



## OFICINA DO CES

**ces**

Centro de Estudos Sociais  
Laboratório Associado  
Universidade de Coimbra

**LUCIANA VIEIRA CALIMAN,  
NATHALIA DOMITROVIC**

**“GERAÇÃO RITALINA” E A OTIMIZAÇÃO DA ATENÇÃO:  
NOTAS PRELIMINARES**

**Dezembro de 2017  
Oficina n.º 439**

**Luciana Vieira Caliman, Nathalia Domitrovic**

**“Geração Ritalina” e a otimização da atenção: notas preliminares**

**Oficina do CES n.º 439  
Dezembro de 2017**

**OFICINA DO CES**

**ISSN 2182-7966**

Publicação seriada do

**Centro de Estudos Sociais**

Praça D. Dinis

Colégio de S. Jerónimo, Coimbra

**Correspondência:**

Apartado 3087

3000-995 COIMBRA, Portugal

**Coordenação:**

Fernando Fontes

**Luciana Vieira Caliman\***

**Nathalia Domitrovic\*\***

## “Geração Ritalina” e a otimização da atenção: notas preliminares

**Resumo:** Este artigo toma como superfície de análise pesquisas realizadas desde 2013 no Brasil e, recentemente, em Portugal, no que tange ao consumo do metilfenidato, psicoestimulante prescrito para o tratamento do Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade, TDAH, conhecido em Portugal como Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção, PHDA. O consumo do metilfenidato e a expansão do TDAH vêm aumentando mundialmente de forma assombrosa desde a década de 1990, alimentando uma série de controvérsias. Alguns pontos presentes no debate são o consumo do medicamento para aprimoramento da performance cognitiva, a farmacologização de questões de ordem educacional e o seu aparente papel de droga da adaptação ou da integração social.

**Palavras-chave:** Ritalina, atenção, TDAH - Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade, PHDA - Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção.

### Introdução

Comercializado no Brasil sob os nomes Concerta® ou Ritalina®, o metilfenidato é o psico-estimulante mais consumido no mundo (ONU, 2011) e é o principal medicamento prescrito para o tratamento do Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade – TDAH. Segundo dados da Organização das Nações Unidas (*ibidem*), o consumo e produção deste psicoestimulante vêm aumentando mundialmente de forma assombrosa desde a década de 1990. No Brasil, desde a aprovação da sua comercialização em 1998 (ANVISA, 2012), o seu uso tem crescido ao longo dos anos e, de acordo com a recomendação do Ministério da Saúde sobre o uso abusivo de medicamentos na infância, somos o segundo maior consumidor.<sup>1</sup>

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária brasileira (ANVISA) divulgou que em 2011 foram vendidos mais de 413 kg de metilfenidato (ANVISA, 2012), estimando-se que o gasto das famílias brasileiras se tenha cifrado nos R\$ 28,5 milhões. O relatório da ANVISA pode, todavia, ser visto como conservador, na medida em que não

---

\* Professora do Programa de Pós-graduação em Psicologia Institucional, Universidade Federal do Espírito Santo, PPGPSI/UFES, Brasil. Contato: calimanluciana@gmail.com

\*\* Psicóloga, mestre em Psicologia Institucional. Contato: n.domitrovic@gmail.com

<sup>1</sup> Para conferir o documento na íntegra acessar <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/01/Recomenda----es-para-Prevenir-excessiva-Medicaliza---o-de-Crian--a-e-Adolescentes.pdf>.

contempla as informações sobre o consumo do metilfenidato via Sistema Único de Saúde. No estado do Espírito Santo, por exemplo, o medicamento é dispensado publicamente desde 2007 e seu consumo cresce em cifras assustadoras (Caliman e Domitrovic, 2013).

