

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Instituto de Filosofia e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social**

MIGUEL HEXEL HERRERA

**DA DEPRESSÃO AO TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E
HIPERATIVIDADE: ESTUDO SOBRE A PROMOÇÃO PUBLICITÁRIA
DO METILFENIDATO**

**Porto Alegre
2015**

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Instituto de Filosofia e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social**

MIGUEL HEXEL HERRERA

**DA DEPRESSÃO AO TRANSTORNO DE DÉFICIT DE
ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE: ESTUDO SOBRE A PROMOÇÃO
PUBLICITÁRIA DO METILFENIDATO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Antropologia Social

Orientadora: Profa. Dra. Fabíola Rohden

**Porto Alegre
2015**

CIP - Catalogação na Publicação

Herrera, Miguel

Da depressão ao transtorno de déficit de atenção e hiperatividade: estudo sobre a promoção publicitária do metilfenidato / Miguel Herrera. -- 2015.
147 f.

Orientador: Fabíola Rohden.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Porto Alegre, BR-RS, 2015.

1. Ritalina®. 2. Promoção de Fármacos. 3. Medicalização. 4. Biomedicalização. I. Rohden, Fabíola, orient. II. Título.

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Instituto de Filosofia e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social**

MIGUEL HEXEL HERRERA

**DA DEPRESSÃO AO TRANSTORNO DE DÉFICIT DE
ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE: ESTUDO SOBRE A PROMOÇÃO
PUBLICITÁRIA DO METILFENIDATO**

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Fabíola Rohden (Orientadora)
Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social (UFRGS)

Prof. Dr. Emerson Giumbelli
Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social (UFRGS)

Prof^a. Dr^a. Paula Sandrine Machado
Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social (UFRGS)

Prof^a. Dr^a. Zulmira Newlands Borges
Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais (UFSC)

Porto Alegre
2015

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar gostaria de agradecer ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da UFRGS que proporcionou as condições necessárias para execução desta pesquisa. As lições transmitidas pelos professores, a atenção dispensada pelos funcionários e o diálogo intenso com meus colegas foram indispensáveis para minha formação em antropologia.

Agradeço à Fabíola Rohden, com quem trabalho desde a graduação, pela confiança, incentivo e dedicação no acompanhamento desta dissertação. Sou grato, sobretudo, pela gentileza e paciência nos momentos finais do trabalho.

Também agradeço imensamente aos professores que aceitaram prontamente meu convite para compor a banca examinadora: Emerson Giumbelli, Paula Machado e Zulmira Borges.

Ao CNPq pela bolsa de estudos concedida entre março de 2013 e fevereiro de 2015 que possibilitou minha dedicação integral ao curso de mestrado.

Ao dono do sítio *Bonkers*, Ben Hansen, pela disponibilidade e interesse em minha pesquisa.

A todos os integrantes do grupo de pesquisa Ciências na Vida pelas trocas constantes e divertidas reuniões. Aos colegas Alexandre, Ana Milena, Clem, Guilherme M., Lola, Manu, Paula, Tiago e Vitor.

Aos colegas e companheiros Eduardo Zanella, Nino, Rodrigo Dornelles e Vitor Richter que acompanharam (e auxiliaram) a escrita de meu projeto de doutorado durante nossa estadia em Campinas. À Jú e ao Mário pelo apoio, amizade e parceria em todos os momentos. À Bruna K., Amanda B. e Jorge H. pela leitura atenta e correção providencial.

Meu pai Alberto, que sempre apoiou minhas escolhas com orgulho.

À Pati, pela leitura sincera e pelas doses brutais de pragmatismo. Contigo eu aprendi.



André Dahmer, 'Todos os Malucos, a série', 2014.

RESUMO

Esta dissertação explora o tema da medicalização. A pesquisa toma como objeto a promoção do fármaco Cloridrato de Metilfenidato, conhecido pelo nome comercial: Ritalina®. Trata-se de uma droga psicoestimulante atualmente estabelecida como tratamento de primeira linha para o TDA/H (Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade). A literatura especializada afirma que o TDA/H é uma doença de alta prevalência em crianças em idade escolar, sendo o “distúrbio neurocomportamental” mais comum na infância. Dados epidemiológicos sobre a expansão da prevalência do TDA/H e sobre aumento do consumo da Ritalina® somados às complexas relações entre diversos atores (indústria farmacêutica, pesquisadores e publicitários) sugerem que, além da apropriação dos modos de vida das pessoas pela medicina, está sendo estabelecido um vasto mercado corporativo. Este trabalho acompanha a trajetória da Ritalina® a partir da análise de material promocional destinado a profissionais da área médica. As propagandas examinadas foram encontradas através do buscador google e do Portal de Periódicos da Capes (periodicos.capes.gov.br) e compreendem o período de 1956 - quando Ritalina® foi lançada nos EUA – até 1979. Selecionei 32 informes publicitários para serem analisados, baseando-me em critérios como qualidade das imagens, confiabilidade e origem das fontes. Os anúncios mostram que este psicofármaco foi inicialmente indicado para problemas distintos como depressão, fadiga, letargia e narcolepsia. Ao fim da década de 1960 a Ritalina® passa a ser reconhecida como tratamento eficaz para “crianças hiperativas”. Argumento que ao considerarmos propagandas produzidas por laboratórios farmacêuticos como documentos legítimos é possível contribuir para resgatar aspectos históricos de determinada droga que de outro modo poderiam passar despercebidos, uma vez que este tipo de material caracteriza-se como um elemento imprescindível no arsenal persuasivo dessas empresas.

Palavras-chave: Ritalin®; Promoção de Fármacos; Medicalização; Biomedicalização.

ABSTRACT

This dissertation examines the promotion and advertisement for Ritalin (a trade name for methylphenidate). Ritalin® is a psychostimulant medication used for the treatment of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). ADHD is one of the most common childhood disorders and can continue through adolescence and adulthood. Symptoms include hyperactivity, difficulty staying focused, paying attention and difficulty controlling behavior. The worldwide prevalence estimates of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) are highly variable. The current study aims to examine how Ritalin®, originally promoted by Ciba as a mild antidepressant, became the drug of first choice to treat ADHD (known at the time as hyperactivity or minimal brain dysfunction). This dissertation examines the development of methylphenidate treatment and the expansion of the diagnostic category of ADHD through the analysis of pharmaceutical advertisements for Ritalin® in US and Canadian medical journals published between 1956 and 1970's. Most of the journals were retrieved from *Portal de Periódicos da Capes* and MEDLINE searches. I selected a sample of 32 advertisements to analyze, based mainly on image quality. These pharmaceutical advertisements show that this psychotropic initially market for mild depression and mood disorders, fatigue, lethargy and narcolepsy. By the end of the 60's, Ritalin is being shown – and renowned – as an effective treatment for “hyperactive children”. I suggest that when we consider pharmaceutical advertisement material as a legitimate documental source, it is possible contributing to retrieve historical aspects of a specific drug, which might otherwise go unnoticed, since this type of material is characterized as an essential component in the persuasive arsenal of those companies.

Keywords: Ritalin®; Drugs Promotion; Medicalization; Biomedicalization.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES, IMAGENS E FIGURAS

Figura 1 — “Lift the depressed patient up to normal without fear of overstimulation”.....	50
Figura 2 — “Arouse the depressed psychiatric patient.”.....	53
Figura 3 — “Stabilize the up and down patient.”.....	55
Figura 4 — “You can bring patients ‘out of the corner”.....	58
Figura 5 — “Chemically new and clinically”.....	60
Figura 6 — “When reassurance is not enough... Ritalin helps brighten the day”..	62
Figura 7 — “Brighten the day. Overcomes depression, fatigue, lethargy, improve spirits and performance with Ritalin”.....	63
Figura 8 — “Brighten the day.”.....	65
Figura 9 — “Parenteral Ritalin ‘Help psychiatric patients talk.”.....	67
Figura 10 — “After Barbiturate anesthesia... Parenteral Ritalin.”.....	70
Figura 11 — “Break down his resistance to psychotherapy.”.....	73
Figura 12 — “Ritonic. New revitalizing tonic brightens the second half of life!”.....	76
Figura 13 — “Tired patients respond to Ritalin”.....	80
Figura 14 — “Relieves chronic fatigue that depressões and mild depression that fatigues”.....	82
Figura 15 — “When you hear ‘Doctor, I Always feel so tired’ the answer may be Ritalin®”.....	84
Figura 16 — “If chronic fatigue and mild depression make simple jobs looks this big...”.....	85

Figura 17 — “If chronic fatigue and mild depression make simple tasks seem this big...”	86
Figura 18 — “RITALIN® (methylphenidate CIBA) Sparks energy”	88
Figura 19 — “RITALIN® (methylphenidate ciba) sparks energy in the patient with ‘tired mother syndrome’”	90
Figura 20 — “When the clinical picture looks like this...”	90
Figura 21 — “To lighten the burden of chronic fatigue...”	93
Figura 22 — “What’s befallen The Great Maldonado? If mild depression interferes with routine performance...”	93
Figura 23 — “Helps relieve chronic fatigue and apathy quickly.”	96
Figura 24 — “The mean child who doesn't mean it... Is he a ‘hyperactive’ problem child?”	100
Figura 25 — “Ritalin helps ‘the problem child’ become lovable again.”	105
Figura 26 — “MDB... Medical myth or diagnosable disease entity”	107
Figura 27 — “Managing Wednesday's Child... the child with MBD”	109
Figura 28 — “Controlled studies demonstrate its benefits in MDB only when medication is indicated.”	111
Figura 29 — “MDB Case History #1”	113
Figura 30 — “Tested by time and experience in the treatment of MBD”	116
Figura 31 — “Mischievous or MBD? (Don't mistake one for the other)”	118
Figura 32 — “Juvenile pranks... or signs of MBD? (A differential diagnosis is important)”	120

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

ADD – *Attention Deficit Disorder*

ADHD – *Attention Deficit/Hyperactivity Disorder*

AMA – *American Medical Association*

APA – *American Psychiatric Association*

CIBA – *Chemical Industry Basel*

CID – *Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*

CID – *Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*

DSM – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

DCM – *Disfunção Cerebral Mínima*

ICD – *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*

ONU – *Organização das Nações Unidas*

TDAH – *Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade*

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO:.....	13
2. A MEDICALIZAÇÃO DA ATENÇÃO.....	16
2.1. O Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade em Destaque.....	17
2.2. A CIBA e a descoberta do metilfenidato.....	21
3. A “HISTÓRIA OFICIAL” DO TDAH.....	26
3.1. O TDAH ilustrado em um livro infantil do século XVIII.....	29
3.2. O defeito de controle moral	31
3.3 A encefalite letárgica e o fortalecimento da neurologia.....	33
3.4. A Benzedrina e o paradoxo dos estimulantes	34
4. O PERCURSO DE INVESTIGAÇÃO.....	37
4.1. Antropologia a partir de documentos.....	37
4.2. As propagandas como foco de análise antropológica.....	40
4.3. O recorte do material.....	42
5. A RITALINA® “CRIANDO” TIPOS DE PESSOAS.....	48
5.1 1956-1970: Ritalina® para adultos fatigados e deprimidos	50
5.2. Análise do material publicitário publicado entre 1956-1970.....	97
5.3. 1970 a 1979: Ritalina® para meninos “problemáticos”	99
5.4. Análise do material publicitário publicado entre 1970-1979.....	121
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	125

1. INTRODUÇÃO

O sociólogo norte-americano Peter Conrad define medicalização como “[...] um processo pelo qual problemas não médicos se tornam definidos e tratados como problemas médicos, geralmente em termos de doenças e desordens.” (2007, p. 4, tradução minha). Adicionalmente, o autor afirma que os estudos sociológicos sobre medicalização “[...] enfatizam os processos pelos quais um diagnóstico particular é elaborado, aceito como medicamento válido, e passa a ser usado para definir e tratar os problemas dos pacientes.” (Conrad; Barker, 2011, p. 205, tradução minha). O autor expõe que essa medicalização está geralmente associada aos comportamentos desviantes em “eventos cotidianos”, mas ressalta a crescente inclusão de novas “categorias”, como doenças mentais, distúrbios alimentares, alcoolismo, disfunção sexual e problemas de aprendizado (Conrad; Barker, 2011, p. 205). Estudos recentes confirmam o surgimento de categorias de diagnóstico como a menopausa, andropausa, disfunção sexual feminina e masculina (Reis, 2000; Senna, 2003, 2009, Rohden 2009). Rohden assinala que certas condições como a tensão pré-menstrual (TPM) ou mudanças ocasionadas pela menopausa têm sido utilizadas “[...] como chaves explicativas para as mais variadas formas de comportamento e têm alimentado uma grande indústria de tratamento dos ‘problemas femininos’.” (2008, p. 134). A emergência dessas novas categorias médicas faz com que Conrad levante uma pergunta muito importante: “o que acontece com essas categorias ao longo do tempo?” (2007, pp. 46-47). É provável que sejam absorvidas pela prática médica corrente, enquanto outras desaparecerão ou acabarão caindo em desuso. Algumas categorias, contudo, serão expandidas. É o caso do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Conrad usa o termo “expansão de diagnóstico” para se referir a diagnósticos já consolidados que podem ter suas definições e limites modificados a fim de incluir novas condições e/ou para incorporar um público mais amplo que não foi contemplado na concepção do diagnóstico original (2007, pp. 46-47).

Conrad (1975) aponta que até o fim dos anos 1980 o TDAH era considerado uma síndrome exclusivamente infantil. Uma revisão mais detida da literatura especializada sobre o tema (Lange et al., 2000; Hodgkins, et. al. 2012; Shaw et al. 2011) revela que, nos últimos 200 anos, diversos autores descreveram casos de crianças com sintomas de impulsividade, hiperatividade e desatenção. Os conceitos

clínicos, termos e nomenclaturas das disfunções descritas foram sendo modificados conforme o tempo, e, a despeito disso, os autores vinculados ao campo biomédico afirmam que muitas das descrições históricas são consistentes com os critérios diagnósticos atuais para o TDAH (Lange et. al. 2010).

Na primeira etapa de pesquisa tinha como questões iniciais: (1) Como se deu essa expansão do diagnóstico do TDAH que tornou possível a inclusão de adultos entre os afetados pelo distúrbio? (2) Houve um alargamento dos sujeitos diagnosticáveis, passando das crianças aos adultos? (3) Qual o papel da promoção do medicamento pelos laboratórios farmacêuticos?

Responder a estas perguntas seria um trabalho demasiado pretensioso para esta dissertação. Contudo, a partir de uma investigação exploratória me deparei com um valioso material que são os anúncios publicados pelo laboratório farmacêutico CIBA (atual Novartis) em periódicos médicos, sobretudo no contexto norte-americano. Os anúncios tinham como foco o cloridrato de metilfenidato (conhecido pelo nome comercial Ritalina®) e a partir de sua análise percebi que seria possível explorar um novo conjunto de questões mais precisas.

A pergunta “para quê e para quem serve a Ritalina®?” passou, então, a orientar a análise dos anúncios publicitários destinados aos médicos, desde sua comercialização nos EUA de 1956 até 1979. Dessa forma, pretendo discutir quais os modelos de pessoas (e saúde e doença) ou formas de subjetividade estão sendo promovidos via o que é apresentado como “problema a ser evitado” (homens e mulheres deprimidos, idosos dependentes e crianças com problemas de comportamento) e o que é destacado como “padrão a ser buscado” (mulheres felizes em seus afazeres domésticos, homens de negócio produtivos, crianças calmas e comportadas).

Para tanto, esta dissertação apresenta primeiramente o contexto de surgimento da Ritalina® e as transformações associadas a sua promoção e consumo, sobretudo no contexto norte-americano, no qual são produzidas as pesquisas mais influentes sobre o TDAH e também onde mais se consome o metilfenidato (Itaborahy e Ortega, 2013).

Posteriormente se seguirá a descrição dos procedimentos metodológicos e análise dos anúncios escolhidos. Por fim, será feita uma discussão mais geral acerca dos modelos de comportamento apresentados nos anúncios tendo como

referência a bibliografia especializada nos processos de medicalização em curso a partir da metade do século XX.

Um número considerável de produções na área das ciências sociais tomou o TDAH como objeto de estudo no cenário nacional e internacional¹. Destaco a produção de Adam Rafalovich, Luciana Caliman e Ilina Singh que forneceram subsídios formidáveis em seus livros e artigos sobre a história recente dos transtornos de atenção e aprendizagem a partir de uma perspectiva crítica. Também me apoio nos estudos sobre medicalização e história da neurologia realizados respectivamente por Peter Conrad e Nikolas Rose.

¹ Eleonora B. Coelho (2012, 2013); Denise Barros (2009, 2014); Francisco Ortega (2013); Colman Nefsky (2004); Rick Mayes (2007) e Rodrigo Cheida (2013); Claudia Itaborahy (2010, 2013), Nathan Moon (2009); Andrew Lakoff (2010); Nikolas Rose (2003, 2007); Adam Rafalovich (2001, 2001a, 2007); Lucia Vera Caliman (2006, 2010); Ilina Singh (2002, 2002b, 2003, 2007, 2012) e Peter Conrad (1975, 1992, 2007, 2011).

2. A MEDICALIZAÇÃO DA ATENÇÃO

Neste capítulo elaboro um contexto de entendimento acerca do aparecimento e relevância atual do diagnóstico de TDAH e do surgimento da Ritalina®. A referência às classificações de diagnósticos, à descoberta do metilfenidato pelo laboratório CIBA e a “história oficial” do TDAH serão abordados em destaque. Contudo, antes disso, aproveito para indicar como o uso da Ritalina® para condições cada vez mais ampliadas tem sido alvo de grandes debates.

