

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FARMÁCIA

JÚLIA DE PAULA PENNA PALHARES

**“EU TOMO MEDICAMENTOS PARA ESTUDAR”:
COMPREENDENDO A EXPERIÊNCIA COM
METILFENIDATO ENTRE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS.**

UFMG – Belo Horizonte

2015

JÚLIA DE PAULA PENNA PALHARES

**“EU TOMO MEDICAMENTOS PARA ESTUDAR”:
COMPREENDENDO A EXPERIÊNCIA COM
METILFENIDATO ENTRE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Medicamentos e Assistência Farmacêutica.

Área de concentração: Assistência Farmacêutica

Orientador: Djenane Ramalho de Oliveira – UFMG

Coorientador: Edson Perini - UFMG

Belo Horizonte

2015

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho à Júlia de onze anos atrás, que não sabia onde estava se metendo quando resolveu prestar o Vestibular.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer a Daniel, meu melhor amigo, companheiro e amor, por todo o apoio dado ao longo desses seis anos. Sem você, essa dissertação não teria saído! Muito obrigada por todas as orientações informais e por – inevitavelmente – me influenciar.

Agradeço à minha orientadora, Djenane, por ter aberto as portas de um novo mundo para mim. Com certeza minha experiência na Fafar não estaria completa se não tivesse lhe conhecido! Guardarei para sempre seu exemplo de professora, de profissional e de mulher.

Ao meu coorientador, Edson, meu sincero obrigado! Não apenas por ter estado ao meu lado em mais essa etapa, mas por todas as transformações que você vem causando em mim desde que escolhi cursar Farmácia. Você é um grande mestre!

Agradeço às minhas grandes amigas mestras: Iara, Faby, Ju, Lili e Leila por terem compartilhado comigo suas experiências. Elas me guiaram como exemplos durante toda essa jornada. A todas as amigas, obrigada pela paciência e compreensão frente aos muitos “nãos” dados nos últimos dois anos.

Aos meus pais, agradeço pela minha vida e por terem criado as oportunidades para que eu chegasse até aqui. O amor de vocês é essencial em minha vida! Aos irmãos, agradeço pelas risadas, pelo tempo juntos (e separado), pelas ajudas e pelos empurrões que me fazem voar. Amo vocês!

A meus tios Mara, Ivan e Laís, obrigada pelos dez anos de acolhida em Belo Horizonte. Sem a ajuda de vocês, não teria conseguido realizar tantos sonhos.

Aos meus orientadores, mais uma vez obrigada! Sem vocês, nada disso teria valido a pena.

EPÍGRAFE

“Não posso investigar o pensar dos outros, [...] se não penso. Mas, não penso autenticamente se os outros também não pensam. Simplesmente não posso pensar *pelos* outros, nem *para* os outros, nem *sem* outros. A investigação do pensar do povo não pode ser feita sem o povo, mas com ele, como sujeito de seu pensar.”

Paulo Freire, 1968.

RESUMO

O metilfenidato é um medicamento utilizado para o tratamento do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e para a narcolepsia. Seu consumo no Brasil e no mundo tem aumentado a cada ano, bem como o uso não médico para neuroaprimoramento, o que vem chamando a atenção de pesquisadores e da população em geral. Conhecer a experiência com o uso do metilfenidato e os significados que seus usuários lhe atribuem, poderia contribuir para aumentar a compreensão sobre o medicamento e sensibilizar profissionais da saúde e da educação sobre as questões que envolvem este uso. Para acessar essa experiência, escolheu-se como metodologia o fotovoz. Nesta abordagem, fotografias captadas pelos próprios participantes da pesquisa foram utilizadas como o ponto de partida para reflexão e discussão. As gravações e transcrições das entrevistas constituíram os dados, que foram analisados na perspectiva da teoria da ação dialógica de Paulo Freire com a ajuda do *software* NVivo 10. A análise dos dados resultou em três temas e seis subtemas. O primeiro tema foi “A Entrada na Faculdade: ‘Estude... Você não é tão bom assim”, com os subtemas “Eu não consigo” e “A busca por ajuda”. O segundo foi “A Entrada do Medicamento na Vida: a Experiência com o uso de Metilfenidato” e seus subtemas foram “‘A vida é linda, a felicidade é química’: as expectativas”; “‘Se ele é tarja preta, ele deve ser mais forte’: os medos”; “Os efeitos sentidos no corpo” e “O domínio sobre a terapia medicamentosa”. O terceiro tema encontrado foi “As Diferentes Percepções sobre o TDAH e o Neuroaprimoramento”, em que foram abordados os sentimentos ambíguos e muitas vezes conflitantes encontrados nas entrevistas. O uso do metilfenidato ainda envolve muita polêmica e mais pesquisas devem ser desenvolvidas para ampliar o conhecimento e debate sobre o tema. Também é preciso ampliar as discussões sobre o método de ensino usado nas escolas e universidades atuais e sobre o papel da equipe multiprofissional no acompanhamento de pacientes em uso deste medicamento.

Palavras chave: experiência com medicamentos, metilfenidato, TDAH, neuroaprimoramento, fotovoz.

ABSTRACT

Methylphenidate is a medication used in the treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and narcolepsy. Its consumption in Brazil and in the world is growing each year, as well as its non-medical usage for neuroenhancement, which is drawing the attention of researchers and society in general. Understanding university students' medication experience with methylphenidate and the meaning they give to it, may contribute to raise knowledge about this medication and sensitize health and education professionals about the questions surrounding its use. Photovoice was the methodology chosen to access the medication experience with methylphenidate. In this approach, photographs captured by participants were used as the starting point for reflection and discussion. The interviews recordings and transcriptions constituted the data and were analyzed through Paulo Freire's dialogic action theory. NVivo 10 software was used in the analysis. Data analysis resulted in three themes and six subthemes. The first theme was "Entering College: 'Study... You are not as good as you think'", and the subthemes were "I can't" and "The search for help". The second theme was "The Entrance of the Medication in Life: The Medication Experience with Methylphenidate". Its subthemes were "'Life is beautiful, happiness is chemical': the expectations"; "'If it is black labeled, it's supposed to be stronger': the fears"; "The bodily effects" and "The control over the pharmacological treatment". The third theme was "The Different Perceptions about ADHD and Neuroenhancement", in which the ambiguous and conflicting feelings of participants regarding that medication were discussed. Methylphenidate usage is surrounded with controversy and more research must be conducted to increase knowledge and debate about the theme. It is also important to discuss the methodology used at schools and university nowadays and the role of the multiprofessional team in the patients' follow-up.

Keywords: medication experience, methylphenidate, ADHD, neuroenhancement, photovoice.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Eis o melhor e o pior de mim	13
Figura 2 - O indivíduo em foco	16
Figura 3 – O medicamento em foco.	18
Figura 4 - A cascata metodológica de Daly	23
Figura 5 - A primeira queda-d'água: Epistemologia.....	24
Figura 6 - A segunda queda d'água: Paradigma	26
Figura 7 - A terceira queda d'água: Teorias	29
Figura 8 - A quarta queda d'água: Metodologia.....	31
Figura 9 - O seguir da correnteza.....	34
Figura 10 - O mar de dados.....	37
Figura 11 - Estude... Você não é tão bom assim.....	43
Figura 12 - Eu não consigo executar tarefas diárias	45
Figura 13 - Eu não consigo apresentar trabalhos.....	45
Figura 14 - Pensamento Aleatório	49
Figura 15 - Aspectos do medicamento	52
Figura 16 - As Expectativas.....	54
Figura 17 - Os Medos.....	56

LISTA DE TABELAS

Tabela – Questionário de perguntas SHOWeD.....	32
---	----

LISTA DE SIGLAS

DDA – Desordem do Déficit de Atenção

DSM – Diagnostic and Stastistical Manual of Mental Disorders (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais)

NICE – The National Institute for Health and Care Excellence

SNC – Sistema nervoso central

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TDAH – Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 De onde eu vim ou por onde eu quero começar a minha história.....	11
1.2 Medication Experience ou a Experiência com o uso de Medicamentos	14
1.3 O metilfenidato: a droga, diagnósticos relacionados e uso off-label	16
2 DESENVOLVIMENTO	21
2.1 A Cascata Metodológica	21
2.1.1 Epistemologia.....	22
2.1.2 Paradigma.....	24
2.1.3 Teorias	27
2.1.4 Metodologia.....	29
2.2 O Seguir da Correnteza: Desenvolvimento da Pesquisa.....	32
3 O MAR DE DADOS – RESULTADOS E DISCUSSÃO	35
3.1 A Entrada na Faculdade: “Estude... Você não é tão bom assim”	40
3.1.1 “Eu não consigo”	42
3.1.2 A busca por ajuda	46
3.2 A Entrada do Medicamento na Vida: A Experiência com o Uso de Metilfenidato.....	49
3.2.1 “A Vida é Linda, a Felicidade é Química”: as Expectativas	52
3.2.2 “Se ele é tarja preta, ele deve ser mais forte”: os medos	54
.....	57
3.2.3 Os efeitos sentidos no corpo.....	57
3.2.4 O domínio sobre a terapia medicamentosa.....	61
3.3 As Diferentes Percepções sobre o TDAH e o Neuroaprimoramento	64
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71
6 APÊNDICES.....	75
6.1 Apêndice A – Modelo de Cartaz de Divulgação.....	75
6.2 Apêndice B – Modelo de Email de Divulgação	76
6.3 Apêndice C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	77
6.4 Apêndice D – Questionário para entrevistas.....	80
7 ANEXO.....	81

7.1 Anexo – Critérios diagnósticos para Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade – DSM V	81
--	----

1 INTRODUÇÃO

1.1 De onde eu vim ou por onde eu quero começar a minha história

*Eis o melhor e o pior de mim
O meu termômetro, o meu quilate
Vem, cara, me retrate
Não é impossível
Eu não sou difícil de ler*
Marisa Monte – Infinito Particular

Figura 1 – Eis o melhor e o pior de mim



Fonte: acervo pessoal da autora.

No primeiro encontro com cada participante da pesquisa, eu lhes explicava sobre a metodologia utilizada e a necessidade de levar uma fotografia para a entrevista. A este pedido, eles sempre me perguntavam: “mas fotografia de quê?”. Eu sorria e lhes respondia: “por onde você quer começar a sua história? Traga-me

uma fotografia de alguma situação ou alguma coisa que te ajude a me contar sua história.”.

A minha história eu quero começar a contar daqui:

o mestrado é doloroso.

Por ter certa noção disso desde a graduação e tendo acompanhado bem de perto namorado e amigas na trajetória do mestrado, eu decidi não o fazer assim que formasse. Queria conhecer um pouco o serviço e adquirir um pouco de experiência e amadurecimento antes desse desafio. Esperava que esse tempo ajudasse a deixar mais claro para mim um tema de interesse e me permitisse não ser apenas uma mera executora de projetos. Gostaria de ter liberdade e maturidade para criar e executar um projeto meu: que me motivasse, que fosse significativo para mim e trouxesse algum benefício claro e direto para a sociedade. Pensava, também, em procurar outra Universidade, que não fosse a mesma da minha graduação, para ter experiências novas com outros professores e colegas de realidades diferentes das que já conhecia.

Realmente, o tempo trouxe muitas dessas coisas, mas – aquilo que não se pode prever – ele também trouxe dúvidas e o fim de muitas das certezas que eu tinha antes. Acabei selecionando a mesma Universidade e o mesmo prédio da Faculdade de Farmácia para fazer o mestrado. A perspectiva de um novo programa de pós-graduação e uma nova professora, junto a um antigo mestre, me motivaram a fazer essa escolha. Percebi que ainda tinha muito a aprender aqui.

Comecei o mestrado, então, cheia de perguntas – o que considero bem auspicioso, já que pesquisadores e a construção do conhecimento se alimentam delas. Eram muitas dúvidas sobre a pesquisa, sobre a orientação, sobre as disciplinas que faria; mas também muitas dúvidas sobre qual caminho seguir profissionalmente, qual tipo de vida quero construir e até mesmo quem eu sou. Questionava-me sobre o que sabia do meu tema de mestrado, qual metodologia deveria adotar e como construir um projeto de pesquisa, ao mesmo tempo em que me perguntava o que é importante na minha vida, o que me deixa feliz e o que motivou as minhas escolhas profissionais. Eu cheguei ao mestrado querendo compreender histórias, inclusive a minha.

Durante a pesquisa, alternei momentos de maior e menor dedicação. Pessoalmente, fiz um mergulho profundo em memórias, em momentos de tomada de decisão e de dúvidas. Voltei várias vezes nos anos, me reencontrei em várias

idades e revi, em especial, a Júlia de 17 anos, a quem, carinhosamente, dedico este trabalho. Seus sonhos, suas escolhas, seus planos e a vida que ela levava andaram lado-a-lado com as entrevistas, as leituras, os estudos e as aulas que fazia. Reencontrei-a e percebi que temos muito em comum sendo, ao mesmo tempo, muito diferentes.

Neste processo, ao longo das buscas por minhas origens, aprendia muita coisa nova em discussões em sala e em conversas nos corredores. Não precisei mudar de Universidade para conviver com pessoas que abriram minha mente e estimularam meu intelecto. Hoje, consigo ver claramente o tanto que aprendi e cresci com tudo o que vivi e estudei para que esta pesquisa e esta dissertação fossem possíveis. Não descarto, porém, o crescimento pessoal que obtive com o processo reflexivo que empreendi nos últimos dois anos.

Sim, o mestrado é doloroso. Mas também é TRANSFORMADOR.

1.2 Medication Experience ou a Experiência com o uso de Medicamentos

Figura 2 - O indivíduo em foco



Fonte: acervo pessoal da autora.

Como dito acima, uma das minhas motivações para iniciar o mestrado era conhecer histórias. Mais especificamente histórias de uso de medicamentos e dos significados e impactos que eles têm nas vidas das pessoas. Shoemaker e Ramalho de Oliveira (2008) propuseram o conceito de *medication experience*, que pode ser traduzido como a experiência com o uso de medicamentos. Segundo as autoras, essa seria a experiência subjetiva que o indivíduo vivencia ao fazer uso de medicamentos diariamente.

O encontro do sujeito com o medicamento dá início à experiência com o uso de medicamentos. Esse encontro é repleto de significados, muitos dos quais

construídos antes dele ocorrer (SHOEMAKER e RAMALHO DE OLIVEIRA, 2008; SHOEMAKER *et al.*, 2011). As experiências de pessoas próximas, as próprias experiências anteriores e o significado que a sociedade atribui aos vários tipos de medicamentos compõem um mosaico de conceitos e pré-conceitos que influenciam no momento da decisão de tomar ou não o que foi prescrito.

Além destes significados individuais e sociais que são atribuídos ao medicamento, cada droga possui características intrínsecas que causam modificações reais nos corpos das pessoas. Os efeitos sentidos no corpo podem ser considerados positivos, se o medicamento traz melhorias na qualidade de vida ou cumpre com o objetivo que lhe era atribuído; ou negativos, caso o medicamento cause reações adversas ou efeitos colaterais não esperados (SHOEMAKER E RAMALHO DE OLIVEIRA, 2008). Podem existir, ainda, efeitos que não são considerados nem positivos nem negativos por quem os sentem. Porém, eles causam transformações no corpo ou no comportamento do indivíduo que são reconhecidos de alguma forma e passam a fazer parte da experiência de uso de medicamentos.

Os medicamentos carregam ainda o fardo de sua natureza muitas vezes incessante. Uma certa “obrigação” de ter que tomá-los diariamente, em horários fixos e algumas vezes rígidos, causa o sentimento de dependência e passividade do indivíduo frente à substância química. Observa-se, então, um esforço do sujeito em recuperar sua soberania sobre o medicamento e ele passa a gerenciar sua terapia como forma de recobrar o controle perdido (SHOEMAKER E RAMALHO DE OLIVEIRA, 2008).

Por isso, a compreensão da experiência com o uso de medicamentos auxilia profissionais de saúde a tomarem decisões sobre a melhor farmacoterapia possível para cada paciente. Entender que o uso de medicamentos não é algo mecânico e sem significados permite aos diversos profissionais considerarem fatores quase sempre ignorados na hora da prescrição de medicamentos.

Neste trabalho, pretendi conhecer a experiência de universitários que fazem uso do metilfenidato com o objetivo de melhorar seu desempenho nos estudos. Espero que, com seus relatos, tanto outros estudantes quanto profissionais da saúde e da educação possam compreender melhor o que significa este medicamento na vida das pessoas que o utilizam.

1.3 O metilfenidato: a droga, diagnósticos relacionados e uso off-label

Figura 3 – O medicamento em foco.



Fonte: acervo pessoal da autora.

Mas, entre tantos medicamentos e tantas histórias que precisam ser conhecidas e divulgadas, por que o medicamento escolhido foi o metilfenidato e as histórias a serem contadas são as dos universitários que o utilizam?

Em primeiro lugar, alguns dados sobre o consumo deste medicamento tem chamado a atenção de profissionais de saúde e da comunidade científica em todo o mundo. De acordo com o relatório da Junta Internacional de Fiscalização de Entorpecentes da Organização das Nações Unidas, o consumo de metilfenidato no mundo alcançou um novo recorde em 2013, chegando a 71,8 toneladas (ONU, 2014). No Brasil, o consumo deste medicamento também vem crescendo. Em 2009,

houve um consumo de aproximadamente 157 kg de metilfenidato. Dois anos depois, o consumo foi de 413 kg, o que corresponde a um aumento de 263% (ANVISA, 2012).

Em segundo lugar, as próprias características do fármaco, suas indicações e as mudanças no perfil de utilização vem causando polêmica e despertando questionamentos por toda a população. O metilfenidato é um estimulante do sistema nervoso central (SNC) derivado da anfetamina (LACY *et al.*, 2012). No Brasil, é comercializado com os nomes Ritalina[®], Ritalina LA[®] e Concerta[®]. Seu mecanismo de ação ainda não é completamente conhecido, mas aparentemente estimula as regiões cortical e subcortical do cérebro, inibindo a recaptação dos neurotransmissores dopamina e norepinefrina e, conseqüentemente, aumentando sua disponibilidade na fenda sináptica (LACY *et al.*, 2012; ANVISA, 2014; DOMITROVIC, 2014). O efeito esperado é a diminuição dos sintomas de déficit de atenção e hiperatividade. Em contrapartida, são efeitos adversos comuns cefaleia, insônia, irritabilidade, diminuição do apetite e taquicardia (LACY *et al.*, 2012; ANVISA, 2012; DOMITROVIC, 2014).

No país, o metilfenidato tem o uso aprovado para o tratamento do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e para a narcolepsia. No caso do TDAH, é o medicamento de primeira escolha no tratamento (ANVISA, 2014), porém nem sempre foi assim. Na década de 1950, quando começou a ser comercializado, o metilfenidato era vendido como um leve estimulante do SNC para melhorar o humor e a performance geral, mantendo o indivíduo em estado de alerta. A recomendação era feita inclusive para sujeitos sãos, que se beneficiavam desse estimulante da mesma forma que poderiam se beneficiar da cafeína, da geleia real, da lecitina e do extrato de malte, substâncias agrupadas na mesma classe do metilfenidato na época (DUPANLOUP, 2004).