Em Portugal, são atualmente comercializados e compartilhados pelo Serviço Nacional de Saúde português dois estimulantes com indicação para a Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção (PHDA): O metilfenidato e a atomoxetina. O metilfenidato é compartilhado desde 2003 e a atomoxetina desde 2014. A extensão da utilização deste medicamento para pessoas de idade adulta foi aprovada somente em 2011. Embora não haja estudos sobre a prevalência do PHDA em Portugal, dados mais recentes, fornecidos pela consultora QuintilesIMS e pelo Infarmed, demonstram que também em Portugal o consumo deste medicamento tem vindo a crescer. Em 2016, mais de 270 mil embalagens foram prescritas nos serviços públicos de saúde, mais do dobro do que fora registrado em 2010, que se cifrou nos 133 mil (Margato, 2017). Estes números levaram, no ano passado, o Conselho Nacional de Educação a alertar para a medicação utilizada para supostos problemas de hiperatividade e déficit de atenção (Santos, 2017).

Constatar, através de números, o aumento exorbitante do consumo de metilfenidato não exige de nós tanto esforço (embora estes dados nem sempre estejam sistematizados), mas já sinaliza as proporções econômicas e políticas do problema com o qual estamos lidando, por exemplo, os interesses da indústria farmacêutica, cada vez mais rentável, e a utilização crescente dos tão esparcos fundos da saúde pública com a dispensa do medicamento. O mercado farmacêutico é um dos setores da economia brasileira que mais cresceu nos últimos anos. Suas vendas somaram R\$ 42,78 bilhões em 2011 - 18% maior que o ano anterior. Além disso, como divulgado no V Fórum Nacional de Medicamentos no Brasil – Acesso e Inovação, realizado em Brasília em 2013, o Brasil é o oitavo maior mercado de fármacos e medicamentos do mundo. Embora o desenvolvimento da indústria farmacêutica e do consumo de fármacos em nosso país seja aclamado como uma conquista importante na luta pelo direito aos medicamentos, é preciso olhar com cautela e suspeita para os números apontados, cultivando uma atitude analítica frente ao cenário traçado.

Acompanhar os efeitos de uma forma neuroquímica de lidar com a existência na vida das pessoas e das instituições que elas habitam envolve um trabalho complexo e a análise de uma miríade de processos que precisam ser investigados localmente.

Certamente, não serão os mesmos processos considerados quando pensamos no consumo de metilfenidato por um adulto norte-americano, leitor da revista *Nature*, adepto da liberação da ritalina para o aprimoramento cognitivo e um garoto de seis anos de idade que chega ao Programa TDAH, situado no Ambulatório de Pediatria do Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes (HUCAM), na cidade de Vitória no Espírito Santo, devido a um encaminhamento da escola pública que não sabe como lidar com sua agressividade e falta de interesse. Ou ainda de um adolescente português do distrito de Viana do Castelo, região na qual o consumo parece ser um dos maiores em Portugal, de acordo com dados fornecidos pelo Infarmed.<sup>2</sup> Mas apesar da distância entre esses casos, os três são potenciais consumidores do metilfenidato, diagnosticados (ou não) com TDAH ou PHDA.

O que sustenta e torna possível o crescimento exorbitante do consumo de metilfenidato? Que processos participam da constituição de uma suposta “geração ritalina” ou “geração TDAH/PHDA”? Como, porquê e para quê a otimização neuroquímica de uma certa forma de atenção ganhou tantos adeptos? Como esta prática nos ajuda a pensar sobre os modos atuais de ser e estar no mundo? Estas são questões que devem ser mantidas em aberto, alimentando um debate que não se pode restringir a um grupo de especialistas e que deve incluir, necessariamente, as pessoas diretamente afetadas pelas práticas farmacológicas vinculadas ao metilfenidato (Caliman *et al.*, 2016). Inclusão que deve abranger não apenas os sujeitos que consomem o medicamento, mas também os familiares e profissionais de saúde que os acompanham e as instituições que, como a escola, lidam diretamente com os efeitos da medicação e com a demanda de laudos para que os alunos tenham os seus direitos educacionais garantidos (Caliman, 2013). Nas entrelinhas de tais narrativas vemos ser desenhada a trama complexa e multifacetada que envolve as controvérsias sociotécnicas em torno do TDAH e do consumo da Ritalina. É parte desta trama que queremos explicitar, dando relevo a alguns de seus nós e linhas. Este texto resulta das pesquisas que, desde 2013, temos realizado no Brasil e, mais recentemente, em Portugal, no que diz respeito ao consumo de metilfenidato e ao diagnóstico de TDAH ou PAHD. Assumindo um tom ensaístico, este artigo visa levantar questões, circunscrever um campo problemático mais do que oferecer soluções para os dilemas apontados.

