as tarefas almejadas (GORDON; KEISER, 1998 apud. CALIMAN, 2008, p. 562).

Assim, por conta dessa dificuldade, o Entrevistado 10 (Médico Psiquiatra) disse que no início acabava prescrevendo, e contou a história de uma paciente que fazia concurso, e só depois de um ano atendendo, ele descobriu que ela fazia tratamento com ele e com outra médica, e tomava medicamento com o objetivo de dormir apenas 4 horas por dia e acordar bem. Mas com o tempo começou a ficar mais caejado com esse tipo de demanda que ele busca não alimentar.

Tal fala aponta exatamente para a questão da dificuldade em definir os limites do que seria patológico, cuja intervenção visaria o tratamento, e o que seria “normal”, cuja intervenção visaria o aprimoramento, além de apontar também para a disseminação e popularização dos conceitos das doenças. Como Aguiar (2004) destaca, em psiquiatria não há um marcador biológico que defina precisamente a existência ou não de um transtorno mental, sendo esse diagnóstico feito por meio de critérios subjetivos do psiquiatra, a partir de critérios subjetivos do paciente oferecidos através do seu relato acerca do que está sentindo.

Além disso, considerando, como nos propõe Canguilhem (2002), que independente de ter ou não marcador biológico, o patológico não está no campo dos fatos, não é uma simples alteração bio-química, mas é antes de tudo um julgamento de valor, uma apreciação do próprio sujeito acerca da sua saúde, podemos destacar que tal apreciação não está desvinculada dos conceitos de saúde e doença, assim como dos conceitos de bom desempenho e felicidade.

E mesmo falando de uma normatividade - capacidade do indivíduo de criar novas normas quando o meio se modifica - que é biológica, não podemos considerar esta normatividade apartada do meio, pois segundo Canguilhem (2002), o sujeito é mais ou menos normativo dependendo do meio em que está inserido. Neste sentido, não podemos pensar nessa questão fora do ambiente social, político e tecnológico que tem levado para o âmbito médico cada vez mais questões próprias da vida.

No mundo empresarial, altamente competitivo, principalmente nos mais altos cargos, o bom desempenho e o sucesso são valores a serem alcançados. Igualmente, em algumas escolas de classe média e alta onde o foco é a preparação para o vestibular, o

bom desempenho nos estudos e a competitividade também são exigências para o sucesso futuro. Nesses âmbitos, o rendimento no trabalho e nos estudos é visto como importante para alcançar uma posição e para ter sucesso. Uma pessoa que se perceba tendo um mau desempenho quando comparada aos seus pares, pode julgar que existe algo de errado com ela, pode se perceber como não tendo a atenção suficiente para se concentrar no trabalho e nos estudos e alcançar bons resultados, pode até perceber uma mudança qualitativa na sua atenção - um “antes” em que ela conseguia se concentrar e um “depois” quando não consegue mais.

Poderíamos falar que tal percepção de insuficiência pode implicar um sentimento de pathos, de sofrimento, de impotência e de vida contrariada, tal como destacado por Canguilhem (2002) ao definir o patológico. A pessoa poderia vivenciar a partir desse sentimento de pathos uma diminuição de sua normatividade, de sua capacidade de enfrentar as infidelidades do meio. Isso poderia justificar uma intervenção médica? Seria tratamento ou *enhancement*?

Como destaca Conrad (2007), a linha que separa o *enhancement* da terapêutica é muito fina, pois o que constitui uma necessidade médica não é tão evidente:

Como sabemos a partir de estudos anteriores de medicalização (Conrad , 1992 , 2000), uma vasta gama de condições ou comportamentos pode ser definida como um problema médico, como um tipo de distúrbio que necessita de tratamento. Sabemos também que as condições podem entrar e sair da jurisdição médica. Definições médicas podem mudar; novos diagnósticos médicos podem ser desenvolvidos, que justificarão certos tipos de aprimoramento como tratamento²² (CONRAD, 2007, p. 86, tradução minha).

Além disso, tais necessidades médicas, sendo flexíveis e situadas socialmente²³, mudariam de sociedade para sociedade e através dos tempos:

²² “As we know from earlier studies of medicalization (Conrad, 1992, 2000), a wide range of conditions or behaviors can be defined as a medical problem, as some kind of disorder in need of treatment. We also know that conditions can move in and out of medical jurisdiction. Medical definitions can change; new medical diagnoses can be developed that will justify certain types of enhancement as therapy” (CONRAD, 2007, p. 86).

²³ Destacamos a visão de Conrad acerca dessa influência do social na definição das necessidades médicas, mas a posição que assumimos no presente trabalho, é a posição da Teoria Ator-Rede (TAR), tal como desenvolvida por Latour (2012), que considera o social enquanto uma rede sócio-técnica heterogênea que articula atores humanos e não-humanos, todos actantes dessa rede. Nesse sentido, não temos como pensar em um social apartado das tecnologias, mas em um social enquanto agregado heterogêneo que envolve muitas articulações.

Novas doenças ou desordens podem ser definidas (como diagnósticos), com o objetivo de legitimar tratamentos médicos ou intervenções (Conrad , 1992 , 2000). Assim, a linha entre o que é considerado um tratamento necessário e o que é um aprimoramento pode ser turva e pode mudar juntamente com as definições da doença. Se, por exemplo, os cientistas desenvolveram uma droga que pode melhorar a memória, podemos ver em breve um crescimento de diagnóstico de " transtorno de déficit de memória. " Será que isso é um tratamento ou um aprimoramento? Os limites da doença e do aprimoramento são susceptíveis a severa contestação, especialmente por aqueles que querem legitimar intervenções como tratamentos para problemas médicos²⁴ (CONRAD, 2007, p. 72, tradução minha).

Assim, se o surgimento de novos medicamentos pode levar a novas intervenções, não podemos esquecer também do papel do DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais) na ampliação das categorias diagnósticas, dos interesses da indústria farmacêutica e do papel da mídia, que mais do que divulgar os diferentes transtornos mentais e os medicamentos existentes para seu tratamento, vem alterando a nossa experiência acerca de nós mesmos.

Visto isso, podemos dizer que a grande divulgação das diferentes categorias diagnósticas, aliada ao fato de existirem medicamentos para a melhora da concentração e da memória, pode fazer com que a percepção de uma dificuldade dentro desse âmbito seja vista não mais como uma simples dificuldade, mas como algo que precisa de tratamento. Além disso, com as novas técnicas e práticas de aprimoramento da performance sempre podemos ser melhores, o que faz com que a faixa que define o normal se desloque (CONRAD, 2007).

Assim, definir como Wolpe (apud. ESPOSITO, 2005), que o tratamento seria destinado a remediar a doença, enquanto o *enhancement* estaria voltado para o melhoramento do indivíduo que não está doente, que está normal, que está na média, não define a questão do que seria tratamento e o que seria aprimoramento, visto que a própria definição de normal, sendo móvel, pode jogar condições consideradas normais para o âmbito do patológico, assim, como condições vistas como patológicas para fora deste critério.

²⁴ "New diseases or disorders may be defined (as diagnoses) in order to legitimate medical treatments or interventions (Conrad, 1992, 2000). Thus, the line between what is deemed a necessary treatment and what is an enhancement can be blurred and can shift as definitions of disease change. If, for example, scientists developed a drug that could enhance memory, we might soon see a growth of diagnoses of "memory deficit disorder." Would this be a treatment or an enhancement? The boundaries of disease and enhancement are likely to be severely contested, especially by those who want interventions legitimated as therapies for medical problems" (CONRAD, 2007, p. 72).

Além disso, mesmo que consideremos que o que está em jogo nessas definições é o julgamento valorativo do sujeito atravessado pelos conceitos culturais, sociais, políticos e tecnológicos sobre a questão saúde-doença, a linha que define o que é tratamento e o que é *enhancement* ainda permanece obscura.

Podemos destacar então, que essa demanda que chega a partir de um discurso elaborado pelo paciente, a partir do conhecimento dos sintomas do TDAH, que já está amplamente disseminado, torna difícil para o médico perceber ou mesmo definir quando o pedido é por performance e quando está relacionado ao transtorno de déficit de atenção e hiperatividade ou até mesmo um transtorno ansioso ou depressivo, que segundo alguns médicos levaria a prejuízos cognitivos.

Por último, duas psiquiatras, mesmo relatando casos de pessoas que teriam demandado diretamente a Ritalina, destacaram que a demanda por medicamentos para a melhora da performance não apareceria em um primeiro momento, mas chegaria no decorrer do tratamento.

Segundo a Entrevistada 3 (Médica Psiquiatra), os pacientes melhoram, percebem o benefício do medicamento e se queixam que gostariam de estar mais concentrados, que gostariam de dormir, ou estar mais despertos ao longo do dia. Igualmente, a Entrevistada 4 (Médica Psiquiatra) disse que as pessoas não chegam diretamente demandando a Ritalina, mas por outras questões e no decorrer do tratamento que essa questão aparece.

Demanda esta que para dois entrevistados apareceria tanto no sistema público quanto no consultório particular (Entrevistados 6 e 10 - Médicos Psiquiatras). Porém, como destacou a Entrevistada 6 (Médica Psiquiatra), muitas vezes essa demanda não chega ao médico, pois para no grupo de triagem que já dá o corte, dizendo que existe um número limitado de vagas e encaminha para serviços especializados. Além disso, segundo ela, o serviço público geralmente não trabalha com o receituário amarelo e raramente uma pessoa vai ficar três horas na fila de um serviço público para pedir remédio para o aprimoramento da performance.

O aparecimento dessas demandas no serviço público talvez demonstre certa disseminação quanto à possibilidade de consumo de medicamentos para o aprimoramento da performance. Demanda esta que tem sido associada a uma classe específica, digamos que com condições financeiras para conseguir tais medicamentos nos consultórios particulares.

6.1 - Da recusa à aceitação: como ocorre o acolhimento desta demanda?

Se essa demanda aparece para todos eles, direta ou indiretamente, dentro ou fora do consultório, como que eles lidam com ela?

Segundo a Entrevistada 3 (Médica Psiquiatra), quando essa demanda por medicamento para a melhora da performance chega no decorrer do tratamento, ela busca tratar isso como uma questão médica, investigando se não é remanescente do quadro inicial, se ainda é um sintoma do quadro depressivo ou do quadro ansioso. Se for, continua o tratamento; se não for, tenta trabalhar a questão dentro do contexto, do histórico e do social em que a pessoa vive.

Diferentemente, a Entrevistada 4 (Médica Psiquiatra), que também destacou que a demanda costuma aparecer ao longo do tratamento, disse não ver problema nenhum em usar eventualmente o medicamento e achar válido o consumo da Ritalina para fins de melhora da performance, que já receitou e todas as vezes teve bom resultado. Disse acompanhar os pacientes nesse consumo, que normalmente é feito em pequena quantidade e de maneira bem pontual, e que atende duas pessoas que demandaram diretamente a Ritalina para o aprimoramento da performance. Outros pacientes que tomam a Ritalina no entanto, chegaram pela via da depressão, e apenas durante o tratamento a performance nos estudos virou uma questão, aparecendo uma angústia em relação aos estudos ou em relação a não estar dando conta dos mesmos. Fato que ela destacou como um sintoma da depressão, que traz prejuízos cognitivos.

Se por um lado esta demanda é atendida com o fornecimento da Ritalina, como dito por esta médica, por outra via alguns médicos investigam se esta demanda por um remédio para melhorar a concentração e a atenção não seria demonstrativo de um transtorno depressivo ou ansioso de base, os quais poderiam ser medicados.

Segundo a Entrevistada 6 (Médica Psiquiatra), quando a pessoa chega dizendo que quer o medicamento para a performance, ela não atende e encaminha para outra pessoa, pois acha que não é uma medicação passível de ser prescrita para qualquer pessoa, de qualquer forma. Porém, quando a pessoa chega e no meio do atendimento ela vai percebendo que o que a pessoa quer é o medicamento para a performance, ela coloca outras possibilidades, investiga se existe uma depressão ou uma ansiedade de base. Disse que quando um paciente chega e ela vê que a questão não é TDAH e ela diagnostica uma ansiedade ou depressão, ela receita a Bupropiona, que é um antidepressivo que controla a questão da depressão e da ansiedade, em termos

farmacológicos melhora a concentração e a produção, e tem uma ação muito suave se comparada à Ritalina - que ela nunca prescreveu e nem tem coragem de prescrever para fins de aprimoramento cognitivo, por ser um medicamento com efeitos colaterais muito complicados e por causa da possibilidade de abuso.

