O uso de metilfenidato em crianças com tdah e sua repercussão: Uma revisão literária

The use of methylphenidate in children with adhd and its repercussion: A literary review

DOI:10.34119/bjhrv4n5-296

Recebimento dos originais: 05/09/2021
Aceitação para publicação: 14/10/2021

Ana Carolina Neller Finta
E-mail: carol.finta@hotmail.com

Isabelle Leão Nogueira
E-mail: isa.leao.n@gmail.com

Carolline Patan de Matos
E-mail: carolpatan@gmail.com

Maria Rosa Cordeiro Ferreira
E-mail: mariarosacorfer@hotmail.com

Luciana Cação Vilela Bueno
E-mail: luuciana.bueno@gmail.com

Luísa Rodrigues Cardoso
Acadêmica de Medicina da Universidade de Brasília - UniCEUB,
E-mail: luisarodrigues_11@hotmail.com

Fernanda Nunes Garcia
Acadêmica de Medicina da Universidade de Rio Verde - Campus Goianésia,
E-mail: fernandangarcia26@gmail.com

Mônica Cecília Rincon de Oliveira
Acadêmica de Medicina da Universidade de Rio Verde - Campus Goianésia
E-mail: monicacrdo@outlook.com

Karoline Lopes Carafini

Danilo Curado Sampaio

Darci Candido da Silva Filho

Me. André Carvalho Lindemam

RESUMO

Introdução: O Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é um distúrbio psiquiátrico caracterizado por sintomas como falta de atenção e impulsividade, podendo afetar significativamente o comportamento da criança tanto em casa quanto no ambiente escolar. Esse trabalho teve por objetivo acrescentar achados teóricos que permitam os estudos sobre o tema em questão. Método: Foram utilizadas trinta e sete fontes bibliográficas, pesquisadas em sites acadêmicos, como Pubmed, Scielo e Diretrizes atuais. Resultados: Este estudo examina o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Essa patologia caracteriza-se por sintomas como impulsividade, atenção facilmente desviada e hiperatividade, os quais podem se perpetuar na fase adulta em até 80% dos casos. Os critérios diagnósticos são baseados principalmente no DSM-V e classificam a doença em três classes: TDAH predominantemente desatento, TDAH predominantemente impulsivo/hiperativo e TDAH combinado. Existem formas psicoterápicas de tratamento, porém estudos informam que a associação ou mesmo o uso de psicoestimulantes de forma isolada têm mostrado melhores resultados, sendo os medicamentos mais usados a Ritalina® e o Concerta®, cujo composto-base é o Metilfenidato. O artigo também aborda o uso consciente do psicofármaco e a manutenção da ética médica nas suas prescrições, através de um diagnóstico preciso. Conclusões: Foi observado a necessidade de uma maior capacitação dos profissionais da saúde que estão em contato com crianças, com adolescentes e com adultos portadores do TDAH na sua vida diária. O estudo também enfatiza a importância do estabelecimento de critérios diagnósticos concretos para que o uso do metilfenidato seja realizado, ao mesmo tempo, de forma consciente e respeitando os princípios da ética médica.

Palavras-chave: Metilfenidato, TDAH, Crianças.

ABSTRACT

Introduction: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is a psychiatric disorder characterized by symptoms such as lack of attention and impulsivity, which can significantly affect the child's behavior both at home and in the school environment. This work aimed to add theoretical findings that allow studies on the subject in question. Method: Thirty-seven bibliographic sources were used, researched on academic websites such as Pubmed, Scielo and Current Guidelines. Results: This study examines Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). This pathology is characterized by symptoms such as impulsivity, easily diverted attention and hyperactivity, which can be perpetuated into adulthood in up to 80% of cases. The diagnostic criteria are mainly based on DSM-V and classify the disease into three classes: predominantly inattentive ADHD, predominantly impulsive/hyperactive ADHD, and combined ADHD. There are psychotherapeutic forms of treatment, but studies report that the association or even the use of psychostimulants alone has shown better results, with the most used drugs being Ritalin® and Concerta®, whose base compound is Methylphenidate. The article also addresses the conscious use of psychotropic drugs and the maintenance of medical ethics in their prescriptions, through an accurate diagnosis. Conclusions: The need for greater training of health professionals who are in contact with children, adolescents and adults with ADHD in their daily lives was observed. The study also emphasizes the importance of establishing concrete diagnostic criteria so that the use of methylphenidate is carried out, at the same time, in a conscious manner and respecting the principles of medical ethics.