---

<sup>2</sup> Para conferir o documento na íntegra acessar [http://www.infarmed.pt/documents/15786/17838/Relatorio\\_ADHD.pdf/d6043d87-561e-4534-a6b1-4969dff93b78](http://www.infarmed.pt/documents/15786/17838/Relatorio_ADHD.pdf/d6043d87-561e-4534-a6b1-4969dff93b78).

## **A Ritalina e a gestão neuroquímica da vida**

Na atualidade, presenciamos o fortalecimento de uma forma neuroquímica de dar conta dos problemas e demandas da nossa existência. Se pensarmos numa genealogia desta forma neuroquímica de lidar com a vida, veremos que o seu fortalecimento coincide, em certa medida, com a crise da escola moderna e do modelo de subjetividade por ela investido. Sibilia (2012) refere a existência de uma multiplicidade de fatores que, em certas sociedades ocidentais, ajudaram a construir o que alguns autores chamaram de ‘homem psicológico’ ou ‘eu psicológico’ e com ele, uma subjetividade pedagógica. Subjetividade que respondia à pergunta “Quem é você?” olhando para dentro, para o íntimo, para o interior psicológico moldado pela sexualidade e pelas relações familiares apartadas do exterior e do mundo. Muitas foram as consequências desta forma de se compreender a si e o mundo, mas já há um certo tempo parece que estamos lidando com o declínio deste modo de se compreender a si próprio e ao outro. Hoje, se ainda olhamos para dentro para responder à pergunta “quem sou eu?” já não buscamos um interior psicológico mas sim biológico. Trata-se, de acordo com Jurandir Freire Costa (2005), do predomínio de uma cultura somática que tem em seu centro o eu corporal externalizado. O corpo e a sua imagem. Alimentando esta cultura, além de outras coisas, vemos o predomínio de uma visão de mundo neurológica, biológica e diríamos também farmacológica. Tal visão sustenta os processos de medicalização atuais, imensamente abrangentes na medida em que incluem sujeitos doentes ou não e que incidem em territórios de vida significativamente distintos. Falamos, portanto, de biodiagnósticos, bioidentidades, biosociabilidades na era das cidadanias biológicas (Rose, 2007; Caliman, 2013).

É, assim, neste cenário amplo de expansão de uma cultura somática que as explicações e intervenções neuroquímicas e farmacológicas ganham força. Para nós, importa também incluir em nossas indagações as questões levantadas por Janis Jenkins (2010) no seu livro “O eu farmacológico: a modulação global da experiência na era da psicofarmacologia”, nomeadamente: Como são as subjetividades transformadas pela ingestão regular de medicamentos psicotrópicos? Até que ponto estamos nos transformando em sujeitos farmacológicos em uma dimensão nunca antes vivida? O sentido de ser humano tem sido cada vez mais voltado para o de pessoas orientadas por medicamentos, produzidas e reguladas por eles?

Como apontam Petryna, Kleinman e Lakoff (2006), muitos destes dilemas perpassam toda indústria farmacêutica e o consumo de medicamentos em geral, mas os

psicotrópicos e a indústria psicofarmacológica possuem a sua especificidade, devido à ação de tais medicamentos no cérebro, às experiências resultantes e os seus significados culturais. Em muitas sociedades, o cérebro é simbolicamente sentido e considerado a sede da alma, da mente e do eu. Portanto, não é por acaso que os efeitos dos psicotrópicos causam tamanho impacto, uma vez que tais medicamentos agem diretamente no sistema nervoso central. Sem dúvida, estamos produzindo maneiras de ser e estar no mundo antes inéditas, na medida em que os psicotrópicos têm se constituído como dispositivos que participam, cada vez mais, na produção dos nossos corpos e subjetividades e dos modelos de pessoas que almejamos ser. É neste bojo que indagamos: Quais as promessas e valores de vida que o metilfenidato ajuda a fortalecer e produzir? Quais os modos de ser que o metilfenidato efetivamente cria ao se construir numa tecnologia cognitiva cada vez mais utilizada por crianças e adultos, disponibilizada publicamente pelo Sistema Único de Saúde em estados e municípios brasileiros e até mesmo por secretarias de educação? Na nossa opinião, o consumo crescente de metilfenidato denuncia, entre outras coisas, a aliança estabelecida entre o olhar biomédico e farmacológico atual e a mitologia empresarial do culto à performance e ao desempenho individual, que impregna as subjetividades contemporâneas.