Assim como outros medicamentos psicotrópicos, o metilfenidato não foi criado com o objetivo de tratar desordens do comportamento, como o TDAH. Inclusive, estudiosos da medicalização já alertaram para o fato de que alguns medicamentos precederam os diagnósticos nos consensos clínicos. A possível “criação” desses diagnósticos seria, então, uma forma de legitimar a comercialização e consumo de substâncias já existentes (CONRAD E SCHNEIDER, 1992; CONRAD, 1992, 2000 apud CONRAD e POTTER, 2004). O uso do metilfenidato na hiperatividade, como inicialmente foi chamado o transtorno, estabeleceu-se após anos de observações

clínicas. Estas se iniciaram com o uso do medicamento para tratar crianças institucionalizadas com quadros graves de doenças inespecíficas. Apesar da síndrome hipercinética ser bastante citada nos documentos da época, ela não era a principal indicação para o medicamento (DUPANLOUP, 2004).

Nas décadas de 1960 e 1970 começaram a surgir as primeiras publicações associando o metilfenidato aos transtornos do comportamento infantil, em especial aqueles relacionados ao desempenho escolar. Nos Estados Unidos, ocorreu, neste período, um crescimento vertiginoso das prescrições e do consumo do metilfenidato entre crianças (DUPANLOUP, 2004; DOMITROVIC, 2014).

Em 1980, com a publicação do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais III – DSM III, na sigla em inglês – aparece, pela primeira vez, a classificação Desordem do Déficit de Atenção (DDA) (DOMITROVIC, 2014). Com a oficialização da DDA como categoria psiquiátrica o metilfenidato estabeleceu-se como tratamento de primeira escolha. Outra novidade do DSM III em relação ao manual anterior foi a apresentação de critérios diagnósticos para a DDA. Até então, eram apresentadas apenas as descrições gerais dos quadros de desordem mental (DOMITROVIC, 2014).

O manual seguinte, DSM IV, publicado em 1994, traz modificações na nomenclatura e no diagnóstico da DDA. A desordem passa a ser conhecida por Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade e o diagnóstico passou a incluir a classificação em um dos três subtipos: o TDAH combinado, em que é possível apresentar sintomas de desatenção e hiperatividade, o predominantemente desatento e o predominantemente hiperativo (APA, 1994; DOMITROVIC, 2014). Nessa década iniciou-se a publicidade do transtorno com o reconhecimento de sua cronicidade. Houve então a formação de associações de pais de crianças com TDAH e os debates sobre os direitos dessas crianças se iniciaram (DOMITROVIC, 2014; DUPANLOUP, 2004).

A partir dos anos 2000 assistimos à expansão tanto do consumo do metilfenidato quanto do grupo “diagnosticável” com TDAH (DOMITROVIC, 2014). A publicação do DSM V em 2013 passou a incluir critérios de diagnóstico em adultos e não apenas em crianças. Segundo os autores, a adequação dos critérios para o diagnóstico em adultos visava garantir que estes recebessem os cuidados em saúde necessários ao longo de suas vidas (APA, 2013). No DSM V foram mantidos os mesmos critérios diagnósticos e a mesma separação em dois grupos de sintomas

dos manuais anteriores. O primeiro grupo refere-se aos sintomas de desatenção e o segundo grupo aos sintomas de hiperatividade e impulsividade (**Anexo**). Para que uma criança receba o diagnóstico, ela precisa apresentar pelo menos seis sintomas de cada um ou de ambos os grupos. No caso dos adultos, basta que eles apresentem cinco dos sintomas listados (APA, 2013).

Somado a este cenário, vem ganhando notoriedade o uso do metilfenidato para otimização das capacidades cognitivas ou do humor, caracterizando o que se convencionou chamar de neuroaprimoramento (MAIER *et al.*, 2013). No Brasil, o uso do metilfenidato para o neuroaprimoramento ficou conhecido pelo grande público a partir de 2009, quando, estimulados por um artigo publicado na revista *Nature* no ano anterior, vários jornais e revistas de grande circulação nacional também publicaram matérias a respeito (BARROS e ORTEGA, 2011). O artigo intitulava-se “Rumo ao uso responsável de medicamentos estimulantes cognitivos por pessoas saudáveis” (em tradução livre) e nele os autores exploravam as vantagens do neuroaprimoramento. Eles também expunham a necessidade de elaboração de uma política baseada em evidências científicas, sociais e legais para o uso responsável do metilfenidato e de outros estimulantes para este fim (GREELY *et al.*, 2008).

A justificativa para o uso não terapêutico é a de que o estimulante seria capaz de proporcionar aumento da capacidade de concentração, atenção e do estado de alerta e vigília em pessoas saudáveis (BARROS e ORTEGA, 2011). Estas características o tornaram muito procurado por estudantes e por profissionais que trabalham por muitas horas seguidas ou que necessitam de concentração para realizar suas atividades.

O chamado neuroaprimoramento de hoje nos remete à primeira indicação de uso do metilfenidato, ainda na década de 1950, e nos leva a notar que a diferença entre a categorização do que é ou não terapêutico é uma construção sociológica, flexível e situada regional e historicamente (ORTEGA *et al.*, 2010; CONRAD e POTTER, 2004). A linha que distingue o tratamento do patológico e a utilização para o aprimoramento é, portanto, difusa.

A escolha do público alvo desta investigação foi intencional. Desde que foi diretamente associado ao TDAH, o metilfenidato passou a ser, por excelência, o medicamento do meio escolar. A inclusão do diagnóstico em adultos no DSM V veio como um respaldo para um fenômeno que já vinha ocorrendo e que agora tem a tendência a aumentar. É possível que o número de jovens e adultos diagnosticados

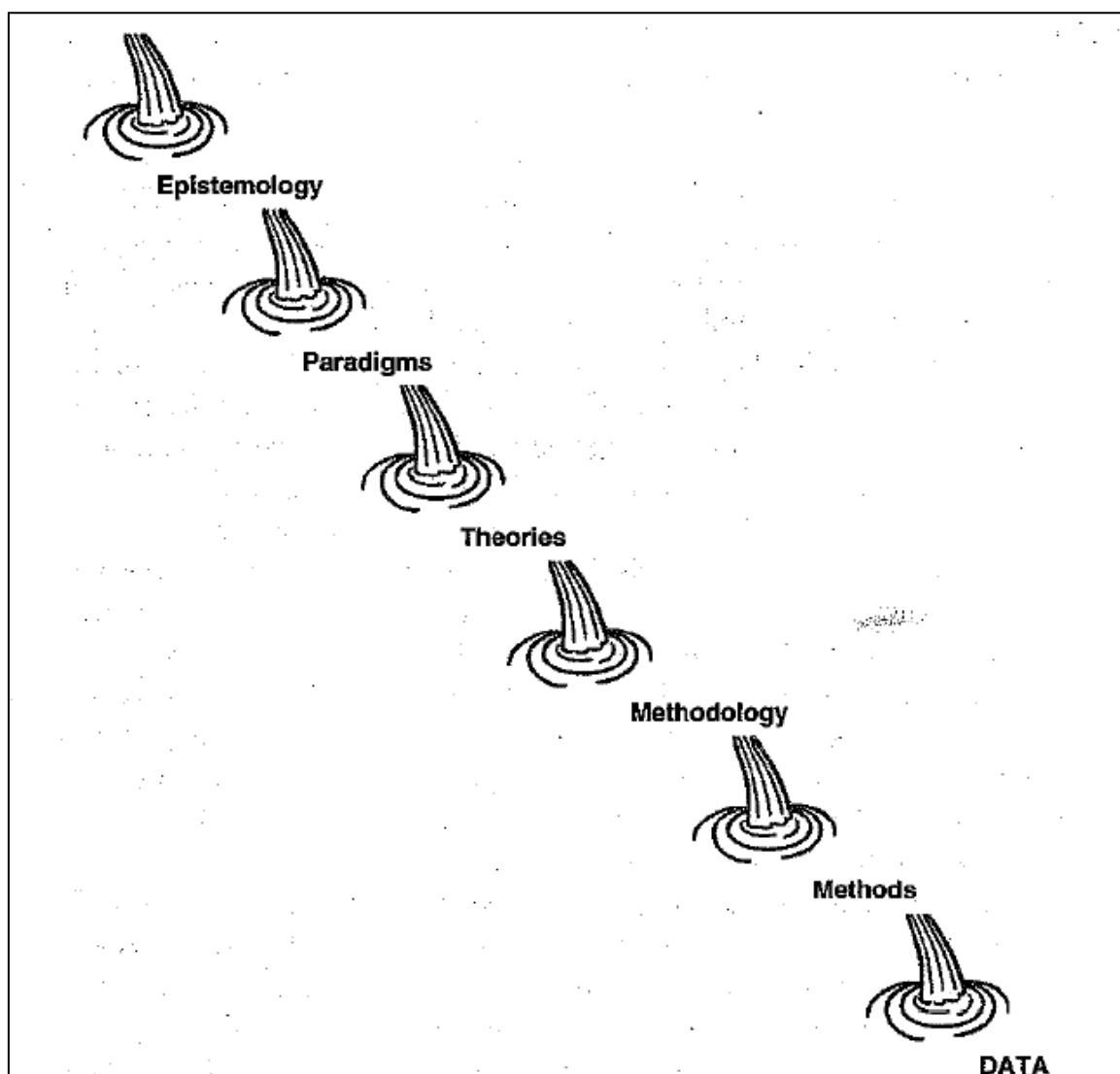
com o transtorno torne-se cada vez maior e como consequência, aumente também o consumo de metilfenidato entre estudantes universitários. Além disso, o uso para neuroaprimoramento já foi associado em vários estudos com esta população (ORTEGA *et al.*, 2010; BARROS e ORTEGA, 2011; EICKENHORST *et al.*, 2012; CESAR *et al.*, 2012).

Entender como se dá a experiência com o metilfenidato tanto por estudantes com o diagnóstico do TDAH quanto por estudantes que buscam o neuroaprimoramento poderá nos orientar, como profissionais de saúde, para o melhor posicionamento frente a este fenômeno em discussões futuras e em direção a um melhor manejo da terapia farmacológica e não-farmacológica desses indivíduos. Como profissionais da educação, a compreensão desta experiência poderá nos levar a refletir sobre as práticas de ensino que estamos construindo (ou replicando) no âmbito acadêmico e sobre as dificuldades que estas pessoas apresentam numa sociedade em que não são reconhecidas em suas singularidades.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 A Cascata Metodológica

Figura 4 - A cascata metodológica de Daly



Fonte: *Qualitative Methods for Family Studies and Human Development*. Daly, 2007.

2.1.1 Epistemologia

Figura 5 - A primeira queda-d'água: Epistemologia



Fonte: acervo pessoal da autora.

Em seu capítulo sobre considerações epistemológicas na pesquisa qualitativa, Kerry Daly comparou o processo de desenho do projeto de pesquisa a uma cascata (**Figura 4**) (DALY, 2007). Nesta cascata, a primeira queda d'água corresponderia à epistemologia e ela seria responsável por orientar e abastecer todos os outros níveis.

Epistemologia pode ser considerada como o conjunto de valores, crenças e princípios que guiam o pesquisador em seus estudos (DALY, 2007). Poderíamos compará-la a uma lente, que orienta a observação e modifica a distância dos objetos de acordo com o lado que escolhemos utilizar. Seguindo esta analogia, um lado poderia ser o objetivismo e o outro, o subjetivismo.

Quando é escolhida a lente objetivista para observar o mundo, o pesquisador acredita na existência de uma realidade concreta e externa a ele, capaz de ser apreendida e analisada como um objeto. Seus esforços, então, são no sentido de interferir o mínimo possível nos resultados da pesquisa, isolando sua pessoa, bem como seus pressupostos, ideias e valores, dos resultados observados. Com esta lente, fica clara a separação do sujeito e do objeto pesquisado, do conhecedor e do conhecido (DALY, 2007).

Quando utilizada a lente subjetivista, o pesquisador entende a realidade como uma construção dos indivíduos e, por isso, não pode haver separação do conhecedor e do conhecido (DALY, 2007). A produção de conhecimento é vista como um processo contínuo e temporal, onde cada sujeito percebe sua própria realidade – construída por ele subjetivamente e em eterna mudança, uma vez que novas possibilidades de encontros, leituras, experiências e sensações transformam seu mundo e a maneira dele se relacionar com ele mesmo e com os outros sujeitos (DALY, 2007). A pesquisa realizada com este direcionamento adquire um valor histórico, localizado no tempo, espaço e sociedade. Os resultados alcançados não podem ser extrapolados, mas permitem a outras pessoas compreenderem as experiências, as situações e os contextos sociais e individuais daqueles sujeitos participantes da pesquisa e podem, a partir daí, compreender melhor as próprias experiências, situações e contextos nos quais estão inseridas.

Neste sentido, escolhi uma epistemologia influenciada fortemente pelo subjetivismo para orientar meu posicionamento, ou olhar, ao longo do trabalho. Pois foi somente considerando que a realidade é construída pelos indivíduos e, por isso mesmo, pode ser transformada por eles; considerando que o pesquisador não é capaz de se distanciar completamente de suas crenças e valores para realizar a pesquisa; considerando que essas mesmas crenças e valores do pesquisador entram em relação com as crenças e valores dos participantes da pesquisa e que dessa relação novos produtos são criados, que consegui alcançar meus objetivos. A compreensão de histórias e experiências não seria tão rica se não estivéssemos, a todo o momento, construindo novas histórias e vivendo novas experiências.

2.1.2 Paradigma

Figura 6 - A segunda queda d'água: Paradigma



Fonte: acervo pessoal da autora.

O próximo nível de orientação da pesquisa nesta cascata seria o paradigma (**Figura 4**). Para Daly, paradigmas são meios de compreender as diferentes atividades e valores científicos. Enquanto a epistemologia se refere aos pressupostos filosóficos sobre o conhecimento e à relação entre o pesquisador e o que está para ser conhecido, os paradigmas referem-se às crenças coletivas em uma comunidade científica sobre como a ciência deve proceder. (DALY, 2007).

Para que seja reconhecido como paradigma, portanto, é preciso o consenso em uma comunidade científica sobre o que é considerado ciência, quais

procedimentos são científicos e quais princípios orientam as atividades científicas. O pensar a ciência leva à criação do paradigma, que, por sua vez, legitima o fazer ciência (DALY, 2007).

O consenso, entretanto, não é único e vários paradigmas existem para legitimar várias comunidades científicas. O dissenso provoca a ruptura com valores, práticas e ferramentas de um paradigma, dando vazão a novas teorias, novos procedimentos e novas atividades científicas, que passam a sustentar um novo paradigma. São nessas quebras que são construídos novos conhecimentos, novas formas de enxergar o mundo, novos alimentos da ciência.

Não pretendo tratar aqui dos diferentes paradigmas utilizados nas pesquisas atualmente. Algumas considerações sobre os paradigmas escolhidos para esta pesquisa são necessárias, porém.

Para responder à pergunta de pesquisa e atingir os objetivos propostos neste estudo, foram utilizados dois paradigmas: o qualitativo e o crítico. O paradigma qualitativo permite acessar as experiências dos sujeitos a partir de suas falas e da observação de suas condutas. Ao mesmo tempo, este paradigma oferece uma abordagem holística e humanística, uma vez que “as pessoas, os cenários ou os grupos não são reduzidos a variáveis, mas sim considerados como um todo” e “compreende as pessoas como dentro do marco de referência delas mesmas”, tomando cada experiência como única e valiosa (RAMALHO DE OLIVEIRA e VARELA, 2008).

O paradigma crítico permite observar as relações desiguais, as situações de injustiça e disputas de poder que permeiam as relações em sociedade, questionando-as com o propósito de mudança (DALY, 2007, p. 35-37). A pesquisa, neste contexto, assume um papel político, de denúncia das desigualdades e veículo de vozes que, de outra maneira, poderiam não ser ouvidas.

Como neste paradigma a relação de poder é colocada em xeque, também a relação pesquisador-pesquisado é questionada e revista. O pesquisador desloca-se do centro, que passa a ser compartilhado com os colaboradores da pesquisa, antes considerados como sujeitos da pesquisa ou sujeitos pesquisados (DALY, 2007, p. 35-37). Os colaboradores são chamados a adotar uma postura profundamente reflexiva durante o processo, capaz de levá-los a uma melhor compreensão do seu lugar histórico e da sua situação de opressão. A compreensão trazida pela reflexão

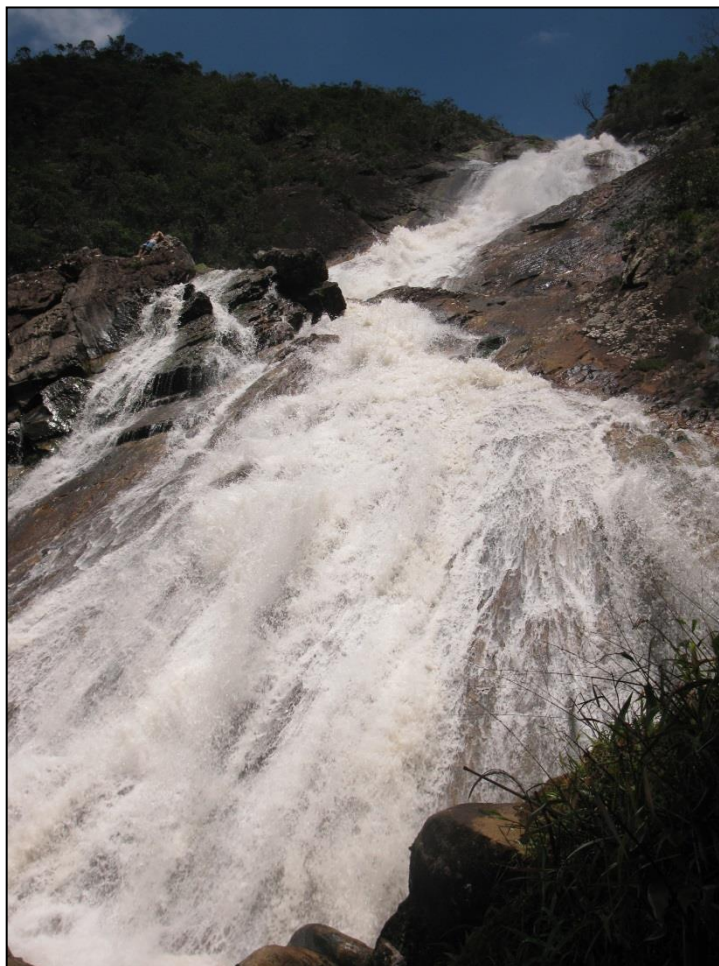
serve como ferramenta para a ação, para a mudança da situação concreta e superação da opressão (FREIRE, 2005).