Keywords: Methylphenidate, ADHD, Children.

1 INTRODUÇÃO

O Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é um distúrbio psiquiátrico caracterizado por sintomas como falta de atenção e impulsividade, podendo afetar significativamente o comportamento da criança tanto em casa quanto no ambiente escolar. Em aproximadamente 80% das crianças diagnosticadas, os sintomas persistem na adolescência e podem chegar até a idade adulta.[1] As crianças possuem um padrão de hiperatividade e de desatenção mais grave do que o percebido em outras na mesma fase de crescimento intelectual.[2]

Uma das patologias mais encontradas em ambulatórios psiquiátricos de crianças e de adolescentes é o TDAH.[3] Trata-se de uma doença comumente subdiagnosticada, frisando a necessidade do encaminhamento para diagnóstico no caso de suspeita da enfermidade, tendo em vista a importância do tratamento.[4]

O TDAH também é descrito como uma alteração do neurodesenvolvimento ou como uma alteração global do comportamento. É mais comum ser encontrado em crianças e em adolescentes e possui uma tríade sintomatológica: falta de atenção, agitação motora e impulsividade.[5]

Um indivíduo diagnosticado com TDAH costuma sofrer diversos preconceitos devido às reações negativas da sociedade.[6] Quando adultos, podem vivenciar uma instabilidade de se relacionar em encontros sociais, no trabalho e em ambientes educacionais. Com isso, o transtorno pode acabar cada vez mais atrapalhando relacionamentos do cotidiano, fazendo com que seus portadores acumulem experiências ruins ao longo do tempo.[7] Dessa forma, é importante orientar os pais e professores desde o início do diagnóstico, para que eles possam entender as dificuldades enfrentadas pelas crianças portadoras do déficit. Prestar auxílio e assistência, além de mudar as maneiras sobre como lidar com o problema são fatores primordiais para não piorar a gravidade da situação.

Entretanto, esse trabalho precisa ser feito em equipe, tanto no ambiente familiar quanto no escolar. É papel da escola criar estratégias para permitir um melhor desempenho educacional, para que esses alunos se desenvolvam sem traumas. Sendo assim, torna-se fundamental que educadores evitem que as crianças se sintam constrangidas pelos demais da classe ou da família, pois elas geralmente se consideram um fracasso e possuem baixa autoestima.[8]

Segundo Greenhill *et al.* (1996), a psicoterapia, como tratamento único e isolado, evidenciou melhora na autoestima e na convivência em sociedade.[9] No entanto, nos dias

atuais, somente essas medidas psicoterápicas não trazem o feedback esperado, por esse motivo todos os portadores de TDAH devem receber o tratamento farmacológico, que se resume nos psicoestimulantes. Portanto, essas medidas psicoativas são de suma importância no bom prognóstico do paciente.[10]

2 METODOLOGIA

Este artigo é uma revisão literária realizada através da leitura de trinta e quatro fontes bibliográficas. As principais palavras chaves utilizadas foram TDHA, Metilfenidato e crianças. Todos os artigos foram pesquisados em sites acadêmicos, como Pubmed, Scielo e Diretrizes atuais.

3 DISCUSSÃO

3.1 TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (TDAH)

O TDAH é definido como um prejuízo neurobiológico entendido pelas diferentes funções do córtex pré-frontal. Esse fato possui implicações negativas nas técnicas de planejar e organizar, na recordação de pequenos períodos e no controle do tempo, seja no contexto familiar, seja no escolar, seja no expediente de trabalho, acumulando desvantagens da infância até certa idade.[6] A proporção de TDAH entre sexo masculino e feminino é de 2:1. A diferença entre essas proporções provavelmente se deve ao fato de as meninas apresentarem mais Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) com predomínio de desatenção e menos sintomas de conduta associado a outra comorbidade, causando menos incômodo às famílias e à escola. Portanto, são menos encaminhadas para tratamento.[11]

Ademais, são muito comuns relatos ambulatoriais em atendimentos de crianças e de adolescentes com baixo rendimento escolar.[1;12] Esses relatos comumente são: problemas para manter a atenção em detalhes; cometer erros que poderiam ser evitados nos trabalhos escolares; aparentar não ouvir quando alguém inicia uma conversa; possuir dificuldade em seguir regras e em terminar atividades iniciadas em geral; apresentar desorganização para realizar tarefas no cotidiano; distrair-se facilmente; e revelar dificuldade em manter o foco.[12] Também podem ser comuns dificuldades secundárias como instabilidade emocional, queda no aprendizado e até mesmo distanciamentos entre os familiares.[13]