Recorramos brevemente à história do metilfenidato. Sintetizado em 1944, pelo Dr. Leandro Panizzon, na CIBA, indústria farmacêutica suíça, o metilfenidato foi primeiramente nomeado Ritalina em homenagem à sua mulher Rita. Como quase todos os psicotrópicos, a invenção do metilfenidato não resultou da pesquisa ou busca de um tratamento destinado a uma patologia específica, mas de uma descoberta molecular cujo uso, efeito e modo de ação não estavam claros ou definidos. Naquela época, o uso do metilfenidato para tratar a hiperatividade infantil era extremamente questionável, dada a recusa, na altura, em se considerar a hiperatividade como uma patologia. O uso em crianças era raro, reduzindo-se ao experimental e reservado aos casos graves, principalmente crianças institucionalizadas. Além disso, os problemas para os quais ela era prescrita não eram tão específicos como no diagnóstico de TDAH atual, sendo prescrita em diferentes circunstâncias (Singh, 2007; Dupanloup, 2004).

Na década de 1950, momento da sua entrada no mercado, a Ritalina era divulgada como um “psicotônico do humor”, que reconfortava e estimulava de forma moderada, sendo indicada nos casos de fadiga aguda, estados depressivos, de convalescência e de obesidade. A Ritalina era comercializada e percebida como um estimulante leve que melhorava o humor e aumentava a performance. Admitia-se, inclusive, o seu uso em

peças sãs. Embora já se falasse em uma síndrome hipercinética, ela não era a indicação por excelência do medicamento, sendo apenas uma dentre tantas outras síndromes do comportamento tratadas quimicamente, quando a severidade do caso levava a crer que se tratava de uma alteração fisiológica. Este quadro muda radicalmente nos anos seguintes. O uso “não médico” da ritalina passa a ser questionado e ela é mais e mais associada ao tratamento da hiperatividade infantil, associada cada vez mais à uma causa biológica. Medicamento e síndrome legitimam-se mutuamente. Para cada biodiagnóstico, um medicamento específico. Fortalece-se a ideia de que a hiperatividade e desatenção resultavam de um transtorno de bases cerebrais que deveria ser tratado, portanto, através da intervenção neuroquímica, preferencialmente com psicoestimulantes (Singh, 2007; Dupanloup, 2004).

Ainda assim, nos anos 1980 nos EUA, os efeitos secundários dos estimulantes eram alvo das críticas contra a Ritalina. No entanto, depois da década de 1980, estes efeitos secundários foram quase esquecidos e banalizados por um discurso que enfatizava os benefícios da medicação. Malgrado a ausência de estudos rigorosos sobre os efeitos da ritalina a longo prazo, vemos ser instaurada uma terapêutica em favor do tratamento medicamentoso. Terapêutica que adota uma retórica que tende a minimizar o risco potencial dos efeitos secundários a longo prazo em proveito da contenção sintomática a curto prazo. Considerações que encontram um eco social favorável, devido à valorização dos efeitos rápidos, da instantaneidade e eficiência imediata do medicamento e às promessas associadas ao seu uso, nomeadamente: o aumento no rendimento (acadêmico ou profissional), o controle de si, e a integração social e relacional. Sustentando o argumento a favor do uso da ritalina, cresciam ainda as estatísticas e números que associavam o TDAH não medicado ao fracasso acadêmico, profissional, amoroso, familiar, social e relacional (Dupanloup, 2004).