Igualmente, o Entrevistado 10 (Médico Psiquiatra) disse que quando a pessoa chega querendo melhorar a performance ou porque está querendo dormir menos, ele propõe alguma espécie de tratamento, como tratar a ansiedade, pois esse pedido denotaria que a pessoa “tá querendo precipitar as coisas”, e ele não é obrigado a agradar ninguém aumentando a performance. Acrescentando, relatou dois casos em que a pessoa veio com a demanda por performance e viraram seus pacientes porque tinham quadro de ansiedade ou transtorno de sono, o que segundo ele é comum. Disse que evita alimentar esse padrão de uso de medicamento que não é terapêutico, a que ele chamou de “psiquiatria cosmética”:

Porque, a Ritalina já se tornou uma droga popular. As pessoas já sabem que ela não faz mal, que ela não vicia, né? [...] você tem benefícios. De uma maneira geral eu sou contra a psiquiatria cosmética, que seria isso, né? Eu, melhorar um pouquinho a atenção, melhorar não sei o que ali, melhorar ali, não vejo sentido, não vejo sentido, não acho que isso seja medicina, né? E que muito na verdade é o que acaba sendo feito, né? [...] "ah, vou melhorar um pouquinho a atenção dele ali, e fica um pouquinho menos ansioso ali. Ah, você tá com um pouquinho de apetite, toma uma fluoxetina, uma sibutramina", enfim. (Entrevistado 10 - Médico Psiquiatra)

É interessante notar esta saída que alguns médicos encontram em relação à demanda pela Ritalina para a melhora da performance, que passa pela busca por uma doença de base, seja a ansiedade ou a depressão, e que essas sim podem ser medicadas. Há uma recusa em receitar um medicamento para o aprimoramento da performance, que se caracterizaria como “*doping* cognitivo” ou “psiquiatria cosmética”, mas receitar um antidepressivo, como a Bupropiona, que melhora a atenção e a concentração, ou mesmo diagnosticar e medicar a pessoa como tendo depressão ou ansiedade não é posto em questão.

Então pergunto: porque a busca pelo metilfenidato para a melhora da performance é questionada e recusada, mas a busca por uma doença de base que possa ser medicada não é posta em questão? Porque o consumo do metilfenidato é percebido como maléfico, mas o consumo de outros psicotrópicos como os antidepressivos e os

benzodiazepínicos - medicamentos mais vendidos do mundo - não? Porque se questiona tanto o consumo *off-label* dessas substâncias, mas encontrar uma razão para essa busca e medicá-la não é questionado?

Isso nos leva a pensar o quanto tais categorias diagnósticas - depressão e ansiedade - associadas aos medicamentos utilizados para seu tratamento, aparecem como uma caixa-preta, ou seja, não são postos em questão, sendo diagnosticados e tratados com frequência. Porém, quando se trata do consumo da Ritalina, esse se mostra muito controverso, pondo em questão o papel da psiquiatria, que não seria o de ser uma “psiquiatria cosmética”.

Há assim, uma negação em atender essa demanda, como destacado pelo Entrevistado 9 (Médico Psiquiatra) que disse ser radicalmente contra o consumo de medicamentos para a melhora da performance, que não estudou 7 anos e meio para prescrever medicação para quem não precisa, e que há muita ignorância, que as pessoas não sabem o quanto a medicação faz mal e não entende como as pessoas procuram resposta na medicação:

O que eles vão estudar com a medicação, 6 meses, eles talvez teriam que estudar em 1 ano, ah, estuda 1 ano. Eu acho que achar a resposta na medicação não é resposta, você tá se iludindo, é, procurar um atalho por meio de uma Floresta Amazônica, você vai se machucar muito e pode sair bem mal dessa situação, mas é um risco que as pessoas tão dispostas a correr [...] eu sou radicalmente contra, radicalmente contra, eu não dou nem medicações que eu sei usar, né? que eu sei que são seguras, mas que provocam dependência, quanto mais medicação de receita amarela, acho que é uma medicação muito forte. (Entrevistado 9 - Médico Psiquiatra)

E se normalmente a recusa em receitar tais medicamentos passa pelos efeitos colaterais e pelo potencial de abuso dos mesmos, o Entrevistado 8 (Médico Psiquiatra) disse que, ao receber a demanda desses medicamentos por colegas, argumenta que não tendo o diagnóstico - que é um diagnóstico de um transtorno que existe desde a infância e permanece na idade adulta -, se for um uso só para melhorar a performance, o medicamento não faria efeito. Argumentando ainda, que não sendo apenas a questão da atenção que afeta a performance, pois há outras questões envolvidas, a medicação talvez não tenha efeito significativo na melhora da performance.

Porém, entre recusas e atendimentos a essas demandas, um entrevistado disse que depende do caso, que não dá para generalizar e que geralmente ele tenta entender o

que a pessoa está precisando, o que ela está querendo e qual solução está enxergando naquele momento. Que muitas vezes o sofrimento da pessoa é real, e às vezes é causado exatamente por essa busca de não querer se sentir triste, de não querer sentir ansiedade, e de querer funcionar de maneira mais eficiente. Ressaltando que quando a pessoa apresenta sintomas de ansiedade, que dificultaria a sua função normal, ele tenta mostrar alternativas não farmacológicas, e mostrar que as evidências de melhora cognitiva com o remédio não são tão boas quanto parecem, que muitas vezes a melhora está relacionada ao efeito placebo, ao efeito psicológico propriamente dito, e acaba sendo uma consulta mais informativa. Disse que a pessoa compra uma ideia ou tem algum amigo que usa e a partir disso cria distorções de que aquele medicamento vai ajudá-la:

[...] e às vezes você tem que mostrar que o sofrimento é justamente por essa busca mesmo de não querer se sentir triste quando às vezes é uma reação normal não querer sentir ansiedade, querer funcionar de uma maneira mais eficiente. (Entrevistado 11 - Médico Psiquiatra)

Tal fala aponta para uma dimensão de cuidado²⁵ envolvida nessa demanda, pois se essa demanda pelo medicamento para alguns médicos estaria relacionada à facilidade que a pessoa consegue com o medicamento de poder estudar mais em menos horas e, além de estudar, ter tempo livre para usufruir da vida, esta fala aponta para um sofrimento que pode estar envolvido nessa busca, sofrimento de não dar conta das exigências do mundo que são reais.

²⁵ Embora eu não vá entrar no tema do cuidado, vale destacar que essa questão é trabalhada por Bellacasa (2012) e Mol (2008). Bellacasa, pensando o cuidado nas práticas de pensamento e conhecimento, destaca que o cuidado é relacional, envolvendo uma relação de interdependência e responsabilidade. Em suas palavras: “Cuidar é mais do que um estado afetivo-ético: envolve engajamento material em trabalhos para sustentar mundos interdependentes [...] os significados de cuidar não são simples. Interdependência não é um contrato, mas uma condição; até mesmo uma pré-condição. [...] cuidar não pode ser fundamentado no desejo de um mundo suave e harmonioso, mas em ações cotidianas, vitais, ética-afetivas, práticas que envolvem se envolver com os problemas inevitáveis de existências interdependentes” (BELLACASA, 2012, p. 198-199, **tradução minha**). Já Mol (2008), ao discutir a lógica do cuidado em detrimento da questão da escolha, de uma autonomia que teríamos na escolha por tratamentos específicos, ou, como eu destacaria aqui, por consumir medicamento para o aprimoramento da performance cognitiva, destaca que, ao lado desse ideal de “escolha” existente na sociedade ocidental, outros também circulariam, como a “solidariedade, justiça, respeito mútuo e cuidado” (MOL, 2008 apud. MORAES, 2013, p. 318). Cuidado, que como destaca Moraes (2013), “implica uma ação local e mais distribuída, que agencia mais e mais atores” (MORAES, 2013, p. 320). Neste sentido, podemos dizer que para além da questão da escolha - do sujeito ou do médico -, se consome ou não o medicamento, a fala desses entrevistados, aponta para essa dimensão de cuidado, no sentido de se responsabilizar pela demanda e se ocupar da mesma.

Além disso, aponta para uma solução que envolve outros atores, como os psicólogos. Aspecto que também foi destacado pela Entrevistada 3 (Médica Psiquiatra), que disse ter muitos parceiros psicólogos e psicanalistas porque trabalha lidando “com a parcialidade da melhora”. Acrescentando que não considera que o remédio vá resolver todas as coisas, que duas semanas de remédio sejam suficientes para dar conta dos problemas, que são complexos e multideterminados, e as soluções para eles são diárias e crônicas. Segundo ela, cada situação requer uma estratégia, e o remédio entra como uma estratégia, um instrumento, mas não como uma solução. Continuando, destacou esse trabalho articulado com a psicologia:

[...] se eu percebo que tem alguma coisa a ver em relação a não conseguir organizar a rotina ou em tá muito insatisfeito consigo mesmo porque acha que o critério, o ideal de concentração e de trabalho, de eficácia tá muito acima do que é possível, do que é real, eu tento trabalhar isso com o paciente e tento encaminhar isso, em geral eu discuto o caso com as pessoas com quem eu atendo junto, né? com as psicólogas, com os psicólogos, eu um pouco dou notícia disso pra que isso possa aparecer também, que o psicólogo esteja avisado disso num atendimento dele, possa trabalhar isso também. (Entrevistada 3 - Médica Psiquiatra)

Neste sentido, a psiquiatria não estaria de um lado, medicalizando as demandas que lhe aparecem, e a psicologia do outro lado, muitas vezes crítica dessa medicalização e buscando na terapia a solução para estas questões. As soluções e encaminhamentos muitas vezes são feitas em conjunto.

E se até agora falamos do consumo de medicamentos para o aprimoramento da performance que seria demandado nos consultórios médicos, e aqueles que não passariam pelos médicos, que seriam adquiridos no “mercado negro”?²⁶

Talvez, o fato dessa demanda não chegar tanto para os médicos demonstre que é no mercado negro que estes medicamentos têm sido adquiridos. Fato que é de conhecimento dos médicos que chegaram a destacar esse tipo de acontecimento, como a Entrevistada 6 (Médica Psiquiatra), que disse que as pessoas conseguem comprar com muita facilidade qualquer medicação no mercado negro; o Entrevistado 9 (Médico

²⁶ As três entrevistadas que consumiram a Ritalina para o aprimoramento da performance não tiveram acesso a esse medicamento no mercado-negro. Uma delas fez o próprio receituário do medicamento. A outra conseguiu com uma parente que é médica psiquiatra. E a terceira já havia tomado anteriormente o Adderall, por indicação de uma amiga, e aqui no Brasil, comentando com sua médica, com quem vinha se tratando, descobriu que a Ritalina era similar, e começou a tomar a mesma com o acompanhamento de sua médica.

Psiquiatra), que disse já ter visto alguns alunos de faculdade comentando que adquiriram a medicação ilegalmente e não por algum médico que prescreveu; e o Entrevistado 2 (Médico Psiquiatra), que disse saber que existem pessoas que conseguem com médicos ou com colegas, e que a preocupação maior desse uso *off-label* estaria no uso por conta própria sem o respaldo médico.

Já o Entrevistado 1 (Propagandista da Indústria Farmacêutica), ressaltou que há um desconhecimento acerca de como funciona esse mercado de medicamentos para o aumento da performance, que tanto pode ser prescrito pelo médico, como pode ser que não, pode ser comprado de outra forma no mercado.

Além disso, dois entrevistados lançaram uma luz sobre o porquê tais medicamentos poderiam ser mais buscados no “mercado negro” do que nos consultórios médicos. A Entrevistada 6 (Médica Psiquiatra), quando disse que o paciente não vai ficar três horas no serviço público esperando para ser atendido para pedir medicamento para a melhora da performance, e o Entrevistado 10 (Médico Psiquiatra), que destacou que a pessoa provavelmente não vai pagar R\$ 100,00 por consulta todo mês para conseguir um medicamento que é relativamente barato.

Adquiridos nos consultórios ou no mercado negro, o fato é que assistimos a um aumento crescente no consumo do metilfenidato para o aprimoramento da performance, que faz necessário entendermos quais questões presentes na atualidade estão articulados a esta demanda crescente.

7. PERFORMANCE, COMPETITIVIDADE E INDIVIDUALISMO: A BUSCA PELOS APRIMORADORES COGNITIVOS

Como vimos, há uma demanda crescente por melhora da performance cognitiva que muitas vezes chega aos médicos por meio de pedido de medicamentos que ajudem a melhorar a concentração, a atenção, ou simplesmente ajudar a ficar mais tempo acordado para estudar ou trabalhar. Além disso, há conhecimento de que existe um mercado negro onde as pessoas adquiririam tais medicamentos sem receita. Visto isso, pergunto: quais questões presentes na atualidade estariam articuladas a essa busca pelo medicamento para a melhora da performance cognitiva?