A situação de estudantes que fazem uso de medicamentos para melhorar, de alguma forma, o desempenho nos estudos poderia ser entendida como situação de opressão. A procura do recurso do medicamento para atender a padrões e expectativas de uma instituição que, em vez de estimular as habilidades e singularidades de cada indivíduo, passa a exigir os mesmos resultados de todos, pode ser vista como uma forma de adequação a um sistema normatizador e, portanto, opressor desses sujeitos “inadequados” (LUENGO, 2010). Apesar de haver um estímulo cada vez maior ao consumo de medicamentos e à busca de intervenções medicalizantes, a discriminação e o julgamento desses indivíduos podem existir e trazer, conseqüentemente, sofrimento e estigma a eles.

Portanto, busquei conhecer a experiência das pessoas que fazem uso de metilfenidato sem que julgamentos pré-concebidos interferissem na escuta e na transmissão das vozes dos colaboradores. Permitindo que os estudantes falassem abertamente de suas experiências, busquei construir um espaço de reflexão e colaboração. Como citado na epígrafe do projeto, não posso pensar para os outros, nem sem os outros, mas com eles, colaborativamente, e de modo que meu papel não seja o de “dar voz” a essas pessoas, mas veicular a voz que elas já possuem e que ainda não foi escutada.

2.1.3 Teorias

Figura 7 - A terceira queda d'água: Teorias



Fonte: acervo pessoal da autora.

As obras de dois teóricos principais foram utilizadas para a construção do projeto de pesquisa e para a análise de dados. O primeiro é Paulo Freire: educador e filósofo pernambucano. O segundo é Michel Foucault: filósofo francês. As obras dos dois autores tem como ponto comum a crítica aos meios de dominação usados na sociedade. Paulo Freire concentra sua crítica no sistema educacional, ao passo que Foucault estende sua análise às mais diversas instituições e mecanismos de exercício do poder.

Paulo Freire viveu entre 1921 e 1997. Seu trabalho como educador e principalmente como alfabetizador de adultos o levou a publicar seu primeiro livro em 1967: “Educação como Prática da Liberdade”. Neste período, já durante a

Ditadura Militar, Freire encontrava-se no exílio e permaneceu proibido de voltar ao país até o ano de 1979. Sua obra mais famosa, a “Pedagogia do Oprimido” foi escrita durante esse período. Apesar de ter sido concluída em 1968, só foi publicada no Brasil em 1974 (GADOTTI et al., 1996).

Nesta obra, Freire discute a relação de opressão existente entre o educador e o educando. Ele critica o método de ensino usado na época – e que ainda permanece como o método utilizado em nossas escolas até hoje – e propõe uma metodologia voltada à construção comum do conhecimento e à transformação da realidade das pessoas. Segundo ele, a educação deve ser libertadora e não opressora das mentes (FREIRE, 2005).

A leitura da “Pedagogia do Oprimido” influenciou tanto na escolha da metodologia a ser utilizada quanto na análise dos dados. A metodologia em questão, chamada fotovoz e descrita mais adiante, tem como um dos seus pilares a discussão de Freire sobre a opressão e, principalmente, seu método de empoderamento e construção comum do conhecimento. Para ele, os indivíduos não devem ser enxergados como “copos vazios”, mas como seres humanos ricos em experiências vividas, em conhecimentos da realidade e como capazes de sua própria transformação.

Michel Foucault nasceu em 1926 e viveu até 1984. Seu primeiro livro publicado foi “Doença Mental e Personalidade”, em 1954, mas seu primeiro grande clássico foi publicado sete anos depois: “História da Loucura na Idade Média”. Em sua obra, Foucault trata do sujeito, das formas de controle e dominação sobre ele, dos discursos e do saber/poder.

O livro “Vigiar e Punir”, publicado em 1975, traz à discussão o tema da disciplina e da dominação dos corpos. Nesta obra, Foucault critica as instituições disciplinares (prisões, hospitais, instituições militares, escolas...) e analisa as diversas formas de vigilância, controle e punição que elas desenvolveram ao longo do tempo (FOUCAULT, 1999). Para ele, o disciplinamento “fabrica corpos submissos e exercitados, corpos ‘dóceis’. A disciplina aumenta as forças do corpo (em termos econômicos de utilidade) e diminui essas mesmas forças (em termos políticos de obediência)”. (FOUCAULT, 1999).

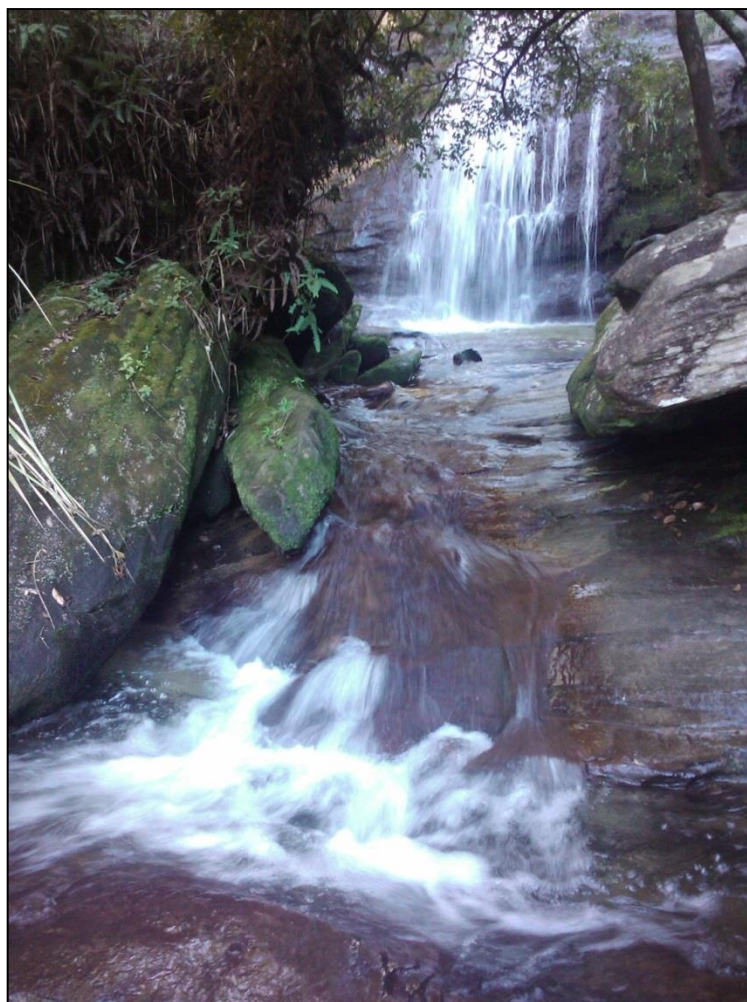
As discussões sobre a escola, sobre a disciplina e sobre as relações de poder estabelecidas no meio escolar como forma de produção de sujeitos normatizados

vieram ao encontro aos meus achados. Elas me ajudaram a compreender algumas falas e me abriram ao diálogo sobre o problema da medicalização do ensino.

Ambas as teorias se relacionam com os pontos de vista adotados anteriormente na construção da pesquisa, ou seja, com o posicionamento subjetivista e crítico frente à realidade. Elas ainda foram imprescindíveis para a sustentação da metodologia escolhida e análise dos dados. Estes próximos níveis da cascata metodológica são descritos a seguir.

2.1.4 Metodologia

Figura 8 - A quarta queda d'água: Metodologia



Fonte: acervo pessoal da autora.

A metodologia utilizada para orientar a pesquisa foi o fotovoz. Segundo Wang e Burris (1997), esta metodologia permite que o pesquisador acesse o conhecimento

e as representações de grupos marginalizados ou com pouca representação na sociedade. Para tanto, são fornecidos espaços para que os participantes da pesquisa expressem suas vozes e mostrem sua realidade por meio de fotografias.

Além de contribuir para a expressão de grupos marginalizados, o fotovoz também visa “promover o conhecimento e o diálogo crítico sobre temas importantes” e sensibilizar os responsáveis pela formulação de políticas públicas sobre esses temas (WANG e BURRIS, 1997; HENRY et al., 2010 apud JOUBERT, 2012).

Nesta metodologia, a fotografia assume um papel importante. Em primeiro lugar, ela confere poder aos participantes, uma vez que são eles quem decidem o que fotografar e quando e como será coletado o material fotográfico. Para muitas pessoas, essa pode ser a primeira vez que elas tem acesso a uma câmera fotográfica e também a primeira oportunidade de mostrar a outras pessoas a sua visão de mundo (WANG e BURRIS, 1997). Além disso, as fotografias são utilizadas como facilitadores da discussão. Por trás do que é visualmente observado na fotografia, se escondem várias representações, significados e intenções do fotógrafo. Passar do que é observado para o que é intencional faz o participante atingir graus cada vez mais profundos de reflexão sobre o tema em questão (WANG e BURRIS, 1997).

O método proposto por Wang e Burris (1997) possui três etapas. A primeira delas consiste na definição, em grupo, do tema das fotografias e do prazo para a entrega do material. Em reuniões com os participantes, são discutidos os aspectos éticos que envolvem a tomada de fotografias e os aspectos técnicos de manuseio de câmeras fotográficas, composição de fotografias e outros conhecimentos que possam auxiliá-los a apresentar um bom material (WANG e BURRIS, 1997).

A segunda etapa é a ida a campo para coleta das imagens fotográficas (WANG e BURRIS, 1997). Esta é uma etapa muito importante, pois proporciona aos participantes refletirem sobre o tema de pesquisa e como esse tema se mostra a eles no mundo (WANG, 1999).

Por fim, é realizada uma segunda reunião em que o material fotográfico produzido é apresentado ao grupo e discutido (WANG e BURRIS, 1997). É proposta a utilização de um questionário conhecido pelo acrônimo de SHOWeD (Tabela). Por meio dele, parte-se da descrição das fotografias para um nível cada vez maior de profundidade das perguntas, o que permite aos participantes a reflexão sobre o

impacto da situação retratada em suas vidas e também na sociedade (WANG e BURRIS, 1999).

Tabela – Questionário de perguntas SHOWeD

SHOWeD	Tradução livre
What do you See here?	O que você vê nesta fotografia?
What is really Happening here?	O que está acontecendo realmente?
How does this relate to Our lives?	Como isso se relaciona com nossas vidas?
Why does this situation, concern, or strength Exist ?	Por que essa situação, preocupação ou resistência existe?
What can we Do about it?	O que podemos fazer a respeito disso?

Fonte: adaptado de Wang, 1999.

As discussões que ocorrem nesta segunda reunião são gravadas e constituem, assim como as fotografias, nos dados da pesquisa. As gravações são transcritas e o pesquisador passa, então, à análise dos dados.

Até o momento, descrevi como me guiei no processo de construção do projeto de pesquisa e de quais fontes tive que beber para me orientar. A partir da cascata, a correnteza prosseguiu, sempre orientada por ela, mas permissiva a pequenos desvios. A seguir, descrevo o processo de execução do projeto e de captação e análise dos dados.

2.2 O Seguir da Correnteza: Desenvolvimento da Pesquisa

Figura 9 - O seguir da correnteza



Fonte: acervo pessoal da autora.

O projeto de pesquisa atendeu aos requisitos exigidos na Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa e aprovado sob o número CAAE 28246414.7.0000.5149. A pesquisa foi realizada na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e puderam participar os estudantes de graduação e pós-graduação com mais de 18 anos, devidamente matriculados no semestre vigente e que faziam ou já haviam feito uso prescrito ou não de medicamentos para melhorar o desempenho nos estudos.

A divulgação da pesquisa se deu por meio de cartazes afixados pelas diversas unidades dos *campi* da UFMG em Belo Horizonte (**Apêndice A**) e por e-mail institucional enviado pelos colegiados de cada curso (**Apêndice B**). No material

de divulgação constavam o telefone e *e-mail* da pesquisadora para que os interessados entrassem em contato.

Dezessete pessoas entraram em contato, sendo que seis contemplavam os critérios de inclusão e puderam colaborar com a pesquisa. Os outros onze indivíduos não puderam participar por não serem estudantes da UFMG, terem menos de dezoito anos e/ou nunca terem feito uso do metilfenidato.

Cada um dos selecionados foi convidado a participar, individualmente, de dois encontros. No primeiro, eles foram informados sobre o tema da pesquisa e a metodologia adotada. Foram, ainda, orientados sobre a necessidade de coletarem fotografias ou imagens que deveriam ser levadas ao segundo encontro e puderam tirar dúvidas.

Como não foi possível a realização de encontros em grupo, o método proposto por Wang e Burris teve que sofrer pequenas adaptações. A escolha do tema da fotografia, por exemplo, se deu de forma individual. Cada participante foi orientado a escolher, como tema de sua fotografia, algo que lhe tocasse de alguma forma ou que pudesse o auxiliar a iniciar o relato de sua história.

Após o período de coleta das fotografias ou imagens, foi marcado um novo encontro para a realização das entrevistas. Antes de cada uma delas, os participantes foram solicitados a ler, esclarecer suas dúvidas e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (**Apêndice C**).

Segundo Minayo, a entrevista é o método de coleta de dados mais utilizada no processo de trabalho de campo e destina-se a “construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa” (MINAYO, 2010). Elas refletem dinâmicas de relações existentes na sociedade e formas de interação social, portanto, ao serem analisadas, não é possível desconsiderar o contexto de sua produção e da relação entre o entrevistador e o entrevistado (MINAYO, 2010). Todas as entrevistas foram realizadas na UFMG, no local e horário mais cômodo para o participante.

Um questionário semiestruturado foi elaborado a partir do questionário SHOWeD usado por Wang e Burris (**Apêndice D**). Neste tipo de questionário são elencados tópicos que funcionam como lembretes para orientar o pesquisador durante as entrevistas. Tais tópicos devem ser elaborados de tal forma que permitam a flexibilidade da conversa, a absorção de novos temas trazidos pelos entrevistados e abrangência suficiente para alcançar as informações esperadas

(MINAYO, 2010). As questões propostas orientaram as discussões e aprofundamento de temas relacionados à experiência subjetiva do participante.

Foram realizadas seis entrevistas, uma com cada participante, o que foi suficiente para alcançar a saturação dos dados. Todas elas foram gravadas e posteriormente transcritas por mim. As transcrições consistiram nos dados da pesquisa. A teoria da ação dialógica de Paulo Freire (2005) foi utilizada para sua análise, uma vez que ela permite encontrar os temas geradores ou significativos nas falas dos entrevistados.

Segundo Freire (2005), cada indivíduo possui sua própria visão de mundo, que se manifesta nas suas mais diversas ações e reflete sua situação no mundo. Sendo assim, tanto nas falas, quanto no material fotográfico produzido, estarão presentes as visões de mundo e os significados que os participantes da pesquisa atribuem ao uso do metilfenidato.

A fotografia nesta metodologia é utilizada como a codificação de uma situação existencial, que remete ao concreto da realidade (FREIRE, 2005). Ela possibilita aos indivíduos passarem do concreto de sua experiência para a abstração do tema. Por meio da descrição da situação codificada, ou seja, da fotografia, o indivíduo passa à reflexão exaustiva de sua experiência, compreendendo os significados e as interações entre as diversas partes que a compõem.

A descrição da fotografia, bem como todo o relato contido nas transcrições das entrevistas foram as bases para a busca dos temas geradores. Estes temas são assim chamados por poderem se desdobrar em (ou gerar) outros temas (FREIRE, 2005). Eles correspondem ao que há de mais significativo nas falas dos participantes e com sua identificação e categorização se chegou à compreensão da experiência dos participantes com o uso de metilfenidato.

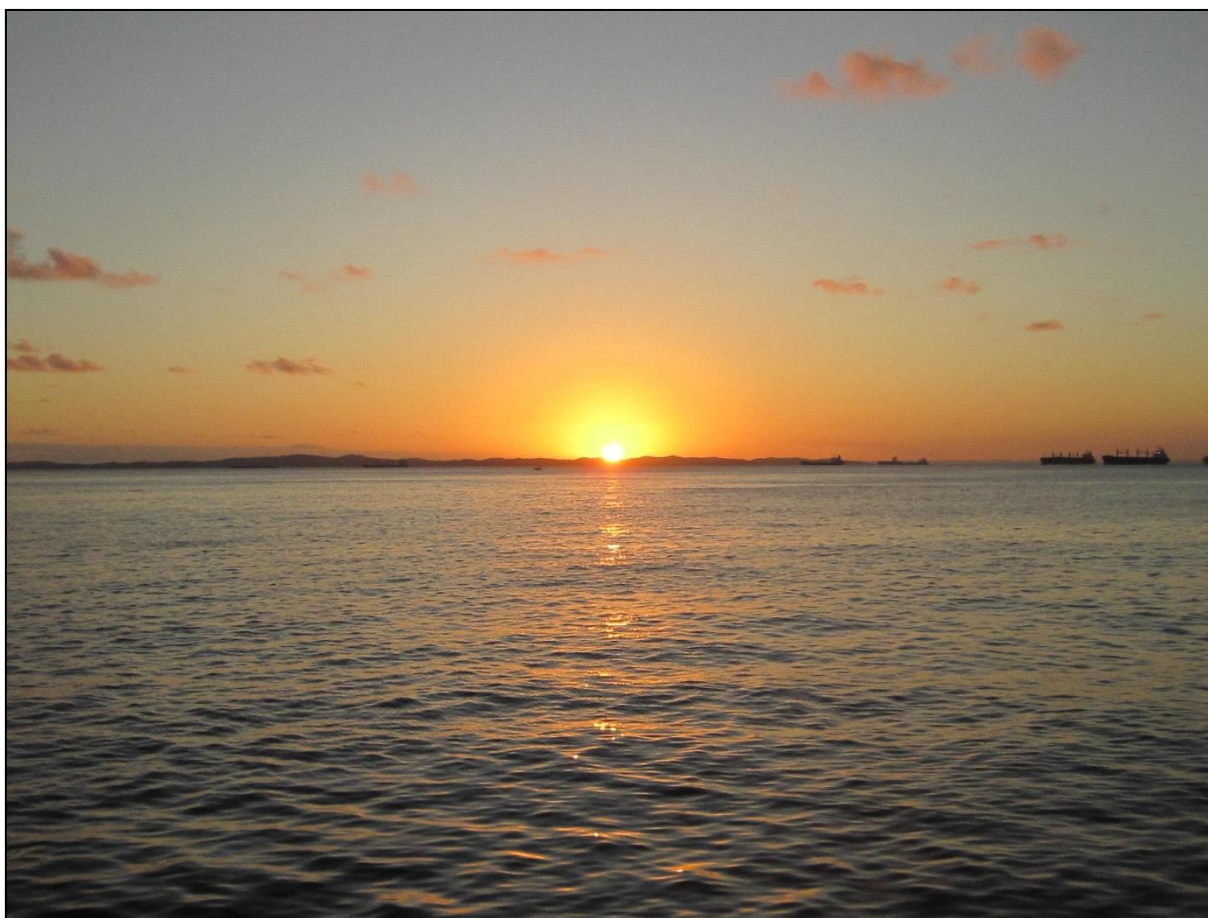
Para auxiliar no processo de análise dos dados, foi utilizado o *software* NVivo 10. Em sua plataforma foram lançadas todas as transcrições e estas foram identificadas por números. Palavras e trechos de interesse foram sinalizados e posteriormente divididos entre um primeiro grupo de temas geradores. Os trechos selecionados e os temas organizados no NVivo 10 continuaram a ser analisados separadamente e chegou-se a três temas geradores, subdivididos em mais seis subtemas.