Interessante verificar que na história do desenvolvimento e comercialização do metilfenidato ele é inicialmente visto como um tônico do humor e da performance, raramente utilizado para problemas de comportamento e rendimento escolar. Quando as críticas aos seus efeitos colaterais se intensificam, o metilfenidato passa a ser cada vez mais associado a uma patologia infantil específica, fortalecendo o seu uso médico. Paralelamente, ao nível da medicina em geral e psiquiatria em particular, que legitima este uso, assiste-se a uma expansão da medicina do não-patológico, do não adaptado ou do risco da inadaptação. Medicina do não funcional que legitima intervenções farmacológicas e neuroquímicas que visam a otimização, o melhor que bom. Medicina

atrelada a uma farmacologia que visa dar conta das demandas de concorrência e autossuperação, quando os limites naturais ou biológicos não respondem satisfatoriamente.

Ao serem cada vez mais utilizados em situações nas quais as fronteiras entre a patologia, a normalidade e a otimização tornam-se pouco claras e distintas, os medicamentos psicotrópicos transformaram-se em técnicas de adaptação a um modo de vida no qual o bem-estar é um estado híbrido que pertence tanto à saúde quanto ao conforto e às práticas de aprimoramento (Ehrenberg, 2010). O TDAH, assim como o metilfenidato, está exatamente no meio das estratégias terapêuticas e de *enhancement*.

Para Ehrenberg (*ibidem*), psicoestimulantes como o metilfenidato podem ser vistos como drogas de integração social e relacional, medicamentos de autoassistência, em um momento no qual somos vistos como os únicos responsáveis por nosso ‘fracasso ou sucesso’ no trabalho, na vida. Os discursos mantidos hoje sobre os psicoestimulantes (incluindo a própria propaganda e marketing da indústria farmacêutica) associa-os diretamente à competição ou concorrência. Eles são, mais do que um instrumento terapêutico, um meio artificial para enfrentar a crescente exigência de performance e o aumento da concorrência, quando o ‘natural’ fracassa e quando se acredita que o sucesso depende de você e somente de você.

Em sua análise sobre a constituição do culto à performance na sociedade francesa, Ehrenberg (*ibidem*) fala de um processo de generalização da lógica empresarial, do consumo, da competição e da ênfase na autogestão. Lógica na qual o modelo identitário do empreendedor eficiente e competitivo, que venceu na vida pelo seu esforço individual e pela autodisciplina, se tornava num emblema social e pessoal. O modelo da identidade empreendedora deveria, assim, ser incorporado pelo empregado e pelo empregador. Em ambos, o desejo individual de ser criativo e autônomo, de lutar pelo melhoramento de si e pelo desenvolvimento das suas capacidades deveria ser estimulado e conduzido de forma produtiva. É a esta crença que o metilfenidato se vincula, enquanto promessa neuroquímica de gestão da atenção, de gestão produtiva e eficiente da informação, e de gestão e controle de si. Promessas que invadem todos os recônditos da vida atual e de forma incisiva da escola.

É nestes termos que, no dia 30 de julho de 2013, *a Tribuna*, um jornal de circulação estadual no Espírito Santo, Brasil, publicou uma reportagem (que ocupava uma página inteira do jornal), com o título: “Falta de Remédio Preocupa Pais” (Figueredo, 2013). Em tom alarmante, a manchete desta reportagem anunciava que a

Ritalina, o remédio mais vendido para tratar a hiperatividade e o déficit de atenção em crianças, não estava sendo distribuído há 6 meses no estado. O fato era justificado pela ocorrência de um incêndio na fábrica do laboratório Novartis, em Taboão da Serra, São Paulo, que teria resultado em problemas na distribuição do medicamento. Além da divulgação do ocorrido, encontrávamos na reportagem, ainda, falas de médicos e mães sobre os possíveis problemas gerados pela falta do medicamento. Citamos primeiramente dois médicos e em seguida a fala de uma mãe:

Se o paciente deixa de usar o remédio, ele volta a ter o quadro de déficit atencional. Imagina isso numa criança e num adolescente, ele volta a ter toda a dificuldade na escola. (médico)

O remédio melhora o padrão atencional, reduz a hiperatividade e impulsividade. A falta do remédio afeta o rendimento escolar de crianças, ainda mais no meio do ano letivo. (médico)

Fico com medo, pois [o medicamento] é um dos fatores que ajuda ela no aprendizado. (mãe) (Figueredo, 2013)