3.2 FATORES DE RISCO

Dentre os fatores de risco relacionados ao TDAH, podemos citar: intercorrências durante a gestação (mãe usuária de nicotina, agitação emocional, etc), peso menor que 1.500 gramas ao nascimento, hipóxia, encefalite, alterações metabólicas que causem danos cerebrais, exposição prolongada ao chumbo e traumas em geral.[14] Além disso, outra curiosidade relacionada aos fatores de risco que envolvem o TDAH é o aumento da chance de a pessoa portadora do déficit desenvolver uma dependência de drogas.[15]

3.3 DIAGNÓSTICO

De acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - 5° Edição (DSM-V), para se fazer o diagnóstico de TDAH, são necessários ao menos seis (de nove) dos seguintes sintomas de desatenção: a. Regularmente tem sua atenção desviada dos detalhes ou erra por deslize em obrigações escolares, no serviço e em demais funções; b. Regularmente tem problemas em concentração nas atividades; c. Regularmente tem a sensação de não escutar quando uma pessoa fala diretamente; d. Regularmente não finaliza atividades da escola, obrigações no ambiente em que trabalha e não termina um ensinamento; e. Regularmente tem problemas em organizar as obrigações diárias como deixar materiais de uso individual no lugar; f. Regularmente foge, não se agrada ou não aceita envolver-se em atividades que exigem esforço da mente por longo tempo; g. Regularmente perde objetos pessoais; h. É-lhe facilmente tirada a atenção por barulhos externos; i. Esquece com frequência as obrigações diárias.

Além disso, exigem-se ao menos seis (de nove) dos seguintes sintomas de hiperatividade ou impulsividade no indivíduo: a. Regularmente balança extremidades periféricas e se remexe nas cadeiras; b. Regularmente não permanece sentado quando deveria; c. Regularmente fica correndo ou eleva-se sobre os móveis em momentos incorretos; d. Frequentemente não tem capacidade de se divertir ou de envolver-se em brincadeiras com tranquilidade; e. Regularmente “não fica quieto”, como se em todo momento permanecesse “com o motor ligado”; f. Com frequência conversa muito. g. Regularmente responde antes mesmo de a questão terminar de ser feita; h. Tem dificuldade com frequência para aguardar sua vez e dificuldade para esperar; i. Regularmente tem costume de interromper ou se intromete sem permissão.[1]

Já o Código Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) faz diagnóstico pelos seguintes critérios: pelo menos seis (de oito) sintomas de falta

de atenção, pelo menos três (de cinco) de hiperatividade e pelo menos um (de quatro) de impulsividade.[1]

A anamnese do portador de TDAH possui tópicos essenciais para sua avaliação. Deve-se pesquisar sobre a história clínica atual e pregressa do paciente, na qual se inclui o desenvolvimento neuropsicomotor, desenvolvimento da linguagem, temperamento, problemas com o período do sono, nas atividades acadêmicas e em relacionamentos sociais. É importante saber sobre o histórico familiar relacionado a doenças psiquiátricas, incluindo TDAH, depressão maior, bipolaridade, tiques e ansiedade. Além disso, a história materna também precisa ser abordada referente ao período gestacional, ao parto e quanto ao uso de substâncias potencialmente teratogênicas, como: álcool, nicotina, medicamentos.[16]

Sobre os sintomas e suas características, classifica-se de acordo com a duração (maior que seis meses), intensidade (sintomatologia de alta intensidade), locais em que aparecem (escola, casa, entre outros), sua persistência e sua constância com o decorrer do tempo (TDAH possui sintomas de maneira contínua, ausência de flutuações), grau de prejuízo, deficiências no desenvolvimento da criança e também suas consequências.[11]

É preciso sempre avaliar outras afecções psiquiátricas correlacionadas, pois o TDAH pode estar acompanhado de distúrbios de conduta, ansiedade, distúrbio obsessivo-compulsivo ou estresse pós-traumático, depressão, transtornos de aprendizagem e de linguagem, transtorno de adaptação, tiques, transtorno bipolar e distúrbios do sono.[17]

3.4 CLASSIFICAÇÃO

De acordo com os critérios supracitados, podemos dividir o TDAH em três subtipos: TDAH predominantemente desatento, TDAH predominantemente hiperativo/impulsivo e TDAH combinado. O primeiro consiste em um paciente no qual se encontram caraterísticas de desatenção, por um tempo de seis meses ou mais, sem características de hiperatividade ou impulsividade. No segundo caso encontram-se características de hiperatividade e de impulsividade, por um período de seis meses ou mais, sem características de desatenção. Finalmente, o terceiro consiste em encontrar características dos dois primeiros tipos coexistindo no mesmo paciente por um período de no mínimo seis meses.[16]