O caminho metodológico descrito permitiu-me que, após ter estudado a Cascata Metodológica de Daly e compreendido de onde eu me posicionava,

pudesse partir para a coleta dos dados. Com eles em mãos, deparei-me com sua imensidão. Assim como a água do rio desembocando na foz, estavam meus dados causando um turbilhão em mim. A análise que surgiu desse turbilhão é relatada a seguir – uma pequena gota dentro do oceano do conhecimento científico.

3 O MAR DE DADOS – RESULTADOS E DISCUSSÃO

Figura 10 - O mar de dados



Fonte: acervo pessoal da autora.

Os resultados analisados a seguir surgiram a partir das seis entrevistas realizadas com os seis colaboradores desta pesquisa. Como forma de preservar suas identidades, atribuí, a cada um deles, um pseudônimo. Estes não foram escolhidos ao acaso, mas se relacionam com a própria análise dos dados.

Em várias entrevistas foram citados termos como “super-homem” e “super-herói”. A expectativa inicial dos entrevistados era a de que o medicamento lhes desse superpoderes, o que não ocorreu após a utilização do mesmo. Eles

continuaram a ser pessoas comuns, que precisavam estudar tanto ou mais do que os colegas, apesar do uso da medicação.

A fim de lhes reposicionar como super-heróis das próprias vidas, devolvi-lhes este título e os nomeei segundo personagens de livros e histórias em quadrinhos.

- O primeiro participante foi o **Homem de Ferro**. Este personagem de histórias em quadrinhos foi escolhido por possuir como característica marcante a inteligência. Nosso Homem de Ferro era formado em Ciências Biológicas e trabalhava como professor de Biologia, ao mesmo tempo em que cursava sua segunda graduação, desta vez em Farmácia, e se envolvia em outras atividades acadêmicas. Homem de Ferro recebeu o diagnóstico de TDAH na infância e fazia acompanhamento com psicólogo e terapeuta ocupacional. A prescrição do metilfenidato ocorreu na adolescência, quando ele passou a ter maior dificuldade de concentração e piora dos sintomas de hiperatividade. Para ele, o fato de ter passado a tomar o medicamento não o transformou em um super-herói com superinteligência: “a pessoa que toma Ritalina® não virou um super-herói que é superinteligente. [...] Eu não virei um Homem de Ferro, sabe?”. Porém, ele sempre se achou inteligente na escola e dar-lhe este pseudônimo foi uma forma de reconhecer essa característica sua.
- **Mulher-invisível** foi o nome que atribuí a segunda participante. A escolha desta personagem foi motivada pelo relato da participante ter muita dificuldade em falar em público, ficando extremamente nervosa nessa situação. Imaginei que seu desejo, nesses momentos, seria se tornar invisível, como a heroína que lhe emprestou o nome. Mulher-invisível estudava Farmácia e teve que buscar ajuda de vários profissionais até receber o diagnóstico de TDA. Ainda quando morava no interior de Minas Gerais, procurou um psiquiatra por estar com sintomas depressivos. Recebeu a prescrição de um antidepressivo e continuou o acompanhamento com o mesmo médico até se mudar para a capital para cursar faculdade. Nesse período começou a não se sentir satisfeita com o atendimento que vinha recebendo e procurou outro profissional. O novo psiquiatra também a diagnosticou com depressão e ela decidiu fazer acompanhamento com uma psicóloga, além de tomar os medicamentos. Depois de algum tempo, a

psicóloga reconheceu sintomas de déficit de atenção e a orientou a procurar um especialista. Na consulta com o psiquiatra indicado, ela não lhe disse da suspeita da psicóloga, mas seu diagnóstico foi confirmado por ele. A partir de então, passou a utilizar o metilfenidato, medicamento que a deixou mais segura durante as apresentações de trabalhos e que ela considerava ter causado diminuição da sua inibição.

- A terceira voluntária da pesquisa foi nomeada como **Jean Grey**. Esta personagem faz parte da saga dos super-heróis mutantes X-Men e possui como características a inteligência e poderes mentais superdesenvolvidos. Além disso, ela passou por inúmeros processos de morte e ressurreição durante a saga, o que lhe conferiu um caráter de constante transformação (WESCHENFELDER e COLLING, 2011). O que me levou a identificar essa participante com esta personagem foi, em primeiro lugar, seu relato de ter tido sonhos impressionantemente reais no período em que tomou metilfenidato, o que comparei às habilidades mentais da personagem. Em segundo lugar, a participante também passou por processos de transformações durante a faculdade. Jean Grey era estudante de Farmácia e relatou que o início do curso foi, para ela, muito difícil, principalmente porque não tinha amigos para compartilhar suas angústias. Após o primeiro semestre, decidiu pedir a seu antigo patrão, um médico psiquiatra, uma receita de metilfenidato. Segundo ela, durante o tempo em que trabalharam juntos, ela observava os casos de crianças que tinham melhora no desempenho escolar com a introdução do medicamento. Curiosa, passou a fazer pesquisas na internet sobre o metilfenidato e encontrou diversos relatos de adultos que faziam o uso para neuroaprimoramento. Sua expectativa era ficar concentrada por muitas horas seguidas, para que conseguisse estudar em períodos que os colegas não conseguiriam e, assim, melhorar suas notas. Porém, após utilizar duas caixas do medicamento, não notou nenhuma mudança significativa e decidiu suspender o uso. No momento da entrevista, Jean Grey já estava no quinto período do curso, com amizades bem estabelecidas, em que os colegas se ajudavam nos estudos e compartilhavam as dificuldades enfrentadas na faculdade.

- **Elsa** é uma das personagens do filme da Disney Frozen. Esta personagem teve que viver escondida desde a infância por ser diferente das outras pessoas. Quando enfim foi apresentada à sociedade, sofreu julgamentos morais e teve que se refugiar num abrigo solitário até descobrir a força que ela tinha dentro de si mesma. Elsa foi, então, a quarta participante da pesquisa. Em comum com a personagem, foram os fatos de que esta voluntária relatou não ter muitos amigos na faculdade e que ela pudesse ser vítima de julgamentos por realizar uma prática que não é bem aceita socialmente: o uso do metilfenidato sem indicação médica. Elsa era estudante de Direito e, como Homem de Ferro, também cursava sua segunda graduação. Era formada em Nutrição e resolveu mudar de área em busca de melhores oportunidades de emprego. Estudava à noite e trabalhava durante o dia. Neste emprego, tomou conhecimento do metilfenidato com uma colega, cujo filho tinha diagnóstico de TDAH. Esta colega lhe sugeriu que tomasse o medicamento para melhorar o desempenho em seus estudos e a concentração durante as aulas noturnas. A partir de então, Elsa passou a adquirir os comprimidos que precisava com ela, que algumas vezes lhe cobrava por eles e outras, não. O uso não-prescrito modulou-se, então, pela oferta do medicamento, com aumento ou redução no uso de acordo com os comprimidos disponíveis. Embora ela dissesse não sofrer preconceito por praticar o neuroaprimoramento, foi possível perceber nos próprios relatos dos outros participantes que havia um julgamento de valor das pessoas que realizavam essa prática.
- **Alice** foi o pseudônimo atribuído a quinta participante, em referência à heroína do livro “Alice no País das Maravilhas”. Assim como a personagem dessa estória, esta participante trouxe um discurso cheio de dúvidas e curiosidades. As pessoas que encontrou pelo caminho (como seu psiquiatra) lhe despertaram mais perguntas do que respostas, como os personagens que Alice encontrou no País das Maravilhas. Apesar disso, ambas possuíam confiança em si mesmas e tomavam as rédeas do próprio destino. Alice também era estudante do curso de Farmácia e procurou um psiquiatra quando sentiu que estava com muita dificuldade em se concentrar nos estudos e assimilar as matérias. Em sua primeira consulta recebeu o

diagnóstico de TDA e a prescrição do metilfenidato. As orientações que lhe foram dadas não foram suficientes para que ela se sentisse segura em utilizar o medicamento. Alice quis saber quantos comprimidos poderia tomar ao longo do dia, se ela poderia tomar mais de um comprimido por vez, se o metilfenidato teria interação com os outros medicamentos que tomava... Em resposta, recebeu frases vagas, às vezes concordando, às vezes discordando do que perguntou. Apesar de suas dúvidas, tomou o medicamento regularmente e, ao mesmo tempo em que percebia que conseguia assimilar o conteúdo das disciplinas, também se sentia agitada e nem sempre conseguia se concentrar para estudar. Até o momento da entrevista, ainda fazia uso regular e suas dúvidas giravam em torno das consequências que o uso a longo prazo poderia trazer para sua saúde.

- Ao último participante, atribuí o codinome de **Batman**. Este super-herói é marcado pela falta de poderes sobre-humanos e se utiliza de sua inteligência e de tecnologias para combater o crime. Este participante se utilizava de sua criatividade e da tecnologia do medicamento para conseguir o seu diploma. Entre frases de efeito e observações profundas, o participante revelou certo sarcasmo em algumas falas, inclusive sobre o super-herói que o nomeou: “Então o Super-homem está dopado o tempo inteiro, né? O Batman com certeza, mas o Super-homem, ele não é daqui. O Batman, sem sombra de dúvida. Ele não dorme”. Batman também não parava. Estudante de Engenharia Elétrica, conversou por quase duas horas em sua entrevista. Foi diagnosticado com TDAH quando já estava na faculdade. Assim como Mulher-invisível, quem percebeu os sintomas do transtorno foi um psicólogo, que também o encaminhou a uma psiquiatra especializada em casos de déficit de atenção e hiperatividade. O acompanhamento psicológico, entretanto, foi longo e isso proporcionou a Batman maior segurança no diagnóstico e na introdução do tratamento medicamentoso. Batman reconhecia o metilfenidato como um recurso importante para que ele conseguisse assistir aulas e estudar o conteúdo programático, mas sabia discernir os momentos em que o medicamento poderia ser um empecilho à realização de alguma tarefa. Nesses momentos, deixava esse recurso de lado

e buscava em si mesmo a criatividade ou a habilidade para lidar com a situação.

A partir da análise das entrevistas desses participantes, foram identificados três temas geradores. São eles:

I. A ENTRADA NA FACULDADE: “ESTUDE... VOCÊ NÃO É TÃO BOM ASSIM”

- “Eu não consigo”
- A busca por ajuda

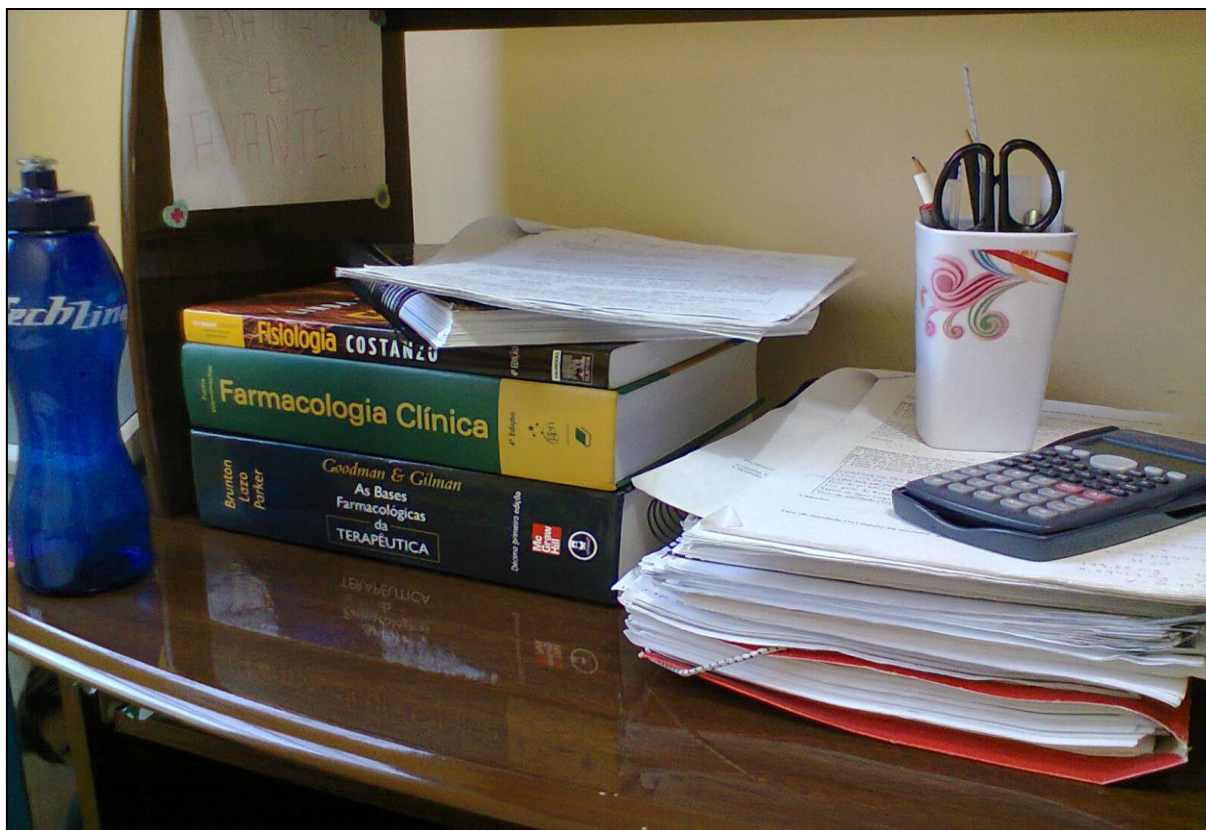
II. A ENTRADA DO MEDICAMENTO NA VIDA: A EXPERIÊNCIA COM O USO DE METILFENIDATO

- “A vida é linda, a felicidade é química”: as expectativas
- “Se ele é tarja preta, ele deve ser mais forte”: os medos
- Os efeitos sentidos no corpo
- O domínio sobre a terapia medicamentosa

III. AS DIFERENTES PERCEPÇÕES SOBRE O TDAH E O NEUROAPRIMORAMENTO

3.1 A Entrada na Faculdade: “Estude... Você não é tão bom assim”

Figura 11 - Estude... Você não é tão bom assim



Fonte: participante “Jean Grey”, 2014.

A compreensão da experiência com um medicamento passa, necessariamente, pela compreensão da situação em que aquele medicamento começou a ser necessário. Como momento marcante na história de todos os entrevistados encontrei a entrada na Faculdade.

A foto acima foi trazida por Jean Grey e mostra sua mesa de estudos. Em sua descrição, ela relatou que os livros representavam o volume de matérias que ela precisava estudar e a quantidade de informações que precisava reter. Ela e os demais entrevistados relataram que o início do curso superior foi uma época de muitas dificuldades. Nos primeiros períodos eles se sentiram mais pressionados e, por muitas vezes, acreditaram não dar conta de todas as demandas apresentadas a eles. Nesse novo ambiente, o nível de exigência era alto e a competição com os colegas existia.

Frente a isso, a comparação com o desempenho dos colegas nas diversas disciplinas gerou, segundo os relatos, a sensação de inferioridade e sentimentos

como ansiedade e depressão. A busca por algum tipo de ajuda veio na forma da procura por profissionais de saúde ou de um medicamento a que é creditada a solução dos problemas.

Em contrapartida, a mesma instituição que causava o sofrimento não oferecia os meios de lidar com ele. Como relatou Batman:

Aqui (na Universidade) não existe um cuidado com o universitário. [...] Não tem nada do tipo: “você tá na Federal, estude com cuidado, procure ajuda”. [...] Talvez um slogan bom, uma frase, chamada boa seja: “você não é tão bom quanto pensa”. Mas é meio politicamente incorreto...

3.1.1 “Eu não consigo”

Figura 12 - Eu não consigo executar tarefas diárias



Fonte: Participante Homem de Ferro, 2014.

Figura 13 - Eu não consigo apresentar trabalhos



Fonte: Participante Mulher-invisível, 2014.

A frase “eu não consigo” apareceu em diversas entrevistas, demonstrando a dificuldade dos entrevistados em realizar diversas tarefas. Na primeira imagem,

Homem de Ferro trouxe um autorretrato, em que dirigia por uma de suas regiões preferidas da cidade. O ato de dirigir era impossível para ele antes do metilfenidato, bem como a realização de outras tarefas diárias. Em seu relato, ele disse não *conseguir* ficar quieto, não *conseguir* deixar ninguém ficar quieto, não *conseguir* estudar sem a Ritalina®... Já com o medicamento, ele *consequia* focar, *consequia* ler mais, *consequia* se organizar e *consequia* captar o que o professor falava em sala de aula.

Na segunda imagem, Mulher-invisível trouxe a figura de um menino envergonhado para representar a sua própria situação. Ela relatou ficar extremamente ansiosa e nervosa ao falar em público. Antes do medicamento, ela também não conseguia fazer apresentações para a turma. Com o tratamento, ela conseguiu ficar mais focada, conseguiu lembrar-se de mais coisas e conseguiu ficar mais tranquila ao falar em público.

Assim como eles, todos os participantes relataram ter dificuldades em realizar alguma tarefa, mas, principalmente, em alcançar o padrão de exigência da faculdade. Durante o ensino médio, estas pessoas se saíam bem nas matérias ou, pelo menos, conseguiam alcançar a média necessária para prosseguirem nos estudos sem o uso de medicamentos. Com a entrada na faculdade, novas demandas apareceram. Um volume maior de matérias para estudar, em um ritmo diferente, que muitas vezes exigia a permanência por todo o dia no *campus*, e a entrada num ambiente altamente competitivo e desconhecido exigiram a adaptação à nova realidade. Nos relatos, colocaram-se como necessárias as capacidades de ler muito em pouco tempo, de estar alerta para estudar em horários em que os colegas não estariam estudando e de estar concentrado naquilo que se estava estudando.

O modelo de ensino que ainda hoje é hegemônico nas escolas e universidades do Brasil data do século XVIII. A organização da escola, naquela época, seguiu a mesma organização das fábricas que surgiam com a Revolução Industrial. Sendo assim, levaram-se em consideração várias estratégias para manter o máximo de controle sobre os indivíduos e obter o máximo de economia de recursos financeiros e de tempo (BARBOSA, 2012; FOUCAULT, 1999). Os espaços foram divididos por classes, que permitiram ao professor ensinar para vários alunos ao mesmo tempo e de uma mesma forma – sem considerar as diferenças individuais entre eles. O conteúdo a ser ensinado foi dividido em disciplinas, que seriam

apresentadas aos poucos, de acordo com cada série ou período que o aluno se encontrasse. O tempo foi dividido de forma que os temas de cada disciplina pudessem ser trabalhados por 45 a 50 minutos, ao fim dos quais se encerraria a discussão e ocorreria a mudança imediata para outra disciplina. Aos professores caberia a tarefa de transmitir o conhecimento e aos alunos caberia seguir o programa pré-estabelecido (BARBOSA, 2012).