Segundo o Entrevistado 2 (Médico Psiquiatra), essa busca estaria relacionada à performance de um lado e ao individualismo de outro. A questão da performance, no sentido de que há uma preocupação entranhada em cada um, tanto em relação a si, quanto em relação ao filho, de que precisa ser competitivo. Segundo ele, vivemos em uma sociedade em que parece que está todo mundo competindo pra ver quem chega na frente: “Desde a alfabetização, passando pelo ENEM, até o ambiente do trabalho, principalmente no mundo corporativo, no mundo empresarial, no mundo acadêmico e etc.”.

E o individualismo apareceria no sentido do “cada um por si”, e das pessoas poderem contar no máximo com a sua família, fato que ele percebe quando a família chega ao seu consultório pedindo socorro, sendo este “socorro” a medicação. Segundo ele, as pessoas não teriam mais com quem contar, não teriam mais rede de proteção social como no passado - família, religião, vizinhança -, estando cada vez mais sozinhas para lidar com as suas dificuldades. Nesse quadro, o discurso científico ou pseudocientífico acaba se transformando em um discurso sedutor, em que o sujeito vai encontrar a resposta que ninguém mais dá, nem a escola e nem o terapeuta. E esse tipo de busca acaba se misturando com a questão da performance, do desempenho, da ideia de que está “ficando para trás”.

Esta fala vai ao encontro do que Rose (2007 apud. CALIMAN, 2012) destaca acerca de uma “economia política da esperança” que estaria se formando em torno da biomedicina contemporânea, fazendo com que uma promessa seja:

[...] explicita ou implicitamente oferecida e continuamente alimentada a cada nova descoberta de uma nova droga, de um novo tratamento ou de um novo diagnóstico. Acredita-se que a biomedicina tem ou terá a resposta para as perguntas ainda não respondidas, doenças sem cura, problemas e sofrimentos que não se deseja ter, que se espera aliviar. Há uma expectativa, um sentimento de que, “enfim, a resposta chegou ou chegará” (CALIMAN, 2012, p. 102).

Este discurso científico ou pseudocientífico, como colocou o entrevistado, nos faria crer que a melhor maneira para lidarmos não apenas com a doença, mas com questões existenciais e com a ineficácia, é pelo consumo de medicamentos. Vemos então um sujeito que, tendo sua constituição subjetiva articulada à indústria da comunicação - que divulga as novas descobertas biomédicas - e à sociedade de consumo, encontra no medicamento a resolução para todos os males - não apenas das doenças, como também da ineficácia. Encontrando no cuidado com o corpo a possibilidade de uma vida não apenas saudável, mas potente.

Além da competitividade, que também foi destacada pela Entrevistada 15 (Consumidora), que disse que vivemos em um ambiente cada vez mais competitivo, e que daqui a pouco vão começar a dar, no ensino básico, Ritalina para crianças que não tem TDAH, esta demanda também estaria relacionada a uma necessidade de conseguir fazer as coisas, dar conta de “um tudo [...] que é inacreditavelmente enorme, desafiador”, “dar conta das suas tarefas em casa, no trabalho, nos estudos, na vida pessoal”. E que se este medicamento funcionasse como um organizador, seria como “descobrir a cura da obesidade, a cura do câncer” (Entrevistada 15 - Consumidora). Fato destacado também pelas outras duas Entrevistadas que consumiram a Ritalina. Segundo a Entrevistada 7 (Consumidora), o consumo da Ritalina não seria o ideal, mas a cobrança seria muito maior do que se pode dar conta, seria desleal, e o medicamento viria para dar conta dessa cobrança. Já segundo a Entrevistada 5 (Consumidora), a Ritalina seria para os momentos críticos da vida, por conta de uma doença ou porque “você está num momento em que você de fato precisa estudar e quer usar Ritalina pra aquelas horas que você vai estudar”.

Igualmente, a Entrevistada 3 (Médica Psiquiatra) também associou a necessidade de melhora da performance às “demandas da vida”, ou seja, ao fato de que as pessoas precisam trabalhar, cuidar da família e acham que podem melhorar, e então recorrem ao medicamento. Disse que as pessoas interpretam a incapacidade de se concentrar e não conseguir render como os outros como uma falha pessoal. E, como

médica, ela acha uma armadilha lidar com esse tipo de demanda, porque “a sociedade tá sempre renovando as técnicas de tortura, sempre renovando as formas de se exceder e de exigir”, e as pessoas estão sempre querendo responder a isso:

As pessoas querem pagar conta, querem estar vivas, querem estar bem no mercado. O que você tem que fazer pra estar bem no mercado? Tem que estudar inglês, tem que estudar isso, tem que estudar aquilo, o dia tinha que ter 30 horas? Tinha. O dia tinha que ter 30 horas. [...] mas lidar com isso no dia-a-dia é super complicado porque ao mesmo tempo que a gente entende que tem uma exigência do mundo real, a gente não pode cair nessa armadilha de um paciente, de ceder a todas essas demandas. Porque tem algumas demandas que são da ordem do irreal, que são impossíveis, que não são éticas, que adoecem. Então assim, de alguma forma a gente tem que cuidar, tem que responder ao pedido de um paciente, mas a gente também tem que tomar um cuidado pra não entrar nessa armadilha de ficar respondendo a todas as fantasias, né? que surgem aí na sociedade. (Entrevistada 3 - Médica Psiquiatra)

Tal fala, além de apontar para a tentativa de dar conta das exigências do mundo, que são reais - como ela destaca - aponta também para a aceleração do tempo que vivemos na atualidade - “O dia tinha que ter 30 horas”. Aceleração esta ocasionada, dentre outras coisas, pelo aumento das tecnologias informacionais com as quais, desde o advento dos smartphones, estamos conectados 24 horas por dia. E pelo modelo capitalista atual, que com a implantação de novas formas organizacionais e tecnologias produtivas, vem reduzindo o tempo de giro na produção, implicando assim em uma aceleração do processo de trabalho e do consumo, levando a uma compressão do tempo-espço, e influenciando nos modos de pensar, sentir e agir (HARVEY, 2008, p. 258).

O modelo de acumulação flexível aliado ao novo modelo de gestão organizacional e às novas tecnologias vem dissipando as fronteiras entre tempo de trabalho e tempo de vida. Juntamente a isso, o novo modelo de gestão, vem preconizando um sujeito que deve assumir o papel de gestor de si mesmo, que deve gerir suas habilidades, carreira e empregabilidade, dando cada vez mais do seu tempo ao trabalho. Não apenas no espaço de trabalho, mas fora dele, fazendo de todas as suas atividades de vida, meios para tornar-se mais competitivo e empregável, sendo o responsável pelo seu sucesso ou pelo seu fracasso (GAULEJAC, 1946).

Neste contexto, a autogestão da atenção - vista pelos estudiosos da “economia da atenção” como um recurso escasso, limitado e cada vez mais desejado no mundo

empresarial, além de um dos aspectos mais importantes para o sucesso econômico e profissional dos indivíduos - também se faz presente (CALIMAN, 2008).

Segundo Caliman (2012), estando vinculada ao desenvolvimento de estratégias para a sua otimização, todo um arsenal de soluções para o gerenciamento ótimo da atenção é oferecido no mundo empresarial. Técnicas de desenvolvimento pessoal; aulas de ioga, meditação, gerenciamento comportamental, redução de estresse e auto-controle; coaching; e a alternativa medicamentosa, aparecem como passíveis de serem usadas pelo “eu empenhado e gestor de si”, tornando-se o meio para conseguir ser mais produtivo e competitivo. Sendo o último aspecto citado - a busca por alternativas medicamentosas - alvo de grande interesse do mundo empresarial, que tem voltado a sua atenção para o mecanismo neurobiológico da atenção, incorporando os avanços da pesquisa neurofarmacológica e cerebral (CALIMAN, 2012)

Neste quadro, medicamentos como a Ritalina, o Modafinil e o Alerte, atuando nos processos de melhora da performance atencional e da eficiência no trabalho, tornaram-se parte fundamental da economia da atenção. Além das novas tecnologias cerebrais de análise, rastreamento e controle da atenção e novos campos neurológicos, como a neuroeconomia, neuroeducação e neurofitness (CALIMAN, 2012).

Porém, como destaca Caliman (2012), se todo um arsenal de técnicas são oferecidas para a otimização da atenção, que é posta sob responsabilidade do sujeito auto-gestor, em contrapartida, a sua gestão ineficiente é signo de fracasso e insucesso do sujeito, identificado com o sujeito não produtivo e incapaz de autogestão.

Talvez aí esteja o sucesso da busca pela terapia medicamentosa. O tempo está cada vez mais acelerado, não apenas os trabalhadores, mas as pessoas de um modo geral vêm cada vez mais seu tempo de vida encolhido pelo novo modelo de produção e consumo, e pelas novas tecnologias, visto que com um smartphone e um computador pessoal “sempre se está disponível”. O sujeito é o responsável por sua auto-gestão, que engloba a auto-gestão atencional, e o medicamento aparece como uma solução técnica que não requer disponibilidade e tempo.

Aqui, um amplo número de fatores que parecem apontar para essa necessidade de performance articulada a uma aceleração do tempo e a responsabilidade do sujeito em gerir isto, aparecem como justificativa para esta demanda.

Questões como a busca pela melhora da performance, associado a uma ideia de que poderia dar conta melhor do trabalho, poderia trabalhar mais eficientemente (Entrevistado 8 - Médico Psiquiatra). Melhora de desempenho no trabalho, mas também

nos estudos, que veio com o aumento dos “concurseiros”, que buscam o medicamento para conseguir estudar mais ou se concentrar mais nos estudos, conseguir estudar o que se estuda em 3 horas em 2 horas (Entrevistado 10 - Médico Psiquiatra). Questões como pressões por rendimento em concursos e na faculdade, associado a um sentimento de insuficiência, de não estar dando conta do que tem para fazer no tempo que se tem. Que precisa de mais concentração para dar conta e que precisa de alguma coisa que a ajude na concentração (Entrevistada 4 - Médica Psiquiatra), alguma coisa que facilite. Facilidade esta que, segundo a Entrevistada 6 (Médica Psiquiatra), seria o motivo pela busca da Ritalina, que de fato facilitaria a vida das pessoas, para estudar, se concentrar, produzir, para a competitividade do mundo que exige que a pessoa seja a melhor, tenha conhecimento, absorva muito mais do que dá conta. Segundo esta entrevistada, a Ritalina viria atender à demanda de uma sociedade que tem focado na questão do desempenho, da evolução e do poder, e acrescido a isso, uma sociedade com intolerância à frustração, onde ninguém pode se frustrar com nada.

Todos esses argumentos, de pressão por rendimento, demanda social por performance, de “pressão social por atuar”, tema mais mencionado - dentre os aspectos sociais, éticos e legais relacionados ao uso de fármacos - segundo uma pesquisa com grupos focais de universitários (ORTEGA et al., 2010), apontam para a discussão ética acerca da possibilidade de coerção ao consumo desses medicamentos, seja diretamente, pela solicitação de reforço farmacêutico por empregadores ou pela escola, no caso das crianças, ou uma coerção indireta advinda da necessidade de o sujeito competir com seus colegas (GRELLY et al., 2008).

Segundo o *Human Enhancement Study*, um documento produzido pelo parlamento europeu:

O aumento da disponibilidade de estimulantes cognitivos poderia levar a uma maior pressão sobre os indivíduos para usá-los. Em primeira instância, isto pode surgir por meio de pressão para competir com os colegas na escola ou no trabalho. De fato, já foi introduzida nos EUA uma legislação para prevenir a promoção do uso de estimulantes cognitivos nas escolas. Há também questões éticas quanto ao direito dos empregadores de exigir aos seus empregados em determinadas profissões o uso de potenciadores da cognição no local de trabalho²⁷ (COENEN et al., 2009, p. 85, tradução minha).

²⁷ “Increased availability of cognitive enhancers could lead to greater pressure on individuals to use them. In the first instance, this could arise through pressure to compete with peers at school or in work. Indeed, legislation has already been introduced in the US to prevent school personnel promoting the use of cognitive enhancers. There are also ethical questions as to whether employers would be within their

Como destaca a reportagem “O cérebro turbinado: uma pílula no café da manhã melhorará a concentração e a memória - e fará isso sem causar problemas a longo prazo para a saúde?” da revista Scientific American Brasil:

Se você tem 65 anos e mora em Boston, suas economias da aposentadoria provavelmente diminuíram bastante. Isso o obriga a permanecer no mercado de trabalho e competir, alerta e eficiente, com um sujeito de 23 anos em Mumbai. Talvez então você se sinta pressionado a usar esses medicamentos (LYNCH apud. STIX, 2010, p.38).