É possível constatar isso por meio de notícias veiculadas na mídia ou em periódicos como a revista *Nature* que, em 2007, publicou o texto *Professor's little helper*, escrito por Barbara Sahakian e Sharon Morein-Zamir, professoras do Instituto de Neurociências de Cambridge. O artigo abre uma discussão sobre as implicações éticas do uso “não médico” de psicofármacos como o metilfenidato em círculos acadêmicos e outros ambientes de trabalho. O texto levou a *Nature* a realizar um questionário informal respondido por 1400 leitores de 60 países diferentes: *Looks whos doping* (2008)².

Entre 2008 e 2009, a *Nature* publicaria um debate acalorado sobre o tema a partir do texto *Towards responsible use of cognitive-enhancing drugs by the healthy*, de autoria do politólogo Henry Greely e colegas da faculdade de *Stanford* (Greely et ali. 2008). O texto recebeu réplicas como: *Much ado about cognitive enhancement* (Oliveira, 2009); *A Medical view of potential adverse effects* (Chatterjee, 2009); *Recall of learned information may rely on taking drug again* (Young e Colpaerti, 2009) e *Patterns of drug use have varied throughout history* (Burnap, 2009).

Artigos similares podem ser encontrados facilmente buscando os termos “*smart drug use*” e “*cognitive-enhancing drugs*” no Google Acadêmico, como por exemplo: *Nonmedical Prescription Stimulant Use among College Students...* (Arria e Dupont, 2011)³ e *Medical and nonmedical users of prescription drugs among college students* (Rozenbroek e Rothstein, 2011)⁴.

Na mídia, os exemplos são ainda mais explícitos e especulativos, como: “*ADHD prescriptions rise sparks 'smart drug' fears*”⁵; “*Better Living Through*

² Disponível em: nature.com/news/2008/080409/full/452674a.html

³ Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2951617/>

⁴ Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21500053>

⁵ Disponível em: theguardian.com/society/2013/aug/13/adhd-prescriptions-smart-drug-ritalin

*Chemistry–The Success Pill...?*⁶; *Enhanced intelligence...*⁷; *Government watchdog considers ban on IQ booster drugs*⁸; *The dangers for students addicted to brain Viagra...*⁹; *Students could be tested for performance-enhancing drugs*¹⁰; *'Smart Drug' Modafinil Risks Student Health*¹¹; *Use of Attention-Deficit Drugs Is Found to Soar Among Adults*¹²; *A ascensão da pílula da boa-nota*¹³ e *Jovens abusam de estimulantes para melhorar desempenho nos estudos*¹⁴.

2.1. O Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade em Destaque

O TDAH tem mobilizado um grande debate nas classificações de diagnósticos que são usadas em boa parte do mundo ocidental. O *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)*¹⁵ é um guia voltado aos profissionais da área da saúde mental que lista diferentes categorias de transtornos mentais e critérios para diagnosticá-los. Este guia foi criado pela *American Psychiatric Association (APA)* como uma alternativa à *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)*¹⁶ - outro sistema classificatório usado na psiquiatria moderna - produzida pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Apesar de serem alvo de críticas - especialmente o DSM (Russo e Venâncio, 2006, p. 464) -, ambos os sistemas são amplamente utilizados na orientação de diagnósticos de inúmeras doenças e transtornos, inclusive do TDAH. De acordo com a quinta versão do DSM (DSMIV-TR), a principal característica do TDAH “[...] é um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade, mais frequente e severo do que aquele tipicamente

⁶ Disponível em: psychologytoday.com/blog/the-procrastination-equation/201107/better-living-through-chemistry-the-success-pill

⁷ Disponível em: pharmaceutical-journal.com/opinion/comment/enhanced-intelligence-the-rising-use-of-smart-drugs-among-students/11017908.article

⁸ Disponível em: theguardian.com/politics/2009/jul/28/watchdog-intelligence-performance-psychoactive-drugs

⁹ Disponível em: dailymail.co.uk/health/article-2451586/More-students-turning-cognitive-enhancing-drug-Modafinil-hope-boosting-grades-job-prospects.html#ixzz3QHgdCSIW

¹⁰ Disponível em: telegraph.co.uk/news/science/science-news/9658496/Students-could-be-tested-for-performance-enhancing-drugs.html

¹¹ Disponível em: <http://news.sky.com/story/1147488/smart-drug-modafinil-risks-student-health>

¹² Disponível em: nytimes.com/2005/09/15/health/15disorder.html?_r=0

¹³ Disponível em: folha.uol.com.br/fsp/newyorktimes/50768-a-ascensao-da-pilula-da-boa-nota.shtml

¹⁴ Disponível em: noticias.r7.com/saude/noticias/jovens-abusam-de-estimulantes-para-melhorar-desempenho-nos-estudos-20120626.html?question=0

¹⁵ Conhecido no Brasil como Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.

¹⁶ Conhecido no Brasil como Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID)

observado em indivíduos em nível equivalente de desenvolvimento [...]” (APA, 2000). A Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) emprega outra nomenclatura para a doença: Transtornos Hipercinéticos (OMS, 1993). Apesar disso, apresenta mais similitudes do que diferenças com o DSM-IV em relação às diretrizes diagnósticas para o transtorno (Rohde, et al. 2000 p. 7).¹⁷

O guia de diretrizes para avaliação e diagnóstico de TDAH em crianças elaborado pela *American Academy of Pediatrics* (AAP - Academia Americana de Pediatria) indica que é uma doença de alta prevalência em crianças em idade escolar, sendo o “distúrbio neurocomportamental” mais comum na infância (AAP, 2000). Segundo Boletim de Farmacoepidemiologia publicado em 2012 pelo Serviço Nacional de Gerenciamento de Produtos controlados da Agência Nacional Vigilância Sanitária (SNGPC/ANVISA), “o TDAH é um dos transtornos neurológicos do comportamento mais comum da infância que afeta 8 a 12% das crianças no mundo.” O Boletim da SNGPC menciona que no ano de 2007, “o Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) dos Estados Unidos considerou que cerca de 9,5% (5,4 milhões) de crianças e adolescentes americanos de 4 a 17 tinham TDAH (2012, p. 1)¹⁸

Outras pesquisas realizadas apontam que estudos nacionais e internacionais “[...] situam a prevalência do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) entre 3% e 6%, sendo realizados com crianças em idade escolar na sua maioria.” (Rohde, et al., 2000, p. 7,). Pesquisas indicam que as vendas domésticas do metilfenidato (calculadas em quilogramas por ano) aumentaram 500% entre 1991 e 1999 apenas nos EUA (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS 1995, 1996, 1998; Rose, 2003 e Singh, 2002).

O Metilfenidato pertence ao grupo de medicamentos psicoestimulantes e é conhecido no Brasil pelos nomes comerciais Ritalina®, Ritalina LA® e Concerta®, produzidos, respectivamente, pelos laboratórios Novartis Biociências (Novartis) e Janssen Cilag Farmacêutica (integrante do grupo empresarial Johnson & Johnson). Conforme Itaborahy e Ortega, a comercialização do metilfenidato no Brasil se deu a partir de 1998, quando foi aprovado pela ANVISA. Os autores apontam que

¹⁷ No Anexo 1 apresento um quadro contendo as principais nomenclaturas que antecedem o TDAH.

¹⁸ O mesmo documento informa que as estimativas de prevalência do TDAH entre crianças e adolescentes encontradas no Brasil foram bastante discordantes: “[...] com valores de 0,9% a 26,8%.” (ANVISA, 2012, p.1)

Atualmente o metilfenidato é o psicoestimulante mais consumido no mundo, mais que todos os outros estimulantes somados. Segundo o relatório da Organização das Nações Unidas sobre produção de psicotrópicos, sua produção mundial passou de 2,8 toneladas em 1990 para quase 38 toneladas em 2006. Das 38 toneladas produzidas em 2006, 34,6 foram produzidas pelos Estados Unidos, que também são os maiores consumidores do estimulante. Naquele ano, o consumo mundial de metilfenidato foi de 35,8 toneladas, 82,2% foram consumidos pelos EUA. (Itaborahy e Ortega, 2013, p. 804)

Segundo o artigo, no ano de 1970 estimava-se que 150.000 crianças norte-americanas faziam uso de estimulantes (incluindo o metilfenidato). No ano de 1987, esta estimativa aumentou para um total de 750.000 crianças em idade escolar e, posteriormente, em 1995, o número estimado foi de 2,6 milhões (Itaborahy e Ortega, 2013, p. 13). Para o sociólogo Nikolas Rose (2007, p. 209-210), desde a metade dos anos 1980 tem havido um aumento na prescrição de psicoestimulantes, notavelmente da Ritalina® e do Adderall®¹⁹, principalmente nos Estados Unidos.

From the mid-1980s to the end of the twentieth century there was a remarkable growth in the diagnosis of this condition and in the use of these drugs. This was most marked in the United States, where prescribing rates rose eight-fold in the decade from 1990 to 2000. (Rose, 2007, p. 209-210)

De acordo com o autor, há um aumento similar - ainda que menos acentuado - em diversos países como a Austrália, Nova Zelândia, Israel e no Reino Unido. (Rose, 2007, p. 209)²⁰. O australiano Toby Miller, professor de Jornalismo e Estudos Culturais e Mídia na University of California Riverside, e a médica Marie Leger, filiada ao NYU Langone Medical Center, fornecem dados mais detalhados sobre a quantidade de receitas prescritas e o aumento das vendas do metilfenidato nos EUA. Segundo os autores, “onze milhões de receitas são prescritas nos EUA a cada

¹⁹ O Adderall® foi originalmente produzido pela Richwood Pharmaceuticals em 1996, posteriormente a empresa se fundiu com a Shire plc. Atualmente a versão de liberação instantânea é comercializada pela Teva Generics (Em: <accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/96/11522S010_Adderall.pdf> Acesso em 20 de janeiro de 2015)

²⁰ Itaborahy e Ortega confirmam que o consumo no Brasil vem crescendo com o passar dos anos, em “[...] 2000, o consumo nacional de metilfenidato foi de 23 kg. A produção brasileira passou de 40 kg em 2002 para 226kg em 2006. Além disso, em 2006, o Brasil importou 91 kg do estimulante.” (Itaborahy e Ortega, 2008, p. 804). O supracitado Boletim de Farmacoepidemiologia do SNGPC/ANVISA apresenta uma caracterização descritiva da prescrição e do consumo de metilfenidato no Brasil entre 2009 e 2011. Os dados foram coletados no Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC) e apontam para o uso crescente deste medicamento em todas as regiões do país. O boletim revela que em 2009 foram comercializadas 557.588 caixas de metilfenidato, já no ano de 2011 foram vendidas 1.212.850 caixas nas farmácias país. Isso representa uma alta superior a 100% em relação ao ano de 2009. O documento aponta ainda que em 2011 o “[...] gasto estimado das famílias brasileiras com o produto [...] foi de R\$ 28,5 milhões. Esse montante significa um valor de R\$ 778,75 por cada mil crianças com idade entre 6 e 16 anos.” (ANVISA, 2012, p.10)

ano e as vendas no país passaram de \$109 milhões em 1992 para \$336 milhões em quatro anos” (2003, p. 23).

O pediatra norte-americano Lawrence Diller²¹ posiciona-se criticamente em relação ao uso crescente dessas drogas. Para o autor, uma hipótese possível para o aumento vertiginoso do consumo deste tipo de psicofármaco, são as mudanças nos critérios diagnósticos que invariavelmente ampliam o grupo de pessoas que podem ser enquadradas no diagnóstico do TDAH, e, conseqüentemente, aumentam o número de consumidores de estimulantes (Diller, 2006, p. 13).

Segundo o relatório da Organização das Nações Unidas (ONU) sobre produção de psicotrópicos citado por Itabohary e Ortega (2013), o aumento crescente do consumo de metilfenidato - notavelmente nos EUA - se deve à associação ao TDAH e à excessiva publicidade deste medicamento no mercado norte-americano (Nações Unidas, 2008). Os dados sobre a expansão da prevalência do TDAH e sobre o aumento do consumo somados às complexas relações entre diversos atores (indústria farmacêutica, pesquisadores, clínicos e publicitários) sugerem que, além da apropriação dos modos de vida das pessoas pela medicina, está sendo estabelecido um vasto mercado corporativo. O TDAH e a utilização considerada excessiva do metilfenidato e outros medicamentos tem sido assunto constante de reportagens e programas televisivos.

Especialistas das mais diversas áreas discutem a validade dos critérios diagnósticos. Enquanto uns advogam a favor do uso da medicação outros criticam ferozmente o aumento do uso de estimulantes em crianças e em adultos. O tema gera polêmica na mídia. As reportagens sobre o TDAH chamam atenção com títulos sugestivos como: “A droga da obediência” (*Carta Capital*, 2011)²², “A ritalina e os riscos de um ‘genocídio’ do futuro” (sítio da Unicamp, 2013)²³, “A ascensão da pílula da boa nota” (*Folha de São Paulo*, 2012)²⁴ e “Geração Ritalina” (*Revista Trip*, 2011)²⁵.

²¹ Diller é pediatra e autor de livros como *Running On Ritalin* (1998), considerado um livro de “psicologia popular” (“pop psychology”). Outros autores proeminentes neste gênero literário são Peter Schrag e Diane Divoky, autores de *The Myth of the Hyperactive Child* (1975), Peter Breggin, autor de *Toxic Psychiatry* (1991) e *Talking back to Ritalin* (1998) e Thomas Armstrong que escreveu *The Myth of the ADD Child* (1995).

²² Disponível em: cartacapital.com.br/carta-fundamental-arquivo/a-droga-da-obediencia

²³ Disponível em: unicamp.br/unicamp/noticias/2013/08/05/ritalina-e-os-riscos-de-um-genocidio-do-futuro

²⁴ Disponível em: www1.folha.uol.com.br/fsp/newyorktimes/50768-a-ascensao-da-pilula-da-boa-nota.shtml

²⁵ Disponível em: <http://revistatrip.uol.com.br/revista/203/reportagens/geracao-ritalina.html>

No ano de 2013, a escassez do metilfenidato no mercado brasileiro gerou descontentamento por parte dos consumidores. A falta do medicamento perdurou por mais de cinco meses e o assunto foi debatido à exaustão na mídia: “Ritalina está em falta no país” (Diário Gaúcho, 2013)²⁶, “Desabastecimento da ritalina no país dura mais de cinco meses” (Jornal Sul21, 2013)²⁷, “Falta de ritalina nas farmácias deve durar mais um mês” (Jornal Sul21, 2013)²⁸, “Ritalina some das prateleiras nas farmácias” (Jornal R7 Record, 2013)²⁹, “Posicionamento Laboratório Novartis sobre a normalização da medicação Ritalina LA” (sítio da Associação Brasileira do Déficit de Atenção, 2013)³⁰.

2.2. A CIBA e a descoberta do metilfenidato

A Ritalina® foi produzida pelo laboratório CIBA (Chemical Industry Basel). Sediada na cidade suíça da Basileia, a CIBA foi fundada em 1859 pelo francês Alexander Clavel (1805–1873). Originalmente uma companhia especializada em tingimento de seda, na virada do século a empresa produziu seus primeiros produtos farmacêuticos.³¹ Outras duas firmas de tingimento foram fundadas na mesma cidade, a Geigy e a Sandoz. As três empresas se tornaram companhias multinacionais com filiais em vários países, incluindo os Estados Unidos. A CIBA, Geigy e Sandoz foram levadas a expandir seus negócios por vários motivos, entre eles a evasão de taxas de importação e exportação e também para contornar regulações sobre marcas e patentes (MOON, 2009, p. 56). Em 1971 a CIBA se fundiu com a Geigy e se tornou a CIBA-GEIGY LTD. Em 1996 há uma nova fusão com a Sandoz e a Novartis é criada.

O cloridrato de metilfenidato é uma substância química estimulante do sistema nervoso central (SNC) estruturalmente relacionada com as anfetaminas

²⁶ Disponível em:

diariogaucho.clicrbs.com.br/rs/dia-a-dia/noticia/2013/05/ritalina-esta-em-falta-no-pais-4130791.html

²⁷ Disponível em: sul21.com.br/jornal/desabastecimento-da-ritalina-no-brasil-dura-cinco-meses/

²⁸ Disponível em: sul21.com.br/jornal/falta-de-ritalina-nas-farmacias-deve-durar-mais-um-mes/

²⁹ Disponível em:

<http://rederecord.r7.com/video/ritalina-some-das-prateleiras-das-farmacias-51aa7e0a0cf25d1672f99733/>

³⁰ Disponível em:

tdah.org.br/br/noticias/reportagens/item/961-posicionamento-laborat%C3%B3rio-novartis-sobre-desabastecimento-da-medica%C3%A7%C3%A3o-ritalina-la.html

³¹ Disponível em:

<https://web.archive.org/web/20101230203847/http://www.novartis.com/about-novartis/company-history/index.shtml>> Acesso em: 15 de janeiro de 2015.

(Brunton et al., 2005, p. 259). Foi sintetizado pela primeira vez em 1944 pelo italiano Leandro Panizzon (1907-2003), químico a serviço da CIBA (Myers, 2007, p. 178).

Em seu livro *Before Prozac: The Troubled History of Mood Disorders in Psychiatry* (2008), o psiquiatra norte-americano Edward Shorter relata que na época era muito comum que os químicos experimentassem suas próprias descobertas. Panizzon e sua esposa Marguerite foram as primeiras pessoas a consumir a Ritalina®.