[...] todas as crianças devem seguir o mesmo programa pré-estabelecido pelo professor (ou administrador). Ou seja, quando é hora de matemática, todo mundo deve estudar matemática, quando é hora de desenhar, todo mundo deve desenhar, sem interessar quão envolvida uma criança pode estar na leitura de um livro, por exemplo. A escola tradicional não leva em consideração o processo individualizado de desenvolvimento da criança, mas visa, sim, a aprendizagem em massa e a transmissão uniforme do conteúdo acadêmico. (BARBOSA, 2012)

A este tipo de educação Paulo Freire deu o nome de educação bancária (FREIRE, 2005). Esta forma de ensino tem, no professor, o detentor do saber, o responsável por depositar, transferir e transmitir valores e conhecimentos aos alunos. Neste sentido, os alunos são vistos como os que nada sabem e que devem receber, passivamente, o conteúdo transferido pelo professor. A relação que surge dessas diferenças de poder é a de anulação dos alunos, que passam a ser “vistos como seres da adaptação, do ajustamento” (FREIRE, 2005).

Foucault (1999) também analisa as escolas como instituições disciplinares. Seus métodos de adestramento dos corpos e mentes dos sujeitos passam pela vigilância, punição e exame dos indivíduos. Estes três mecanismos tem como finalidade disciplinar tudo o que é inobservante, “tudo o que está inadequado à regra, tudo o que se afasta dela, os desvios” (FOUCAULT, 1999). O exame, em particular, tornou-se uma ferramenta poderosa de controle normalizante. Ele permite, ao mesmo tempo, vigiar, qualificar, classificar e punir. O sistema de notas permite ao professor “levantar um campo de conhecimentos sobre seus alunos”, enquanto os classifica como bons ou maus e pune os últimos com a reprovação e humilhação (FOUCAULT, 1999). O exame percorre todo o percurso do ensino, ininterruptamente, e dá subsídios para comparações perpétuas de cada um com todos e consigo mesmo (FOUCAULT, 1999).

O exame como fixação ao mesmo tempo ritual e “científica” das diferenças individuais [...] indica bem a aparição de uma nova modalidade de poder em

que cada um recebe como status sua própria individualidade, e onde está estatutariamente ligado aos traços, às medidas, aos desvios, as “notas” que o caracterizam e fazem dele, de qualquer modo, um “caso”. (FOUCAULT, 1999, p. 60)

As notas, portanto, passam a caracterizar o sujeito e o classificar perante os colegas. Tirar boas notas, então, é sinal de status e de que tudo caminha conforme o esperado. Quando os participantes relataram que não conseguiram atingir seu objetivo de tirar boas notas na faculdade, isso foi colocado como fracasso pessoal e não como uma falência do sistema de ensino. Segundo Luengo, uma “pedagogia submissa à ciência médica” e uma “medicina guiada pela psiquiatria biológica”, levaram o fracasso escolar a ser visto como um julgamento preconceituoso da normalidade do indivíduo, e não como um fenômeno complexo, onde atuam fatores educacionais, sociais, culturais, econômicos e políticos. Desta forma, elas culpabilizam o sujeito e retiram a responsabilidade do sistema educacional (LUENGO, 2010).

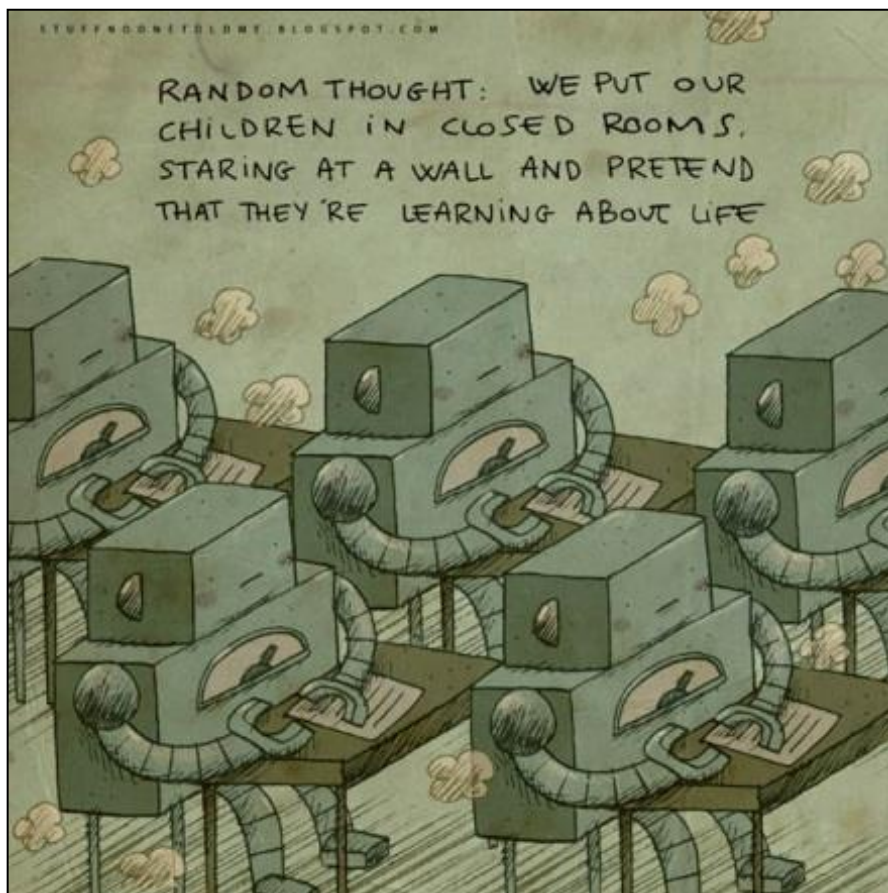
Nos relatos, os participantes se referem a eles mesmos como “burros”, incapazes e tomam para si a responsabilidade por não atingirem os objetivos que a faculdade lhes impõe. O trecho abaixo faz parte da entrevista de Batman e ilustra bem como a entrada na Universidade impactou seus estudos e a visão que ele tinha de si mesmo.

A partir do momento que a exigência acadêmica aqui da UFMG era tal que aquilo que eu fazia não dava conta, eu acabei pensando "poxa, estudo tanto, mas sou burro". Não, faltava alguma coisa. Eu mesmo não conseguia fazer aquilo que a Universidade pedia, mas por uma deficiência minha, por uma questão minha. Aí entrou a questão do quadro de depressão.
(Batman)

A culpabilização de si mesmos e o sentimento de inferioridade despertado pelos mecanismos punitivos da Universidade levaram muitos dos participantes a apresentarem sintomas de ansiedade e depressão. A comparação com os colegas, que pareciam conseguir estudar o suficiente e tirar boas notas em todas as disciplinas, acentuou o quadro. Era o momento, então, de buscar algum tipo de auxílio para conseguir superar essa situação.

3.1.2 A busca por ajuda

Figura 14 - Pensamento Aleatório



“Pensamento aleatório: Nós colocamos nossas crianças em cômodos fechados, olhando fixamente para uma parede e fingimos que elas estão aprendendo sobre a vida.”

Fonte: Stuff no one told me.

Dois motivos principais levaram os participantes a buscar mecanismos de ajuda para superar a pressão da faculdade. O primeiro foi o aparecimento de sintomas de ansiedade e depressão e o segundo foi a competição existente no meio acadêmico.

No primeiro caso, os participantes relataram que o sofrimento causado pela depressão e pela ansiedade culminou na procura por profissionais de saúde. Estes apareceram nos relatos como pessoas capazes de identificar a origem do sofrimento sentido e de fornecer orientações adequadas e suporte técnico necessário à situação.

O bom do diagnóstico, o bom de ter profissionais junto de você, pessoas que entendam daquela coisa é que ela vai te dar norte, vai te dar rumo, vai te dar cuidado, vai te ajudar com uma coisa que não é da sua alçada. (Batman)

O recebimento de um diagnóstico médico interfere na vida e na produção de subjetividade dos sujeitos diagnosticados (CALIMAN e RODRIGUES, 2014). Os efeitos causados por esse tipo de notícia nem sempre são ruins e o impacto de um diagnóstico médico pode ser positivo para muitos indivíduos. Caliman e Rodrigues (2014) encontraram como efeitos positivos do diagnóstico do TDAH entre adultos: a possibilidade de oferecer algum tipo de tratamento para uma situação geradora de sofrimento; uma resposta para um comportamento que é tido como diferente e indesejado; e a desculpabilização do sujeito, já que os comportamentos tidos como desviantes e socialmente indesejáveis passaram a ser explicados em termos médicos.

Com efeito, Batman relatou que recebeu a hipótese diagnóstica do seu psicólogo “feliz da vida”. Para ele, assim como para outros participantes, o efeito de desculpabilização teve um peso grande em como lidar com suas dificuldades. A partir do momento em que existia um diagnóstico, a questão da dificuldade de concentração deixou de ser um problema do sujeito para se tornar algo médico, portanto passível de tratamento. O participante disse ter saído de uma situação em que se achava perdido e sem saber o que fazer, para uma posição em que podia agir sobre o seu sofrimento, desde que orientado quanto a qual caminho seguir nos tratamentos não-medicamentoso e medicamentoso.

Esses achados corroboram o que Conrad e Potter já discutiam ainda no ano 2000: o diagnóstico de TDAH é bem recebido e promovido pelos adultos que o recebem (CONRAD e POTTER, 2000). Segundo os autores, a população em geral e a mídia tiveram grande importância na ampliação do diagnóstico do transtorno para os adultos. Numa era em que se tornou mais aceitável tomar medicamentos para problemas da vida cotidiana, o metilfenidato surgiu como uma tentativa de aliviar sintomas tais como “falta de atenção”, “hiperatividade” e “inquietação” em adultos. O

medicamento passou a ser visto “como aprimoramento bem como uma forma de controle social” (CONRAD e POTTER, 2000).

A mídia, por sua parte, vem contribuindo com a propaganda e promoção de medicamentos desde o lançamento da fluoxetina, sob o nome comercial Prozac® (CONRAD e POTTER, 2000). Com a Ritalina®, ou metilfenidato, não foi diferente. No período entre 1998 e 2008, foram encontradas 103 publicações sobre o metilfenidato no Brasil, sendo que 72 delas eram reportagens publicadas em jornais e revistas para público leigo e 31 eram artigos publicados em periódicos científicos (ORTEGA *et al.*, 2010). Apesar de somente 40% das reportagens dos jornais e revistas de grande circulação apresentarem os benefícios do medicamento, a popularização do TDAH e do seu tratamento poderiam contribuir para a criação, expansão e aplicação de novas categorias diagnósticas – como o TDAH em adultos (ORTEGA *et al.*, 2010; CONRAD e POTTER, 2000). Com o diagnóstico popularizado e uma possibilidade de medicamento existente, os indivíduos passariam a desejar o tratamento e a visualizar o metilfenidato como solução para seus problemas.

Neste último caso, podemos citar como exemplo as duas participantes que utilizavam o metilfenidato para melhorar sua performance na faculdade frente aos colegas. O ambiente competitivo estimulado na Universidade teria levado as duas a recorrerem diretamente ao medicamento, sem que algum profissional de saúde fosse consultado.

Você tem que conseguir estudar mais em menos tempo ou no tempo que você tem disponível. [...] Porque eu acho que tem que ficar mais inteligente, pra saber mais, porque eu acho que tudo é competição, né? (Elsa)

O sistema de exames e atribuição de notas, discutido anteriormente, categoriza os sujeitos e concede privilégios àqueles que tiram as melhores notas (FOUCAULT, 1999). Nas Universidades, os privilégios são vistos como oportunidades: aos que tem maiores notas são oferecidos os melhores estágios, a concessão de bolsas de iniciação à pesquisa e a participação em certos programas oferecidos pela Universidade, como intercâmbios, por exemplo. A competição seria, portanto, um meio de destacar alguns indivíduos de outros e permitir a manutenção das regras pela concessão de benefícios – como os benefícios seriam almejados por

todos, maior esforço deveria ser feito para se ater bem às regras e alcançá-los (FOUCAULT, 1999).

É interessante notar que sintomas de ansiedade e depressão foram os motivos da procura pelo auxílio de profissionais de saúde entre um grupo de entrevistados e a competição, pelas entrevistadas que recorreram ao medicamento como solução para o problema. Podemos supor que isso ocorreu porque ansiedade e depressão são consideradas problemas “médicos” e que, portanto, necessitariam de acompanhamento de profissionais de saúde. Já a competição, seria um problema “individual”, que cada estudante teria que lidar sozinho e com os meios que cada um dispusesse. Independente da justificativa dada por cada um dos grupos, ambos tiveram o mesmo desfecho, ou seja, o uso de um medicamento para melhorar o desempenho nos estudos.

3.2 A Entrada do Medicamento na Vida: A Experiência com o Uso de Metilfenidato

Figura 15 - Aspectos do medicamento



Fonte: Alice (participante).

Alice trouxe essa imagem para sua entrevista. Segundo ela, cada ponto representaria um aspecto do medicamento em sua vida. A exclamação simbolizaria o que havia de positivo no uso do medicamento: ele funcionava para ela, ou seja, ela estava conseguindo se concentrar para estudar, fazer suas tarefas e melhorar seu desempenho acadêmico. Por outro lado, a interrogação representaria as dúvidas que ela ainda tinha com relação a esse recurso que lhe fazia tão bem. De que forma

o medicamento funcionava? Ele era indicado para quem não tinha diagnóstico? As pessoas que o tomavam sem prescrição sentiam o mesmo que ela? Essas eram algumas dúvidas que povoavam sua cabeça e que ela ainda não havia obtido resposta satisfatória.

A introdução de um medicamento na vida de alguém faz aflorar sentimentos e questionamentos muito antes do uso propriamente dito acontecer. Shoemaker e Ramalho de Oliveira (2008) propuseram que o significado atribuído ao encontro do indivíduo com o medicamento poderia ser revelado como a sensação de perda de controle ou de estar envelhecendo, além de causar questionamentos e o medo do estigma. Esse encontro geraria expectativas e medos sobre o que aconteceria pela frente.

No nosso caso, as expectativas surgiram em torno dos efeitos que o metilfenidato poderia produzir no corpo e no desempenho nos estudos. Os participantes esperavam efeitos quase milagrosos do medicamento, ao mesmo tempo em que ele despertava o medo da dependência física e psíquica. Os medos da cronificação do uso e do aparecimento de reações adversas frequentes e graves também foram relatados e muita importância era dada a eles por ser o metilfenidato um medicamento psicotrópico.

Outro aspecto abordado na experiência com o uso de medicamentos foi o efeito que estes tinham sobre o corpo de quem os utilizava. Com o metilfenidato, estes efeitos foram relatados como melhoria dos sintomas de déficit de atenção e hiperatividade, aparecimento de efeitos adversos e também modificações nas características pessoais dos participantes.

Por fim, depois de encontrar um significado para a medicação, questioná-la e compreender seus efeitos no corpo, os participantes passaram a exercer o domínio sobre sua farmacoterapia (SHOEMAKER e RAMALHO DE OLIVEIRA, 2008). Eles eram os responsáveis por determinar as doses mais apropriadas, os horários de tomada do metilfenidato e a interrupção ou não por certos períodos. Exercer esse controle sobre a medicação poderia ser uma forma de recobrar o controle sobre sua própria saúde e sua própria vida.

3.2.1 “A Vida é Linda, a Felicidade é Química”: as Expectativas

Figura 16 - As Expectativas



“É bom ter grandes esperanças e expectativas, mas mantenha-as lógicas...
‘Eu quero ser o próximo Michael Jackson!’”
Fonte: Stuff no one told me.

O metilfenidato foi apelidado pela mídia de “droga da inteligência” e “droga para turbinar o cérebro”. Também foi associado a ele o termo “*doping cerebral*”, em referência aos medicamentos utilizados no meio esportivo para aumentar o desempenho dos atletas. Tais termos nos levam a imaginar que o metilfenidato poderia alterar, de alguma forma, a inteligência das pessoas, tornando-as mais inteligentes ou capazes de raciocinar mais rapidamente que aquelas que não utilizam nenhuma droga.

Com efeito, os participantes relataram ter altas expectativas sobre o metilfenidato, atribuindo-lhe efeitos quase mágicos. Uma das participantes disse esperar se tornar mais inteligente e outra que o medicamento iria lhe fazer “voar”. Os participantes ainda disseram esperar que tudo o que estavam estudando de repente “se clareasse” e “fizesse sentido”, com claras referências à forma como a inteligência

é retratada em filmes hollywoodianos. A expectativa era de que o conteúdo fosse “entrar na cabeça” sem nenhum esforço e nenhuma atividade de raciocínio por parte deles, conforme o relato abaixo:

[...] porque eu achei que fosse realmente tipo, eu fosse abrir um livro, fosse fazer leitura dinâmica e aquilo fosse entrar na minha cabeça com muita facilidade. (Jean Grey)

Segundo Shoemaker e Ramalho de Oliveira, “as primeiras reações ao iniciar a medicação podem ser formadas pela visão social da condição médica” (SHOEMAKER e RAMALHO DE OLIVEIRA, 2008). Essas reações também são influenciadas pela visão social do próprio medicamento. Vivemos hoje em uma sociedade “que aceita a doença, mas não admite o sofrimento” (BRANT, 2012) e tem no medicamento a solução para todos os problemas medicalizados. Portanto, a vida só seria linda com o pano de fundo de uma felicidade química.

O metilfenidato, principalmente, é vendido como um medicamento seguro, com poucas chances de desenvolver reações adversas e dependência. Por outro lado, alegam que ele poderia trazer grandes benefícios a seus usuários. Num cenário em que a produtividade e o desempenho pessoal são altamente valorizados, um medicamento que ofereça melhoria dessas características é altamente desejado. Seus benefícios circulam não só na mídia, mas principalmente no boca-a-boca, em fóruns na internet e em redes sociais.