Também haveria a possibilidade de o sujeito se sentir coagido a consumir por achar que os outros estariam fazendo isso ou até mesmo por pressão do empregador, como esta fala da matéria “A nova onda dos remédios para o cérebro” da Revista Época destaca: “Como diz Elaine (...) que também faz uso da Ritalina: ‘Eu recomendaria o remédio para alguns dos meus funcionários mais lentos, para que eles acompanhassem meu ritmo’” (VERA, 2009).

Assim, tendo que gerir a sua empregabilidade em um mundo competitivo, não apenas fazendo cursos e adquirindo habilidades, mas tendo que estar ativo para cumprir metas e disponível integralmente, o consumo de medicamentos para a melhora cognitiva parece ser um meio para conseguir aderir a tal modelo.

Modelo este que abarca não apenas o homem individual, que passa a se conceber como uma empresa, mas também a família, que passa a ser percebida como uma pequena empresa, cujo objetivo é fabricar um indivíduo empregável. Como destaca a teoria do capital humano, “O filho também é um capital que é preciso fazer frutificar. A educação torna-se uma avaliação das capacidades da criança nos planos físico, intelectual ou psíquico. Seu sucesso escolar é o objeto de um investimento essencial” (GAULEJAC, 1946, p.182). A educação aqui é um investimento para o futuro e os pais são os responsáveis pelo sucesso dos filhos.

Aspecto destacado pelo Entrevistado 8 (Médico Psiquiatra), que ressaltou que a questão da performance também estaria envolvida na demanda dos pais pela Ritalina. Segundo ele, haveria uma preocupação dos pais em relação ao futuro profissional dos filhos, uma ideia de que podem estar “papando mosca”, que existiria algum recurso que poderia ajudar e eles não estão usando, que o filho poderia estar melhor e eles poderiam

rights to require employees in certain professions to use cognition enhancers in the workplace” (COENEN, et al., 2009, p. 85).

estar lançando mão de algo para melhorar. Neste sentido, a demanda estaria ligada à preocupação dos pais com o futuro profissional e a carreira dos filhos, cujo colégio seria determinante.

Tal argumento aponta para o que Brant e Carvalho (2012) destacam acerca do consumo do metilfenidato, que diferentemente do consumo de outras substâncias psicotrópicas:

[...] parece estar associado ao aumento da produtividade (escolar e profissional), à crença de melhor sociabilidade e desempenho. Envolve elementos de ordem institucional, como saúde, educação, trabalho e economia. O consumo opera-se, sobretudo, mediante prescrição de um profissional do campo da saúde, em atendimento à demanda do sujeito individual ou coletivo, inserido nos setores da educação e/ou do trabalho, em resposta ao imperativo de uma economia em um mundo extremamente competitivo e globalizado (BRANT; CARVALHO, 2012, p. 625).

Assim, vivendo em uma época onde a performance não apenas no mundo do trabalho, mas também na atividade intelectual é um valor e um objetivo a ser alcançado, o consumo de medicamentos para o aprimoramento da performance cognitiva, seria uma estratégia conservacionista, mudando o indivíduo para esse se adaptar aos padrões sociais e expectativas coletivas (CONRAD, 2007 apud. COELHO, 2014).

Podemos considerar que em uma sociedade em que é necessário estar preparado para o mundo competitivo, o uso de drogas para o aprimoramento da performance cognitiva, não parece ser algo tão fora da realidade, “É preciso não apenas trabalhar [...] Mas também dormir, ir a festas, receber amigos, comer, exercer a sexualidade, etc. Adoecer nesse contexto, figura um parêntese nessa exigência” (LEFREVE, 1991 apud. DANTAS, 2009, p. 575). Podemos dizer talvez que ser saudável, mais do que não estar doente, configura um estar ativo, disposto, ser bem-sucedido, coisas para as quais as drogas de aprimoramento da performance contribuiriam grandemente.

Aspecto que foi destacado pelo Entrevistado 9 (Médico Psiquiatra), mas que ele atribuiu à preguiça. Segundo ele, as pessoas acreditariam que a resposta está na medicação, que a medicação as faria estudar melhor, e já que existe uma medicação que pode melhorar, não teria porque as pessoas se esforçarem:

[...] elas querem dormir tarde, né? sair a semana inteira, encher a cara e achar que no dia seguinte vai acordar bem, livre, leve e solto, então

ela toma medicação pra ter essa melhora, pra ficar mais atento, ficar bem ligado, ter mais foco, essas coisas. A resposta não tá na medicação, a resposta tá na mudança do hábito de vida. Ninguém quer sacrificar a cerveja de ontem a noite por uma noite bem dormida. [...] acho que as pessoas elas querem sempre a resposta mais simples, né? não vejo tanto a falta de informação, eu vejo, querem o caminho mais fácil pra resolver as coisas em vez de simplesmente tentarem lutar por isso. Que na verdade é meio que a propaganda da indústria farmacêutica, toma remédio que você fica bem. (Entrevistado 9 - Médico Psiquiatra)

Igualmente, o Entrevistado 13 (Ex-Propagandista da Indústria Farmacêutica), mesmo se declarando a favor de tudo que melhore a qualidade de vida do paciente - tratando-se de algo patológico ou não -, e dizendo que os medicamentos estão aí para isso, declarou-se totalmente contra o uso da Ritalina por adolescentes e jovens a fim de estudar, que ele não considera isso como uma melhora de qualidade de vida, mas como *doping*:

"Ah, pô, mas eu não consigo entender direito", então estuda 4 horas caramba, entendeu? Não vai. "Ah, consigo fazer, o que eu faria em 4 horas normalmente, faço em 2", não. Se o jovem se moldar a esse tipo de comportamento de conseguir as coisas mais fácil desde jovem, com 40 ele vai tá fazendo o que, entendeu? pra conseguir melhora de resultados? É quase que como um jeitinho brasileiro voltado pro lado do medicamento isso, e aí eu sou contra, entendeu? (Entrevistado 13 - Ex-Propagandista da Indústria Farmacêutica)

Este discurso de uma certa preguiça, de busca por meios mais fáceis, de busca de resposta na medicação e não na mudança de hábito encontra ressonâncias com o que Conrad (2007) destaca como um "calvinismo farmacológico" da sociedade em relação ao consumo de medicamentos para o aprimoramento da performance. Segundo ele, associada a uma ética protestante, haveria uma oposição às tecnologias de aprimoramento da performance por essas serem soluções tecnológicas que não envolvem trabalho duro. Dentro dessa lógica, para Conrad (2007), as pessoas considerariam que "[...] é melhor alcançar um objetivo como prazer, satisfação sexual, estabilidade mental e saúde corporal naturalmente do que com drogas ou medicações" (CONRAD, 2007, p. 92, tradução minha)²⁸. Além disso, não considerariam antinatural a

²⁸ "...it is better to achieve an objective such as pleasure, sexual satisfaction, mental stability, and bodily fitness naturally than with drugs or medications" (CONRAD, 2007, p. 92).

aquisição de músculos advindos de horas de malhação, pois esse aprimoramento teria sido fruto de diligência e trabalho.

Calvinismo farmacológico ou não, podemos considerar, como destaca Rabinow (2002), que existe um naturalismo que, preso a axiomas como “(1) O artificial nunca é tão bom quanto o natural; (2) A criação fornece a própria vida; vida é autoprodução; (3) A homeostase (auto-regulação) é a regra de ouro” (RABINOW, 2002, p. 153) - nos faz ver as novas tecnologias que incidem sobre a vida por um viés negativo.

Aspecto este que aponta para uma dicotomia natural x artificial que tanto Latour como Haraway nos ajudam a pensar. Segundo Latour (1994) somos seres híbridos e a dissociação natureza/sociedade, natureza/cultura, natural/artificial, foram tentativas fracassadas de purificação dos modernos. E, nesse sentido, “Jamais Fomos Modernos”, pois jamais fomos humanos no sentido de uma pureza, de uma humanidade pura. Seguindo esse mesmo pensamento, Haraway (2009) destaca que somos ciborgues, híbridos de organismo e máquina, não havendo uma dada natureza humana, uma dualidade natural x artificial, mas uma construção que se dá articulada com a tecnologia.

Além disso, seguindo o pensamento de Haraway (2008), segundo a qual não dá para chamar de selvagens os gatos capturados, alimentados com comida industrializada e enredados com tantas outras tecnologias, também não tem como pensarmos em uma natureza humana que não esteja enredada com as tecnologias. O “tornar-se mundano”, tal como a autora nos propõe, é exatamente um “tornar-se com”, outros humanos, animais e também as tecnologias. Nos constituímos com diversos aparatos, sendo os medicamentos mais um deles.

Tal aspecto, por um viés diferente, é destacado por alguns estudiosos que defendem o consumo de medicamentos para o aprimoramento da performance. Segundo eles, a vida de todos os seres humanos é antinatural, pois casas, roupas e comidas têm pouca relação com o nosso estado natural. Além disso, sempre fizemos invenções para a melhoria de nossos cérebros, como a língua escrita, a pintura e a Internet, e também fazemos uso de diversas atividades capazes de melhorar nosso desempenho como exercícios adequados, nutrição e sono (GREELY et al., 2008). Igualmente, a luz sintética, como o fogo, a lâmpada e a luz elétrica seriam exemplos de tecnologias de aprimoramento, pois com o advento das mesmas, trabalho e vida social puderam se estender pela noite, criando pressões competitivas e incentivos àqueles que se beneficiem delas Assim como a linguagem escrita, a educação, os exercícios físicos e a

dieta que trouxeram benefícios neurais para o humano (HARRIS, 2009). Logo, segundo esses estudiosos, as regras usadas para distinguir os aprimoradores cognitivos permitidos hoje seriam questionáveis, pois de todos os meios que utilizamos para melhorar o nosso desempenho, só eles seriam proibidos (GREELY et al., 2008).

Para além dessa demanda mais específica pela Ritalina, alguns entrevistados ressaltaram que a demanda pelos psicotrópicos em geral parece trazer em seu bojo uma questão comum, que é a busca por algo que ajude a lidar com as pressões do mundo atual, as exigências do mundo do trabalho e a competitividade, que levariam ao aumento de patologias como a depressão, a ansiedade e a síndrome do pânico (Entrevistados 13 e 14 - Ex-Representantes da Indústria Farmacêutica). Pressões relativas não apenas ao mundo do trabalho, mas a pressão de viver em uma “sociedade de consumo”, onde é preciso se ter cada vez mais, e que também atingiria as crianças desde cedo.

Porém, se para a maioria o que está envolvido nessa busca são questões presentes na atualidade, o Entrevistado 11 (Médico Psiquiatra) - não desconsiderando o aumento do consumo na atualidade, advindo de um aumento na demanda por performance e produtividade - ressaltou que esta seria uma demanda normal da humanidade. Segundo ele, o ser humano sempre buscou a felicidade, a ausência de sofrimento e de tristeza, sempre quis um remédio que o livrasse do sofrimento, e a indústria farmacêutica se aproveita disto que é característico do humano.

Aspecto também destacado pela matéria “A pílula da inteligência”, que ressalta que a busca por substâncias para nos tornarmos mais espertos seria tão antiga quanto a história da humanidade. Segundo tal reportagem, os soldados do Império Romano comeriam alho para ter inspiração, alguns povos bebiam cerveja para ter mais bravura na hora dos combates, o filósofo Francis Bacon, com o objetivo de ficar com a mente afiada, consumia tabaco e açafrão, o escritor Honoré Balzac consumia café para afastar o sono e manter o intelecto por mais tempo, e Freud acreditava que a cocaína poderia ser um auxiliar para a mente (NOGUEIRA, 2009).

Antigo ou não, as questões mencionadas anteriormente, como a exigência de performance, de rendimento, a competitividade, a aceleração do tempo e a gestão de si - que também envolve a gestão atencional -, além da própria existência de medicamentos que possibilitam o aprimoramento da performance, parecem ser aspectos importantes para o aumento da demanda por medicamentos aprimoradores da performance cognitiva nos tempos atuais.

Apontando para um modo de ser que busca com o consumo desses medicamentos responder às exigências existentes na atualidade, exigências de performance, competitividade, sucesso. Não querendo dizer com isso, que haja um determinismo, que todas essas demandas e pressões levam a busca pelo medicamento, mas que essa busca parece se articular a demandas presentes na contemporaneidade, e a uma tentativa de responder as mesmas.

8. SOBRE O FUTURO E O AUMENTO DA DEMANDA POR APRIMORAMENTO DA PERFORMANCE

Estamos falando, neste caso, de formas inteiramente novas de subjetividade. Estamos falando seriamente sobre mundos em mutação que nunca existiram, antes, neste planeta. E não se trata simplesmente de ideias. Trata-se de uma nova carne.