3.5 METILFENIDATO

O metilfenidato, chamado comercialmente de Ritalina ou de Concerta, age diretamente no sistema nervoso central, impedindo a recaptação da dopamina e da noradrenalina[18] e promovendo uma ativação do córtex e uma melhora no padrão de alerta no paciente.[19] Essa inibição faz com que a remoção destas catecolaminas, presentes nas fendas sinápticas, não seja realizada, aumentando, dessa forma, o seu tempo de ação. Todo esse mecanismo tem como consequência a produção de neurotransmissores que são essenciais na regulação do humor, da atenção e da memória do indivíduo.[20] Além desses mecanismos citados, também há estudos sobre o bloqueio da enzima monoamina oxidase (MAO).[21]

Ainda existem dúvidas sobre o mecanismo de ação desse fármaco. Porém, tudo indica que sua atividade esteja situada no enantiômetro D, que tem como função ligar-se aos transportadores de dopamina. O metilfenidato age inibindo os transportadores de dopamina e, consequentemente, amplia a oferta de receptores do neurotransmissor.[22] Essa medicação deve ser utilizada por via oral, pois gera uma melhor absorção pelo trato gastrointestinal. Possui biodisponibilidade de 30%, alojada principalmente no enantiômetro-D, como dito anteriormente, e uma pequena fração no Lenantiômetro. A sua associação com a ingesta de alimentos não provoca efeitos que sejam considerados relevantes. A concentração plasmática da medicação pode variar de indivíduo para indivíduo, pois sua absorção ocorre geralmente entre 1 e 2 horas após a administração. Após entrar na corrente sanguínea, o metilfenidato é dividido em 57% no plasma e 43% nos eritrócitos. Sua metabolização ocorre no fígado graças à enzima carboxilesterase (CES1A1) e sua excreção ocorre pela urina e pelas fezes.[23]

Existe um fluxograma, no qual o Metilfenidato é associado às medidas educacionais, psicológicas e sociais, direcionado para o tratamento de crianças com TDAH.[24] Porém, nem todos os casos possuem indicação para o uso dessa medicação. É necessária uma avaliação médica individual de cada criança e de seu histórico, levando-se em consideração a idade do paciente, a gravidade de seus sintomas e há quanto tempo eles estão presentes.[25]

3.6 EFEITOS ADVERSOS

Insônia, anorexia, psicose, nervosismo e náuseas são alguns dos efeitos adversos que podem surgir a curto prazo no tratamento com o uso de Metilfenidato.[26] Ainda não existem tantos estudos sobre os efeitos colaterais a longo prazo, mas há evidências de que

pode gerar um atraso na altura e no peso das crianças que estão sob o uso prolongado desse fármaco.[27]

Em casos de pacientes com epilepsia, é importante fazer um acompanhamento regular. Isso é necessário, pois, em alguns dos pacientes, o tratamento com Metilfenidato pode elevar o número de crises da criança. Dependendo da frequência dessas crises, o tratamento deverá ser suspenso.[25]

3.7 QUESTÃO ÉTICA

A associação do metilfenidato ao diagnóstico de Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade fez com que essa medicação se tornasse o estimulante de maior consumo no mundo.[22] A Ritalina foi aprovada para o uso terapêutico no tratamento do TDAH no ano de 1998, enquanto o Concerta foi aprovado em 2002.

Devido ao fato de esses medicamentos apresentarem chances de abuso e de dependência, é necessário um controle específico a respeito do seu consumo. Por esse motivo, esses fármacos se encontram na Convenção de Substâncias Psicotrópicas de 1971 da Organização das Nações Unidas (ONU).[28]

É notável que, a cada dia, o tema TDAH é abordado mais precocemente. Como reflexo disso, o número de solicitações do uso de psicofármacos que chegam às farmácias, tanto públicas quanto privadas, tem aumentado de forma extrema.[29] Um exemplo desse cenário é o fato de alguns profissionais da área da saúde questionarem desde a causa até o tratamento da doença e utilizarem o TDAH como justificativa para casos como baixo desenvolvimento escolar. Evidencia-se assim, a importância da definição de critérios específicos e precisos para o diagnóstico final de Transtorno de Déficit de Atenção. Logo, ao respeitar os critérios para diagnóstico, evita-se o uso indiscriminado de metilfenidato.[30] A ausência de um consenso sobre os critérios de diagnóstico e sobre reações adversas da medicação, na sua maioria prejudiciais, gera dúvidas acerca da confiabilidade do diagnóstico e da oneração dos cofres públicos. Atualmente, o TDAH é um dos diagnósticos mais relacionados ao conceito de farmacologização e de medicalização excessiva e sistematizada.[31]