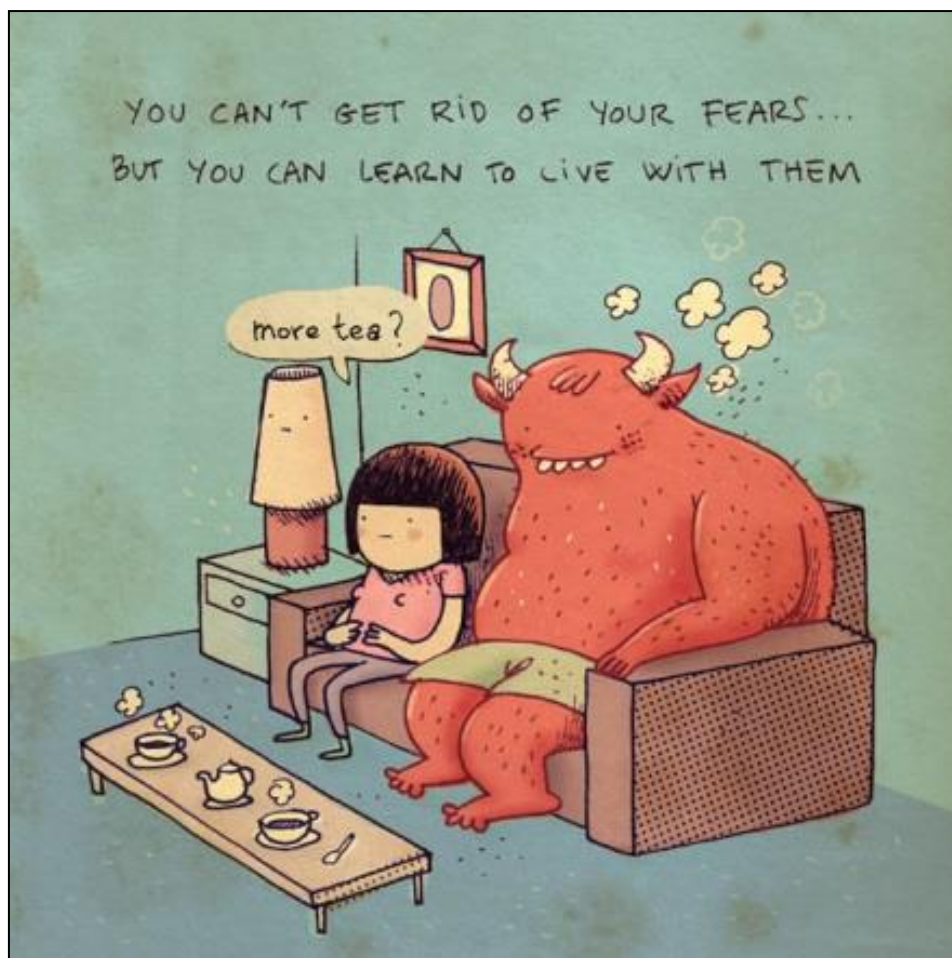
As expectativas que os entrevistados criaram em torno do metilfenidato foram, portanto, muito maiores do que os efeitos que observaram com o medicamento. De acordo com Homem de Ferro:

Eu esperava, de verdade, que fosse bem melhor! (risos). Eu pensava que, tipo... Já assistiu aquele seriado de ficção científica? Ia começar a iluminar, pá, pá, pá. Tudo ia começar a fazer sentido, porque todo mundo fala "ah, a Ritalina® melhora o desempenho da pessoa". Aí eu percebi que na verdade não é bem assim... O que melhorou é que eu consegui prestar mais atenção, consegui ter mais foco pra estudar. Agora a Ritalina® não me ensinou matéria nenhuma nunca na minha vida! Se eu

*não fosse atrás, não ia conseguir aprender do mesmo jeito.
(Homem de Ferro).*

3.2.2 “Se ele é tarja preta, ele deve ser mais forte”: os medos

Figura 17 - Os Medos



“Você não pode se livrar dos seus medos, mas pode aprender a conviver com eles. ‘Mais chá?’”

Fonte: Stuff no one told me.

O conhecimento de que todo medicamento traz benefícios e riscos em sua utilização faz com que, assim como são criadas expectativas com relação a seus efeitos, também sejam despertados medos dos possíveis danos que ele possa causar.

O metilfenidato pode causar reações adversas graves e há suspeita do risco de dependência. Por isso ele é controlado no Brasil por meio da Portaria nº344/98 (ANVISA, 1998). De acordo com essa portaria, o medicamento só pode ser

adquirido mediante apresentação de notificação de receita amarela e em sua embalagem deve constar a tarja preta com os dizeres: “Venda sob Prescrição Médica” - “Atenção: Pode Causar Dependência Física ou Psíquica” (ANVISA, 1998, 2012). As formas de identificação da prescrição e da embalagem do medicamento chamam a atenção para seus possíveis riscos e, como todo elemento simbólico, sofrem um processo de ressignificação na sociedade, conforme o trecho abaixo:

Porque eu não entendo essas questões de tarja preta, essas coisas eu não sei como é classificado, não. Mas eu entendo que, se ele é tarja preta, ele deve ser mais forte que os outros. Os efeitos dele, a substância que ele usa é mais forte pro organismo, mais danosa. O metabolismo, na eliminação dele, deve ter alguma consequência. Porque senão, não sei... Muitas vezes seria de uso liberado se não fosse tão forte. (Elsa)

Em outra entrevista, o participante relatou que sua mãe, ao encontrar a caixa do medicamento em seu guarda-roupa, passou a questioná-lo se ele havia “ficado doido”. Frente a essa reação, ele preferiu não lhe contar que a notificação de receita do metilfenidato é amarela e não azul, pois tinha medo de que sua mãe o proibisse de utilizar o medicamento.

O adjetivo “forte” foi relacionado várias vezes ao metilfenidato nas entrevistas. Aparentemente, medicamentos mais “fortes” seriam aqueles mais danosos para o organismo. O dano, neste caso, foi citado pelos participantes como “sobrecarga” do fígado ou dos rins – órgãos conhecidamente responsáveis pela metabolização e eliminação de medicamentos. Essa “sobrecarga” poderia ser interpretada como o aumento da atividade desses órgãos, que passariam a ter que metabolizar e eliminar também o medicamento alterando, assim, seu funcionamento normal e levando a outras doenças.

Segundo os participantes, o dano também poderia ocorrer no cérebro – local de ação do metilfenidato. O cérebro pode ser considerado hoje como um órgão de destaque na cultura ocidental, pois ele seria o local onde estariam alojadas as nossas motivações, a nossa identidade, a nossa mente (DOMITROVIC, 2014). O prejuízo de alguma função estaria ligado, portanto, ao risco de perda da consciência de si e do mundo, o que causaria um grande impacto no sujeito. Além disso, os

psicofármacos tem o “potencial de alterar motivações, respostas emotivas, funções cognitivas e modos de interação social, desencadeando questões éticas e filosóficas profundas” (DOMITROVIC, 2014). Os psicofármacos são inevitavelmente associados aos antipsicóticos e à loucura, o que traz à tona toda a sorte de estigmas associados a essa condição. O medo de “ficar doido” ou das alterações que o medicamento possa causar no cérebro – órgão tão valorizado e ao mesmo tempo tão desconhecido – esteve presente em várias entrevistas, sob as falas de que o metilfenidato é um medicamento “forte”, “controlado” e “que possui muitos riscos associados”.

O medicamento hoje é visto como substância química, sintetizada em laboratórios, sob um rígido controle de profissionais especializados e fiscalização do governo. Ele não se assemelha aos chás das avós e a outros medicamentos conhecidos como “naturais” usados antigamente. O fato de ser criado em laboratório por processos de síntese química, o coloca na posição de um objeto externo, não natural e, portanto, capaz de alterar reações no organismo que, segundo uma das entrevistadas, em longo prazo vai apresentar resultados negativos para o corpo e a saúde dos indivíduos.

O temor do medicamento apareceu nas entrevistas como o medo dos efeitos adversos que ele pode causar e que poderiam superar seus benefícios. Os participantes disseram ter medo de que tivessem mais reações adversas e de que elas viessem com maior intensidade do que o experimentado anteriormente. Como muitas vezes o ajuste da dose é feito empiricamente, as reações adversas mais “fortes” poderiam aparecer em decorrência de tomar uma dose de medicamento muito alta. Com relação a isso, os participantes se mostraram cautelosos no processo de ajuste de dose e sempre tomaram algumas precauções quando foram aumentar a quantidade de comprimidos ingerida. Os cuidados variaram entre fazer a tomada dos comprimidos em casa até a supervisão cautelosa de quaisquer efeitos diferentes sentidos por eles.

Ainda foi relatado o medo do metilfenidato causar dependência. A dependência física ocorre quando, após um longo período de administração de alguma droga, o organismo atinge um estado de homeostase em presença daquela substância. Por causa disso, a administração continuada torna-se necessária para a manutenção deste equilíbrio. Caso haja a interrupção abrupta da administração da droga em questão, o corpo precisa passar por um processo de reajuste de suas

funções para alcançar uma nova homeostase (GOODMAN e GILMAN, 2006). Nesta fase de readaptação, vários sintomas da síndrome de retirada podem aparecer e estes variam de acordo com a substância que era utilizada.

A dependência pode ocorrer tanto com medicamentos, como ansiolíticos, opióides e anfetaminas, quanto com drogas de abuso, como a cocaína, o crack e o ópio. Por ser um derivado anfetamínico, o metilfenidato pode causar dependência, apesar de existirem controvérsias a respeito (DUPANLOUP, 2004). O medo de desenvolver dependência, portanto, poderia vir do fato de que ela é da mesma ordem que aquela causada pelas drogas de abuso. O “dependente químico”, independente da substância em questão, é julgado moralmente a todo momento e excluído da nossa sociedade.

Além disso, a dependência pode estar relacionada à perda de autonomia do sujeito. Em seus relatos, os participantes disseram ter medo de não conseguirem estudar sem o auxílio do medicamento.

Tem remédio às vezes que coloca a pessoa dependente. Ainda mais remédio que acho que trabalha com o psicológico, né? [...] Aí às vezes você vai querer só estudar com o medicamento, você não consegue mais fazer nada se você não tiver. [...] Porque às vezes você fica mal acostumado com ele. [...] Porque já dá pra sentir a diferença de você estudar com o remédio e estudar sem. (Elsa)

Embora o reconheçam como um recurso útil ao estudo, eles não gostariam que ele fosse necessário em todos os momentos de suas vidas. A compreensão de que o TDAH é uma doença crônica, logo não tem uma cura ou um fim, provocou nos entrevistados o mesmo sentimento que outras doenças crônicas provocam nos indivíduos diagnosticados, ou seja, que é um peso conviver com essa condição (SHOEMAKER e RAMALHO DE OLIVEIRA, 2008). O tratamento medicamentoso, também crônico e incessante, passou a ocupar “um lugar central na vida destes sujeitos, sendo vivenciado como uma necessidade da qual não se pode escapar” (CALIMAN e RODRIGUES, 2014). Dependência do medicamento seria um sinal de fraqueza, de falta de domínio sobre si e de perda da liberdade de escolha entre tomá-lo ou não, pelo menos nesse primeiro momento.

Até aqui, foram relatadas as experiências anteriores ao uso do metilfenidato. As expectativas e os medos sobre um determinado medicamento são construídas por meio das representações que ele tem na sociedade e de experiências do sujeito com outros medicamentos. O início do uso marca outros efeitos e gera a comparação entre a expectativa e a realidade. O que os participantes sentiram ao utilizar o metilfenidato será descrito a seguir.

3.2.3 Os efeitos sentidos no corpo

Os medicamentos provocam alterações no corpo e no comportamento daqueles que os utilizam. Essas alterações podem ser vivenciadas como experiências positivas ou negativas.

As experiências positivas estão ligadas ao sentimento de alívio que o medicamento causa frente a uma situação debilitante (SHOEMAKER e RAMALHO DE OLIVEIRA, 2008). Correspondem à satisfação das expectativas e ao alcance dos objetivos desejados. Por outro lado, experiências negativas também podem ocorrer e elas geralmente estão ligadas ao aparecimento de reações adversas ou efeitos colaterais decorrentes do uso da medicação. O uso ou o não uso do medicamento passa, então, a ser avaliado pelo indivíduo como uma relação de risco-benefício, em que ele decidirá se vale ou não a pena suportar os efeitos negativos sentidos em seu corpo.

Dentre os efeitos positivos citados pelos participantes, o principal se resumiu a um verbo: funciona. Para eles, o medicamento era eficaz em proporcionar maior concentração na hora da execução de suas tarefas; maior disposição para estudar; maior organização de suas atividades e o sentimento de estarem menos dispersos. Sob o efeito da medicação, lhes era possível ler rapidamente e absorver o conteúdo lido. Uma das entrevistadas relatou que com o medicamento, ela conseguia ter uma visão mais ampla do que estava estudando, sendo capaz de estabelecer conexões entre as diversas matérias que compunham seu curso. Outra participante alegou que, entendendo melhor o que estava estudando, era capaz de ter mais dúvidas e de pensar para além do que lia no texto.

Todas essas mudanças no comportamento, classificadas pelos participantes como efeitos positivos do metilfenidato, correspondem à imagem do que é ser um

bom aluno em nossa sociedade. De fato, em suas falas os participantes diziam que quando tomavam o medicamento ficava “tudo bonitinho” e que davam “conta de tudo, tá tudo certinho, tudo bonitinho, [...] eu estou contente, com vontade de cantar uma bela canção”.

Agora com o tratamento tá tudo diferente, tá tudo mais focado, eu perco menos tempo com as coisas, sabe, normal, como deveria ser. (Mulher-invisível)

No contexto escolar, em que se espera que os indivíduos cumpram certas normas e atendam a certos padrões de produtividade, os comportamentos são categorizados em duas polaridades opostas: os bons e os maus (FOUCAULT, 1999). Segundo Luengo:

As normas, que vieram para diferenciar as boas das más condutas e enquadrar os comportamentos considerados adequados, tinham como parâmetro a ideia de anormal ou patológico. O normal vem se estabelecer como uma forma de aprisionar o aluno, que, por meio de uma educação padronizada, universaliza e iguala os desiguais, sem levar em consideração as singularidades de cada indivíduo. (Luengo, 2010, p.41)

À medida que o sujeito apresenta comportamentos julgados como maus e desviantes, é despertado o desejo de se tornar “igual” aos outros e ter um desempenho semelhante aos demais. O medicamento, neste contexto, entra como mais um instrumento normatizador, que visa adequar o “anormal” aos parâmetros instituídos. Porém, “para estar homogeneizado ao grupo (sentimento de pertencimento), é necessário manter a individualidade destacando-se do conjunto social” (ORTEGA *et al.*, 2010). O diagnóstico de TDAH entra, então, como o elemento diferenciador do sujeito. Com o diagnóstico, o indivíduo recebe uma classificação e qualificação de portador de um transtorno, situação que o autoriza a utilizar um medicamento para desempenhar satisfatoriamente as normas impostas pela Universidade e, assim, sentir-se pertencido a um grupo.

O metilfenidato como instrumento normatizador enquadra seus usuários em certas expectativas e dois participantes relataram sentimentos de aprisionamento e perda da identidade após o tratamento. O primeiro alegou que o metilfenidato o tornava menos falante e que ele gostava de ser extrovertido e falar muito. Ao mesmo

tempo em que esse efeito era considerado positivo – segundo ele porque assim era possível que outras pessoas participassem da conversa – também era algo que lhe gerava certo incômodo. O medicamento ideal, em sua opinião, conservaria os efeitos positivos de melhoria da concentração e do desempenho e preservaria sua personalidade falante.

Em outra entrevista, o participante declarou sentir-se bastante orgulhoso de sua criatividade. Ele disse que sempre foi criativo, mas com o início do tratamento essa característica desapareceu. Quando ele percebeu o que acontecia, pensou em suspender o medicamento para recobrar sua criatividade e só desistiu de fazê-lo porque seu psicólogo o orientou a estimulá-la e a exercê-la de outras maneiras, mantendo o tratamento farmacológico.

Em ambos os relatos os participantes se disseram satisfeitos com os efeitos do metilfenidato sobre a concentração e o desempenho nos estudos, mas se sentiram incomodados pela perda da individualidade. A busca pelo que há de melhor em si ou de sua melhor característica é também a busca pelo destaque no meio social. Numa sociedade em que existe um “ideal cultural de valorização da *performance*”, a identidade do sujeito é reconhecida por meio de suas realizações pessoais (ORTEGA *et al.* 2010). Portanto, não basta simplesmente ser como os demais ou ter um desempenho semelhante ao dos colegas. É preciso, também, se diferenciar, possuir algo único e pessoal para se destacar no grupo – mas que não seja apenas o rótulo de portador de TDAH.

Os relatos de experiências negativas com o medicamento giraram basicamente em torno das reações adversas que ocorreram durante o tratamento. A principal reação adversa relatada foi a taquicardia. Todos os entrevistados relataram ter sentido taquicardia em maior ou menor intensidade em algum momento do tratamento. Outros sintomas relatados foram enxaqueca, perda de apetite e sensação de tristeza após o uso.

De acordo com informações sobre o medicamento, todos as reações adversas citadas são esperadas (LACY *et al.*, 2012) e seu aparecimento não impediu os entrevistados de continuarem o tratamento, assim como o encontrado por Hildt, Lieb e Franke (2014). Muitos dos participantes alegaram, inclusive, que os efeitos foram sentidos apenas no início do tratamento e descontinuaram com o uso prolongado. Frente à descontinuidade dos sintomas, eles se sentiram mais seguros

para continuar o tratamento e chegaram a um balanço positivo entre os riscos e benefícios.

O uso crônico do metilfenidato permitiu aos entrevistados conhecer melhor os tipos de reações que ele pode causar em seus organismos. Essas reações, tanto as positivas quanto as negativas, foram relacionadas ao horário de uso, à dose administrada e à frequência de uso, constituindo um conhecimento empírico da própria experiência física com o medicamento. Esse tipo de conhecimento adquirido pelos usuários de medicamentos crônicos permite que eles façam ajustes em sua terapia e passem a dominá-la, independente da aceitação e mesmo do conhecimento dos profissionais prescritores. O gerenciamento da própria farmacoterapia foi um tema importante relatado nas entrevistas e será descrito a seguir.

3.2.4 O domínio sobre a terapia medicamentosa

A experiência com o uso de medicamentos é vivenciada em quatro momentos que se sobrepõem e permitem ao sujeito dar um significado ao medicamento em sua vida. Esses momentos, embora não sejam cronologicamente definidos, seguem uma certa ordem e, conforme citado anteriormente, se iniciam antes mesmo do uso propriamente dito. O primeiro momento, então, é constituído das experiências anteriores com outros medicamentos, das expectativas e dos medos em torno do diagnóstico e do tratamento. A esse encontro com o medicamento, muitas vezes se segue o questionamento da indicação de tratamento e o julgamento pessoal do que seria mais adequado para o sujeito. Com a utilização prolongada do medicamento, o indivíduo passa a reconhecer os efeitos que ele causa em seu organismo e se familiariza com ele. A experimentação do medicamento e o reconhecimento de seus benefícios e malefícios sobre o organismo permitem ao indivíduo gerenciar seu próprio tratamento e ele adquire, então, domínio sobre sua terapia medicamentosa (SHOEMAKER e RAMALHO DE OLIVEIRA, 2008). Este domínio se expressa na decisão diária sobre tomar ou não o medicamento, em qual horário e em qual quantidade, mesmo que essas decisões entrem em conflito com a prescrição médica.