Tais falas explicitam a relação que foi historicamente estabelecida entre a Ritalina, o TDAH, e a escola. O diagnóstico é inicialmente identificado na escola, o seu quadro sintomatológico refere-se primordialmente às dificuldades escolares, quase sempre é a escola e são os professores que encaminham os alunos para os serviços de saúde demandando o diagnóstico, o laudo e o medicamento (Singh, 2006). Vemos ser popularizada e fortalecida a ideia que, crianças que tenham problemas na escola, mas não necessariamente de aprendizagem, podem ter TDAH e beneficiar do tratamento medicamentoso. Para os já medicados, sugere-se que o tratamento não é necessário e pode ser suspenso durante as férias escolares, mas que no meio do ano letivo (como vimos na reportagem), a sua suspensão é altamente prejudicial, uma vez que pode afetar severamente o rendimento escolar.

A lógica que liga estes termos afirma que um déficit na capacidade atenção e controle de si inviabiliza a permanência na escola e o alcance das metas escolares e que a Ritalina, magicamente ou quimicamente, (num misto de discurso científico e mítico)

soluciona temporariamente o problema. Passado o efeito da poção mágica, a criança volta a ter o quadro de déficit atencional e toda dificuldade na escola.

O medicamento não permite uma aprendizagem da atenção ou de um cuidado de si, na verdade, é mesmo dito que, devido ao transtorno, esse aprendizado nunca será possível. Por isso a ênfase na necessidade do tratamento medicamentoso por toda vida. É nesta direção que o TDAH é descrito atualmente como um transtorno incurável que pode ser diagnosticado pela primeira vez em idosos com mais de 65 anos que, ao olhar para seu passado e presente, encontrem lá uma criança, adolescente, jovem ou idoso desatento, desorganizado, com dificuldades para cumprir horários, iniciar atividades e terminá-las, manifeste agitação ou sensação de inquietude, fale ou faça as coisas antes de pensar, esqueça objetos, compromissos, pagamentos, tenha dificuldades acadêmicas ou profissionais e de expressar as suas ideias ou, ainda, interrompa outras pessoas quando estas estão falando.

Os comportamentos que identificam o TDAH em crianças, adolescentes e jovens são exatamente aqueles característicos das novas formas subjetivas de nossos tempos que, para Sibilia (2012), tendem a se confrontar com as normas e regras da escola tradicional. Trata-se da patologização em massa de jovens e crianças que, nas sociedades ocidentais atuais, tornaram-se peritos em opinar, fazer zapping e ler imagens (*ibidem*)? Os indivíduos TDAH são os desinteressados pela dinâmica escolar tradicional que se tornou assombrosamente tediosa para os seus olhos e corpos?

## **Conclusão**

É espantoso pensar que se podemos falar de uma geração Ritalina ou geração TDAH, potencialmente, esta geração incluiria todos nós. O hiperativo e o desatento, sem autocontrole, é a contrapartida da figura antropológica, tornada difusa desde os anos 1960, do indivíduo senhor de si, do empreendedor, do gestor. Toda a pessoa que não se enquadra completamente neste modelo teria um lugar possível dentro da classificação, cada vez mais porosa e estendida, do TDAH. Mesmo o grande empresário que, no entanto, se vê ainda longe do modelo ideal de gestor, pode ser diagnosticado com o transtorno. Uma das dimensões da medicalização do hiperativo é justamente a imposição precoce da capacidade de domínio de si, de gestão de si, com o intuito de assegurar a integração social. O metilfenidato torna-se, então, uma estratégia neuroquímica cada vez mais utilizada para lidar com as exigências de uma vida regida pela lógica empresarial, tais como o rendimento abaixo do esperado, a desatenção, a

dispersão, a falta de interesse, a inquietude, o esquecimento, a desorganização, a agressividade, a impulsividade, o não saber esperar e o agir sem pensar.

A interrogação ética e política que a análise da busca atual de otimização da atenção nos impõe, diz respeito a modelos subjetivos que ela reafirma e ajuda a constituir ao reforçar certos valores. Em nossas sociedades, os cultos à performance e à aparência, que sustentam os novos modelos de indivíduos atentos, têm sido também fonte de novos sofrimentos e angústias (Costa, 2005). O que está em jogo não é apenas a capacidade ou habilidade de ser atento, mas a direção da atenção e da ação para valores sociais, económicos e políticos específicos, tais como o aumento da produtividade e da visibilidade e a capacidade de autocontrole.