(Donna Haraway)

Se assistimos hoje a uma busca por medicamentos como a Ritalina para o aprimoramento da performance, que segundo muitos dos entrevistados se deve a questões do mundo atual, cabe a pergunta: como essa demanda será no futuro?

Para todos os entrevistados essa é uma demanda que só tende a aumentar no futuro, seja por conta do baixo limiar à frustração da sociedade (Entrevistada 6 - Médica Psiquiatra); pela busca crescente por imediatismo (Entrevistados 6 e 8 - Médicos Psiquiatras); por uma demanda social por performance (Entrevistado 8 - Médico Psiquiatra); por uma possível diminuição no controle - por exemplo, passar a ser exigido o receituário azul ao invés do amarelo (Entrevistado 10 - Médico Psiquiatra); porque aparecem novos remédios associados à propagandas e vivemos em uma sociedade onde as pessoas querem se sentir alegres, querem uma solução fácil para os problemas (Entrevistada 12 - Médica Psiquiatra); por que o ambiente está cada vez mais competitivo (Entrevistada 15 - Consumidora); por causa da pressão do trabalho, das escolas, dos pais em cima dos seus filhos, do mercado de trabalho em cima dos filhos (Entrevistado 13 - Ex-Propagandista da Indústria Farmacêutica), ou simplesmente porque existe um medicamento que pode melhorar a performance, que pode dar uma vantagem extra (Entrevistado 11 - Médico Psiquiatra).

Segundo o Entrevistado 2 (Médico Psiquiatra), pode ser que haja um limite para essa expansão, que apenas um grupo específico vá aderir, mas ainda não chegamos ao pico desse consumo para a melhora da performance. Convivemos com uma população que tem mais acesso a bens e conhecimentos, onde esse fenômeno é mais frequente, mas há parte da população que ainda não tem acesso aos medicamentos básicos para tratamento médico e psiquiátrico. Além disso, há parte da população - não

necessariamente a mais desfavorecida - que ainda não tem conhecimento acerca da possibilidade de se consumir medicamentos para melhorar a performance.

Tal aumento, segundo ele, trará consequências ruins por um lado, mas boas por outro. Ruins, porque as pessoas acabarão perdendo a noção de quando tomar e quando não tomar o fármaco, e começarão a aparecer casos de intoxicação, de pessoas parando na emergência. E boas, por que à medida que isso se dissemine, as pessoas debaterão mais sobre o assunto. Um debate que não se restringirá as questões médicas, mas ao projeto da sociedade que queremos:

[...] vão ter pessoas de vários campos, né? da sociedade, desde o campo médico, psicológico, farmacêutico, mas também da mídia, da academia, da educação, do pensamento ético, da filosofia, várias pessoas onde isso vai chegar tão perto da sua vida, da sua experiência, porque vai ser com ele mesmo, vai ser com o filho, vai ser com o vizinho, ou alguma coisa, que eu acho que o efeito que pode vir a ser positivo é fazer com que as pessoas se aproximem mais desse debate e pensem, né? [...] No fundo, no fundo é um certo projeto, mais que uma questão médica, né? isso envolve as questões éticas em grandes, não só de ética médica, mas de bioética que é uma coisa mais ampla, né? No fundo é um projeto que a gente tá discutindo, é um projeto de sociedade, um projeto de humanidade quase que no limite, né? ou seja, a gente acha que de fato, né? é pertinente a gente incluir essas substâncias de uma maneira mais disseminada, quase como que a gente, né? a gente inclui flúor na água, né? É mais ou menos a mesma coisa? [...] Começa a virar ficção científica, mas eu acho que assim, eu acho que no limite, à medida que isso vá se expandindo, isso vai colocar essa questão pras pessoas e talvez aí sim a gente já consiga definir isso um pouco melhor. Então tá, regulamenta o uso *off-label* pra isso no limite, tá sobre acesso de todo mundo? Ah, mas é um uso *off-label* que ainda vai depender de um médico prescrever ou vai ser um uso *off-label* tipo aspirina? [...] Mas acho que a perspectiva do futuro é meio essa. (Entrevistado 2 - Médico Psiquiatra)

Aspectos também destacados pela Entrevistada 6 (Médica Psiquiatra), que ressaltou que quando começarem a aparecer casos complicados e os efeitos a longo prazo, medicamentos como a Ritalina e o Stavigile, que têm pouco tempo de uso, começarão a ser regulamentados, como já aconteceu anteriormente com outras medicações como a Sibutramina. E pela Entrevistada 15 (Consumidora), que disse acreditar que o uso desses medicamentos será indiscriminado e isso vai, ou deveria gerar um debate ético. Primeiro porque, segundo ela, se a pessoa não tiver uma demanda advinda de um transtorno, como o TDAH, não deve tomar esses medicamentos, mesmo que tenha efeito. Segundo, porque haveria uma disputa desleal

advinda do consumo desses medicamentos, que faz com que a questão do *doping* seja um aspecto importante a ser discutido no futuro. *Doping*, que aqui no Brasil, estaria relacionado à concorrência injusta nos concursos públicos:

A prova, por exemplo, a prova do Itamarati, falando aqui do Brasil, é uma prova de resistência, uma das mais difíceis do país, pela diversidade de conteúdo e pela exigência. Quem toma Ritalina e quem se dá bem com Ritalina será que não vai ter um desempenho melhor? Na prova e ao longo da avaliação. Ou então, não sei, prova pra CGU, que é o concurso, dizem, o mais difícil do país. Então, eu não sei, acho que isso, a questão ética do uso da Ritalina vai ser uma coisa importante. (Entrevistada 15 - Consumidora)

E terceiro, seria em relação às crianças, cujo efeito futuro desses medicamentos não sabemos:

A criança tá correndo, a criança tá brincando, ela está sendo criança, "ah! taca Ritalina nela porque é hiperativa" [...] Então, qual o efeito que isso pode ter numa sociedade? [...] será que a Ritalina diminui a criatividade, da criança por exemplo? Que efeito que isso pode ter na vida futura dessa mesma criança, como adulto, se ela teve uma infância em que ela foi, ela teve que ser, ela foi tolida, né? teve que se enquadrar? Não sei. (Entrevistada 15 - Consumidora)

Tal questão, também foi abordada pela Entrevistada 6 (Médica Psiquiatra) que ressaltou que só daqui a 15, 20 anos teremos uma visão a longo prazo das crianças que estão tomando a Ritalina. Crianças estas que estão submetidas a tais substâncias desde muito novinhas e não sabemos ainda quais serão as consequências das mesmas.

As crianças também apareceram na fala da Entrevistada 4 (Médica Psiquiatra), que disse acreditar que a demanda vai aumentar entre as crianças por conta da hiperestimulação que faz com que elas foquem muito rápido, mas percam o foco muito rápido também. E essa hiperestimulação, segundo ela, levará ao aparecimento de novas doenças.

Haverá assim, segundo estes entrevistados, discussões éticas e regulamentação, mas espera-se também que haja maior controle social e governamental desse consumo, e mais problematização, questionamento e fiscalização, como destacado pela Entrevistada 3 (Médica Psiquiatra), que disse que tal assunto não pode ficar “debaixo do pano”, pois é perigoso tanto para quem toma como para quem prescreve.

Segundo ela, no Brasil, houve um avanço nas políticas e nas instituições regulatórias. As agências regulatórias, como a ANS e a ANVISA, são um fator de proteção, de fiscalização das farmácias, das indústrias e das prescrições médicas. Porém, este é um processo social muito amplo e complexo, que tem influência das mídias sociais e da proximidade com a cultura norte-americana²⁹, por isso é importante não apenas regulamentar, como discutir e problematizar tal processo.

Processo esse, segundo o Entrevistado 8 (Médico Psiquiatra), similar ao que ocorreu na década de 70, quando as pessoas compravam remédios sem receita. De acordo com ele, há uma demanda social por performance, mas o terreno dos psicotrópicos está estagnado há muito tempo, poucas novidades têm surgido, e os que surgem usam mecanismos que os antigos já utilizavam. Neste sentido, ele disse acreditar que, no futuro, essa demanda social por performance possa ser suprida por outro tipo de intervenção, pela estimulação magnética transcraniana, que daqui a algum tempo poderá ser vendida como alguma coisa que melhora a performance:

[...] ela faz um campo magnético que consegue aumentar a atividade elétrica numa área ou inibir, de acordo com o tipo de estimulação que você faz. Então isso já é usado pra depressão, usado pra Parkinson, eu já vi uma pesquisa pra isso sendo usado pra compulsão alimentar. Essa área é um pouco mais promissora porque ela tem muita margem pra refinamento, porque com o avanço de imagem cerebral e se associar um transtorno com atividade maior e menor em certas áreas, você consegue com sessões estimular e aquilo ter algum efeito [...] o que haveria maior expansão em termos de intervenção biológica seria esse, eu vejo assim, como alguma coisa que daqui há alguns anos vai crescer muito porque tem mostrado resultados e pode ser vendido como uma coisa feito sobre medida pra você, digamos, uma coisa que, você faz a imagem cerebral funcional e aí eu faço um tipo de estimulação que vai beneficiar você especificamente. (Entrevistado 8 - Médico Psiquiatra)

Essa fala acerca de um “avanço de imagem cerebral” e da expansão da “intervenção biológica” aponta para a tendência da psiquiatria atual, que associada à neurociência e às novas tecnologias de visualização, vem colaborando para a mudança no modo como lidamos não apenas com o adoecimento, como também com as questões de saúde e bem-estar, influenciando também no modo como lidamos com o nosso corpo e a sua performance.

²⁹ A influência da cultura norte-americana também foi abordada pela Entrevistada 15 como fator responsável pela popularização do consumo de drogas para o aprimoramento cognitivo.

Segundo Domitrovic, (2014), desde os anos 90, buscando se legitimar cientificamente, a psiquiatria passa a se sustentar nas explicações neuroquímicas e cerebrais, levando a proliferação de diagnósticos psiquiátricos cada vez mais centrados no cérebro e seu funcionamento, associando-os ao tratamento medicamentoso. Popularizando assim, o manejo químico dos sofrimentos psíquicos que reforça a ideia de que esses se originam no cérebro, e criando “uma espécie de explicação circular, na qual o efeito do medicamento justifica o diagnóstico e a lógica neurobiológica que o sustenta” (DOMITROVIC, 2014, p. 19-20).

Neste contexto, o papel do médico, diante do diagnóstico, passa a ser o de escolher o tratamento adequado, e a medicação, que outrora era vista como coadjuvante do tratamento passa ao primeiro plano, sendo vista muitas vezes como o único tratamento (RODRIGUES, 2003).

Segundo Caliman (2012), além do sofrimento, da doença e do diagnóstico, que passam a ser reconhecidos a partir de sua comprovação biológica - do estabelecimento de biodiagnósticos -, o corpo biológico também passa a ser aquilo que nos define como sujeitos:

Nosso sofrimento psíquico, nossos medos, angústias, comportamentos e emoções, sejam eles normais ou anormais, devem, necessariamente ter origem e causas biológicas caso queiram ser considerados reais e legítimos. É neste sentido que as pessoas estão descrevendo a si e aos outros através de uma linguagem somática. O corpo, quase sempre reduzido ao cérebro, está no centro das explicações sobre quem somos, sobre quem fomos e sobre quem seremos (CALIMAN, 2012, p. 99).

Neste contexto, o desenvolvimento de técnicas de visualização cerebral, como a tomografia por emissão de pósitrons ou Petscan, permitindo que o cérebro possa ser conhecido em seu funcionamento, faz com que psiquismo e organismo, pensamento e matéria passem a ser estudados pelos mesmos princípios, levando assim, a uma compreensão das doenças mentais em termos orgânicos, além de impulsionar:

[...] pesquisas sobre comportamento e fatores psíquicos que incluem conduta amorosa, diversas espécies de compulsão (droga, compras, sexual, etc.), capacidades cognitivas, sentimentos morais e até mesmo crenças religiosas (EHRENBERG, 2004b) - isto é, comportamentos e capacidades que não necessariamente são desviantes e apenas de modo mediado podem se articular com o sofrimento, embora sejam

imediatamente objetos interessantes de intervenção tecnológica (PIMENTEL; VAZ, 2009, p.8).

Assim, se tecnologias de visualização cerebral surgem com a promessa de poder entender melhor os transtornos, visando criar novas terapias para os mesmos, elas também abrem o caminho a novas práticas, que ultrapassam a questão saúde/doença, e a novos discursos acerca dos sujeitos, não mais vistos a partir de uma interioridade ou de uma subjetividade, mas sujeitos cerebrais, em que transtornos, como o TDAH são vistos como deficiência ou alteração neuroquímica a ser tratada com o uso de medicamentos. Concomitantemente, discursos sobre comportamento, capacidade cognitiva, e outras questões, também são remetidos a trocas neuroquímicas e nesse sentido, também são passíveis de serem alteradas pelos mesmos medicamentos que tratam as doenças.