Com o metilfenidato, porém, essas etapas se misturam e o paciente exerce o domínio sobre sua terapia desde seu início. Conforme afirmou um entrevistado:

Na verdade, quem chega mais na conclusão que eu to precisando tomar, sou mais eu do que a médica. (Homem de Ferro)

Segundo as diretrizes do National Institute for Health Care Excellence (NICE), o metilfenidato é o tratamento de primeira escolha para o TDAH em adultos. Deve-se iniciar a administração do medicamento em pequenas doses (5 mg três vezes ao dia) e aumentá-la gradualmente até alcançar a dose ideal para cada indivíduo. Neste período de ajuste da dose, o paciente deve ser acompanhado regularmente pelo psiquiatra (NICE, 2013). O principal responsável por estabelecer a dose ideal, no entanto, é o próprio paciente, já que é ele quem observa a diminuição dos sintomas, as mudanças no comportamento, as melhorias no seu desempenho escolar, o aparecimento e a intensidade dos efeitos adversos. O psiquiatra, por sua vez, é responsável por orientar o uso, tirar dúvidas e acompanhar o caso.

Nas entrevistas, foram revelados os mais diversos esquemas posológicos para o metilfenidato. Diferente dos tratamentos de outras condições clínicas, em que o médico é o responsável por estabelecer o regime de tomada do medicamento, cada participante estabeleceu o que melhor se aplicava ao seu caso. Um participante relatou que tomava o medicamento por um mês e o suspendia por mais um ou dois meses, quando sentia que precisava voltar a tomá-lo. Outros disseram que durante a época de aulas era comum suspender o uso aos finais de semana ou fazer uso extra nos momentos em que fosse preciso estudar mais. Vários participantes relataram não tomar o medicamento durante as férias. Em todos os casos, porém, eles relataram que os psiquiatras estavam cientes da forma e frequência de uso e que eram encorajados por eles a buscar o esquema que mais se adequasse a suas necessidades.

Dentre elas, a necessidade de estudar era o principal motivo que os levava a fazer modificações no tratamento. No período logo antes das provas o uso intensificava, com aumento do número de comprimidos administrados ao longo do dia e da frequência das administrações. O metilfenidato também passava a ser tomado à noite para que aumentasse a disposição e fosse possível estudar por um

período de tempo maior. Os participantes não relataram tomar o medicamento para fazerem provas e poucos o administravam no dia em que as fariam. Segundo eles, pouco ou nada adiantaria tomar o metilfenidato no dia das provas se a matéria não houvesse sido estudada com antecedência. Para os participantes era muito importante ter confiança de que todo o conteúdo havia sido bem estudado anteriormente. A sensação de segurança que isso lhes trazia permitia que fizessem as provas e se concentrassem nas questões mesmo sem o uso do medicamento.

Já a redução do número de comprimidos ou da frequência da administração eram motivadas pela pouca disponibilidade de comprimidos e pelo medo dos efeitos adversos. O primeiro caso foi muito citado pelas participantes que faziam uso do metilfenidato para neuroaprimoramento. Como o medicamento é controlado pela Portaria nº344/98, sua aquisição é dificultada e essas participantes nem sempre conseguiam a quantidade de comprimidos necessária para o mês. Portanto, elas modificavam seus padrões de uso de acordo com a necessidade ou não de estudar e da quantidade de comprimidos que dispunham. Mesmo os participantes que possuíam o diagnóstico de TDAH faziam ajustes neste sentido, pois muitas vezes aumentavam a dose em dias que precisavam estudar mais e deixavam de tomar o comprimido em dias que sabiam que não estudariam.

O medo das reações adversas que podem surgir com o uso do medicamento já foi explorado anteriormente e aqui ele reaparece como um motivador para a redução da frequência ou do número de comprimidos administrados ao longo do dia. Por medo das consequências do uso prolongado, os participantes relataram suspender o medicamento sempre que possível e consideravam bastante saudável a pausa que se permitiam durante os finais de semana ou férias.

Com relação à cronicidade do tratamento e a possibilidade de exercer domínio sobre sua terapia, Batman trouxe um relato muito interessante:

O que eu não gosto, o que me chateia é pensar que pra sempre eu vou ter que usar isso. Mas também é muito bom saber que eu não preciso usar isso como um diabético que, se esquecer, o sujeito tá morto dependendo do diabetes. [...]. O chato é que eu não gosto mesmo de pensar que eu preciso daquilo pro resto da minha vida. Mas eu não preciso em todos os instantes da minha vida. (Batman)

Na experiência com o uso de medicamentos é comum o relato de como o medicamento crônico torna-se um peso na vida do paciente (SHOEMAKER e RAMALHO DE OLIVEIRA, 2008) e que exercer o controle sobre sua saúde e seu tratamento é uma forma do indivíduo tentar recuperar sua autonomia e individualidade. Em sua entrevista, Batman falou como era ruim ter que tomar o medicamento e depender dele para realizar tarefas que exigiam maior atenção e concentração. Por outro lado, ele compreendia que a atenção dispersa poderia ser útil em outros momentos, por exemplo, quando ele tiver que liderar e supervisionar várias pessoas em seu trabalho. Saber que poderia fazer uso do metilfenidato apenas quando lhe fosse necessário foi um sentimento libertador para ele. Neste caso, o controle da medicação acompanhado da psicoterapia permitiram a Batman se conhecer melhor e saber aproveitar suas potencialidades com e sem o uso do medicamento.

Também é interessante notar que no caso do TDAH, a conduta médica é diferente da tradicionalmente adotada com relação ao domínio sobre a terapia medicamentosa. As decisões que os pacientes tomam diariamente não são, aqui, julgadas como desvios da norma e falta de adesão ao tratamento, mas como parte do tratamento. É uma conduta que, de tão diversa, pode causar dúvidas nos pacientes. Alice, por exemplo, tinha muitas dúvidas sobre o tratamento, pois acreditava que as informações fornecidas eram muito “vagas”. Segundo ela, a orientação dada foi que o metilfenidato fosse tomado meia hora antes de estudar. Mas, como ela estudava todos os dias, ela não sabia se poderia tomá-lo diariamente e se poderia administrar mais de uma dose por dia. Ao questionar seu psiquiatra, a resposta dada foi que cada pessoa reagia de uma maneira ao medicamento. Ela, porém, não se sentia segura em encontrar a maneira que melhor se adequasse a ela e ainda se sentiu desamparada frente à explicação dada por quem ela achava que deveria lhe aconselhar.

O acompanhamento multiprofissional parece ser uma boa solução para este problema. Conforme Batman relatou em sua experiência, o acompanhamento psicológico lhe permitiu enxergar outras possibilidades além do medicamento e este passou a ser utilizado apenas como um instrumento, não como a solução para suas dificuldades. Além de psicólogos, outros profissionais podem contribuir para ampliar a percepção do problema do déficit de atenção e aumentar o autoconhecimento

desses sujeitos, o que lhes permitiria construir tratamentos singulares e mais próximos a suas vidas. Dominar a terapia farmacológica e fazer seu gerenciamento é apenas um aspecto da construção da autonomia, que também deve passar pelo reconhecimento de seu lugar no mundo e nas relações sociais, além do conhecimento de si mesmo, de suas habilidades e limitações.

3.3 As Diferentes Percepções sobre o TDAH e o Neuroaprimoramento

O recebimento do diagnóstico de TDAH e a transformação em um usuário de medicamentos causaram sentimentos ambíguos e muitas vezes contraditórios nos participantes. Esses sentimentos mudaram a forma como eles se percebiam no mundo e como eles acreditavam que os outros os viam. As relações entre cada participante com as outras pessoas ao seu redor eram complexas, repletas de significados e difíceis de serem analisadas separadamente. A própria relação com o diagnóstico e com o medicamento perpassavam essas relações e adquiriam importância na vida dessas pessoas.

A visão que os participantes tinham de si mesmos antes do uso do medicamento, era de pessoas incapazes, “burras”, que não conseguiam acompanhar os colegas e atingir os objetivos esperados. Eles não só se percebiam assim como achavam que todas as pessoas próximas pensavam que eles eram assim. A introdução do medicamento em suas vidas fez com que eles se sentissem melhores com relação a si mesmos, pois, com ele, estavam conseguindo realizar as tarefas que haviam se proposto. Porém, o medicamento é visto como algo “proibido”, que não deve ser divulgado para outras pessoas.

Ah, poucas pessoas, as pessoas mais chegadas mesmo (sabem que tomo o medicamento). Às vezes nem as mais chegadas, porque, por exemplo, minha família é muito grande. Muito primo, muito tio, muita tia... Agora a família lá em casa são cinco pessoas. Eles todos sabem. Mas a minha família inteira não sabe. A família do meu pai ninguém sabe [...] se eles souberem que eu faço uso, é porque eu já contei e expliquei o que é o déficit de atenção, porque eu sempre

penso: “eles vão pensar mal de mim, eu vou ter que contar”. Aí eu sempre explico. (Mulher-invisível)

Nos relatos, todos os participantes disseram que poucas pessoas sabiam que eles faziam uso do metilfenidato. Para os colegas de sala e, em alguns casos até mesmo para a família, o ato de contar sobre o uso do medicamento assemelhava-se a um ritual. Antes de falar sobre o metilfenidato, eles precisavam explicar o que era o TDAH, quais seus sintomas e por que precisavam utilizar um medicamento. Era como se tentassem justificar o transtorno e o medicamento para os outros. Segundo alguns participantes alegaram, essa necessidade de fornecer muitas informações a respeito do uso do medicamento existia por causa dos preconceitos em torno da questão. A percepção que eles tinham era a de que eles seriam julgados por fazer uso do metilfenidato “**só** para estudar”, como se a atividade apresentasse o mesmo nível de dificuldade para diferentes pessoas.

Agora, tem gente que tem preconceito, né? [...] A pessoa meio que te acha incapaz por precisar de tomar remédio pra poder estudar. (Alice)

Os entrevistados relataram temer sofrer preconceito das pessoas que descobriam que eles faziam uso do metilfenidato. Apesar de dizerem nunca terem sido discriminados por usar medicamento ou por terem TDAH, o temor da exclusão existia e eles o vivenciavam como algo real. Contra isso, colocaram como solução a informação e, portanto, era por isso que explicavam tanto os motivos que os levavam a utilizar o metilfenidato.

Em sua dissertação, Domitrovic (2014) encontrou resultados semelhantes acerca das controvérsias em torno do consumo do metilfenidato por adultos. Segundo ela “tal multiplicidade de sentidos não se deve ao fato de termos entrevistado várias pessoas: a polifonia se fazia presente na fala do mesmo sujeito” (DOMITROVIC, 2014). Também foi comum o fato dos entrevistados apresentarem muitas dúvidas em torno do tratamento e dos sentimentos que ele despertava. A autora pontua que, não só era importante o fornecimento de mais informações acerca do diagnóstico e do medicamento, como também a criação de espaços para

o diálogo e compartilhamento de experiências, nos quais esses indivíduos pudessem se expressar livremente sobre seus questionamentos e angústias.

Por outro lado, estas mesmas pessoas que temiam sofrer preconceito, tinham opiniões contraditórias a respeito das pessoas que faziam uso do metilfenidato para neuroaprimoramento. Alguns entrevistados diziam não julgar quem fazia esse tipo de uso e justificavam-se com o argumento de que “cada um é livre para utilizar o que quiser”. Outros consideravam essas pessoas como “loucas” e “inconsequentes”. Porém, ambos os grupos consideravam que “isso não devia existir” e recriminavam a prática.

Ah, eu não julgo, não. Se é o que a pessoa acha que precisa... Então... Eu acho que não deveria existir. É um medicamento tarja preta, afinal de contas. Mas se a pessoa quer tomar, não ligo, não importo nada... Só não sou a favor, nem comento com ninguém. Um monte de gente me pede (o medicamento) [...] Não arrumo. (Homem de Ferro).

Mesmo uma das entrevistadas que dizia fazer uso para o neuroaprimoramento não concordava com a prática. Algumas justificativas dadas para essa não aceitação eram com relação aos riscos que os indivíduos corriam ao utilizar um medicamento sem supervisão de profissionais e aos possíveis efeitos adversos ou interações medicamentosas que poderiam surgir com o uso.

Os problemas éticos relacionados ao uso do metilfenidato, como a aquisição de um medicamento controlado sem prescrição médica ou o possível favorecimento de um indivíduo frente a outro em provas ou concursos, foram pouco citados nas entrevistas. Apenas dois participantes relacionaram o uso para neuroaprimoramento com essas questões. A primeira participante relatou que o problema ético consistia no fato da pessoa falsificar receitas ou adquirir o medicamento com algum amigo, o que a exporia a riscos para a saúde. Ela ainda citou o “problema da automedicação” e se mostrou mais preocupada com os riscos da administração de um medicamento sem supervisão de um profissional do que com a responsabilidade legal de adquirir um medicamento controlado sem a devida prescrição profissional ou por meio de fraude.

Já o segundo entrevistado se posicionou de maneira mais clara frente à questão da ilegalidade do uso não médico. Ele tinha consciência de que o fornecimento do seu medicamento para outras pessoas é considerado tráfico de drogas e citou a pressão social para se sair bem como o principal motivo que leva as pessoas a uma “atitude desesperada” de pedir metilfenidato para amigos e colegas. Em sua entrevista, ele ainda citou como problemas éticos a possibilidade do *doping* em concursos e criticou a crença de que o medicamento é a solução para todos os problemas.

Esses achados assemelham-se ao que Barros e Ortega (2011) encontraram em sua pesquisa com estudantes universitários que não faziam uso de metilfenidato. Neste estudo, os participantes também se posicionaram contra o uso para o neuroaprimoramento e sua principal justificativa era as dúvidas que ainda pairavam sobre a segurança do medicamento para esse fim. A pressão social para ter um desempenho cada vez melhor e a competição com os outros e consigo mesmo foram citadas como as principais motivações para o uso, de forma semelhante ao que foi encontrado entre os estudantes usuários do medicamento (BARROS e ORTEGA, 2011).

A partir dos dados analisados, é possível perceber que a questão do uso do metilfenidato é complexa e precisa de diversas abordagens para ser melhor compreendida. Com este trabalho, tentei contribuir com a abordagem do ponto de vista da experiência com medicamentos e compreendo que o tema ainda está longe da exaustão. Principalmente no que concerne ao uso para neuroaprimoramento, muitas pesquisas ainda precisam ser feitas para que esta prática seja melhor compreendida e analisada sob outros aspectos que não o da moralidade.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho, foram pesquisadas e analisadas as experiências com o uso médico e não médico do metilfenidato por estudantes universitários. Tais experiências se assemelharam bastante, o que permitiu a análise dos dados em

conjunto. É interessante notar que, mesmo para finalidades diferentes – tratamento de um transtorno e aprimoramento do desempenho nos estudos – as experiências pregressas, as expectativas, os medos e as sensações contraditórias e ambíguas proporcionados pelo uso do medicamento foram bem parecidos entre os dois grupos. Isso permite concluir que a experiência com o uso crônico de medicamentos, independente de quais sejam, possui características comuns, conforme encontrado por Shoemaker e Ramalho de Oliveira (2008).

A situação anterior ao uso do metilfenidato apontou como momento marcante na vida dos entrevistados a entrada na Faculdade. Foi no início da formação superior que todos os participantes sentiram a necessidade de procurar por ajuda profissional ou medicamentosa para conseguir lidar com as pressões e competições do meio. A medicalização do ensino superior, ou seja, o ato de recorrer a um medicamento para melhorar o desempenho nos estudos, leva à questão: por que a cada ano aumenta o consumo de metilfenidato entre a população estudantil? Seria uma das causas o inevitável aumento dos números dos casos diagnósticos, já que o TDAH tem sido cada vez mais reconhecido pelos profissionais de saúde e da educação? Ou seria por causa de uma falência do sistema de ensino atual? Acredito que buscar apenas uma causa para explicar um fenômeno tão complexo seja utopia, mas prefiro acreditar que a mudança no sistema de ensino seja mais relevante para o caso do que o aumento no número de casos diagnosticados.

Vivemos numa sociedade altamente tecnológica, em que as informações circulam de forma rápida e ao alcance das mãos. As gerações de crianças e jovens em idade estudantil cresceram nesse meio e estão acostumadas ao estímulo constante. Nas nossas escolas e faculdades, o método utilizado ainda permanece o mesmo do século XVIII, ou seja, com um atraso de 300 anos em relação à época em que vivemos hoje. Ainda é desejada uma postura passiva do estudante, com formações acadêmicas e conformações de salas de aula que não permitem o debate, a discussão de ideias e a formação crítica dos sujeitos. Poucos são os professores que se propõem a metodologias de ensino diferentes e estes acabam sendo mal sucedidos em muitas de suas tentativas por receberem alunos que não conseguem compreender a mudança de paradigma implantada, de tão acostumados a sempre receber o conteúdo de forma passiva e sem reflexão. Acredito que o papel dos novos profissionais do ensino seja causar uma verdadeira revolução nas escolas e faculdades, buscando uma educação que seja libertadora e mais tolerante

com o diferente: com os diferentes ritmos de aprendizado, com as diferentes habilidades e inteligências pessoais, com as diferentes ideias e opiniões.

Entre os profissionais de saúde, nas entrevistas foi possível perceber que suas atuações precisam ser mais próximas e presentes nas vidas das pessoas que utilizam o metilfenidato. Há uma diferença grande entre os relatos dos participantes acompanhados apenas pelo psiquiatra daqueles acompanhados também por psicólogos. A abordagem multiprofissional permite que a questão seja analisada em diferentes aspectos e as dúvidas e angústias sejam trabalhadas de uma melhor forma. Acredito que outras classes profissionais também precisem se apropriar do tema e contribuir com sua especialidade no cuidado a estes pacientes.

Com relação ao tratamento farmacológico especificamente, percebe-se que os usuários do medicamento ainda possuem muitas dúvidas com relação a seus efeitos, ao esquema posológico e às reações adversas e interações medicamentosas que podem ocorrer. Neste sentido, essas pessoas poderiam se beneficiar com um acompanhamento próximo de farmacêuticos clínicos ou gerentes da terapia medicamentosa. Estes profissionais trabalham com o cuidado ao paciente e se co-responsabilizam com a gestão de sua terapia medicamentosa. Como foi encontrado, esses pacientes possuem bastante autonomia na condução do seu tratamento, mas este nem sempre é acompanhado regularmente pelo profissional prescritor. O gerente da terapia medicamentosa assumiria o papel de orientar o uso e de buscar, junto ao paciente, a maneira de conseguir melhores resultados com o medicamento de forma que este apresentasse menores riscos a ele (RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011).