Outro aspecto que merece ser enfatizado é a medicalização da vida, que traz preocupações importantes sobre o fenômeno referente ao abuso dos saberes e dos poderes do médico. O profissional da saúde carrega o dever de realizar um diagnóstico e um tratamento adequados, no momento certo. Portadores de transtornos mentais em geral tem sofrido de dois extremos: negligência e exaltação dos sintomas. Alguns casos, mesmo

com os avanços da medicina, ainda são subdiagnosticados, assim como diagnósticos equivocados também têm sido realizados, sendo o último caso o de maior ocorrência na sociedade atual.[32]

Erroneamente, os medicamentos voltados para a psiquiatria geram uma alta expectativa sobre a melhora no padrão de rendimento dos indivíduos e sobre a garantia da felicidade. De fato, eles garantem melhorias nessas duas áreas, porém não devem ser, necessariamente, o foco da sua administração. Essa ilusão criada pela sociedade reflete no uso desenfreado e antiético dos psicofármacos.[33] É de suma importância que a população seja instruída de que a existência de sofrimentos e mal-estares durante a vida são esperados e, que a prescrição dessa classe medicamentosa deve ser executada apenas em casos de real necessidade e com diagnósticos precisos. Da mesma forma, médicos em geral devem ter consciência, apoiar-se no código de ética médica e realizar suas prescrições de forma cautelosa e embasada em seus conhecimentos teóricos.[34]

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Baseado na literatura mais recente, os artigos utilizados na pesquisa demonstram a necessidade de uma maior capacitação dos profissionais da saúde que estão em contato com crianças, com adolescentes e com adultos portadores do TDAH na sua vida diária. Além disso, enfatiza a importância do estabelecimento de critérios diagnósticos concretos para que o uso do metilfenidato seja realizado, ao mesmo tempo, de forma consciente e respeitando os princípios da ética médica. Feito isso, os profissionais da saúde conseguem promover uma melhor qualidade de vida aos portadores do déficit sem gerar a medicalização da vida.

REFERÊNCIAS

1. Faraone SV, Sergeant J, Gillberg C, Biederman J. The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition? World Psychiatry. 2003 june; 2.

2. American PA. American Psychiatric Association: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 5ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.

3. Rohde LA, Miguel FECM, Benetti L, Gallois C, Kieling C. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade na infância e na adolescência: considerações clínicas e terapêuticas. Rev. Psiquiatria Clínica. 2004; 31:124-131.

4. Pastura G, Mattos P. Efeitos colaterais do metilfenidato. Rev. Psiquiatria Clínica. 2004; 31:100-104.

5. Caliman LV. Notas sobre a história oficial do Transtorno do déficit de atenção/hiperatividade TDAH. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2010. p.46-61.

6. Gomes MJM, Confort MF. TDAH: Implicações no Relacionamento Interpessoal. Revista Episteme Transversalis.2017 jul./dez. p.119-132.

7. Gomes MJM, Confort MF. TDAH: Implicações no Relacionamento Interpessoal. Episteme Transversalis. 2018; 8.

8. Ferreira SS, Santos TS, Ribeiro PD. Aspectos terapêuticos do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade- TDAH. LINKSCIENCEPLACE-Interdisciplinary Scientific Journal. 2017 Out./Dez. p.118-134.

9. Greenhill LL, Abikoff HB, Arnold LE, et al. Medication Treatment Strategies in the MTA Study: Relevance to Clinicians nad Researchers. J am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1996; 35:1304-1313.

10. Grevet EH, Abreu PB, Shansis F. Proposta de uma abordagem psicoeducacional em grupos para pacientes adultos com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. Revista de Psiquiatri. 2003; 25:446-452.

11. Rohde LA, Halpern R. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualização. Jornal de Pediatria. 2004; 80:61-70.

12. Rohde LA, Barbosa G, Tramontina S, Polanczyk G. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. Revista Brasileira de Psiquiatria. 2000; 22:7-11.