Essa predominância do registro visual obtida com o aumento das novas tecnologias de visualização do corpo leva ao nascimento de uma intimidade que não envolve mais:

[...] o inconsciente, as paixões ou o desejo. As emoções, a decisão e o comportamento social vêm sendo crescentemente submetidos a roupagens fisicalistas, reportadas mais aos neurônios e neurotransmissores do que aos conflitos psicológicos (COSTA, 2004). Diz-se que o deprimido, antes que marcado por uma experiência angustiante, sofre de “deficiência de serotonina” (PIMENTEL; VAZ, 2009, p. 11).

Neste quadro, a psiquiatria, não se restringindo apenas aos transtornos mentais graves e aos manicômios, se amplia, indo desde a esquizofrenia até o aprimoramento das performances cotidianas (AGUIAR, 2003), se tornando também um campo privilegiado para se contemplar a experiência humana e participando da construção do “eu neuroquímico” (ROSE, 2004 apud. DOMITROVIC, 2014).

Juntamente a essas práticas, emerge uma nova maneira de descrever nossas experiências subjetivas, não mais vistas em termos de uma interioridade, de uma subjetividade, mas em termos de trocas e deficiências neuro-químicas. Assim, parafraseando o que Castel (1987) denomina de a “nova cultura psicológica”, consideramos que concomitantemente a isso há uma “nova cultura neurocientífica” que tem levado as pessoas a pensarem em si em termos neuro-químicos e biológicos, e as conduzido à busca de medicamentos não apenas para o tratamento de doenças, mas para o melhoramento de suas performances, no presente caso, cognitiva. Aqui, como destaca

Rose (2008), o self psicológico divide, compete e dialoga com o self neuroquímico (ROSE, 2008 apud. COELHO, 2014).

Visto isto, mais do que trabalhar o patológico, vemos a neurociência - com o avanço das tecnologias de visualização cerebral -, articulada à psiquiatria biológica, se propondo a trabalhar o estado normal e expandindo seus conceitos a todos os âmbitos. Tal aspecto é destacado por Ehrenberg (2009) ao falar da existência de um programa “forte” das neurociências, que no plano teórico identifica o conhecimento do cérebro ao conhecimento de si, e no plano clínico, acredita poder fundir neurologia e psiquiatria, tratando as psicopatologias neuropatologicamente. E para além disso - o que mais nos interessa - é que em um prazo mais longo visa poder agir sobre a maquinaria cerebral visando aumentar nossas capacidades de decisão e ação, visando construir o que ele chama de uma “biologia do espírito” ou “uma neurobiologia da personalidade”.

Assim, se em Descartes a *res cogitans*, vista como a interioridade ou a alma, era a parte mais importante dos sujeitos, sendo delegada a *res extensa*, o corpo, um papel inferior, o que vemos na atualidade, é a materialização da interioridade ou a interioridade transformada em cérebro. Neste contexto, modificam-se os discursos sobre o sujeito, e as práticas - pautadas nas neurociências e nas novas tecnologias de visualização -, passam a ter como técnica principal o uso dos medicamentos, que para além da questão saúde/doença, pode ser usado para a performance e para a melhora da capacidade cerebral, vindo também na direção do acolhimento de novas demandas como a formação permanente, a renovação perpétua, o enfrentamento das mudanças tecnológicas e a concorrência.

Uso de medicamentos, mas também de outras tecnologias não medicamentosas, como a estimulação magnética transcraniana, citada pelo Entrevistado 8 (Médico Psiquiatra), e outros métodos não invasivos, como os implantes cerebrais e a estimulação cerebral profunda, como destacou o Entrevistado 11 (Médico Psiquiatra), que disse que hoje em dia existe estimulação superficial para sintomas psiquiátricos, em que se coloca um ímã a fim de estimular regiões específicas do cérebro. Destacando que, no futuro, a demanda por performance saíra da esfera dos remédios, indo na direção da estimulação não invasiva através da nanotecnologia.

Tais argumentos apontam para um futuro pós-humano, não no sentido de uma superação ou obsolescência do humano, como alguns autores propõem³⁰, mas de um futuro de maiores articulações dos humanos com as tecnologias. Articulações estas que não significam “[...] a morte do ‘homem’, mas a morte do ‘Homem’ consagrado pelo humanismo e pelo Iluminismo.” (SANTOS, 2005, p.165). Neste sentido, não é a obsolescência do humano que deve ser posta em questão, mas a concepção moderna de natureza humana. Segundo Santos (2003) “[...] as relações de implicação e hibridação entre homens, máquinas, seres vivos e seres inanimados são tantas e de tamanha envergadura que a própria natureza humana parece posta radicalmente em questão [...]” (SANTOS, 2003, p. 270 apud. LESSA, 2005, p. 72).

Assim, considerando que a natureza nunca foi tão natural e intocada pelo humano, estamos profundamente articulados com as tecnologias e dificilmente conseguiremos voltar a uma época onde não haja formas de intervenção sobre a vida. Cabe, pensarmos, então, em outras possibilidades que não passem pela rejeição da tecnologia, mas por uma reflexão e problematização acerca dos seus efeitos. E se o futuro nos reserva mais técnicas de aprimoramento da performance cognitiva, não apenas medicamentosas, mas tecnológicas - tais como a estimulação magnética transcraniana, implantes cerebrais e estimulação cerebral profunda, como citado pelos entrevistados -, cabe a nós pensarmos nos limites e questões éticas que este futuro nos trará.

Segundo Dalibert (2014), as tecnologias de aprimoramento e a chegada de pós-humanos com maiores capacidades e expectativa de vida mais longa poderia ter um efeito social disruptivo, ou seja, educação, esporte e mercado de trabalho poderiam ser afetados e redefinidos com a disponibilidade dessas tecnologias de aprimoramento, reconfigurando profundamente a sociedade.

Porém, se considerarmos como Santos (2005) que há muita virtualidade no humano, no sentido de uma potência a ser realizada, potência esta que também é realizada por meio das novas tecnologias, não deveríamos pensar nas mesmas apenas por um viés negativo e distópico, mas nos diferentes modos de articulação que

³⁰ A questão acerca da obsolescência do corpo é levantada por Stelarc e Hans Moravec. Para o segundo, o corpo é um limitador para o desenvolvimento tecnológico da humanidade e o homem se tornará obsoleto no próximo século (LESSA, 2005).

Santos (2005), ao tratar do tema do pós-humano, destaca que, segundo Hermínio Martins, há duas perspectivas para se entendê-lo. A primeira via seria a da singularidade, que vê o pós-humano como uma superação do humano que estaria obsoleto. E a segunda via, o grupo da transformação biotecnológica, considera que não haveria a superação do humano, mas a sua transformação.

estabelecemos com elas e nas subjetividades que se constituem a partir dessas articulações.

E se, por um lado, o futuro possível passa por esses métodos não invasivos, por outro, medicamentos, como a Ritalina, não foram vistos como passíveis de liberação para a venda. Segundo o Entrevistado 1 (Propagandista da Indústria Farmacêutica), dificilmente esses fármacos serão liberados para uso “regular”. Se as pessoas vão continuar tomando indiscriminadamente isso fica por conta dos médicos que receitam ou do mercado negro, mas dificilmente será um medicamento que você pegará no balcão e dirá “vou aumentar minha performance”. Dificilmente os órgãos reguladores aprovarão que a indústria trabalhe com isso, mesmo que estes medicamentos adquiram um bom grau de segurança, visto que são medicamentos que interferem no sistema nervoso central e não podem ser usados de maneira indiscriminada. Igualmente, o Entrevistado 13 (Ex-Propagandista da Indústria Farmacêutica), também disse ser difícil liberarem a venda da Ritalina, e até um pouco anti-ético querer liberar tal medicamento, por conta de ser um psicotrópico. Destacando, que não sabe se, caso viesse a ser liberado, algum laboratório investiria em um estudo - mesmo que fosse um mercado grande -, pois talvez isso trouxesse consequências negativas para a imagem da empresa, sendo algo mal visto pela comunidade médica.

Liberados ou não, a demanda só tende a aumentar, como destacaram todos os entrevistados. E se por um lado o futuro nos reserva alguns problemas, como possíveis casos adversos provindos do consumo de tais medicamentos, ele também nos reserva maiores discussões e reflexões acerca não apenas desse consumo, mas acerca de qual sociedade vivemos e queremos viver.

9. APONTAMENTOS FINAIS

Como vimos, no momento do surgimento da Ritalina, não havia em relação a ela uma indicação específica, sendo indicada para diversas condições que pouco se aproximam da indicação atual, condições que acometiam pessoas de meia idade e idosas, sendo vista como um tonificante e até mesmo como um aprimorador intelectual. Porém, depois de um longo processo, ela passou a ser utilizada no tratamento de crianças com problemas de comportamento, que mais tarde estariam inscritas no quadro diagnóstico de TDAH. Atualmente, vemos a sua reapropriação para fins de aprimoramento da performance, principalmente por estudantes e aqui no Brasil, por “concurseiros”, que a utilizam para render melhor nos estudos - o que estamos chamando aqui de aprimoramento da performance cognitiva.

Aprimoramento este que não abarca apenas o uso *off-label* dessa substância, mas que também estaria envolvido na demanda, diagnóstico e tratamento do TDAH, visto por muitos estudiosos como um diagnóstico controverso, principalmente quando se trata de adultos. Essa controvérsia foi tratada no presente trabalho, evidenciando a dificuldade em se definir, quando a demanda chega aos consultórios, se a mesma é por tratamento ou por aprimoramento da performance.

Vimos também que o consumo de medicamentos voltados para o aprimoramento da performance cognitiva, mais especificamente, da Ritalina, envolve muitas controvérsias. Porém, na presente pesquisa elas rondaram em torno da segurança e risco no uso desses medicamentos, assim como em relação aos efeitos dos mesmos no aprimoramento cognitivo.

Em relação a sua segurança e risco, a Ritalina é considerada por alguns dos entrevistados como um medicamento muito perigoso, com alto potencial de abuso; por outros como um medicamento como todos os outros, cujo uso tanto no tratamento como no aprimoramento deve ser respaldado pelo profissional médico, que deve avaliar o custo e benefício do consumo do mesmo; e por último, como um medicamento que envolve poucos riscos, principalmente quando se trata de crianças, cujo remédio é administrado pelos pais.

Já em relação aos seus efeitos no aprimoramento da performance cognitiva, para a maioria dos entrevistados ela teria algum tipo de efeito, cujo benefício seria, pelo menos, possibilitar que a pessoa consiga ficar acordada para estudar por mais tempo.

Duas das consumidoras entrevistadas relataram ter tido esses efeitos. Porém, esses efeitos não seriam os mesmos para todos, segundo um dos entrevistados, chegando a ser posto em questão por outro entrevistado, que destacou que se a questão cognitiva não for o único aspecto a interferir na performance, o medicamento não faria efeito. Aspecto ressaltado pela terceira consumidora entrevistada, que disse não ter tido melhora cognitiva, tendo apresentado outros efeitos considerados benéficos por ela.

Outras questões éticas, que na discussão mais ampla também aparecem como controversas, se fizeram pouco presentes nas falas dos entrevistados. Foi trazida a questão da injustiça distributiva apenas por uma das entrevistadas, e outras questões, como a possibilidade de coerção ao consumo e uma dada artificialidade advinda deste, apareceram apenas tangencialmente.

Vimos também, que essa demanda chega de diversas maneiras aos médicos psiquiatras, seja dentro ou fora do consultório. E que esta não chega sempre diretamente, pelo pedido do medicamento, mas às vezes chega por um discurso elaborado a partir do conhecimento dos sintomas do TDAH, que está muito disseminado, e que faz com que os médicos tenham alguma dificuldade em perceber quando esta demanda é por performance e quando é por tratamento.

Sendo por performance, o modo como os médicos lidam com isso é variado, sendo totalmente recusado por alguns ou atendido, havendo também a linha do meio, daqueles que buscam a partir desse pedido ver se o paciente não teria uma patologia de base - ansiedade ou depressão, que poderiam ser tratadas -, ou daqueles que tentam compreender essa demanda e trabalhar a mesma por outras vias, não farmacológicas, atendendo conjuntamente com o psicólogo.