A substância não teria causado nenhum impacto específico no químico, mas Marguerite declarou ter se sentido animada e audaciosa sob a influência da droga (SHORTER, 2008, p. 39). Marguerite sofria de pressão baixa e passou a tomar a substância para jogar partidas de tênis. Panizzon nomeou o composto de Ritaline em homenagem a Marguerite, cujo apelido era Rita (MYERS, 2007, p. 178).

Panizzon trabalhou em conjunto com o Diretor de Pesquisas Farmacêuticas da CIBA, Max Hartmann, responsável pela obtenção das primeiras patentes de fármacos da empresa (AFTALION, 1991, p. 308). Hartmann e Panizzon apresentaram uma síntese aprimorada para o metilfenidato e obtiveram a patente norte-americana para sua manufatura em 16 de maio de 1950³². Em 1954, o metilfenidato foi patenteado como um agente para tratar diversos distúrbios psicológicos sob o nome Ritalin® (Myers, 2007, p. 178). As indicações de uso incluíam fadiga crônica, letargia, estados de depressão, psicose associada à depressão e narcolepsia (Leonard et al. 2004, p. 151).

Segundo Claudia Itaborahy e Francisco Ortega, neste mesmo ano o metilfenidato passou a ser comercializado “[...] na Suíça como um psicoestimulante leve, e na Alemanha, onde não havia necessidade de prescrição médica para a compra.” (2013, p. 804). Os autores afirmam que o medicamento entrou no mercado americano em 1956. Contudo, o pesquisador Richard L. Myers alega que o metilfenidato teria sido comercializado nos EUA a partir de 1955 (2007, p. 178). Por meio de uma busca mais detalhada descobri que o medicamento foi aprovado pela FDA³³ em 5 de dezembro de 1955 e sua comercialização nos EUA foi liberada

³² Registro da patente disponível em: <<http://www.google.com/patents/US2507631>> Acesso em: 10 de fevereiro de 2015.

³³ Disponível em: <accessdata.fda.gov/scripts/cder/drugsatfda/index.cfm?fuseaction=SearchDrugDetails> Acesso em: 10 de fevereiro de 2015.

oficialmente em 31 de dezembro de 1955³⁴. No ano de 1956 foi aprovado no Canadá pelo órgão federal responsável, o Health Canada³⁵.

Os dados atuais compilados sobre o TDAH oferecem um panorama geral sobre seu histórico, prevalência em países como os EUA e Brasil, quadro clínico, diagnóstico e etiologia. Também revelam que cada vez mais pessoas estão sendo diagnosticadas com o transtorno e que nas últimas décadas a utilização da Ritalina® tem crescido exponencialmente. No entanto, nenhuma dessas informações responde a certas perguntas, como por exemplo: como o TDAH alcançou tamanha legitimidade científica e popularidade entre médicos e pacientes?

As pesquisas atuais sobre o TDAH não fornecem dados etiológicos conclusivos sobre o TDAH (Roman et al. 2003), de modo que o consenso entre os especialistas é que se trata de um transtorno de origem multifatorial abrangendo fatores biológicos, genéticos (Roman et al. 2002; Low, 2006), ambientais (Biederman, 2005), psicossociais (Vasconcelos et al., 2005) e neurológicos (Szobote e Stone, 2003; Swanson et al., 2007).

Biederman e Faraone são dois especialistas de renome nos estudos sobre TDAH, e de acordo com esses autores

As hipóteses acerca da causa do TDAH evoluíram de teorias que defendiam uma causa única e simples para uma visão de que o transtorno é complexo e multifatorial, causado pela confluência de muitos tipos diferentes de fatores de risco (isto é, genético, biológico, ambiental, psicossocial), com cada tipo tendo um efeito pequeno sobre o aumento da vulnerabilidade para desordem por meio de seus efeitos aditivos e interativos. Se a vulnerabilidade cumulativa de um indivíduo exceder um determinado limite, ele ou ela irá manifestar os sinais e sintomas do TDAH. De acordo com esse modelo multifatorial do TDAH, nenhum fator causal é necessário ou suficiente para desencadear o transtorno e todos esses fatores são intercambiáveis (isto é, somente o número total é importante). Essa visão multifatorial do TDAH é consistente com a heterogeneidade registrada em sua fisiopatologia e manifestação clínica. (2005, p. 243, tradução minha)

Essa passagem corrobora a visão dos autores acerca da complexidade do TDAH, cujas causas são multifatoriais e interdependentes. Essa afirmação leva a certos questionamentos acerca dos procedimentos terapêuticos sugeridos pelos especialistas. Rohde e Halpern afirmam que o tratamento do TDAH “[...] envolve uma abordagem múltipla, englobando intervenções psicossociais e psicofarmacológicas.” (Rohde e Halpern, 2004, p. 67). Entretanto, quando esses

³⁴ Em: <<http://www.openfda.org/drugs/ndc/0078-0440/ritalin>> Acesso em: 10 de fevereiro de 2015.

³⁵ Em: <<http://webprod5.hc-sc.gc.ca/dpd-bdpp/info.do?code=800&lang=eng>> Acesso em: 10 de fevereiro de 2015.

especialistas conduzem estudos comparativos sobre a eficácia das diferentes abordagens, os resultados alcançados sempre apontam para a superioridade do tratamento medicamentoso, mesmo quando este é combinado com abordagens psicoterapêuticas (Rohde e Halpern, 2004, p. 68). Para eles, a intervenção psicofarmacológica de “primeira linha” são os estimulantes. No referido artigo de Biederman e Faraone (2005), o tratamento com estimulantes também é considerado como mais eficaz (2005, p. 253).

Em outro artigo, Faraone e Antshel produzem um “guia baseado em evidências” para reforçar a importância dos tratamentos medicamentosos, sobretudo estimulantes. Os autores recorrem a estudos duplo-cego “[...] que demonstram que medicamentos estimulantes são mais eficazes que medicamentos não-estimulantes e que ambos são mais eficazes que outros tipos de tratamento não medicamentosos.” (2014, p. 967).

O psiquiatra Paulo Mattos trabalha em conjunto com cientistas importantes na área médica, inclusive alguns que foram mencionados nos últimos parágrafos, como Luis Augusto Rohde, Tatiana Roman e Guilherme Polanczyk, mas também escreve livros voltados a “popularização da ciência”. Em um desses títulos o autor afirma que

[...] foram desenvolvidas outras modalidades terapêuticas para o TDAH, porém, não existe comprovação de que qualquer uma delas seja tão eficiente quanto a medicação, e o tratamento psicoterápico não deve ser visto como uma alternativa ao tratamento farmacológico, e sim como uma medida complementar, especial para alguns casos” (2001, p. 146).

Esses são apenas uns poucos exemplos, mas uma busca um pouco mais detida sobre a literatura médica sobre o TDAH revelaria inúmeras pesquisas que partilham essa visão hegemônica que prioriza a intervenção farmacológica e enfatiza os aspectos biológicos e neurológicos do transtorno em relação aos fatores externos.

Para compreender como a Ritalina® se tornou o tratamento de primeira linha para o TDAH e de que forma esse transtorno alcançou o status de entidade nosológica legítima, é necessário fazer um resgate da história contada pelos próprios especialistas envolvidos com o diagnóstico e tratamento do TDAH. A ideia não é afirmar ou refutar seus argumentos, mas sim perceber como narrativas que aspiram pureza científica e linearidade resultam em relatos a-históricos repletos de lacunas. O objetivo não é fazer pouco caso da historiografia médico-científica do

TDAH; pelo contrário, essa literatura reducionista e cientificista detém o poder de transformar a subjetividade e produzir “tipos de pessoas” (HACKING, 2006, 2007).

Assim no capítulo que segue faço uma revisão crítica do trabalho dos “historiadores internos” do TDAH, termo utilizado pelo psiquiatra canadense Colman Nefsky (2004) para se referir aos pesquisadores inseridos no campo biomédico. Apoio esta reflexão na noção de “história oficial” do TDAH proposta por Caliman (2006, 2010), e nas contribuições de Rafalovich e Mayes que realizaram extensos estudos sobre a história do TDAH e a construção de diagnósticos.

3. A “HISTÓRIA OFICIAL” DO TDAH

Segundo o sociólogo canadense Adam Rafalovich, a produção histórica sobre o TDAH “[...] tem sido, para dizer o mínimo, espúria.” (2001, p. 397). De acordo com ele, além de tendenciosos os relatos históricos são marcadamente breves. O autor critica tanto os pesquisadores contrários à medicalização (Shrag e Divoky, 1975; Breggin, 1998 e Conrad 1975, 1976) quanto aqueles alinhados ao paradigma biomédico (Kessler, 1980 e Barkley 1990, 1991, 1997). Sua crítica mais contundente é direcionada ao segundo grupo de autores que “[...]” representam uma perspectiva hegemônica que alcançou maior destaque entre o grande público [...]” (2001, idem, tradução minha). Em seus trabalhos sobre o TDAH, cientistas influenciados diretamente por Barkley e Kessler (Cooper, 2001; Palmer e Finger, 2010; Lange et al., 2010; Hodgkins et al., 2010; Shaw et al., 2012; etc.) buscaram resgatar as origens dos transtornos de atenção a partir de obras literárias e relatos científicos que descrevem o comportamento hiperativo e a desatenção em crianças.

Esses pesquisadores produziram o que Caliman (2006, 2010) nomeou de história oficial do TDAH. A autora emprega o termo “oficial” “[...] porque é a versão contada pelos órgãos públicos e associações profissionais vinculadas à pesquisa e ao tratamento do TDAH” (2006, p. 71). A história oficial do TDAH encontra-se, portanto, em produções científicas que mapeiam as origens dos transtornos de aprendizagem a partir de uma perspectiva biomédica em que “[...] as contingências locais, morais, sociais e políticas de uma época não afetam a produção científica da patologia e a condição existencial que ela descreve” (CALIMAN, 2006, p. 70).

Essas incursões não levam em consideração as propriedades particulares dos sentidos e significados que cada sociedade atribuiu a esses comportamentos e, inadvertidamente, produzem uma história que conceitua o TDAH como um fato biológico perene. Proponho resgatar certos aspectos dessa narrativa para apontar que além de um produto histórico e cultural, socialmente localizado, o TDAH também é um fenômeno relativamente recente. Não pretendo negar ou confirmar a veracidade dessa interpretação biomédica, mas sim refletir sobre algo “dado”.

A história oficial do TDAH segue um padrão exhaustivamente repetitivo. Esses trabalhos invariavelmente citam o pediatra inglês Sir George Frederic Still como o cientista pioneiro que realizou as primeiras observações clínicas do TDAH no início

do século XX. No entanto, há alguns autores que localizam fontes anteriores, sejam elas científicas ou literárias.

Os psicólogos norte-americanos Erika Palmer e Stanley Finger publicaram um artigo (2001) no qual argumentam que a primeira descrição do TDAH foi feita em 1798 pelo médico escocês Sir Alexander Crichton (1763-1856), em seu livro *An Inquiry Into the Nature and Origin of Mental Derangement: Comprehending a Concise System of the Physiology and Pathology of the Human Mind. And a History of the Passions and Their Effects*. Os autores traçam um paralelo entre a caracterização de Crichton e certos critérios diagnósticos adotados pelo DMS-IV-TR na definição do subtipo predominantemente desatento do TDAH.

O artigo de Palmer e Finger não é particularmente influente na história “oficial” do TDAH, mas recebeu alguma atenção por parte de cientistas como Lange et al. (2010) e Barkley. Esse último publicou um trabalho em conjunto com Peters (Barkley e Peters, 2012)³⁶ no qual reconhecem a contribuição de Palmers e Finger, mas colocam como premissa do artigo a afirmação de que descobriram uma referência ainda anterior a Crichton na obra do médico alemão Melchior Adam Weikard, publicada em 1775 (2012, p. 634).

Não me aprofundo nesses casos, pois são tratados como anedotas na maioria das produções do campo biomédico, geralmente descritos em poucos parágrafos ou em notas de rodapé. O psiquiatra britânico German Berrios (2006) posiciona-se criticamente contra esse tipo de produção. Ele refuta a visão de cientistas como Barkley (1997, 2006, 2006a, 2012, 2014), Barkley e Peters (2012), Conners (2000, 2014), Kessler (1989), Goldstein e Goldstein (1990) que conceitualizam o TDAH como um fenômeno autônomo, transcultural e transhistórico (Berrios, 2006).

Esses relatos a-históricos beiram o absurdo. Um exemplo muito comum são livros e artigos nos quais grandes nomes da história (políticos, músicos, escritores e pintores escritores) são diagnosticados postumamente com TDAH. Michael Fitzgerald, professor de psiquiatria do Trinity College Dublin, argumenta que Mozart e Lord Byron (2000 e 2001 respectivamente) seriam portadores do TDAH. Em outro

³⁶ BARKLEY, R. A.; PETERS, H. The earliest reference to ADHD in the medical literature? Melchior Adam Weikard's description in 1775 of "attention deficit" (mangel der aufmerksamkeit, attentio volubilis). *Journal of attention disorders*, 2012.

trabalho, em parceria com Siddiqui, Sir Winston Churchill é retrospectivamente diagnosticado com TDAH e Bipolaridade (2004, p. 219).

Em outros livros e artigos, Fitzgerald (2003, 2004, 2005, 2005a, 2006 e 2007) discute se a genialidade de certas figuras não poderia ser atribuída ao autismo e outras síndromes semelhantes. No livro *Autism and Creativity: Is There a Link Between Autism in Men and Exceptional Ability?* (2004), o autor aponta, entre outras figuras, Lewis Carroll, Ludwig Wittgenstein e W.B. Yeats como possíveis autistas.

Em *The Genesis of Artistic Creativity: Asperger's Syndrome and the Arts* (2005), adiciona à lista de possíveis autistas os escritores Hans Christian Andersen, Arthur Conan Doyle, Melville e Orwell. Entre os filósofos possivelmente autistas, encontram-se Spinoza e Kant, e na área da música o compositor Beethoven e o pianista francês Erik Satie. Também são citados os pintores Vincent van Gogh e o artista Andy Warhol.

No título *Unstoppable Brilliance: Irish Geniuses and Asperger's Syndrome* (2006), ele argumenta que figuras como Samuel Beckett, Robert Boyle e James Joyce podem ter tido a síndrome de asperger (um dos espectros do autismo). Obviamente essa última leva de livros pode ser classificada entre as obras de popularização da ciência. Esses livros foram mencionados para demonstrar alguns exemplos do tipo de historiografia anacrônica e etnocentrista que é produzida pelo paradigma biomédico.

Optei por descrever em mais detalhes quatro momentos específicos da história oficial: começo com uma análise do livro infantil *Der Struwwelpeter*, cujas primeiras versões foram publicadas entre 1844 e 1846 pelo médico e escritor alemão Heinrich Hoffmann. Duas de suas histórias são citadas constantemente como descrições precisas do TDAH no século XVIII.

Em seguida me detenho sobre o referido trabalho de Still acerca do “defeito de controle moral” publicado no início do século XIX. O terceiro momento-chave da história oficial consiste na grande epidemia de encefalite letárgica que ocorreu entre 1917 e 1918 nos EUA. E, por fim, abordo a pesquisa de Charles Bradley que em 1937 publicou um estudo sobre os efeitos benéficos da benzedrina (um tipo de anfetamina) em crianças hiperativas.

Para analisar criticamente esse recorte da história oficial me apoio no trabalho de autores como o sociólogo canadense Adam Rafalovich (2001, 2001a), a psicóloga Luciana Vieira Caliman (2006, 2010), o antropólogo norte-americano

Andrew Lakoff (2000) e o psiquiatra canadense Colman Nefsky (2004). Essas produções criticam a história oficial e procuram apontar algumas interpretações tendenciosas além de contextualizar certos aspectos históricos, políticos e morais de cada período.

3.1. O TDAH ilustrado em um livro infantil do século XVIII

Três histórias do célebre livro infantil “Der Struwwelpeter” são amplamente utilizadas na história oficial como descrições ancestrais do TDAH. A obra de autoria do médico e escritor alemão Heinrich Hoffmann (1809-1894) teve diversas versões publicadas entre 1844 e 1858. A primeira edição brasileira³⁷ foi lançada ainda no fim do século XIX pela editora Laemmert com o título de “João Felpudo” (ANDRADE, 2009, p. 133). O conto *Die Geschichte vom Zappel-Philipp* (“A história de Felipe, o Inquieto”) aparece na edição de 1856 e é considerado uma das primeiras alegorias sobre “crianças-problema” (Stewart 1970; Seidler 2004; Thome e Jacobs 2004; Barkley 2008; Lange et al. 2010 p. 243; Barkley e Peters, 2012).

A história se passa durante um jantar em família em que o protagonista (Philipp) ignora os pedidos de seu pai para que permaneça em silêncio e se comporte. O menino balança sua cadeira para frente e para trás até perder o equilíbrio e, ao tentar evitar a queda, ele agarra a toalha e derruba tudo que está sobre a mesa arruinando o jantar. Segundo o psiquiatra Eric Taylor, a história não descreve uma condição médica: “De acordo com a terminologia moderna Phil pode até ser inquieto mas não apresenta nenhum problema [...]” (2011, p. 71).

Os psiquiatras Thome e Jacobs (2004)³⁸ analisam o livro e a obra de Hoffman relacionando os comportamentos de Phillip com sintomas do século XX. No início do artigo, os autores mencionam uma “controversa discussão” acerca da patogênese do TDAH e do uso de psicoestimulantes em crianças. Em seguida, revelam sua preocupação com as afirmações de que o TDAH seria um resultado típico das condições adversas da sociedade moderna, contestando, portanto, o transtorno como uma entidade nosológica (Thome e Jacobs, 2004, p. 303). Considerando a

³⁷ Em 1942 a editora Melhoramentos lançou uma versão traduzida pelo poeta modernista Guilherme de Almeida (POMARI, 2008). Em 2011, a editora Iluminuras lançou uma versão traduzida por Claudia Cavalcanti com as ilustrações originais (Em: <<http://www.iluminuras.com.br/v2/>>. Acesso em: 10 de janeiro de 2015.)