13. Lima FAA. Trantorno do Déficit de atenção e Hiperatividade, entendedo melhor a criançá com TDAH no contexto da escola pública [página na internet]. Brasília: UAB/UnB; 2011. Disponível em: http://bdm.unb.br/bitstream/10483/2345/1/2011_FranciedilinaAlvesdeOliveiraLima.pdf

14. Vetter VL, Elia J, Erickson C, Berger S, Blum N, Uzark K, Webb CL. Cardiovascular Monitoring of Children and Adolescents with Heart disease receiving stimulant Drugs: A Scientific Statement From the American Heart Association Council on Cardiovascular

Disease in Young Congenital Cardiac Defects Committee and Council on Cardiovascular Nursing. Circulation. 2008; 117: 2407-23.

15. Wolraich ML, Wibbelsman CJ, Brown TE, et al. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Among Adolescents: a review of the diagnosis, treatment, and clinical implications. Pediatrics. 2005; 115:1734-46.

16. Andrade CRM. Silva WAP, Filho JFB, Silveira JCC. Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). Revista Med Minas Gerais. 2011. p.455-464.

17. Schatz DB, Rostain AL. With comorbid anxiety: a review of current literature. Jornal Atten Disord. 2006; 10.

18. International Narcotics Control Board – INCB. Psychotropic Substances. 2014; [Acesso em: 24 set. 2018]. Disponível em: https://www.incb.org/documents/Psychotropics/technical-publications/2013/en/English_2013_Tech_pub.pdf.

19. Faraone SV, Buitelaar J. Comparing the efficacy of stimulants for ADHD in children and adolescents using meta-analysis. European Child & Adolescent Psychiatry. 2010 abr. p.353-364.

20. Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde – BRATS [página na internet]. Metilfenidato no tratamento de crianças com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade [Acesso em: 22 set. 2018]. 2014 mar; 23. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/33884/412285/Boletim+Brasileiro+de+Avalia%C3%A7%C3%A3o+de+Tecnologias+em+Sa%C3%BAde+%28BRATS%29+n%C2%BA+23/fd71b822-8c86-477a-9f9d-ac0c1d8b0187?version=1.1.

21. Ortega F, Barros D, Caliman L, Itaborahy C, Junqueira L, Ferreira CP. A Ritalina no Brasil: produções, discursos e práticas. Interface - Comunicação, Saúde, Educação. 2010 jul/set; 14:499-510.

22. Moura MH. As consequências do uso prolongado e não terapêutico do metilfenidato. Ariquemes-RO: FAEMA; 2014 [citado 2017 fev 28].

23. Brasil - Legislação UNCISAL. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

24. Cesar ELR, Wagner GA, Castaldellimaia JM, Silveira CM, Andrade AG, Oliveira LG. Uso prescrito de cloridrato de Metilfenidato e correlatos entre estudantes universitários brasileiros. Revista de Psiquiatria Clínica. 2012; 39:183-188.

25. Bennett FC, Brown RT, Craver J, Anderson D. Efeitos colaterais do Metilfenidato. 1999: 46:929-944.

26. Clark MA, Finkel R, Rey JÁ, Whalen K. Farmacologia Ilustrada. 5ed. Porto Alegre: Ed. Artmed; 2013.

27. Papalia DE, Feldman RD, et al. Desenvolvimento Físico e Cognitivo na Terceira Infância. 12ed. Porto Alegre: Artmed; 2013.

28. Carneiro SM, et al. O uso não prescrito de metilfenidato entre acadêmicos de medicina. Cadernos UniFOA. 2013; 8.

29. Freitas F, Amarante P. Psiquiatrização da vida e o DSM V: desafios para o início do século XXI. INFORME ENSP [página na internet]. 2012; [Acesso em: 29 abr. 2019]. Disponível em: http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/29782.

30. Fernandes CT, Marcondes JF. TDAH: Transtorno, Causa, Efeito e Circunstância. Revista de Ensino, Educação e Ciências Humanas. 2017. p.48-52.
31. Cruz BA, Lemos FCS, Piani PPF, Brigagão JIM. Uma crítica à produção do TDAH e a administração de drogas para crianças. Estudos de Psicologia (Natal). 2016 jul./set. p.282-292.

32. Arbex D. Holocausto Brasileiro. São Paulo: Geração Editorial; 2013.

33. Dantas JB. Tecnificação da vida: uma discussão sobre o discurso de medicalização da sociedade. Fractal Revista de Psicologia. 2009. p. 563-580.

34. Soalheiro NI, Mota FS. Medicalização da vida: doença, transtornos e saúde mental. Polis e Psique. 2014; 4: 1-21.