Quanto às questões que estariam articuladas a essa demanda, vimos que aspectos específicos da atualidade são os mais abordados no relato dos entrevistados. Demanda social por performance, competitividade, individualidade; pressões advindas do mundo do trabalho, da escola; pressões do dia-dia, do acúmulo de tarefas, de ter que dar conta da casa, trabalhar e estudar; imediatismo; busca por caminhos fáceis; e até preguiça foram citados. Questões para as quais o consumo do medicamento parece vir a atender.

E em relação ao futuro, foi unânime que esta demanda só tende a aumentar, por conta das questões citadas anteriormente. Tal aumento trará consequências ruins, como a ocorrência de casos graves, mas possibilitará maiores discussões, não restritas ao âmbito médico, mas, sobretudo em termos da sociedade em que queremos viver. Podendo levar, inclusive, a regulamentação do uso da Ritalina, mas nunca a sua

liberação para fins de aprimoramento da performance, mesmo que se consiga um bom grau de segurança. Além disso, prevê-se que o aumento da demanda se voltará para outras soluções não farmacológicas, como a estimulação magnética transcraniana, o que aponta para discussões acerca de que homem e qual sociedade se constituirão a partir dessas novas articulações com a tecnologia.

Se em resumo estes foram os pontos trazidos no presente trabalho, acredito que outros caminhos poderiam ser trilhados, levando a outras discussões.

Na presente pesquisa, entrevistei médicos psiquiatras, consumidores e representantes da indústria farmacêutica. Não acho que fui plenamente bem sucedida em relação aos consumidores, cuja discussão acabou ficando restrita àqueles que obtêm o medicamento com prescrição médica. Acredito que entrevistas com consumidores que obtêm o mesmo no mercado-negro ou com os que conhecem a substância, mas optam pelo não consumo, poderiam produzir pistas interessantes. Porém, foi significativo que, dentre os entrevistados, tenha emergido uma voz dissonante, alguém que não obteve o efeito desejado, polarizando a discussão acerca dos efeitos da substância.

Acredito que também seria muito interessante ter entrevistado médicos neurologistas, cuja demanda pelo tratamento do TDAH também é atendida, e nos quais, talvez, a demanda por aprimoramento da performance cognitiva também chegue. Buscando com isso fazer um contraponto com os médicos psiquiatras, tentando ver se chega e como chega essa demanda aos neurologistas, assim como o modo como eles atendem a mesma.

Não foi o propósito da minha pesquisa o consumo do metilfenidato no tratamento do TDAH, porém, como a questão do aprimoramento da performance cognitiva também se faz presente na demanda, diagnóstico e tratamento do TDAH, acredito que seria relevante uma pesquisa nesse âmbito. Talvez com os pais das crianças, buscando saber as motivações envolvidas na busca por um médico para a criança, ou com os professores, também buscando saber os motivos que os levam a pedir aos pais procurarem um médico.

Resumindo, podemos destacar que o consumo da Ritalina para o aprimoramento da performance cognitiva envolve muitas questões, que na maioria das vezes estão polarizadas entre aqueles que não vêm grandes problemas nesse consumo, e aqueles que o condenam. Porém, o mais importante de toda essa discussão é entender o modo de articulação dos diferentes atores desse campo, buscando traçar também as questões que os levam até esse consumo, não no sentido de condenar, mas de compreender que novas

formas de ser advém daí, que novas subjetividades são constituídas nas relações que nós, seres humanos, temos estabelecido com esses medicamentos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. Resultados de 2009. Brasília, 2010. p.1-51. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/sngpc/relatorio_2009.pdf>. Acesso em: 05 ago. 2015.

_____. O que devemos saber sobre os medicamentos. 2010. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/92aa8c00474586ea9089d43fbc4c6735/Cartilha%2BBaixa%2Brevis%C3%A3o%2B24_08.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em: 05 ago. 2015.

_____. Prescrição e consumo de metilfenidato no Brasil: identificando riscos para o monitoramento e controle sanitário Boletim de Farmacoepidemiologia do SNGPC, ano 2, n. 2, jul./dez. 2012.

Disponível em:

<http://www.anvisa.gov.br/sngpc/boletins/2012/boletim_sngpc_2_2012_corrigido_2.pdf>. Acesso em: 05 ago. 2015.

AGUIAR, A. Entre as Ciências da Vida e a Medicalização da Existência: Uma Cartografia da Psiquiatria Contemporânea. *Estados Gerais da Psicanálise: Segundo Encontro Mundial*, Rio de Janeiro, 2003.

_____. *A psiquiatria no divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2004.

ALVAREZ, J.; PASSOS, E. Cartografar é habitar um território existencial. In: PASSOS, E. et al. (Org.). *Pistas do Método da Cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2009, p. 131-149, 2010.

BARONI, D. et al. Diagnóstico como nome próprio. *Psicologia & Sociedade*; 22 (1): 70-77, 2010.

BARROS, L.; KASTRUP, V. Cartografar é acompanhar processos. In: PASSOS, E. et al. (Org.). *Pistas do Método da Cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2009, p. 52-75.

BELLACASA, M. 'Nothing comes without its world': thinking with care. *The Sociological Review*, 60:2, p. 197-216, 2012.

BLECH, J. *Os inventores de doenças: uma denuncia corajosa e documentada sobre os abusos da indústria farmacêutica*. Tradução: Magda Biggote de Figueiredo. AMBAR - Idéias no papel, S.A. Coleção Temas e Atualidades, n. 11, Lisboa, 2009.

BRANT, L.; CARVALHO, T. Metilfenidato: medicamento gadget da contemporaneidade. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v.16, n.42, p.623-36, jul./set, 2012.

CALIMAN, L. O TDAH: entre as funções, disfunções e otimização da atenção. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 13, n. 3, p. 559-566, jul./set. 2008.

_____. A constituição sócio-médica do “fato TDAH”. *Psicologia & Sociedade*, 21 (1): 135-144, 2009.

_____. Os regimes da atenção na subjetividade contemporânea. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, Rio de Janeiro, 64 (1): 2-17, 2012.

_____. Os bio-diagnósticos na era das cidadanias biológicas. *Cadernos de Subjetividade / Núcleo de Estudos e Pesquisas da Subjetividade do Programa de Estudos Pós - Graduados em Psicologia Clínica da PUC-SP*, n. 12, p. 96-103, 2012.

CALIMAN, L.; DOMITROVIC, N. Uma análise da dispensa pública do metilfenidato: o caso do Espírito Santo. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 23 [3]: 879-902, 2013.

CANGUILHEM, G. *O Normal e o Patológico*. Rio de Janeiro: Ed Forense universitária, 2002.

CARNEIRO, S. et al. O uso não prescrito de metilfenidato entre acadêmicos de Medicina. *Cadernos UniFOA*. Edição Especial Ciências da Saúde e Biológicas. p. 53-59, maio, 2013.

CASTEL, R. *A gestão dos riscos: da antipsiquiatria à pós-psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1987.

CLARKE, A. et al. Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine. *American Sociological Review*, Vol. 68, n. 2, p. 161-194, 2003.

COELHO, E. Psicofármaco e sua magia: metilfenidato e desempenho. In: *29ª Reunião Brasileira de Antropologia: Diálogos antropológicos expandindo fronteiras*, 2014, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Anais 29ª RBA, p. 1-11, ago, 2014.

COENEN, C. et al. Human Enhancement Study. *European Parliament. STOA - Science and Technology Options Assesment*, 2009. Disponível em: <https://www.itas.kit.edu/downloads/etag_coua09a.pdf>. Acesso em: 10 set. 2015.

CONCERTA: Cloridrato de Metilfenidato. Farm. Resp. Marcos R. Pereira. São Paulo: Janssen-Cilag Farmacêutica Ltda., 2014. Bula de remédio. Disponível em: <<http://www.medicinanet.com.br/bula/1641/concerta.htm>>. Acesso em: 05 ago. 2015.

CONRAD, P. *The medicalization of society*. Baltimore: The John Hopkins University Press, 2007.

CRARY, J. *24/7 capitalismo tardio e os fins do sono*. Tradução: Joaquim Toledo Jr. Editora Cosacnaify, 2014.

CRUZ, T. et al. Uso não-prescrito do metilfenidato entre estudantes de medicina da Universidade Federal da Bahia. *Gazeta Médica Bahia*, 81:1(Jan-Jun):3-6, 2011.

DALIBERT, L. *Posthumanism and somatechnologies: exploring the intimate relations between humans and technologies*. 2014. 270 f. Dissertation to obtain the degree of doctor. University of Twente, The Netherlands, 2014. Disponível em: <http://doc.utwente.nl/90647/1/thesis_L_Dalibert.pdf>. Acesso em: 10 set. 2015.

DANTAS, J. Tecnificação da vida: uma discussão sobre o discurso da medicalização da sociedade. *Fractal: Revista de Psicologia*, v. 21 - n. 3, p. 563-580, Set./Dez., 2009.

DESPRET, V. *Que diraient les animaux, si... on leur posait les bonnes questions ?* Paris : La Découverte, 2012.

DOMITROVIC, N. *As Práticas Farmacológicas com o Metilfenidato: habitando fronteiras entre o acesso e o excesso*. 2014. 109 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional, Universidade Federal do Espírito Santo, Espírito Santo, 2014.

DUMIT, J.. *Drugs for life: how pharmaceutical companies define our health*. *Duke University Press*. Durham and London, 2012.

EHRENBERG, A. O sujeito cerebral. *Psicologia Clínica*, Rio de Janeiro, vol. 21, n. 1, p. 187-213, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-56652009000100013&script=sci_arttext>. Acesso em: 13 jan. 2016.

_____. *O culto da performance: da aventura empreendedora á depressão nervosa*. Org. e Trad. Pedro F. Bendassolli. Aparecida, SP: Idéias Et Letras, 2010.

ESPOSITO, M. Ethical Implications of Pharmacological Enhancement of Mood and Cognition. *Penn Bioethics Journal*, vol. I, issue 1, 2005.

EUREKALERT: The global Source for science news. Systematic review shows 'smart drug' modafinil does enhance cognition: European College of Neuropsychopharmacology. Disponível em: <http://www.eurekalert.org/pub_releases/2015-08/econ-srs081815.php>. Acesso em: 04 set. 2015.

FACEBOOK: Grupo Ritalina-TDAH. Disponível em: <<https://www.facebook.com/Ritalina-TDAH-418869894858013/?fref=ts>>. Acesso em: 04 set. 2015.

FOOD AND DRUG ADMINISTRATION. Department of health and human services. Administration center for drugs evaluation and research. Psychopharmacologic drugs advisory committee , 2006. Disponível em: <<http://www.fda.gov/ohrms/dockets/ac/06/transcripts/2006-4212T1-Part1.htm>> Acessado em: 04 set. 2015.

FOUCAULT, M. *Em defesa da sociedade: Curso no Collège de France (1975-1976)*. Tradução, Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

FRIZE, M. A debate on the ethics of body enhancement Technologies and regeneration. *Engineering Dimensions*, Jan/Fev, 2013.

GAULEJAC, V. *Gestão como doença social: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social*. Trad. Ivo Storniolo. Aparecida, SP: Idéias & Letras, 2007.

GREELY, H. et al. Towards responsible use of cognitive-enhancing drugs by the healthy. *Nature*, 2008.

Disponível em:

<http://repository.upenn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1039&context=neuroethics_publications>. Acesso em: 03 de mar. 2015.

HARAWAY, D. *When the species meet*. Minneapolis, University of Minnesota Press, 2008.

HARAWAY, D.; KUNZRU, H. *Antropologia do ciborgue: as vertigens do pós-humano*. Org. e Trad. Tomaz Tadeu. 2. Ed. - Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009.

HARRIS, J.; CHATTERJEE, A. Is it acceptable for people to take methylphenidate to enhance performance? *British Medical Journal*, 2009. Disponível em: <http://ccn.upenn.edu/chatterjee/anjan_pdfs/Chatterjee_Head_to_HeadBMJ2009.full.pdf>. Acesso em: 03 de mar. 2015.

HARVEY, D. A compressão do tempo-espaço e a condição pós-moderna. In: *Condição pós-moderna*. Tradução: Adail Ubirajara Sobral e Maria Stela Gonçalves. Edições Loyola, São Paulo, Brasil, 2008.

HERRERA, M. *Da depressão ao transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: estudo sobre a produção publicitária da Ritalina*. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Programa de Pós-graduação em Antropologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2015.

INTERFARMA. Código de Conduta. Revisão 2012.

LATOUR, B. *Jamais fomos modernos: ensaio de antropologia simétrica*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1994.

_____. *Ciência em ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora*. Trad. Ivone C. Benedetti; Rev. Trad. Jesus de Paula Assis. São Paulo. Editora UNESp, 2000.