³⁸ THOME, Johannes; JACOBS, Kerrin A. *Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in a 19th century children's book. European psychiatry*, v. 19, n. 5, p. 303-306, 2004.

presente situação, os autores julgam que retornar à história da medicina pode ser útil. Isso possibilitaria demonstrar como os sintomas típicos do TDAH foram descritos já em 1846 pelo psiquiatra alemão Heinrich Hoffmann em seu livro infantil *Der Struwwelpeter*, de “[...] modo que o TDAH certamente não representa um “modismo” diagnóstico dos tempos modernos.” (2004, p. 303, tradução minha)

Os autores apontam que Philipp não consegue ficar quieto na cadeira apesar dos pedidos do pai, e apontam como o comportamento do menino se encaixa em muitos critérios do CID-10 para o TDAH: Philip não é capaz de prestar ou manter atenção em sua tarefa (jantar) e tampouco escuta ao que estão lhe dizendo. Thomas e Jacobs observam como os sintomas de hiperatividade são muito evidentes, já que se move agitado na cadeira “[...] e exibe um padrão constante de atividade psicomotora excessiva que não diminui a despeito das reprimendas de seus pais [...]. Finalmente, seu comportamento impulsivo causa angústia significativa para a família [...].” (2004, p. 305, tradução minha).

Para Thome e Jacobs, a história de Felipe, o Inquieto, elenca os principais sintomas do TDAH, mas outros dois contos também descrevem sintomas adicionais: na história *Die Geschichte von Hans Guck-in-die-Luft* (“A história de João, o cabeça-de-vento”), o protagonista perde coisas necessárias para terminar suas tarefas, é facilmente distraído pelo céu, nuvens e pássaros e acaba esquecendo que precisa ir para escola (2004, idem). O terceiro conto é *Die Geschichte vom bösen Friederich* (“A história do malvado Frederico”), descrito em uma linha como um exemplo do comportamento antissocial por vezes associado com o TDAH. Segundo os autores, “é surpreendente como os sintomas típicos do TDAH são descritos com clareza no livro de Hoffmann.” (2004, idem, tradução minha).

O que de fato me parece surpreendente é a pobreza conceitual dos autores. Além de considerar três exemplos isolados em um livro infantil como provas cabais de que o TDAH não é uma condição moderna, há o problema de presumir que esses comportamentos eram considerados patológicos na época. Ao fim do artigo, os autores fazem uma afirmação tendenciosa: “É provável que Hoffmann tenha descrito a sintomatologia baseado em sua experiência psiquiátrica com crianças.” (Thome e Jacobs, 2004, p. 305, tradução minha)

Nessa última passagem há um erro grosseiro de cronologia. Enquanto é verdade que Hoffmann trabalhou como psiquiatra, isso só ocorreu em 1851 quando ele passou a dirigir um hospício em Frankfurt. Mesmo que tenha atendido crianças

antes de 1851, ele era treinado como médico e anatomista. Pode ser um lapso dos autores, mas essa falta de contextualização é agravada pelo fato de que o artigo apresentava brevemente a trajetória de Hoffmann incluindo esses fatos. Esse é um exemplo emblemático de como a história oficial busca avidamente por provas de que o TDAH sempre existiu.

3.2. O defeito de controle moral

Independente das disputas sobre as primeiras descrições do TDAH, é o pediatra inglês Sir George Frederic Still (1868-1941) que recebe o crédito pelas observações e descrições clínicas dos transtornos de aprendizagem em crianças. Caliman (2006, 2010) e Rafalovich (2001) afirmam que Still é referenciado em praticamente toda produção científica sobre os aspectos históricos do TDAH (BARKLEY 1997; CONNERS 2000; LANGE et al. 2010). G.F. Still é reconhecido como um dos precursores na identificação de sintomas e critérios importantes na história do estudo da atenção. Rafalovich aponta que uma série de conferências ministradas por Still é o ponto de partida mais comum nos relatos históricos do TDAH (2001, p. 98).

O autor também afirma (idem, p. 98) como tanto os pesquisadores mais céticos em relação à existência do TDAH (Armstrong 1995; Breggin 1998; Shrag e Divoky 1975) quanto aqueles que advogam a favor de sua validade (Barkley 1990, 1991, 1997; Goldstein e Goldstein, 1990) concordam que as conferências de Still (1902) estabelecem um marco no campo de estudos dos distúrbios de atenção e aprendizagem. As palestras nomeadas “Algumas condições psíquicas anormais em crianças” (Conferência I, II e III) foram proferidas em 1902 no *Royal College of Physicians* e publicadas no prestigioso periódico *The Lancet* nesse mesmo ano. Still estava interessado em discutir as “[...] condições físicas especificamente relacionadas com problemas de controle morais anormais em crianças [...]” (Still 1902, p. 1008).

Quando Still definiu a falta de controle em crianças como “defeito no controle moral”, estaria propondo a hipótese que tal condição estaria baseada em um substrato biológico possivelmente hereditário e não necessariamente relacionado com falhas educacionais. A história oficial do TDAH contada por cientistas como Barkley (2006) considera que Still foi o descobridor do defeito neurofisiológico da

vontade e da moral e suas bases cerebrais (CALIMAN, 2006, p. 113). A releitura das ideias de Still por cientistas como Barkley é um ponto importante que precisa ser esclarecido e devidamente contextualizado.

Russerl A. Barkley é psiquiatra e um dos especialistas mais influentes no campo de estudos dos transtornos de atenção. Nos anos 1990 ele desenvolveu a teoria de que o TDAH resultaria em um defeito da inibição e na capacidade de autocontrole (BARKLEY, 1997). O autor afirmou que modelos explicativos baseados no autocontrole não eram inéditos e assinalou que G.F. Still foi o primeiro a relacionar transtornos de atenção a um déficit na inibição de vontade (1997, p. 6). Barkley argumentou que as descrições realizadas por Still demonstravam as bases biológicas do transtorno e seu surgimento no início do século XX e procurou estabelecer aproximações entre sua teoria e a de Still (1997, 2003). Segundo Caliman

O primeiro ponto de acordo é etiológico: a condição mórbida descrita por Still e o atual TDAH resultam do defeito da função inibitória da vontade. A sintomatologia e a epidemiologia descritas são também as mesmas. Nas crianças afetadas, a punição é ineficaz. O comportamento agressivo e desafiante que está na base da criminalidade é uma manifestação comum. Entre os familiares, há relatos de alcoolismo, depressão e comportamento criminoso. Nos dois diagnósticos, a desatenção e a hiperatividade estão presentes. Observa-se o comportamento patológico orientado por gratificações imediatas, acompanhado da incapacidade de planejar o futuro. O intelecto não é afetado. (2010, p. 52)

A obra de Still foi analisada por Rafalovich (2001) e Caliman (2006, 2010), e ambos apontam problemas na interpretação de Barkley. Rafalovich observa que a releitura do autor distorce a pesquisa de Still apresentando uma meticulosidade neurológica inexistente no manuscrito original:

Na época em que Still publicou suas conferências não existiam hipóteses sobre estruturas neurológicas e desenvolvimento moral, e estudos em larga-escala não foram conduzidos para confirmar a natureza dessa 'doença' (a maior parte dos poucos sujeitos de pesquisa de Still era composta por pacientes institucionalizados submetidos a condições sociais desconhecidas) (2001a, p. 104, tradução minha)

Caliman afirma que Still era muito cauteloso em seus argumentos, e que quando mencionava os sintomas estudados se utilizava de expressões condicionais (como "if such they be", "and if so" e "the possibility of"). Segundo a autora os proponentes da história oficial (como Barkley) "[...] nunca mencionam as questões morais, políticas e legais que norteavam os estudos de Still. Tratava-se, em primeiro

lugar, de legitimizar os valores morais da época ao inscrevê-los no corpo.” (2010, p. 52)

Rafalovitch lembra que as proposições de Still acerca do controle moral em crianças estão alinhadas com a discussão sobre imbecilidade moral como um problema médico. Uma das preocupações de Still residia na separação entre a imoralidade infantil e a imbecilidade. A primeira era geralmente associada à criminalidade e ao comportamento desviante enquanto a segunda consistia em um problema muito mais grave (2001a, p. 105). Caliman assinala que as ideias de Still relacionam-se com discursos e práticas do contexto político e social que orientava a produção científica de seu tempo, como

[...] o desenvolvimento de uma preocupação científica, médica, econômica e social com a infância, o fortalecimento institucional e profissional da Psicologia e da pedagogia do desenvolvimento fundamentadas nas teorias fisiológicas, a busca pela sede biológica, na maior parte das vezes neurológica, da moral, a defesa moral do controle dos instintos e dos impulsos imediatos pelas instâncias mais nobres da consciência, da razão e da vontade e a afirmação do discurso preventivo contra as patologias da moral. (2010, p. 55)

Assim, para a autora, a condição descrita por Still seria um produto das demandas dos saberes legais e da necessidade política e moral de encontrar meios para pôr fim à prostituição, à delinquência e ao alcoolismo (2006, idem).

3.3 A encefalite letárgica e o fortalecimento da neurologia

A epidemia de encefalite letárgica (popularmente conhecida como “doença do sono”) que se espalhou principalmente pela Europa e EUA entre 1917 e 1918 foi um evento fundamental no estabelecimento da hipótese de uma causa biológica para os transtornos de comportamento infantil. A origem da epidemia, sua causa e uma cura para doença são desconhecidas até hoje. Trata-se de uma forma atípica de encefalite, potencialmente fatal, caracterizada pelos seguintes sintomas: letargia, febre alta, sonolência, tremores, dor de cabeça, inflamação na garganta, visão dupla, movimentos anormais do globo ocular, catatonia, perda da fala, atrofia muscular e psicose. Seus efeitos residuais são no mínimo curiosos: inversão no padrão de sono, instabilidade emocional, problemas de memória e controle motor, tiques, depressão, irritabilidade, teimosia e hiperatividade (RAFALOVIVH, 2001). Conforme Caliman, ainda que a encefalite letárgica seja considerada uma das mais

importantes classificações que precedem o TDAH, as semelhanças entre ambas patologias não são comentadas com tanta frequência. De acordo com a autora

Elas são primeiramente semelhantes por incluírem em suas descrições uma plethora de sintomas extremamente diversos. As duas desordens tornaram-se pontos de pauta nas agendas da saúde pública, foram alvo de um enorme investimento financeiro, impulsionaram uma enorme produção científica e acadêmica sobre o corpo e o cérebro, em ambas as tecnologias de visualização, exerceram um poderoso efeito em sua legitimação e, em parte, ambas se apoiaram na pesquisa cerebral dos sistemas inibitórios, fortalecendo a interpretação neurofisiológica da patologia mental. (2010, p. 57)

Rafalovich aponta como o discurso médico sobre imbecilidade moral que dominou boa parte do século XIX foi totalmente obliterado pelas análises muito mais sofisticadas sobre a encefalite letárgica. Segundo autor, o diagnóstico da doença ofereceu uma explicação fisiológica para os comportamentos desviantes em crianças (2001, p. 111).

O historiador britânico Matthew Smith assinala que o episódio da encefalite letárgica influenciaria pesquisadores como Kahn e Cohen, na década de 1930, e Alfred Strauss e Werner, nos anos 1940, a pesquisarem a relação entre lesões cerebrais e problemas de comportamento. De acordo com o historiador, Strauss e Werner foram os cientistas responsáveis por cunhar o termo “Minimal Brain Damage” (Lesão Cerebral Mínima), que será discutido no quarto capítulo. Já as pesquisas de Kahn e Cohen teriam impacto direto nos estudos de Charles Bradley, pediatra que descobriu os efeitos calmantes dos psicoestimulantes em crianças (2013, pp. 40-41).

3.4. A Bazedrina e o paradoxo dos estimulantes

A apropriação das descobertas de G.F. Still e os desenvolvimentos da neurologia durante a epidemia de encefalite letárgica foram basilares para conceituação biomédica do TDAH. Contudo, foi uma descoberta acidental que possibilitou a primazia dos estimulantes como tratamento para os transtornos de comportamento e atenção. Foi por acaso que em 1937 o pediatra norte-americano Charles Bradley descobriu os efeitos benéficos dos estimulantes em crianças com problemas comportamentais no *Emma Pendleton Bradley Home Hospital*³⁹.

³⁹ O hospital foi fundado por George e Hellen Bradley (que não eram familiares de Charles Bradley). A instituição foi nomeada em homenagem à única filha do casal, Emma Pendleton Bradley,

Segundo Smith (2013, p. 40-41), estudos como o de Kahn e Cohen influenciaram a equipe de Bradley com a ideia de que anormalidades estruturais do sistema nervoso central poderiam ser responsáveis pelo comportamento problemático em crianças (1986, p. 25 apud Nefsky, 2004, tradução minha). Nefsky relata como, a partir dessa ideia, Bradley incluiu a pneumoencefalografia⁴⁰ durante os exames físicos nas crianças. O procedimento era agressivo e causava enxaquecas severas ou prolongadas, e essas características foram atribuídas à perda de fluido cerebrospinal. Bradley especulou que ele poderia usar um estimulante para acelerar a secreção do fluido. O pediatra decidiu empregar o estimulante mais potente disponível: a Benzedrina. O fármaco não melhorou as dores de cabeça, mas apresentou efeitos inesperados. Apenas uma semana após administrar Benzedrina em 30 crianças (com idade entre 5 e 14 anos), Bradley observou uma série de mudanças de comportamento:

The most striking change in behavior occurred in the school activities of many of these patients. There appeared a definite "drive" to accomplish as much as possible. Fifteen of the 30 children responded to Benzedrine by becoming distinctly subdued in their emotional responses. Clinically in all cases, this was an improvement from the social viewpoint (1937, p. 578)

Ele também percebeu uma melhora substancial no desempenho escolar, o que deixou os professores impressionados com a mudança, especialmente no raciocínio matemático. O pediatra procedeu com cautela em seus comentários enfatizando como a escola em que os pacientes estudavam contava com professores capazes de lidar com suas necessidades e problemas específicos. Ele também se mostrou genuinamente intrigado com os efeitos da substância: "É aparentemente paradoxal que uma droga estimulante produziria um comportamento controlado em metade das crianças." (1937, p. 582, tradução minha). Apesar dos resultados positivos, Bradley alertava que "[...] seria prudente aguardar um conhecimento mais completo sobre a ação da benzedrina antes de recomendar seu uso clínico em crianças com problemas comportamentais." (1937, p. 583, tradução minha).

diagnosticada com encefalite aos sete anos de idade. A doença causou diversas sequelas na menina, incluindo epilepsia, retardo mental e paralisia cerebral. O casal detinha uma fortuna considerável e buscou todos os meios possíveis para tratar Emma sem, no entanto, obter sucesso. Em seu testamento, o casal pediu que a residência da família fosse transformada em uma clínica para tratar crianças com problemas semelhantes ao de sua filha. (Em: <bradleyhospital.org/about/history-of-bradley-hospital.html> Acesso em 10 de janeiro de 2015)

⁴⁰ Trata-se de uma técnica invasiva que consistia na injeção de ar nos ventrículos cerebrais via punção lombar (WEBER, 2001).

Singh destaca que Bradley combinava técnicas psicanalíticas, behavioristas, biomédicas e de saúde mental em seu trabalho. Segundo a autora, um fato central nesse processo é a ênfase de que a terapia medicamentosa não era um motivo suficiente para ignorar os fatores externos envolvidos na promoção da saúde mental da criança (2002, p. 589).

Em sua análise do trabalho de Bradley, Nefsky afirma que “seu estudo acerca dos efeitos de estimulantes em crianças com problemas de comportamento associa Bradley ao pensamento biomédico, mas sua teoria etiológica não presumia um mecanismo neurológico consistente nas bases da hiperatividade” (2004, p. 19, tradução minha). Caliman corrobora essas colocações afirmando que, ao contrário do discurso oficial do TDAH, a explicação de Bradley para o transtorno não era de todo biológica:

Em sua pesquisa, Bradley afirmava que o medicamento estimulava as partes do córtex responsáveis pelo processo de inibição do comportamento e assim auxiliava no tratamento da hiperatividade. Sua pesquisa comprovava as bases neurofisiológicas do transtorno, mas ele oferecia uma explicação para o problema que era também psicodinâmica. As crianças sem interesse pela escola, incapazes de controlar seus comportamentos impulsivos e suas emoções estavam quase sempre envolvidas em situações de conflito pessoal. (2006, p. 118).

Conforme Mayes e Rafalovich, passar-se-iam três décadas antes que o governo dos EUA concedesse bolsas de estudo para estudar os efeitos terapêuticos de estimulantes em crianças. Nesse período, as poucas crianças que faziam uso de psicotrópicos se encontravam internadas e apresentavam problemas mentais graves. Os autores afirmam que “a questão do uso de psicotrópicos em crianças era tão controversa que os laboratórios farmacêuticos não financiavam pesquisas na área e tampouco recomendavam o uso dessas drogas em crianças” (2007, p. 437, tradução minha).

A despeito disso, os autores assinalam que as descobertas de Bradley possibilitaram duas vias de investigação: a primeira foi o efeito calmante no comportamento e atividade das crianças, e a segunda o efeito estimulante em seu desempenho acadêmico (2007, p. 444). A síntese do cloridrato de metilfenidato mencionada no primeiro capítulo aconteceu apenas sete anos após os estudos de Bradley sobre uso de estimulantes em crianças com problemas de atenção e aprendizagem, mas somente na década de 1960 este medicamento passou a ser indicado para o tratamento da síndrome hipercinética e da Disfunção Cerebral Mínima em crianças.