### Referências bibliográficas

- ANVISA - Agência de Vigilância Sanitária (2012), “Prescrição e consumo de metilfenidato no Brasil: identificando riscos para o monitoramento e controle sanitário”, *Boletim de Farmacoepidemiologia do SNGPC*, 2(2), jul./dez. Consultado a 09.07.2017, em [http://www.anvisa.gov.br/sngpc/boletins/2012/boletim\\_sngpc\\_2\\_2012\\_corrigido\\_2.pdf](http://www.anvisa.gov.br/sngpc/boletins/2012/boletim_sngpc_2_2012_corrigido_2.pdf).
- Caliman, Luciana (2013), “Os bio-diagnósticos na era das cidadanias biológicas”, in Collares, Cecília; Moysés, Maria Aparecida Affonso; Ribeiro, Mónica Cintrão França (orgs.), *Novas capturas antigos diagnósticos na era dos transtornos*. Campinas: Mercado de Letras, 109-118.
- Caliman, Luciana; Domitrovic, Nathalia (2013), “Uma análise da dispensa pública do metilfenidato no Brasil: o caso do Espírito Santo”. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 23(3), 879-902.
- Caliman, Luciana; Passos, Eduardo H. P.; Machado, Adriana, M. (2016), “A medicação nas práticas de saúde pública: estratégias para a construção de um plano comum”, in Virgínia Kastrup e Adriana Marcondes Machado (orgs.), *Movimentos micropolíticos em saúde, formação e reabilitação*. Curitiba, PR: Editora CRV, 19-40.
- Costa, Jurandir Freire (2005), *O vestígio e a aura: Corpo e consumismo na moral do espetáculo*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

- Dupanloup, Anne (2004), *L'hyperactivité infantile: Analyse sociologique d'une controverse socio-médicale*. Tese de Doutorado em Ciências Sociais, apresentada à Université de Neuchâtel, Neuchâtel, Suíça.
- Ehrenberg, Allan (2010), *O culto da performance*. São Paulo: Ideias & Letras. Tradução de Pedro F. Bandassolli.
- Figueredo, D. (2013), “Falta de Remédio Preocupa Pais”, *Jornal A Tribuna*, 30 de julho.
- Jenkins, Janis H. (2010) (org.), *Pharmaceutical Self: The Global Shaping of Experience in an Age of Psychopharmacology*. Santa Fe: School of Advanced Research.
- Margato, Dina (2017), “Droga da inteligência duplica em 7 anos”, *Jornal de Notícias*, de 19 de fevereiro.
- ONU - Organização das Nações Unidas (2011), *Report of the International Narcotics Control Board for 2011. Statistics for 2010*, consultado a 09.07.2017, em [https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2011/AR\\_2011\\_English.pdf](https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2011/AR_2011_English.pdf).
- Petryna, Adriana; Kleinman, Arthur; Lakoff, Andrew (orgs.) (2006), *Global Pharmaceuticals: Ethics, Markets, Practices*. Durham, NC: Duke University Press.
- Rose, Nicholas (2007), *The Politics of Life Itself: Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century*. Princeton: Princeton University Press.
- Santos, Romana Borja (2017), “BE entrega projecto para reduzir consumo de Ritalina nas crianças”, *Jornal Público*, de 3 de maio.
- Sibilia, Paula (2012), *Redes ou paredes: a escola em tempos de dispersão*. Rio de Janeiro: Contraponto.
- Singh, Iina (2006), “A Framework for Understand Trends in ADHD Diagnosis and Stimulant Drug Treatment: Schools and Schooling as a Case Study”, *BioSocieties*, 1, 439-452.
- Singh, Iina (2007), “Not Just Naughty: 50 years of Stimulant Drug Advertising”, in Andrea Tone; Elizabeth Siegel Watkins (orgs.), *Medicating Modern America: Prescription Drugs in History*. New York: New York University Press, 131-155.