_____. Como falar do corpo? A dimensão normativa dos estudos sobre a ciência. In: Nunes, J. & Roque, R. (Org.). *Objectos impuros. Experiências em estudos sociais da ciência*. Porto: Edições Afrontamento, 2008.

_____. *Reagregando o social: uma introdução à teoria do Ator-Rede*. Salvador: Edufba; Bauru, São Paulo: Edusc, 2012.

LENHARO, M. Estudo derruba mito de que ritalina 'turbina' cérebros saudáveis. *UOL Notícias Saúde*, 17/12/2012. Disponível em: <<http://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/estado/2012/12/17/estudo-derruba-mito-de-que-ritalina-turbina-cerebros-saudaveis.htm>>. Acesso em: 23 ago. 2014.

LESSA, E. *Corpo e hibridação na atualidade tecnológica*. 2005. 97 f. Dissertação (Mestrado em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social) - Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

MARTINS, A. Biopsiquiatria e bioidentidade: Política da subjetividade contemporânea. *Psicologia & Sociedade*; 20 (3): 331-339, 2008.

MOL, A. Política ontológica. Algumas ideias e várias perguntas. In: *Objectos impuros. Experiências em estudos sociais da ciência*. Nunes, João Arriscado e Roque, Ricardo (org.) Porto: Edições Afrontamento. Tradução de Gonçalo Praça. (2007/no prelo). Disponível em: <<http://dare.uva.nl/document/174542>> Acesso em: 19 jun. 2014.

MORAES, M. Contribuições das investigações de Annemarie Mol para a psicologia social. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 18, n. 2, p. 313-321 abr./jun. 2013.

MORENO, A. Candidatos de concursos relatam uso de tarja preta para 'render mais. *G1*, 29/07/2012. Disponível em: <<http://g1.globo.com/concursos-e-emprego/noticia/2012/07/candidatos-de-concursos-relatam-uso-de-tarja-preta-para-render-mais.html>>. Acesso em: 23 ago. 2014.

MOTA, J.; PESSANHA, F. Prevalência do uso do metilfenidato por universitários de Campos dos Goytacazes, RJ. *VÉRTICES*, Campos dos Goytacazes/RJ, v.16, n.1, p. 77-86, jan./abr. 2014.

NOBRE, J.; PEDRO, R. Reflexões sobre possibilidades metodológicas da Teoria Ator-Rede. *Cadernos UniFOA*, nº 14, dezembro, 2010. Disponível em: <<http://www.foa.org.br/cadernos/edicao/14/47.pdf>>. Acesso em: 13 jan. 2016.

NOGUEIRA, S. A Pílula da Inteligência. Já existem medicamentos capazes de turbinar o cérebro - para você pensar, estudar e trabalhar mais e melhor. Mas até que ponto é seguro tomá-los? *Super Interessante*, n. 271, Nov/2009, p. 63-71.

ODA, F. Jovens tomam medicamento tarjado para 'turbinar' estudos. *O Estadão*, 23/06/2012. Disponível em: <<http://blogs.estadao.com.br/jt-cidades/jovens-tomam-medicamento-tarjado-para-turbinar-estudos/>>. Acesso em: 23 ago. 2014.

ORTEGA, F. et al. A ritalina no Brasil: produções, discursos e práticas. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 14, n. 34, p. 499-510, jul./set. 2010.

ORTEGA, F.; ITABORAHY, C. O metilfenidato no Brasil: uma década de publicações. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18 (3): 803-816, 2013.

PARKHILL, T. Systematic review shows 'smart drug' modafinil does enhance cognition. European College of Neuropsychopharmacology. *EurekaAlert: the global source for science news*. 2015. Disponível em: <http://www.eurekaalert.org/pub_releases/2015-08/econ-srs081815.php>. Acesso em: 04 set. 2015.

PASQUINI, N. Uso do metilfenidato (MFD) por estudantes universitários com intuito de “turbinar o cérebro. *Biofar, Revista de Biologia e Farmácia*. Campina Grande/PB, v. 9, n. 2, p. 107-113 junho/agosto, 2013.

PEDRO, R. As redes na atualidade: refletindo sobre a produção de conhecimento. In M. D'Ávila, & R. Pedro (Orgs.). *Tecendo o desenvolvimento*. Rio de Janeiro: MAUAD, p. 29-47, 2003.

_____. Tecnologias da vida: os novos sujeitos. In: *Clínica da pós-modernidade, formas de subjetivação, de violência e de dessimbolização*. Ana Szapiro (Org.); Marília Amorim [et al.]. Rio de Janeiro: MAUAD/BAPERA, 2009.

_____. Sobre redes e controvérsias: ferramentas para compor cartografias psicossociais In: Ferreira, A.; Freire, L. Moraes, M. & Arend, R. (Orgs). *Teoria Ator-Rede e Psicologia*. Rio de Janeiro: NAU, p. 78-96, 2010.

PEDRO et al. Tecnologias de vigilância e visibilidade em cena: algumas controvérsias. *Revista Polis e Psique*, 4(3): 51-79, 2014.

PEDRO, R.; MOREIRA, M. Do mal-entendido promissor à multiplicação de vozes: considerações acerca das estratégias metodológicas para a elaboração de uma cartografia de organizações da sociedade civil. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, v. 15, n. 4, 2015.

PIMENTEL, C.; VAZ, P. Visualizando o eu: considerações sobre a dimensão política das imagens cerebrais. *Revista E-compós*, Brasília, v. 12, n. 2, mai/ago, 2009. Disponível em: <<http://www.compos.org.br/seer/index.php/e-compos/article/viewFile/400/340>>. Acesso em: 13 jan. 2015.

RABINOW, P. *Antropologia da razão*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2002.

RABINOW, P.; ROSE, N.. O conceito de biopoder hoje. *Política e Trabalho: Revista de Ciências Sociais*, n. 24, pp. 27-57, abril, 2006. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/politicaetrabalho/article/view/6600>> Acesso em: 16 abr. 2013.

RITALINA: Cloridrato de Metilfenidato. Farm. Resp. Flavia Regina Pegorer. São Paulo: Novartis Biociências S.A., 2014. Bula de remédio. Disponível em: <<https://portal.novartis.com.br/medicamentos-ritalina>>. Acesso em: 05 ago. 2015.

ROCHA, I. *Unidades de polícia pacificadora: controvérsias que tecem a vida urbana*. 2012. 139 f. Dissertação (Mestrado em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social) - Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

RODRIGUES, J. A mediação como única resposta: uma miragem do contemporâneo. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 8, n. 1, p. 13-22, jan./jun. 2003.

ROSE, N. Beyond Medicalisation. *The Lancet*, vol. 369, issue 9562, pp. 700-702, 24 february, 2007.

SANTOS, L. Demasiadamente pós-humano. *Novos Estudos*, n. 72, julho, 2005.

STAVIGILE: Modafinila. Farm. Resp. Cintia Delphino de Andrade. São Paulo: Libbs Farmacêutica Ltda. Bula de remédio.

SZALAVITZ, M. Popping Smart Pills: The Case for Cognitive Enhancement. *TIMES*, Tuesday, Jan. 06, 2009.

STIX, G. O cérebro turbinado. *Scientific American Brasil*, Nov/2009, p. 36-45.

TEDESCO, S.; SADE, C.; CALIMAN, L. A entrevista cartográfica: A experiência do dizer. *Fractal: Revista de Psicologia*, v. 25 - n. 2, p. 299-322, Maio/Ago. 2013.

VENTURINI, T. (2010). Diving in magma: How to explore controversies with actor-network theory. *Public Understanding of Science* 19 (3): 258, p. 258-273. Disponível em: <<http://spk.michael-flower.com/resources/DivingInMagma.pdf>>. Acesso em: 06 mai. 2014.

VERA, A. A nova onda dos remédios para o cérebro: Mais e mais pessoas estão tomando drogas para aumentar a concentração e tentar ficar mais inteligentes. Que consequências isso pode ter? *Revista Época*, 08/05/2009. Disponível em: <<http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0,,ERT72068-15224-72068-3934,00.html>>. Acesso em: 23 ago. 2014.

YOUNG, S. Lifestyle drugs, mood, behaviour and cognition. *J Psychiatry Neuroscience*, March; 28(2): 87-89, 2003. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC161729/>>. Acesso em: 25 ago. 2013.

ZORZANELLI, R.; ORTEGA, F.; JÚNIOR, B. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19 (6), 1859-1868, 2014.

ANEXOS

ANEXO I:

Roteiro de Pesquisa Representantes da Indústria Farmacêutica

- Há quanto tempo trabalha representando esses medicamentos;
- Se poderia falar como é feita a representação junto aos médicos;
- Como percebe o consumo desses medicamentos - Ritalina, Concerta - para a melhora da performance cognitiva;
- Como essa demanda chegou até eles;
- Se eles têm dados sobre o número de consumo desses medicamentos (houve aumento ou diminuição no consumo);
- Como percebe a mudança nesses números;
- Quais os efeitos desses medicamentos em casos não patológicos;
- Como a empresa se posiciona em relação a esse tipo de consumo (se preocupa com os possíveis efeitos adversos; com as questões éticas);
- Como percebe o uso para esses fins (é favorável ou não);
- Sua visão de futuro quanto ao uso desses medicamentos para a melhora da performance e do humor;
- Se conhece outros representantes e se poderia indicar para a nossa pesquisa.

ANEXO II:

Roteiro de Pesquisa

Médicos

- Como começou a trabalhar receitando esses medicamentos;
- Como chegam os primeiros pacientes;
- Como percebe o consumo desses medicamentos - Ritalina, Concerta - para a melhora da performance cognitiva - antidepressivos - para a melhora do humor;
- Como essa demanda chegou até ele (se já houve casos em que o paciente demandou diretamente ou indiretamente medicamentos para esses fins);
- Se já receitou tais medicamentos para esses fins;
- Se considera que esses medicamentos tenham efeito em casos não patológicos;
- Como as empresas farmacêuticas representam esses medicamentos;
- Sua visão de futuro quanto ao uso desses medicamentos para a melhora da performance e do humor;
- Se conhece outros médicos e representantes e se poderia indicar para nossa pesquisa.

ANEXO III:

Roteiro de Pesquisa

Consumidores

- Qual a primeira vez em que ouviu falar sobre uso de medicamentos para a melhora da performance cognitiva e/ou do humor;
- Como soube da existência desse tipo de uso;
- Fez uso de qual(is) medicamento(s) voltados para a melhora da performance cognitiva e/ou do humor;
- Como obteve os medicamentos;
- A frequência desse uso;
- As motivações e objetivos envolvidos com o uso;
- Qual foi a reação ao uso (se houve melhora cognitiva, se conseguia ficar mais focado, se trabalhava e/ou estudava por mais tempo / houve melhora no humor, na disposição);
- Houve algum tipo de preocupação quanto ao uso desses medicamentos (efeitos colaterais; questões éticas);
- Modificações percebidas na vida, na relação com os outros e no trabalho;
- Como percebe o uso desses medicamentos para melhora da performance;
- Sua visão de futuro quanto ao uso desses medicamentos para a melhora da performance e do humor;
- Se conhece outras pessoas que fizeram uso desses medicamentos e se poderia indicar para nossa pesquisa.

ANEXO IV:

Termo de consentimento livre e esclarecido

Eu, _____ (nome),
_____(ocupação),
estou participando de uma pesquisa sobre *Consumo de medicamentos para a melhora da performance cognitiva e do humor*, desenvolvida no âmbito do Programa de Pós-graduação em Psicologia (PPGP), sob a orientação da Professora Rosa Pedro.

Esta investigação se justifica pelo aparecimento deste novo fenômeno, o consumo de medicamentos controlados para a melhora da performance cognitiva e do humor. Tal fato parece demandar uma atenção sobre os seus efeitos a partir da perspectiva de todos os sujeitos que de alguma forma se relacionam com esse fenômeno.

A coleta de dados será conduzida através de entrevistas individuais com os atores envolvidos direta ou indiretamente na questão citada acima. Essas entrevistas serão gravadas e posteriormente transcritas para serem analisadas, mantendo-se o anonimato do entrevistado. A participação do indivíduo é voluntária e a ele serão fornecidos todos os esclarecimentos que se façam necessários e assegurado o sigilo absoluto dos dados obtidos, de modo que as opiniões emitidas na entrevista estarão sob os cuidados dos membros do grupo de pesquisa e sua professora orientadora, e seu nome será trocado em todas as publicações referentes à mesma.

Eu, _____, concordo em participar da pesquisa acima referida.

Rio de Janeiro, ___/___/_____

Assinatura do participante

Responsáveis pela coleta dos dados:

1) Cristiana de Siqueira Gonçalves _____

E-mail para contatos: cristianasiqueira@yahoo.com.br