4. O PERCURSO DE INVESTIGAÇÃO

4.1. Antropologia a partir de documentos

Como mencionei na introdução, este trabalho consiste em uma pesquisa antropológica que aborda, sobretudo, material histórico, o que levanta algumas questões conceituais e metodológicas. Em um artigo publicado em 2002, o antropólogo Emerson Giumbelli propõe uma leitura de Malinowski na qual reconhece sua importância para a disciplina e, ao mesmo tempo, problematiza a “associação privilegiada” entre antropologia e o trabalho de campo (p. 92)⁴¹. Apesar da preeminência desta prática, não há uma definição absoluta sobre a pesquisa de campo; mas, em linhas gerais, aquilo que poderíamos chamar de trabalho de campo canônico ou “tradicional” implicaria um deslocamento geográfico e cultural por parte do antropólogo e a imersão junto ao grupo estudado, visando a descoberta de complexas redes de relações (Rohden, 2001, p. 2).

A leitura feita por Giumbelli (2002) não deixa dúvidas acerca da influência exercida pelas proposições metodológicas de Malinowski. Em diversos espaços acadêmicos, o trabalho de campo tornou-se uma credencial altamente reconhecida para ingressar no mundo antropológico, vide o contexto norte-americano (Stocking, 1992). Tanto o trabalho de campo quanto a produção de uma monografia de cunho etnográfico tornaram-se ritos de passagem indispensáveis ao aspirante a antropólogo. Giumbelli considera que a “sacralização” do trabalho de campo dificultou discussões mais aprofundadas sobre as diferentes técnicas de pesquisa conciliadas na “prática etnográfica” dos antropólogos. O autor é cuidadoso em sua colocação, afirmando que não se trata de dirimir o trabalho de campo; o que está em jogo é a possibilidade de uma compreensão mais “ampla e aberta” da investigação etnográfica. Para ele, não há oposição entre o trabalho de campo e outras técnicas, e sim complementaridade (2002, p. 103).

⁴¹ Vale a menção da dissertação do supracitado autor (Giumbelli, 1997), que tomou como objeto “[...] o processo de definição e legitimação do espiritismo”. Ele utilizou fontes documentais como “[...] publicações espíritas, processos judiciais, textos jurídicos, médicos, jornalísticos etc.” (Giumbelli, 2002, p.95) Em sua tese de doutorado, o autor (Giumbelli, 2000) retoma fontes historiográficas a partir de uma perspectiva antropológica, conciliando a análise documental com algum trabalho de campo.

A antropóloga Olívia Cunha concorda com a visão de que o prestígio excessivo conferido ao trabalho de campo atravança as discussões sobre outras técnicas de investigação. Em suas palavras,

A identificação da pesquisa em arquivos com as práticas antropológicas, entre elas a pesquisa de campo e a produção de etnografias, permanece sendo alvo de tensão. Tem sido associada à impossibilidade de estar lá e a formas secundárias de contato entre observadores e 'nativos' mediadas por camadas de interpretação intransponíveis e contaminadas. Descrever e interpretar a partir de informações contidas em documentos caracterizaria uma atividade periférica, complementar e distinta da pesquisa de campo e suas modalidades narrativas." (Cunha, 2004, p. 292, 293).

Conforme Cunha, a pesquisa em arquivo ocuparia uma posição antagônica em relação à pesquisa de campo e, conseqüentemente, a possibilidade de produzir uma etnografia a partir de fontes documentais é encarada com certa desconfiança, posição essa transmitida (ao menos em parte) pela perspectiva funcionalista (2004, p. 293). Em um registro semelhante, Giumbelli resgata autores clássicos da antropologia a fim de demonstrar como a pesquisa de campo ocupa uma posição central na formação da disciplina, evidenciando a noção predominante de que a etnografia seria um sinônimo de trabalho de campo. Diante dessas constatações, o autor lança uma pergunta retórica: qual a possibilidade de existir antropologia sem trabalho de campo? De acordo com ele,

O volume e a variedade de pesquisas conduzidas no âmbito de espaços e instituições referidos à antropologia que se utilizam de fontes (às vezes exclusivamente) históricas e de técnicas distintas da observação participante não deixam margens à dúvida. (2002, p. 92).

De fato, produziu-se um número substancial de pesquisas antropológicas que fazem uso parcial ou exclusivo de fontes documentais no cenário brasileiro⁴². Uma linha de destaque tem sido configurada por trabalhos que, de formas variadas, têm tratado de temas associados à medicina e a processos de institucionalização relacionados a este campo. Essa linha pode ser recortada a partir do trabalho pioneiro de Mariza Corrêa (1982), em que examina a trajetória do médico Nina Rodrigues, de alguns de seus discípulos e também sua vasta produção científica. A pesquisa trata, basicamente, da relação entre a medicina legal e a constituição da antropologia no Brasil. O antropólogo Sérgio Carrara trabalhou com arquivos em sua

⁴² As antropólogas Adriana Vianna (1995, 2002), Olívia Cunha (2002) e Letícia Ferreira (2007, 2011) trabalharam com arquivos, documentos e processos jurídicos em suas dissertações e teses. No debate acerca das aproximações possíveis entre antropologia e história, é importante mencionar a obra de Lilia Schwarcz (1987, 1993).

dissertação (1987) sobre o manicômio judiciário ao final do século XIX, acessando documentos para compreender os argumentos dos principais cientistas envolvidos no debate que associa crime e loucura no Brasil. Em sua tese, Carrara (1998) volta a acessar fontes documentais visando investigar as estratégias de combate à sífilis no Brasil entre o fim do século XIX e a década de 1940.

A antropóloga Fabíola Rohden (2000) trabalhou com inquéritos, processos judiciais e teses produzidas na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro entre 1833 e 1940. O argumento inicial da autora é de que crenças, valores, representações e práticas em relação à sexualidade estão atreladas a concepções construídas pela medicina durante os últimos séculos. No século XIX, os médicos assumiam o papel de “verdadeiros tradutores da natureza, trazendo luzes sobre os fenômenos mais secretos de nossa existência” (Rohden, 2004, p. 183). A proposta mais geral seria realçar passagens fundamentais da história da medicina que ajudariam a compreender algumas das supostas certezas e debates correntes no campo de estudos da sexualidade.

Em relação à questão metodológica, Rohden sugere que uma “inspiração etnográfica” deve ser pretendida nos trabalhos antropológicos. A autora afirma que não há dúvidas acerca da centralidade da etnografia quando se está realizando um trabalho de campo tradicional junto a outro grupo. No caso de um trabalho historiográfico, o antropólogo deve manejar os registros buscando essa “inspiração”. Isso implica em deixar de lado recortes feitos a priori, visto que tal abordagem poderia restringir o próprio objeto e, conseqüentemente, comprometer a pesquisa. (2001, p. 3) Em termos práticos isso “[...] significa seguir todas as pistas dadas (ou o máximo que conseguir) nos registros que indicam para a possibilidade de um entendimento mais profundo do fenômeno que está estudando.” Novamente entra em cena a capacidade de compreensão mais “ampla e aberta” do método etnográfico à qual se referia Giumbelli (2002). A investigação de Rohden (assim como a de alguns autores citados anteriormente) assume essa postura e aposta em uma metodologia flexível no que diz respeito aos recortes dos temas e objetos, valorizando a contextualização e se abstendo do anacronismo, ao mesmo tempo em que busca uma totalidade aliada à crítica ousada das fontes pesquisadas. A autora argumenta que é esse tipo de perspectiva que inspirou seu trabalho e que “[...] possibilita descrevê-lo como um estudo de antropologia, e não de história.” (2001, p.

6). Essas reflexões levam à constatação nem sempre óbvia que é o recorte que faz um objeto ser etnográfico.

Em uma produção mais recente de Carrara et al. (2010), a discussão sobre um trabalho antropológico de cunho documental é novamente tematizada. Segundo os autores, a principal preocupação da abordagem etnográfica para análise de documentos

[...] é identificar os processos através dos quais os documentos apresentam uma realidade, mais do que investigar se as informações são “verdadeiras”. Parte-se da ideia de que os documentos também são fatos sociais cuja origem e destino são coletivamente compartilhados. Não revelam verdades transparentes, porém indicam as redes de tensão por trás de cada elemento. **Nesse caso, é fundamental estudar o contexto em que o documento se insere, desde sua origem até seu destino pretendido. A consideração da sua produção, distribuição e circulação implica em não ficar restrito ao texto em si, mas ir a fundo na busca do seu enredamento social.** (p. 44, grifo meu)

Na presente pesquisa, estes princípios e orientações gerais procuraram ser seguidos. Mesmo considerando os limites desta investigação, em termos de amplitude do recorte e acesso às fontes, a meta foi sempre atingir círculos de contextualização mais ampliados.

4.2. As propagandas como foco de análise antropológica

Antes de passar à análise do material que foi coletado para esta dissertação, considero citar alguns autores que fizeram uso de material promocional em seus estudos. Um trabalho interessante no campo da saúde foi realizado pelo psiquiatra norte-americano John Neill, que examinou anúncios de medicamentos veiculados em periódicos psiquiátricos entre os anos de 1955 e 1980. Neill coletou 21 propagandas nas revistas *American Journal of Psychiatry*, *General Archives of Psychiatry*, *Psychiatric Digest*, *Psychiatric Annals* e *British Journal of Psychiatry*. O material selecionado promove algumas drogas psicotrópicas, especialmente o antipsicótico clorpromazina, cujas propagandas apresentam alguns pontos em comum com algumas peças iniciais de divulgação da Ritalina®. Outros autores que analisaram anúncios de medicamentos são o psiquiatra e sociólogo Jonathan Meltz (2003), que examinou o Miltown® (meprobanato) e também o Prozac®, e o sociólogo Robert Goldman, que trabalhou em parceria com o médico Michael

Montagne (ambos norte-americanos) na análise de inúmeras propagandas de antidepressivos (1986).

Nas ciências sociais, destaco o trabalho clássico do sociólogo Erving Goffman (1979), que examinou mais de 500 propagandas veiculadas em revistas, visando identificar estereótipos de gênero a partir de um enfoque microsociológico. Um trabalho mais próximo de meu universo de pesquisa é o artigo escrito por Faro *et al.*: “Homem com “H”: ideais de masculinidade (re)construídos no marketing farmacêutico” (2013). Neste estudo, as autoras analisam material de propaganda e divulgação de quatro fármacos destinados ao tratamento das “disfunções sexuais masculinas”.

Outra referência essencial igualmente próxima ao meu objeto de estudo é Ilna Singh, que trabalha em conjunto com o sociólogo Nikolas Rose. Em suas pesquisas, Singh investiga as implicações éticas e psicossociais dos avanços na biologia e na biomedicina, com enfoque, entre outros temas, nas drogas psicotrópicas e no melhoramento cognitivo.

A autora possui uma fecunda produção acadêmica sobre TDAH e o uso de metilfenidato em crianças e em adultos (2002, 2002b, 2003, 2007 e 2012), dentro da qual destaco o capítulo de livro intitulado *Not just naughty: 50 years of stimulant drug advertising* (2007). Nesse trabalho, Singh analisou de maneira sistemática diversas propagandas de psicoestimulantes publicadas entre 1955 e 1988 no periódico médico *The American Journal of Psychiatry*. A autora também conduziu uma investigação não sistemática nos periódicos *The American Journal of Pediatrics* e *Psychiatric Annals* com o objetivo de constatar se havia diferenças significativas nas campanhas publicitárias veiculadas em outros periódicos. Além dos informes publicitários direcionados aos médicos, foram coletados (de maneira não sistemática) anúncios direcionados ao consumidor em revistas americanas de entretenimento publicadas entre os anos de 2000 e 2004 (SINGH, 2007, p. 153).

Singh admite que não foi possível incluir as imagens ao longo do texto, e aposta em uma “descrição detalhada” do conteúdo (2007, p. 153). Não fica claro se essa escolha se deu por questões editoriais ou por outros motivos. A escassez de detalhes sobre o objeto de análise afeta um pouco a narrativa. Todavia, é inegável que a produção de Singh é uma referência fundamental para pesquisadores interessados na criação do diagnóstico do TDAH e na promoção de estimulantes

como um todo. Singh produz uma narrativa elucidativa e abrangente sobre a propaganda e divulgação de estimulantes, sobretudo a Ritalina®.

Seu argumento principal é que o fenômeno contemporâneo do aumento massivo de pessoas (crianças e adultos) diagnosticadas com TDAH pode ser explicado, em parte, pela associação entre “crianças problema” (sempre meninos) e suas “mães problemáticas”. O texto explora como a promoção e divulgação de estimulantes “capitaliza” essa associação entre “crianças problema” e suas mães a fim de vender tanto as doenças quanto as drogas aos psiquiatras, estratégia que posteriormente facilitaria a “comercialização” de um relacionamento familiar e um estilo de vida mediado por fármacos (SINGH, 2007, p. 134).

De minha parte, almejo produzir uma narrativa capaz de descrever os processos de transformação da promoção do cloridrato de metilfenidato, desde seu uso inicial para depressão e narcolepsia até sua utilização para o TDAH. A (re)construção dessa história da Ritalina® e de sua promoção para médicos é guiada por certas perguntas e questionamentos que estabelecem aproximações com o trabalho de Singh. Concordo com a autora acerca da utilidade do material promocional de drogas farmacêuticas como fontes históricas capazes de aprofundar as análises sobre fármacos e a construção de diagnósticos médicos. Tal como Singh, considero que a análise desse tipo de material deve ser complementada com outras fontes documentais (SINGH, 2007, p. 134). Na presente pesquisa, lanço mão de periódicos científicos, livros não acadêmicos sobre fármacos, notícias de jornais e revistas, entrevistas com especialistas, leis, processos judiciais, marcos regulatórios da FDA e documentos-instrumento como o DSM. Tanto a investigação de Singh quanto minha própria pesquisa relacionam a promoção da Ritalina® com as discussões sobre gênero.

4.3. O recorte do material

Meu primeiro contato com o material publicitário deu-se através do sítio *online Bonkers Institute For Nearly Genuine Research*⁴³. O sítio é organizado por Ben Hansen, um pesquisador norte-americano independente, escritor e ativista que vive em *Traverse City*, em *Michigan*. Sua página é extremamente satírica e contém

⁴³ Disponível em: <http://www.bonkersinstitute.org/>

diversos textos e matérias criticando a prática psiquiátrica nos EUA. Além do material textual, o sítio reúne uma vasta coleção de propagandas de fármacos, desde material publicado em sítios de laboratórios farmacêuticos até anúncios veiculados em revistas científicas. A única forma de organização da página são galerias temáticas como *Kid Stuff* (medicamentos infantis), *Woman Issues* (medicamentos voltados ao público feminino) e *Early Remedies* (propagandas antigas). Cada imagem é acompanhada de algumas informações essenciais – a saber, data e meio de divulgação. Foi necessário então realizar a catalogação das imagens contidas no site, que foram organizadas cronologicamente. Inicialmente, foram selecionados todos os anúncios publicitários relacionados ao déficit de atenção. Em um segundo momento, acrescentei as propagandas que promoviam psicoestimulantes, totalizando 35 imagens. Como nem todos os anúncios disponibilizados apresentavam boa qualidade, conduzi algumas buscas com a ferramenta *Google*, que oferece funções interessantes para encontrar imagens (inclusive pesquisar imagens semelhantes entre si), o que facilitou muito meu trabalho.

Durante as buscas, acabei encontrando propagandas que não se encontravam nas galerias do sítio *Bonkers*. Acessei inúmeros sites em busca de imagens inéditas, até que acabei sendo direcionado para um arquivo online do periódico *California Medicine*⁴⁴, no qual encontrei algumas propagandas previamente catalogadas pelo referido sítio. Percebi que a maior parte do material exibido no sítio *Bonkers* havia sido publicado em inúmeros periódicos científicos dos EUA e em alguns do Canadá e Reino Unido. Resolvi incluir propagandas desses dois últimos países porque os elementos visuais e o conteúdo textual eram similares aos anúncios lançados nos EUA.

Deste então, passei a utilizar o Portal de Periódicos da Capes (periodicos.capes.gov.br) em busca de mais imagens. Infelizmente, a maior parte dos convênios do Portal de Periódicos Capes não disponibiliza edições mais antigas dos periódicos mais importantes na área, o que impossibilitou a obtenção de alguns anúncios anteriores a 1970. Apesar disso, a plataforma foi de grande utilidade para encontrar alguns periódicos especializados que não pude acessar anteriormente, tanto na área médica quanto no campo das ciências sociais. É importante ressaltar a

⁴⁴Acesso em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/journals/184/#califmed>

importância da internet para a realização desta pesquisa.⁴⁵ Com efeito, todos os dados coletados para essa pesquisa foram obtidos em buscas na internet: periódicos científicos, livros, notícias de jornais e revistas, entrevistas, leis, processos judiciais e outros documentos oficiais e públicos.

Das 35 propagandas encontradas, selecionei 32 para análise, sendo excluídas três propagandas lançadas em 1973, 1978 e 1979 (Anexos 2, 3 e 4). Essa escolha foi orientada pelo recorte analítico pretendido para o segundo grupo de anúncios analisados, que privilegiava a promoção da Ritalina® para o tratamento da Disfunção Cerebral Mínima em meninos hiperativos. As peças que foram removidas promoviam respectivamente: a depressão em idosos (1973), a narcolepsia (1978) e os benefícios do tratamento com metilfenidato em pacientes com depressão, apatia, narcolepsia e DCM (1979).