Por fim, acredito que este ainda é um tema muito polêmico e pouco estudado. As pesquisas atuais, com relação principalmente ao neuroaprimoramento, ainda são poucas e muitas dúvidas permeiam essas questões. Ampliar o debate de forma receptiva e com o mínimo de pré-julgamentos morais é papel dos pesquisadores. Por meio desta pesquisa, percebi que, apesar de haver um consenso entre os estudantes de que o neuroaprimoramento vem sendo muito praticado por colegas, ainda existe certa resistência para se falar sobre o assunto e a consequência disso foi um número de participantes menor que o esperado na pesquisa. Estes, porém, demonstraram que queriam falar sobre o problema do TDAH e do neuroaprimoramento e esperavam que essa pesquisa pudesse levar suas experiências a outros estudantes que passam pelas mesmas situações e

dificuldades. A expectativa era a de que seus relatos pudessem ajudar essas pessoas de alguma forma.

Esta é, então, uma pequena contribuição ao tema e espero que ela realmente permita a esses estudantes, mas também aos profissionais e pesquisadores, compreender um pouco mais a respeito da experiência com o uso de metilfenidato. Finalizo, então, com mais uma citação de Paulo Freire:

“Se nada ficar dessas páginas, algo, pelo menos, esperamos que permaneça: nossa confiança no povo, nossa fé nos homens e na criação de um mundo em que seja menos difícil amar.” (Freire, 2005)

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998**. Brasília, DF: [s.n], 1998. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/talidomida/legis/Portaria_344_98.pdf>. Acesso em 15 mar. 2015.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Prescrição e Consumo de Metilfenidato no Brasil: Identificando Riscos para o Monitoramento e Controle Sanitário. **Boletim de Farmacoepidemiologia do SNGPC**, Brasília, ano 2, n. 2, jul./dez. 2012.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Metilfenidato no Tratamento de Crianças com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. **Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde**, Brasília, ano VIII, n. 23, mar. 2014.

APA. American Psychiatric Association. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. 4. ed. Washington, DC, 1994. 886 p.

APA. American Psychiatric Association. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. 5. ed. Washington, DC, 2013. 947 p.

BARBOSA, Heloiza H. Uma Nova Estética Escolar: juntando os aspectos cognitivos e pedagógicos. **Educ. Real.**, Porto Alegre, v.37, n.3, p. 761-778, set./dez. 2012.

BARROS, Denise; ORTEGA, Francisco. Metilfenidato e aprimoramento cognitivo farmacológico: representações sociais de universitários. **Saúde soc.**, v.20, n.2, p. 350-362, jun. 2011.

BRANT, Luiz Carlos; CARVALHO, Tales Renato Ferreira. Methylphenidate: medication as a “gadget” of contemporary life. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v16, n.42, p.623-36, jul./set. 2012.

CALIMAN, Luciana Vieira; RODRIGUES, Pedro Henrique Pirovani. A Experiência do Uso de Metilfenidato em Adultos Diagnosticados com TDAH. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.19, n.1, p. 125-134, jan./mar. 2014.

CESAR, Eduardo Luiz Da Rocha *et al.* Uso prescrito de cloridrato de metilfenidato e correlatos entre estudantes universitários brasileiros. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v.39, n.6, 2012.

CONRAD, Peter; POTTER, Debora. From Hyperactive Children to ADHD Adults: Observations on the Expansion of Medical Categories. **Social Problems**, vol.47, n.4, p. 559-582, nov. 2000.

CONRAD, Peter; POTTER, Deborah. Human growth hormone and the temptations of biomedical enhancement. **Sociology of Health & Illness**, v.26, n.2, p. 184–215, 2004.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 09 maio 2014.

DALY, Kerry J. **Qualitative Methods for Family Studies and Human Development**. Califórnia: SAGE Publications, 2007. 312 p.

DOMITROVIC, Nathalia. **As Práticas Farmacológicas com o Metilfenidato: habitando fronteiras entre o acesso e o excesso**. 2014. 109 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Institucional) – Centro de Ciências Humanas e Naturais, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2014.

DUPANLOUP, Anne. **L'hyperactivité Infantile: analyse sociologique d'une controverse socio-medicale**. Orientador: Franz Schultheis. 2004. 371 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Faculté des Sciences Économiques et Sociales, Université de Neuchâtel, Neuchâtel, 2004.

EICKENHORST, P. *et al.* Neuroenhancement Among German University Students: Motives, Expectations, and Relationship with Psychoactive Lifestyle Drugs. **Journal of Psychoactive Drugs**, v.44, n.5, p. 418–427, 2012.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir – Nascimento da Prisão**. 20. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1999. 143p.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. 45. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005. 213 p.

GADOTTI, Moacir *et al.* **Paulo Freire: Uma Biografia**. São Paulo: Cortez Editora, 1996. 765 p.

GOODMAN, Louis Sanford; GILMAN, Alfred. **As bases farmacológicas da terapêutica**. 10. ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2006. 1647 p.

GREELY, Henry *et al.* Towards responsible use of cognitive-enhancing drugs by the healthy. **Nature**, v.456, dez. 2008.

HILDT, Elisabeth; LIEB, Klaus; FRANKE, Andreas Günter. Life context of pharmacological academic performance enhancement among university students – a qualitative approach. **BMC Medical Ethics**, p. 15-23, 2014.

JOUBERT, Ina. Children as photographers: life experiences and the right to be listened to. **South African Journal of Education**, v.32, n.4, nov. 2012.

LACY, F. Charles *et al.* **Lexi-Comp's Drug Information Handbook: A Comprehensive Resource for All Clinicians and Healthcare Professionals**. 20. ed. Hudson, Ohio: [Washington, D.C.]: Lexi-Comp; American Pharmacists Association, c2010. 2263 p.

LUENGO, Fabíola Colombani. **A Vigilância Punitiva: a postura dos educadores no processo de patologização e medicalização da infância**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2010. 141 p.

MAIER, Larissa J. *et al.* To Dope or Not to Dope: Neuroenhancement with Prescription Drugs and Drugs of Abuse among Swiss University Students. **PLoS ONE**, v.8, n.11, e77967, nov. 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: HUCITEC, 2010. 407 p.

NICE. National Institute for Health and Clinical and Excellence. **Attention Deficit Hyperactivity Disorder**. Londres: National Institute for Health and Clinical and Excellence, 2013. 56 p.

ONU. International Narcotics Control Board. **Report of the International Narcotics Control Board for 2014**. 2014. Disponível em: <https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2014/English/AR_2014.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2015.

ORTEGA, Francisco et al. Ritalin in Brazil: production, discourse and practices. **Interface Comunic., Saude, Educ.**, v.14, n.34, p.499-510, jul./set. 2010.

RAMALHO DE OLIVEIRA, Djenane; VARELA, Niurka Dupotey. La investigación cualitativa en Farmacia. Aplicación en la Atención Farmacéutica. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v.44, p.763-772, 2008.

RAMALHO DE OLIVEIRA, Djenane. **Atenção farmacêutica: da filosofia ao gerenciamento da terapia medicamentosa**. São Paulo: RCN Editora. 2011. 327p.

SHOEMAKER, Sarah J.; RAMALHO DE OLIVEIRA, Djenane. Understanding the meaning of medications for patients: The medication experience. **Pharm World Sci**, v.30, p. 86-91, jul. 2008.

SHOEMAKER, Sarah J. *et al.* The medication experience: Preliminary evidence of its value for patient education and counseling on chronic medications. **Patient Educ Couns** (2011), doi:10.1016/j.pec.2011.02.007.

WANG, Caroline; BURRIS, Mary Ann. Photovoice: Concept, Methodology, and Use for Participatory Needs Assessment. **Health Educ Behav**, v.24, n.3, p. 369-387, 1997.

WANG, Caroline. Photovoice: A Participatory Action Research Strategy Applied to Women's Health. **Journal of Women's Health**, v.8, n.2, 1999.

WESCHENFELDER, Gelson Vanderlei; COLLING, Ana. Histórias em Quadrinho de Super-heroínas: do Movimento Feminista às Questões de Gênero. **R. Inter. Interdisc. INTERthesis**, Florianópolis, v.8, n.1, p. 200-218, jan/jul. 2011.

6 APÊNDICES

6.1 Apêndice A – Modelo de Cartaz de Divulgação

Você faz ou já fez uso de metilfenidato (Ritalina®, Concerta®) para melhorar a concentração e o rendimento nos estudos?

Nós queremos conhecer sua história!

Venha nos contar sua experiência e contribua para a pesquisa

“Eu tomo medicamentos para estudar’: Compreendendo a experiência com medicamentos entre estudantes universitários”.

Para maiores informações sobre a pesquisa e caso tenha interesse em participar, entre em contato com a estudante de mestrado Júlia P. P. Palhares:

Email: pesquisaufmg2014@gmail.com

Celular: (31) XXXX-9636

6.2 Apêndice B – Modelo de Email de Divulgação

Prezado estudante,

Se você utiliza ou já utilizou medicamentos para melhorar o desempenho nos estudos, lhe convidamos a participar da pesquisa ““Eu tomo medicamentos para estudar”: Compreendendo a experiência com medicamentos entre estudantes universitários”.

O objetivo da pesquisa é compreender a experiência de quem faz uso de medicamentos para melhorar o desempenho nos estudos partindo da análise de fotografias. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o número do CAAE 28246414.7.0000.5149 e será conduzida na Faculdade de Farmácia da UFMG. Estão convidados os estudantes de graduação e pós-graduação.

Caso tenha interesse em participar ou queira maiores informações, entre em contato com a estudante de mestrado Júlia P. P. Palhares pelo email **pesquisaufmg2014@gmail.com** ou pelo celular **(31) XXXX-9636**.

Desde já, agradecemos sua colaboração.

6.3 Apêndice C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convido o (a) sr. (a) a ser voluntário (a) da pesquisa “‘Eu tomo medicamentos para estudar’: Compreendendo a experiência com medicamentos entre estudantes universitários”. Neste estudo, queremos entender a experiência de quem faz uso de medicamentos para melhorar o desempenho nos estudos.

O motivo que nos leva a estudar este assunto é a ausência de estudos científicos com as pessoas que realizam essa prática e o desconhecimento de suas experiências com esses medicamentos. Adotaremos, então, um método conhecido como fotovoz, que consiste em tirar fotografias sobre um tema definido e, posteriormente, fazer uma entrevista individual e/ou em grupo para apresentação das imagens e discussão do tema.

Ao participar da pesquisa, o (a) senhor (a) não receberá nenhum benefício direto. Entretanto, sua participação permitirá que o (a) senhor (a) se posicione frente a essa questão e expresse suas opiniões e experiências sobre o assunto. Espera-se que esta pesquisa contribua para aumentar o conhecimento sobre a prática, reduzindo estigmas e possibilitando a educadores e profissionais de saúde novas formas de abordagem e interação com este público.

A pesquisa também não causará nenhum risco direto. Entretanto, caso o (a) senhor (a) se sinta desconfortável, incomodado (a) ou simplesmente não queira falar a respeito, poderá recusar-se a responder. O (A) senhor (a) é livre para deixar a entrevista a qualquer momento e retomá-la ou não em outro momento.

Será garantido o sigilo a todas as informações prestadas pelo (a) senhor (a). Quaisquer formas de identificação serão eliminadas por meio de atribuição de codinomes e códigos nas entrevistas. Terão acesso ao material fotográfico, gravado e transcrito apenas a pesquisadora e os orientadores. Partes de seus relatos e as fotografias poderão ser publicadas em artigos, no volume da dissertação ou outras formas de divulgação da pesquisa, mas sua identidade será preservada e o sigilo mantido para evitar seu reconhecimento por terceiros.

Para participar deste estudo o (a) sr. (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. O (A) sr. (a) será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se

a participar, sem que isso acarrete qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador. Sua participação é voluntária e seu consentimento pode ser retirado ou a participação interrompida a qualquer momento.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando esta for finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação, incluindo o material fotográfico, não será liberado sem a sua permissão.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, na Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais e a outra será fornecida a (o) sr. (a).

Caso haja danos decorrentes dos riscos previstos, o pesquisador assumirá a responsabilidade pelos mesmos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos do estudo “‘Eu tomo medicamentos para estudar’: Compreendendo a experiência com medicamentos entre estudantes universitários”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Belo Horizonte, _____ de _____ de 2014.

Nome do participante: _____

Assinatura do participante: _____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste voluntário para a participação neste estudo.

Nome do responsável pela obtenção do TCLE:

Assinatura: _____

CONTATO DOS PESQUISADORES:

Nome: Júlia de Paula Penna Palhares

Endereço: Av. Francisco Deslandes, 699. Belo Horizonte, MG.

Telefone: (31) XXXX-4161

Email: juliaXXXXXX@gmail.com

Nome: Djenane Ramalho de Oliveira

Endereço: Av. Antônio Carlos, 6627. Campus Pampulha, Faculdade de Farmácia, sala 1054B2. Belo Horizonte, MG.

Telefone: (31) 3409-XXXX

Email: djenane@farmacia.ufmg.br

CONTATO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA:

Endereço: Av. Antônio Carlos, 6627. Campus Pampulha, Unidade Administrativa II, sala 2005. Belo Horizonte, MG.

Telefone: (31) 3409-4592

Email: coep@prpq.ufmg.br

6.4 Apêndice D – Questionário para entrevistas

Questionário para orientação das entrevistas

- O que você vê nesta fotografia?

Quais os objetos encontrados nela? Onde ela foi tirada? Quando ela foi tirada?

- O que está acontecendo realmente?

Quais as suas intenções ao escolher esses elementos para compor a fotografia?

Quais os significados de cada objeto na fotografia?

- Como isso se relaciona com nossas vidas?

Como o uso de medicamentos para melhorar o desempenho cognitivo afeta o seu dia-a-dia?

Quais são suas expectativas/seus sentimentos quando recorre ao uso de medicamentos para neuroaprimoramento?

Como se deu seu primeiro contato com o neuroaprimoramento? Como soube quais medicamentos eram utilizados? Como os adquiriu?

- Por que essa situação, preocupação ou resistência existe?

Quais os pontos positivos e negativos de usar um medicamento para neuroaprimoramento para você? Quais as sensações positivas? Quais as negativas?

Por que é preciso melhorar o desempenho cognitivo?

Quais as consequências individuais? E as coletivas?

Existe uma preocupação ética com relação a esta prática?

- O que podemos fazer a respeito disso?

Como podemos divulgar os achados dessa pesquisa para que eles alcancem mais pessoas?

Como o relato de suas experiências pode ajudar outras pessoas?

Como entender melhor suas próprias experiências pode ajudá-los?

7 ANEXO

7.1 Anexo – Critérios diagnósticos para Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade – DSM V

Critérios Diagnósticos para Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade
A. Um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere nas atividades ou desenvolvimento, caracterizado por (1) e/ou (2): (1) Desatenção: seis (ou mais) dos seguintes sintomas de desatenção persistiram por pelo menos seis meses, em grau inconsistente com o nível de desenvolvimento e impactam negativamente e diretamente as atividades sociais e acadêmicas/ocupacionais: Nota: Os sintomas não são unicamente a manifestação de comportamentopositor, desafiador, hostil, ou falha na compreensão de tarefas ou instruções. Para adolescentes e adultos (17 anos ou mais), pelo menos cinco sintomas são necessários. (a) frequentemente deixa de prestar atenção a detalhes ou comete erros por descuido em atividades escolares, de trabalho ou outras (ex. omite ou deixa passar detalhes, o trabalho é incorreto); (b) com frequência tem dificuldades para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas (ex. tem dificuldades em se manter concentrado em palestras, conversas, ou leituras longas); (c) com frequência parece não escutar quando lhe dirigem a palavra (ex. a mente parece estar em outro lugar, mesmo na ausência de alguma distração óbvia); (d) com frequência não segue instruções e não termina seus deveres escolares, tarefas domésticas ou deveres profissionais (ex. começa a tarefa, mas rapidamente perde o foco e se distrai facilmente); (e) com frequência tem dificuldade para organizar tarefas e atividades (ex. dificuldade em executar tarefas sequenciais; dificuldade em manter materiais e pertences em ordem; trabalho bagunçado, mal organizado; tem pouco manejo do tempo; falha em cumprir prazos);

- (f) com frequência evita, antipatiza ou reluta a envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante (como tarefas escolares ou deveres de casa; para adolescentes e adultos, preparar relatórios, completar formulários, revisar trabalhos longos);
- (g) com frequência perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (ex. materiais escolares, lápis, livros, ferramentas, carteira, chaves, papéis, óculos, telefones celulares);
- (h) é facilmente distraído por estímulos alheios à tarefa (para adolescentes e adultos, pode incluir pensamentos deconexos);
- (i) com frequência apresenta esquecimento em atividades diárias (ex. realizar tarefas, dar recados; para adolescentes e adultos, retornar ligações, pagar contas, manter compromissos).

(2) Hiperatividade e Impulsividade: seis (ou mais) dos seguintes sintomas persistiram por pelo menos 6 meses, em grau inconsistente com o nível de desenvolvimento e impactam negativamente e diretamente as atividades sociais e acadêmicas/ocupacionais:

Nota: Os sintomas não são unicamente a manifestação de comportamentopositor, desafiador, hostil, ou falha na compreensão de tarefas ou instruções. Para adolescentes e adultos (17 anos ou mais), pelo menos cinco sintomas são necessários.

- (a) frequentemente agita as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira;
- (b) frequentemente abandona seu assento em situações nas quais se espera que permaneça sentado (ex. sai do seu lugar em sala de aula, no escritório ou outro ambiente de trabalho, ou em outras situações que exijam que permaneça sentado);
- (c) frequentemente corre ou escala em situações nas quais isto é inapropriado (**nota:** em adolescentes e adultos, pode estar limitado à sensação de inquietação);
- (d) com frequência tem dificuldade para brincar ou se envolver silenciosamente em atividades de lazer;
- (e) está frequentemente “a mil” ou muitas vezes age como se estivesse “a todo vapor” (ex. é incapaz ou se sente desconfortável em permanecer parado por um período longo de tempo, como em restaurantes, reuniões; pode ser sentido por algumas pessoas como inquietação ou dificuldade de acompanhar os outros);

- (f) frequentemente fala em demasia.
- (g) frequentemente dá respostas precipitadas antes de as perguntas terem sido completadas (ex. completa as frases das pessoas, não consegue esperar sua hora de falar);
- (h) com frequência tem dificuldade para aguardar sua vez (por ex. ao aguardar em fila);
- (i) frequentemente interrompe ou se mete em assuntos de outros (por ex., intromete-se em conversas, brincadeiras ou atividades; pode usar coisas de outras pessoas sem autorização; para adolescentes e adultos, pode se intrometer ou assumir o controle do que os outros estão fazendo).

B. Alguns sintomas de desatenção ou hiperatividade-impulsividade estavam presentes antes dos 12 anos de idade.

C. Alguns sintomas estão presentes em dois ou mais contextos (por ex., em casa, na escola ou trabalho; com amigos ou parentes; em outras atividades).

D. Há claras evidências que os sintomas interferem ou reduzem a qualidade do funcionamento social, acadêmico ou ocupacional.

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