Busquei todas as propagandas disponíveis desde 1956 para conduzir a análise. Evidentemente, não pude encontrar todas as peças produzidas e tampouco tenho a pretensão de garantir que as imagens coletadas correspondam à totalidade do material promocional publicado pela CIBA. Contudo, posso afirmar que a partir destes 32 anúncios foi possível descobrir alguns indícios acerca das indicações do metilfenidato em termos dos modelos de sujeitos e diagnósticos promovidos.

A maior parte dos anúncios encontrados em sítios na internet referenciava os periódicos onde foram publicadas originalmente, possibilitando uma localização mais precisa das fontes⁴⁶. O material empírico analisado consiste em cópias digitalizadas de anúncios de uma página (folha inteira), página dupla (duas folhas) ou mais de uma página dupla, impressos em preto e branco e ocasionalmente em quatro cores.

Os anúncios possuem padrão recorrente, contendo título em destaque (que pode ser seguido de um subtítulo), o corpo do texto e elementos visuais (ilustrações, fotografias e logomarcas). O título pode ser posicionado acima, abaixo ou ao lado das ilustrações e muitas das peças possuem um subtítulo que pode ou não estar

⁴⁵ Carrara et al. assinalam que a internet tem se constituído em um acervo de dados complexo e que oferece inúmeras vantagens (2010, p.43).

⁴⁶A maioria das propagandas foi encontrada no sítio *Bonkers*, com algumas exceções. Este e outros sítios ofereciam referências sobre onde as peças foram veiculadas, a saber: *The Journal of the American Medical Association*, *American Journal of Diseases of Children* (atual *JAMA Pediatrics*), *Archives of General Psychiatry* (atual *JAMA Psychiatry*), *British Journal of Medicine*, *Bulletin of the New York Academy of Medicine* (atual *Journal of Urban Health*), *California Medicine* (atual *Western Journal of Medicine*), *Canadian Family Physician*, *Canadian Medical Directory* (descontinuado), *Mental Hospitals* (posterior *Hospital and Community Psychiatry*), *Psychosomatic Medicine e Psychiatric Annals*.

integrado à logomarca. Todas as 32 imagens selecionadas retratam pessoas, geralmente pacientes que poderiam se beneficiar do fármaco em questão. O corpo do texto contém informações sobre o produto, e em alguns casos inclui referências bibliográficas e as formas de apresentação do medicamento em letras miúdas.

Outro ponto de importância é a contextualização sobre como as peças publicitárias foram distribuídas nos periódicos médicos. Um dado inicial que me parece significativo é o espaço que as propagandas ocupam nos periódicos médicos.

Entre as décadas de 1950 e 1980, essas publicações eram acompanhadas de brochuras que muitas vezes superavam o número de páginas da revista. Constatei que as edições do *California Medicine* publicadas entre 1950 e 1970 chegavam a ter uma média de 70 páginas de conteúdo (editorial, resenhas, casos clínicos, artigos, informações sobre congressos e seções temáticas), ao passo de que as brochuras tinham em média entre 70 e 90 páginas contendo peças publicitárias. Percebi como em algumas edições do *Journal of the American Medical Association* (JAMA) as propagandas ocupavam mais de um terço do periódico.

Pesquisei diversas revistas e constatei que não havia nenhum padrão específico na apresentação das imagens. Algumas edições do *California Medicine* e do *JAMA* vinham acompanhadas de brochuras com anúncios repetidos. Observei que as propagandas do laboratório CIBA (atual Novartis) eram divulgadas mensalmente à exaustão em múltiplos periódicos de 1956 até 1988, dentre os quais destaco o referido *JAMA*, o *BJM* (*British Journal of Medicine*), *Psychosomatic Medicine* e *AJP* (*American Journal of Psychiatry*).

Freqüentemente os estudos citados consistem em *personal communications*, um tipo de produção não publicada em periódicos científicos ou outros meios oficiais. Essas comunicações podem ser cartas, entrevistas e até mesmo telefonemas. O pediatra norte americano Charles May menciona em um artigo sobre a venda de medicamentos e educação médica que, além das *personal communications*, são utilizadas citações descontextualizadas, estudos de caso conduzidos ou encomendados pelas companhias, depoimentos anônimos, apresentações em congressos e simpósios (financiados por laboratórios) e citações de artigos publicados em jornais de baixo impacto e difícil acessibilidade (1961, p. 11-12).

O recorte analítico das 32 propagandas foi dividido em duas partes: na primeira examinei 23 anúncios lançados entre 1956 e 1970, e na segunda parte analisei 9 propagandas lançadas entre 1970 e 1979. Um exame preliminar deste material promocional permite acompanhar a trajetória do cloridrato de metilfenidato desde sua entrada no mercado farmacêutico altamente competitivo dos anos 1950 e 1960 até sua ascensão como principal tratamento para a hiperatividade e problemas de aprendizado em crianças. A análise empreendida demonstra como a Ritalina® é inicialmente indicada para tratar narcolepsia e estados de depressão amena. As propagandas veiculadas entre 1956 e o fim dos anos 1960 apresentam pacientes cansados, acometidos de fadiga crônica associada a uma vasta gama de condições psiquiátricas, como letargia, demência, psicose associada à depressão e demência (Leonard et al. 2004, p. 151). Estes informes (Figuras 1-23) apresentam homens e mulheres brancos de meia idade ou idosos acometidos de depressão e fadiga, e as peças destacam os benefícios da Ritalina®, caracterizada como uma substância de ação suave com poucos efeitos colaterais. O material publicitário desenvolvido entre 1970 e 1979 (Figuras 24-32) investe quase exclusivamente em meninos com Disfunção Cerebral Mínima.

A partir destes dados, pode-se adiantar que a principal descoberta refere-se a uma mudança no foco central dos anúncios: se nas décadas de 50 e 60 o material era destinado a homens e mulheres adultos, a partir dos anos 70 o destaque se desloca para meninos hiperativos. Os demais achados se referem aos modelos de comportamento e desempenho promovidos para esses diferentes tipos de sujeitos. Os adultos deprimidos saem de cena e dão lugar aos meninos hiperativos. Isso reafirma o comentário de Mayes e Rafalovich (2007), incorporado no terceiro capítulo, acerca das duas vias de pesquisa possibilitadas pelos estudos de Charles Bradley: o efeito calmante que os psicoestimulantes produzem nas crianças e seu efeito estimulante no desempenho escolar.

Procurei analisar as produções citadas no material em vias de estabelecer possíveis relações entre o laboratório e os autores. Todas as publicações científicas referenciadas nos anúncios foram pesquisadas na internet por meio das ferramentas de busca *Google* e *Google Acadêmico (Google Scholar)*⁴⁷. O *Google Acadêmico* localiza citações, resumos, artigos revisados por pares, monografias, dissertações,

⁴⁷Disponível em: <http://scholar.google.com.br/>

teses, livros e outras produções científicas. Além disso, a ferramenta permite refinar as buscas por autor, data e publicações específicas. Essas pesquisas foram complementadas com o auxílio do Portal de Periódicos Capes⁴⁸, biblioteca virtual que garante acesso completo a inúmeras publicações e bases referenciais. O objetivo desta investigação adicional foi completar as informações acerca das concepções e dos autores citados nos anúncios. No próximo capítulo, passo à descrição analítica das propagandas que serão incorporadas ao texto.

⁴⁸Disponível em: <http://www.periodicos.capes.gov.br/>

5. A RITALINA® “CRIANDO” TIPOS DE PESSOAS

Este capítulo apresenta a análise do material pesquisado. Como foi mencionado anteriormente, a partir de uma compreensão mais geral a respeito do conjunto total dos anúncios selecionados, entre 1956 e 1979, foi possível estabelecer uma distinção entre dois agrupamentos: a) propagandas veiculadas entre 1956 e 1970, focadas em adultos e idosos; e b) propagandas veiculadas entre 1970 e 1979, direcionadas às crianças “problemáticas”. Em decorrência dessa divisão, este capítulo está organizado de modo a analisar mais detidamente estes dois agrupamentos em separado. Posteriormente, voltarei aos comentários que contrastam estes dois focos de atenção associados à promoção da Ritalina®. Para melhor controle do material que segue, apresento abaixo o Quadro 1, que sintetiza os anúncios pesquisados, informando o nome do medicamento, periódico no qual foi publicado, ano e foco principal.

QUADRO 1

ANÚN.	MEDIC.	FONTE/PERIÓDICO	ANO	FOCO PRINCIPAL
Fig.1	Ritalina®	<i>California Medicine</i>	1956	Adultos deprimidos
Fig.2	Ritalina®	<i>Psychosomatic Medicine</i> (Via sítio <i>Bonkers</i>)	1956	Pacientes psiquiátricos
Fig.3	Serpatilin®	<i>California Medicine</i>	1956	Pacientes psiquiátricos
Fig.4	Ritalina®	<i>Hospital and Community Psychiatry</i> (Via sítio <i>Bonkers</i>)	1957	Pacientes psiquiátricos
Fig.5	Ritalina®	Tese de Moon, NW (fontenão localizada)	1957	Adultos deprimidos
Fig.6	Ritalina®	Tese de Moon, NW (fonte não localizada)	1957	Idosos deprimidos
Fig.7	Ritalina®	Buscador <i>Google</i> (fonte não localizada)	1957	Idosos deprimidos
Fig.8	Ritalina®	<i>Bulletin of the New York Academy of Medicine</i>	1958	Adultos deprimidos
Fig.9	Ritalina® Parenteral	<i>Hospital and Community Psychiatry</i> (Via sítio <i>Bonkers</i>)	1958	Pacientes psiquiátricos
Fig.10	Ritalina® Parenteral	Sítio ProCon.org (Via sítio <i>Bonkers</i>)	1958	Adultos em pós-operatório
Fig.11	Ritalina® Parenteral	<i>Mental Hospitals</i> (Via sítio <i>Bonkers</i>)	1959	Alcoolistas
Fig.12	Ritonic®	<i>California Medicine</i>	1959	Pacientes idosos

Fig.13	Ritalina®	<i>Mental Hospitals</i> (Via sítio <i>Bonkers</i>)	1963	Adultos cansados
Fig.14	Ritalina®	<i>Archives of General Psychiatry</i> (Via sítio <i>Bonkers</i>)	1963	Adultos deprimidos e fatigados
Fig.15	Ritalina®	<i>British Medical Journal</i>	1964	Adultos com letargia
Fig.16	Ritalina®	<i>Archives of General Psychiatry.</i> (via Tese de Moon, WN)	1965	Fadiga crônica e depressão leve
Fig.17	Ritalina®	<i>JAMA</i> (via sítio <i>Bonkers</i>)	1966	Fadiga crônica e depressão leve
Fig.18	Ritalina®	<i>JAMA</i> (via sítio <i>Bonkers</i>)	1967	Fadiga crônica e depressão leve
Fig.19	Ritalina®	<i>JAMA</i> (via sítio <i>Bonkers</i>)	1967	Mulheres com “síndrome da mãe cansada”
Fig.20	Ritalina®	<i>Hospital & Community Psychiatry</i> (via sítio <i>Bonkers</i>)	1968	Adultos com depressão leve
Fig.21	Ritalina®	<i>JAMA</i>	1968	Adultos com depressão leve
Fig.22	Ritalina®	<i>Hospital & Community Psychiatry</i> (via sítio <i>Bonkers</i>)	1969	Adultos com depressão leve
Fig.23	Ritalina®	<i>Canadian Family Physician</i>	1970	Mulheres com fadiga crônica e apatia
Fig.24	Ritalina®	<i>American Journal of Diseases of Children</i> (via sítio <i>Bonkers</i>)	1970	Meninos com DCM
Fig.25	Ritalina®	<i>Canadian Family Physician</i> (via sítio <i>Bonkers</i>)	1971	Meninos com DCM
Fig.26	Ritalina®	<i>American Journal of Diseases of Children</i> (via sítio <i>Bonkers</i>)	1971	Meninos com DCM
Fig.27	Ritalina®	<i>American Journal of Diseases of Children</i> (via sítio <i>Bonkers</i>)	1973	Meninos com DCM
Fig.28	Ritalina®	<i>American Journal of Diseases of Children</i> (via sítio <i>Bonkers</i>)	1974	Meninos com DCM
Fig.29	Ritalina®	<i>Archives of General Psychiatry,</i> (via sítio <i>Bonkers</i>)	1975	Meninos com DCM
Fig.30	Ritalina®	<i>Psychiatric Annals</i> (via sítio <i>Bonkers</i>)	1975	Meninos com DCM
Fig.31	Ritalina®	<i>Archives of General Psychiatry</i> (via sítio <i>Bonkers</i>)	1979	Meninos com DCM
Fig.32	Ritalina®	<i>Psychiatric Annals</i> (via sítio <i>Bonkers</i>)	1979	Meninos com DCM

5.1.1956-1970: Ritalina® para adultos fatigados e deprimidos

Este item está organizado de forma que, primeiramente, o/a leitor/a terá acesso à reprodução do anúncio. Na sequência, apresento uma descrição analítica que pretende chamar a atenção para os aspectos principais a serem destacados, em função dos objetivos desta pesquisa. Os anúncios foram apresentados seguindo a ordem cronológica de publicação.

Figura 1 — “Lift the depressed patient up to normal without fear of overstimulation...”

*Lift the depressed patient up to normal
without fear of overstimulation . . .*

with new **Ritalin**®

**A HAPPY MEDIUM
IN PSYCHOMOTOR
STIMULATION**

• *Boosts the spirits, relieves physical fatigue and mental depression . . . yet has no appreciable effect on blood pressure, pulse rate or appetite.*

Ritalin is a mild, safer central-nervous-system stimulant which gently improves mood, relieves psychogenic fatigue "without let-down or jitters . . ."1 and counteracts over-sedation caused by barbiturates, chlorpromazine, rauwolfia, and antihistamines.

Ritalin is "a more effective and less over-reactive drug than amphetamine or its derivatives."2 It does not produce the "palpitation, nervousness, jitteriness, or undue pressure in the chest area . . . so frequently mentioned by patients on [dextro-amphetamine sulfate]."3

Dosage: 5 to 20 mg. b.i.d. or i.i.d., adjusted to the individual.

RITALIN® hydrochloride (methyl-phenidylacetate hydrochloride CIBA)

References: 1. Pecoek, D. G.: Personal communication. 2. Harding, G. W.: Personal communication. 3. Hollander, W. M.: Personal communication.

Supplied: Tablets, 5 mg. (yellow) and 10 mg. (blue); bottles of 100, 500 and 1000. Tablets, 20 mg. (peach-colored); bottles of 100 and 1000.

2/2195M

C I B A
SUMMIT, N. J.

Fonte: CIBA, 1956. California Medicine, Abr; 84 (4):p. 298. 1956.⁴⁹

⁴⁹ Disponível em: ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1532369/pdf/califmed00268-0002.pdf

A **Figura 1** traz os seguintes dizeres em seu título: *“Lift the depressed patient up to normal without fear of overstimulation... with new RITALIN®”* A marca *Ritalin®* recebe destaque, dominando o canto superior esquerdo. O fármaco é descrito como *“a happy medium in psychomotor stimulation.”* A frase apresenta o fármaco como um “feliz” mediador da estimulação psicomotora, e os próximos dizeres descrevem as indicações e efeitos do produto: *“Boosts the spirits, relieves physical fatigue and mental depression... yet has no appreciable effect on blood pressure, pulse rate or appetite.”* Além dos benefícios prometidos (melhora do humor, alívio da fadiga e depressão) pela *Ritalina®*, o fabricante assegura que o medicamento não causa aumento significativo na pressão arterial ou redução do apetite. Esse último texto e o restante dos elementos textuais encontram-se dentro da figura principal que ocupa quase toda a peça.

Trata-se do contorno de um homem branco de meia idade, aparentemente cabisbaixo, que está sentado em uma maleta. O sujeito está inclinado para frente com os braços pousados sobre a coxa e as mãos suspensas no ar, posicionadas para baixo. Devido à qualidade e ao ângulo da imagem, não é possível saber qual a sua expressão facial, mas sua postura prostrada passa uma sensação de desolação e tristeza.

Apesar de ser apenas um contorno, é perceptível que está vestindo um traje social, chapéu e paletó. É possível vislumbrar melhor sua aparência e vestimenta na imagem menor posicionada no canto superior esquerdo, logo abaixo da referida marca *Ritalina®*. Nessa ilustração, a mesma pessoa está caminhando de braços dados com uma mulher. Ambos parecem conversar animadamente enquanto passam por um casal (também de braços dados) e um homem que conversam entre si.

Essa outra imagem consiste em uma estratégia muito comum na promoção de fármacos e outros produtos de saúde: mostrar o antes e o depois. Na **figura 1**, essa estratégia é empregada sutilmente. Posteriormente, esse recurso seria aprimorado e culminaria em “estudos de caso comparativos” a fim de promover a *Ritalina®*. O restante do texto continua a narrar as qualidades do psicoestimulante; essas afirmações são complementadas com citações diretas de “estudos científicos”. Conforme o fabricante e suas fontes,

Ritalin is a mild, safer central-nervous-system stimulant which gently improves mood, relieves psychogenic fatigue "without let-down or jitters..."(1) and counteracts oversedation caused by barbiturates,

chlorpromazine, rauwolfia, and antihistamines. Ritalin is "a more effective and less over-reactive drug than amphetamine or its derivatives." (...) It does not produce the "palpitation, nervousness, jitteriness, or undue pressure in the chest area... so frequently mentioned by patients on [dextro-amphetamine sulfate]." (CIBA, 1956).

Entre as características atribuídas à Ritalina® encontram-se a suavidade e a gentil promoção de melhora no humor e redução da fadiga “sem depressão e nervosismo”, contra-atacando a sedação excessiva causada por barbitúricos, agentes antipsicóticos (como a clorpromazina) e anti-histamínicos. O fármaco é apresentado como “um meio mais eficaz e menos exagerado que as anfetaminas e seus derivados”, não causa da “palpitação, nervosismo, inquietação ou a pressão indevida no peito relatada por pacientes que utilizam dextro-anfetamina” (um estimulante potente).

Figura 2 — “Arouse the depressed psychiatric patient.

AROUSE THE DEPRESSED PSYCHIATRIC PATIENT



Ritalin[®]

hydrochloride
(methyl-phenidylacetate hydrochloride CIBA)



Ritalin is a mild, safer cortical stimulant which is particularly “efficacious in the treatment of mild to moderate depressions in neurotic and psychotic patients.”

When Ritalin was given for 6 months to 127 withdrawn, dull, listless, apathetic, or negativistic institutionalized patients, 101 showed improvement in behavior and manageability. “Many returned to normal eating and toilet habits almost simultaneously with evidence of mental awakening. . . .”²

In depressed states Ritalin provides needed stimulus without the wide swings of reaction caused by most stimulants. *It rarely causes palpitation, jitteriness, or hyperexcitation; has no appreciable effect on blood pressure, pulse rate or appetite.*

Dosage: 10 to 20 mg. b.i.d. or t.i.d., adjusted to the individual. *Supplied:* TABLETS, 5 mg. (yellow) and 10 mg. (blue); bottles of 100, 500 and 1000. TABLETS, 20 mg. (peach-colored); bottles of 100 and 1000.

References: 1. Noce, R. H., and Williams, D. B.: Personal communication. 2. Ferguson, J. T.: Paper presented at American Society for Pharmacology and Experimental Therapeutics, Iowa City, Iowa, Sept. 9, 1955.

C I B A SUMMIT, N. J. 2/2/1956

Fonte: CIBA, 1956, Psychosomatic Medicine, Vol. 18, No. 6. Nov.-Dez. 1956⁵⁰.

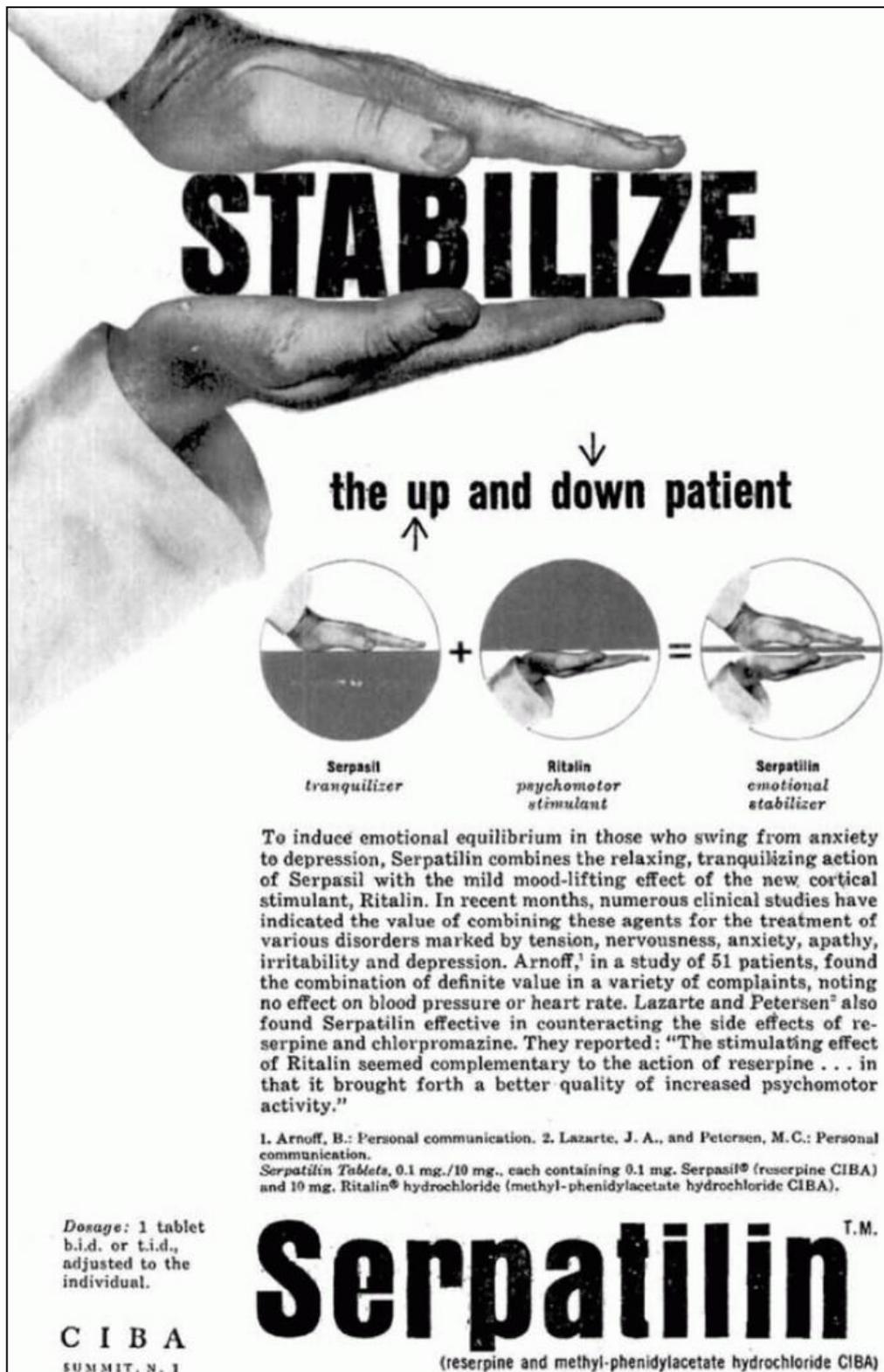
⁵⁰Disponível em: bonkersinstitute.org/showpics/kidritarouse.gif

O título da **Figura 2** pode ser traduzido como “Estimule o paciente psiquiátrico deprimido”. Abaixo dos dizeres, uma fotografia de uma jovem mulher domina mais da metade da página. Ela está sentada próximo a uma janela, com as mãos cruzadas sobre os joelhos; a mão esquerda segura o dedo indicador da mão direita e sua cabeça está inclinada para baixo e seu olhar fixado no chão. Sua expressão facial passa tristeza, desgosto e talvez negação. Seus cabelos estão despenteados e ela veste um avental hospitalar. Antes de passar aos elementos textuais, comento a imagem menor localizada no canto inferior direito da página, abaixo do logo destacado do medicamento. Trata-se do mesmo recurso empregado na imagem anterior onde as imagens servem de comparação “antes e depois” de o paciente tomar o medicamento, sugerindo que após o uso do estimulante seria possível uma retomada da ação pelo paciente. A fotografia mostra a mesma jovem recebendo um copo (supostamente com a medicação) das mãos de uma enfermeira (ou auxiliar) que aparece de costas. Seu semblante está totalmente mudado: ela está sorrindo, seus cabelos estão penteados e seus olhos passam certa satisfação enquanto estende sua mão para receber o copo.

Nos elementos textuais, a Ritalina® continua a ser apresentada como um estimulante suave e seguro. As citações diretas continuam a completar as frases, o medicamento seria particularmente “eficaz no tratamento de depressão branda e moderada em pacientes neuróticos ou psicóticos”. No próximo segmento aparece uma referência a um trabalho apresentado em um evento. O estudo citado afirma que o metilfenidato foi receitado por seis meses a 127 pacientes institucionalizados que apresentavam entorpecimento, reclusão, apatia ou atitudes negativas. Deste total, 101 demonstraram melhora no comportamento e no manejo.

De acordo com o trabalho, “muitos retomaram a alimentação normal e hábitos de higiene quase simultaneamente evidenciando clareza mental...” A seguir, o texto exalta as qualidades do produto e garante que o mesmo não causa efeitos adversos semelhantes aos de outros estimulantes, como mudanças repentinas de humor. Também é dito que raramente causa palpitação, nervosismo ou excitação em demasia, além de não alterar significativamente a pressão arterial e o apetite.

Figura 3 —“Stabilize the up and down patient.”



STABILIZE

the up and down patient

↑ ↓

Serpasil tranquilizer + Ritalin psychomotor stimulant = Serpatilin emotional stabilizer

To induce emotional equilibrium in those who swing from anxiety to depression, Serpatilin combines the relaxing, tranquilizing action of Serpasil with the mild mood-lifting effect of the new, cortical stimulant, Ritalin. In recent months, numerous clinical studies have indicated the value of combining these agents for the treatment of various disorders marked by tension, nervousness, anxiety, apathy, irritability and depression. Arnoff,¹ in a study of 51 patients, found the combination of definite value in a variety of complaints, noting no effect on blood pressure or heart rate. Lazarte and Petersen² also found Serpatilin effective in counteracting the side effects of reserpine and chlorpromazine. They reported: "The stimulating effect of Ritalin seemed complementary to the action of reserpine . . . in that it brought forth a better quality of increased psychomotor activity."

1. Arnoff, B.: Personal communication. 2. Lazarte, J. A., and Petersen, M. C.: Personal communication.
Serpatilin Tablets, 0.1 mg./10 mg., each containing 0.1 mg. Serpasil® (reserpine CIBA) and 10 mg. Ritalin® hydrochloride (methyl-phenidylacetate hydrochloride CIBA).

Dosage: 1 tablet b.i.d. or t.i.d., adjusted to the individual.

C I B A
 SUMMIT, N. J.

Serpatilin T.M.
 (reserpine and methyl-phenidylacetate hydrochloride CIBA)

Fonte: CIBA, 1956, California Medicine. 1956, Mai.; 84(5):p. 363. 1956.⁵¹

⁵¹Disponível em: ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1532898/pdf/califmed00267-0002.pdf

Ainda em 1956, a CIBA lançaria uma combinação do Serpasil® com a Ritalina® para depressão e ansiedade: a Serpatilin®. Esse fármaco é promovido na **Figura 3**, cujo título é “Stabilize the up and down patient.” É difícil traduzir a sentença adequadamente, mas a imagem que ocupa a primeira metade do anúncio é bastante autoexplicativa: a palavra *Stabilize* aparece entre as mãos de uma pessoa como se estivesse sendo “contida” pelo sujeito. Embora a pessoa não apareça na fotografia, é evidente que as mãos pertencem a um médico, sendo possível visualizar as mangas de um jaleco branco. A ilustração sugere que o sujeito moldou a palavra e tem total controle sobre a mesma. A modificação do estado mental do paciente seria uma das atribuições do profissional. Esse equilíbrio pode ser alcançado com a ajuda da Serpatilin®. Os outros elementos visuais do anúncio consistem em três círculos. No primeiro círculo vemos a mão do médico ocupando a metade superior, sendo que a metade inferior é preenchida pela cor cinza. Abaixo do círculo aparece a legenda “Serpasil tranquilizer”.

A metade inferior do círculo corresponderia a um estado de tranquilidade mental proporcionada pelo medicamento indicado. O segundo círculo mostra a mesma imagem invertida: a metade de cima é totalmente cinza ao passo de que a outra metade é ocupada pela mão do médico. As palavras “Ritalin Psychomotor Stimulant” podem ser lidas abaixo da ilustração. O estimulante proporcionaria, portanto, animação e energia ao paciente deprimido. Um sinal de positivo encontra-se entre os dois círculos, enquanto um sinal de igual precede a terceira figura: as mãos do médico aparecem na metade superior e na metade inferior, aqui a parte cinzenta foi reduzida a uma simples linha que representa o equilíbrio entre a depressão e a estimulação.

As palavras que compõe a legenda do último círculo são “Serpatilin emotional stabilizer”. Deste modo, a soma de dois fármacos com efeitos opostos resulta em um produto mais completo e versátil: (*Serpasil tranquilizer + Ritalin psychomotor stimulant = Serpatilin emotional stabilizer*). Os elementos textuais da **Figura 3** recorrem ao mesmo repertório das peças anteriores. “Para induzir equilíbrio emocional naqueles que oscilam entre ansiedade e depressão a Serpatilin combina os efeitos relaxantes e tranquilizantes da Serpasil com a suave melhora no humor proporcionada pelo novo estimulante cortical, Ritalina.” Conforme as referências médico-científicas citadas, diversos estudos indicam a validade da combinação destes dois agentes no tratamento de várias condições marcadas por tensão,

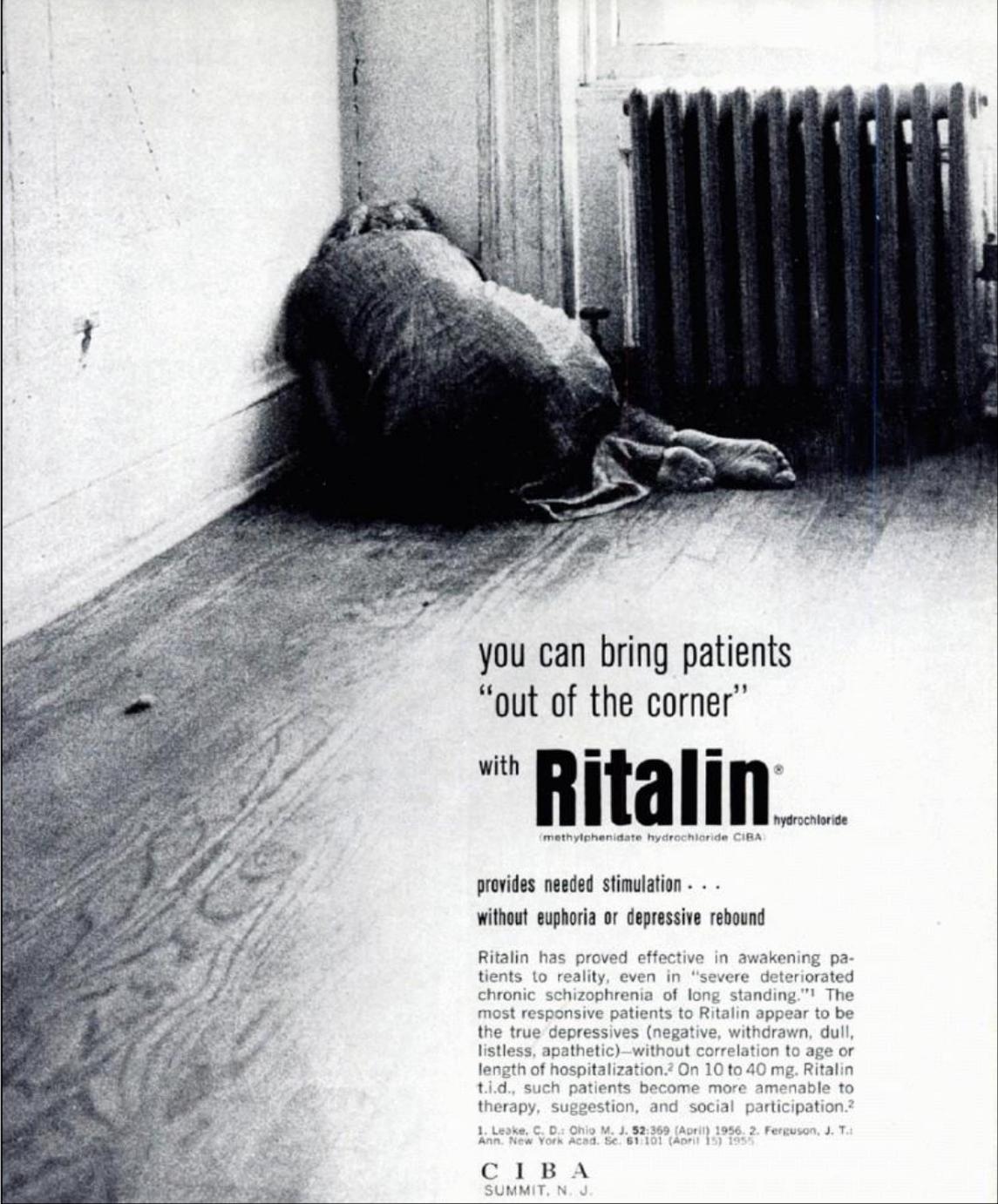
nervosismo, ansiedade, apatia, irritabilidade e depressão. Os dois estudos citados são *personal communications*.

O primeiro foi realizado com 51 pacientes e alega que a combinação dessas substâncias é definitivamente importante em uma série de queixas e que não há mudanças na pressão arterial ou na frequência cardíaca. Os autores do segundo estudo referenciado reconhecem a eficácia do produto em combater os efeitos colaterais da reserpina (o próprio serpasil) e a Clorpromazina®.

Em sua tese⁵² sobre as aplicações médicas e o uso indevido de psicoestimulantes na América do Norte, o historiador Nathan W. Moon (2009) explica que em 1955 a CIBA recebeu permissão para comercializar o metilfenidato após ensaios 'preliminares que garantiram a indicação para narcolepsia e fadiga crônica. Apesar dessas indicações iniciais, muitos médicos conduziram experimentos por conta própria objetivando a descoberta de novas aplicações para a substância. Inúmeras pesquisas psiquiátricas revelaram um mercado aparentemente receptivo à combinação de terapias para esquizofrenia e depressão. Moon relata que a CIBA teria capitalizado em cima dessas descobertas, lançando a Serpatilin® em 1956 (2009, p. 28). O lançamento da Serpatilin® pode ser considerado o primeiro esforço por parte da CIBA para expandir a base de usuários potenciais. Todavia, o produto teve uma vida relativamente curta, sendo retirado do mercado em 1966. Moon especula que o advento dos antidepressivos tricíclicos para tratar a depressão e o desenvolvimento de antipsicóticos mais sofisticados indicados para esquizofrenia e outros transtornos psicóticos resultaram na derrocada da Serpatilin® (2009, p. 72).

⁵² MOON, Nathan William. The amphetamine years: a study of the medical applications and extramedical consumption of psychostimulant drugs in the postwar United States, 1945-1980. 2009.

Figura 4 —“You can bring patients ‘out of the corner’”



you can bring patients
“out of the corner”

with **Ritalin**[®]
hydrochloride
(methylphenidate hydrochloride CIBA)

provides needed stimulation . . .
without euphoria or depressive rebound

Ritalin has proved effective in awakening patients to reality, even in “severe deteriorated chronic schizophrenia of long standing.”¹ The most responsive patients to Ritalin appear to be the true depressives (negative, withdrawn, dull, listless, apathetic)—without correlation to age or length of hospitalization.² On 10 to 40 mg. Ritalin t.i.d., such patients become more amenable to therapy, suggestion, and social participation.²

1. Leake, C. D.: Ohio M. J. 52:369 (April) 1956. 2. Ferguson, J. T.: Ann. New York Acad. Sc. 61:101 (April 15) 1955.

C I B A
SUMMIT, N. J.

Fonte: CIBA, 1957. Hospital and Community Psychiatry, Mar. 1957⁵³.

⁵³ Disponível em: bonkersinstitute.org/showpics/kidritawake.gif

A **Figura 4** é bastante semelhante à **Figura 3**. O título está posicionado na metade da página: “You can bring patients out of the corner with Ritalin®”, que pode ser traduzido literalmente como “você pode tirar os pacientes do canto com Ritalina®”. De qualquer modo, a chamada descreve perfeitamente a foto que ocupa toda página do anúncio: uma mulher encolhida no chão de uma sala ampla, ao lado de um radiador posicionado abaixo de uma janela. Sua cabeça está afundada na parede e seu rosto voltado para baixo, aparenta estar trajando um vestido (e não um avental) e seus pés estão descalços. A situação parece extremamente grave. O corpo do texto restante não é tão longo quanto aqueles das outras figuras, mas segue o mesmo esquema de frases complementadas por citações da “literatura médico-científica”: “A Ritalina provou ser efetiva para despertar os pacientes para realidade mesmo em casos de ‘esquizofrenia crônica degenerativa prolongada’”. O outro estudo citado pertence ao referido psiquiatra J. Ferguson. A sentença inicia explicando que “Os pacientes mais suscetíveis a Ritalina parecem ser aqueles verdadeiramente deprimidos (negativos, isolados, entorpecidos, indiferentes, apáticos) – sem correlação com idade ou tempo de hospitalização. Os pacientes se tornaram mais receptivos à terapia e passaram a interagir mais socialmente com doses de 10 a 40 MG diárias de Ritalina.” (CIBA, 1957).

Figura 5 —“Chemically new and clinically”

Chemically new and clinically different

Ritalin

mild stimulant . . . antidepressant

Ritalin is a mild central nervous system stimulant and antidepressant of an entirely new type, unrelated to either caffeine or the amphetamines. Ritalin has no significant effect on either blood pressure or pulse rate and does not produce nervousness, hyperexcitation or depress the appetite.

Ritalin is indicated in depression, apathy, discouragement, anxiety, chronic fatigue, weakness, post-partum depression, depression after infectious illness, convalescence and geriatrics.

C I B A
MONTREAL

xiv

Fonte: CIBA, 1957. Tese de Moon, NW. “The amphetamine years [...]”. 2009, p. 142.⁵⁴

⁵⁴Disponível em: <http://smartech.gatech.edu/handle/1853/31743>

A **Figura 5** de 1957 apresenta duas imagens que ocupam as duas metades da folha: no lado esquerdo, a fotografia em preto e branco mostra um sujeito de costas que parece se afastar com a cabeça abaixada enquanto segura uma maleta na mão direita e um chapéu na mão esquerda. Na outra metade, o mesmo sujeito aparece caminhando de frente sob um fundo amarelo com a pasta sob o braço e faz uma saudação com o chapéu. Sua postura é ereta e ele exibe um sorriso no rosto. Abaixo da imagem aparece o título: “Chemically new and clinically different Ritalin mild stimulant... antidepressant”. O corpo do texto anuncia a droga como um estimulante leve que age no sistema nervoso central e não possui nenhuma relação com a cafeína ou com as anfetaminas. O restante do texto é idêntico ao de outras imagens, afirmando que o medicamento não apresenta efeitos significativos na pressão arterial, nos batimentos cardíacos ou no apetite. As indicações incluem depressão, apatia, desânimo, ansiedade, fadiga crônica, fraqueza, depressão pós-parto, depressão após doenças infecciosas, durante a convalescença e em pacientes idosos. Os dizeres em letra miúda na parte de baixo exibem a forma de apresentação do medicamento. Essa propaganda exibe o logotipo de uma filial canadense da empresa, sediada em Montreal. A imagem foi encontrada na tese de Moon, e de acordo com o autor foi publicada em uma edição de 1957 do periódico *Canadian Medical Directory*, atualmente fora de circulação.

A mensagem visual é óbvia, o protagonista parece desolado segurando precariamente o chapéu e sua maleta enquanto se afasta; o ambiente é sombrio. Após tomar o medicamento o sujeito está de volta, desta vez de frente e com um grande sorriso estampado no rosto enquanto caminha confiante cercado por um fundo amarelo.

Figura 6 —“When reassurance is not enough... Ritalin helps brighten the day”



Fonte: CIBA, 1957. Tese de Moon, NW. “The amphetamine years [...]. 2009, p83.⁵⁵

A **Figura 6** é uma propaganda de página dupla que mostra um casal de idosos. A senhora que ocupa a página esquerda parece terrivelmente desanimada, a testa levemente franzida sugere certa preocupação, seus lábios voltados para baixo passam a impressão de insatisfação e melancolia enquanto as mãos entrelaçadas junto ao estômago podem ser interpretadas como um gesto defensivo. O que mais chama atenção é que a mulher evita o contato visual com seu companheiro, que procura confortá-la pousando a mão direita em seu ombro. O olhar distanciado parece transmitir uma profunda tristeza.

O marido ocupa a posição de coadjuvante nessa propaganda, visto que a chamada anuncia que “quando o incentivo não é suficiente... a Ritalina ajuda a animar o dia.” Aqui o fármaco está sendo promovido para tratar a depressão e a mensagem comunicada pela peça insinua que determinados casos de depressão

⁵⁵ Disponível em: <http://smartech.gatech.edu/handle/1853/31743>

não podem ser contornados com companheirismo, carinho, incentivo ou compreensão. O sujeito só poderia retomar seu estado de espírito habitual fazendo uso do medicamento. Esta propaganda inaugura o slogan “*Ritalin... helps brighten the day*”. Essa frase encabeçaria uma série de anúncios promovendo a droga como um antidepressivo estimulante e com poucos efeitos colaterais.

Figura 7—“Brighten the day. Overcomes depression, fatigue, lethargy, improve spirits and performance with Ritalin”

Brighten the day

overcome
depression, fatigue, lethargy

improve
spirits and performance

with
Ritalin
methylphenidate
hydrochloride

... new mild amphetamine-like antidepressant and stimulant, chemically unrelated to the amphetamines.

• Ritalin brightens outlook and renews vigor—overcomes drug-sedative effects—often improves behavior in the elderly. In most cases, Ritalin does not overstimulate, has little or no effect on appetite, blood pressure or pulse rate.

APPROXIMATE DOSE: 15 mg, b.i.d. or t.i.d.

PREPARATION: Tablets, 5 mg. (yellow), 10 mg. (light blue), 20 mg. (pouch-colored).

INDICATIONS:

- the depressed
- the physically fatigued
- the apathetic
- the oversedated
- the moody

C I B A ROBERT, N.A.

Fonte: CIBA, 1957. Buscador Google.⁵⁶

A **Figura 7** dá continuidade à série “Brighten the day” com outra propaganda que ocupa duas páginas. A imagem foi encontrada por meio do buscador *Google* e é exibida em muitos sítios. Não fui capaz de descobrir em que jornal foi publicada, mas alguns sítios que exibem a figura apontam 1957 como o ano de veiculação do material. A imagem retrata um simpático casal de idosos que parece posar para uma fotografia. O homem sorri e olha diretamente para a “câmera” envolvendo a companheira carinhosamente em seus braços. A mulher está sorrindo com tanto

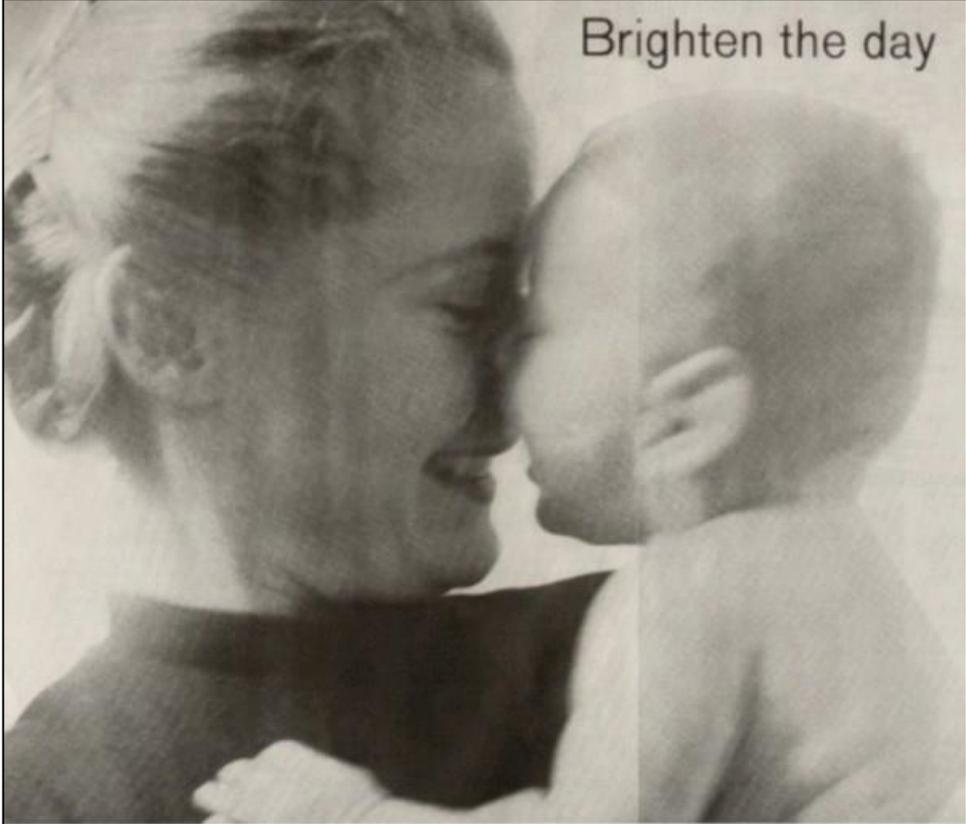
⁵⁶ Disponível em: pinterest.com/pin/445363850625165119/

gosto que seus olhos estão semicerrados e sua cabeça inclinada levemente para trás. O título é anunciado em uma tira no canto direito:

Anime o dia. Supere a depressão, fadiga, letargia, melhore o ânimo e a performance com Ritalina.” O texto seguinte informa que [a Ritalina®] “é um novo antidepressivo e estimulante gentil de ação suave e quimicamente não relacionado às anfetaminas. A Ritalina clareia a perspectiva e renova o vigor – elimina sedação induzida por fármacos – frequentemente melhora o comportamento nos idosos. Na maioria dos casos a Ritalina não causa estimulação em excesso e tem pouco ou nenhum efeito sobre o apetite e na pressão arterial e nos batimentos cardíacos. A dosagem média é de 10MG duas ou três vezes ao dia” Disponível em comprimidos de 5MG (na cor amarela), 10MG (na cor azul clara) ou 20MG (na cor de pêssego). Indicada para depressão, falta de energia, apatia, sedação excessiva e irritabilidade (CIBA, 1957, tradução minha).

O logo da empresa está estampado no canto inferior esquerdo: CIBA, Summit, NJ (Cidade de Summit em Nova Jérsei).

Figura 8 —Brighten the day.



Brighten the day

for the chronically fatigued, the chronically ill, the convalescent, the apathetic and depressed older patient, the post-partum patient, the oversedated, the retarded child with

Ritalin[®] hydrochloride
(methylphenidate hydrochloride CIBA)

a new *mild* antidepressant, chemically unrelated to the amphetamines. Ritalin brightens outlook and renews vigor—counteracts drug sedative effects—often improves performance in the elderly. In most cases, Ritalin does not overstimulate, has little or no effect on appetite, blood pressure or pulse rate.

Average dosage: 10 mg. b.i.d. or t.i.d.

Supplied: TABLETS, 5 mg. (yellow), 10 mg. (light blue), 20 mg. (peach colored).

C I B A
SUMMIT, N. J.

Fonte: Ciba, 1958. Bulletin of the New York Academy of Medicine, Vol. 33, No. 1. 1958.⁵⁷

⁵⁷ Disponível em: europepmc.org/articles/PMC1805851/pdf/bullnyacadmed00358-0002.pdf

A Figura 8 consiste em um anúncio de uma página encontrado em uma edição de 1958 do *Bulletin of the New York Academy of Medicine* e também integra a campanha “Brighten the day”. A chamada está localizada no canto superior direito da fotografia, que mostra uma jovem mãe aconchegada com seu bebê em um gesto que lembra um “beijo esquimó”. Mãe e filho sorriem de olhos cerrados aproveitando um momento de carinho. O bordão “Anime seu dia” aparece posicionado no canto superior direito da imagem, e abaixo da mesma o texto destacado anuncia a Ritalina®: “para os cronicamente fatigados, cronicamente indispostos, convalescentes, pacientes idosos com apatia e depressão, para a paciente em depressão pós-parto, sedação excessiva e para criança retardada [...]” (CIBA, 1958).

O conteúdo textual restante é idêntico ao da propaganda anterior, exceto pela omissão do termo “estimulante”: “um novo antidepressivo gentil de ação suave quimicamente não relacionado às anfetaminas...” (CIBA, 1958). A descrição da dosagem e das formas de apresentação também permanece inalterada e não há nenhuma referência médico-científica. Essa é a primeira peça publicitária que menciona crianças (“a criança com retardo”) no corpo do texto. Nenhum trabalho médico-científico foi referenciado no anúncio.

Figura 9 —Parenteral Ritalin “Help psychiatric patients talk.”

HELP PSYCHIATRIC PATIENTS TALK



New Parenteral Ritalin helps patients to verbalize and



makes them more cooperative. Onset of action is rapid. The mental alertness of patients is sharpened in as little as



five minutes.

“...it has been found most valuable in helping the patient to express himself during psychotherapeutic interviews.”⁵⁸



NEW PARENTERAL

DOSAGE: 10 to 20 mg. Intramuscularly, 10 to 15 minutes before interview

Ritalin[®]
hydrochloride
(methylphenidate hydrochloride CIBA)

SUPPLIED: Multiple-dose Vials, 10 ml., each vial containing 100 mg. Ritalin hydrochloride in lyophilized form, accompanied by a 10-ml. vial of sterile solvent.

ALSO AVAILABLE: Oral Ritalin in tablets of 5, 10 and 20 mg.

*Waggoner, R. W.: Personal communication.

C I B A
SUMMIT, N. J.

2/2516MK

Fonte: CIBA, 1958. Hospital and Community Psychiatry, Mar. 1958.⁵⁸

⁵⁸ Disponível em: bonkersinstitute.org/showpics/kidritalk.gif

A Figura 9 (1958) promove uma nova forma farmacêutica do produto, a Parenteral Ritalin®, que consiste em um frasco-ampola com 100MG de metilfenidato liofilizado (desidratada) e outro frasco-ampola com um diluente estéril. A Ritalina® parenteral possibilitava uma absorção mais rápida e eficiente da substância. No caso do anúncio em questão, a ideia é ajudar o paciente a conversar: “*Help psychiatric patients talk*”. O texto recomenda uma dose entre 10MG e 20MG que deve ser aplicada por meio de injeção intramuscular dez ou quinze minutos antes da consulta.

Os elementos visuais dessa peça de página única são mais discretos em comparação com outras ilustrações analisadas. De fato, a folha em fundo branco possui apenas quatro imagens diminutas e um logotipo diferenciado. A primeira foto abaixo do título mostra um homem com ambas as mãos nas têmporas e um médico ao fundo. O paciente está sentado de lado para o médico e olha para o chão como se estivesse se concentrando. O profissional apenas observa com a mão esquerda pousada sobre a mesa enquanto a mão direita cobre sua boca.

Na próxima fotografia o paciente está virado de costas para o médico, sua mão esquerda está sobre a mesa e continua mirando o piso. Seus lábios estão inclinados para baixo demonstrando certa insatisfação; o médico pende a cabeça para esquerda e a mão que cobria sua boca não é mais visível. Ele parece observar o paciente com atenção e certa curiosidade.

Na foto seguinte, o sujeito se vira um pouco em direção ao médico e aponta o dedo em riste para o outro lado. O profissional continua observando atentamente, provavelmente pelos efeitos iniciais da injeção.

Na quarta imagem o sujeito encara o médico com as duas mãos posicionadas em um gesto explicativo. Neste quadro o médico obtém atenção total de seu paciente. Uma interpretação possível é que nesse momento o medicamento surtiu efeito. O texto que permeia toda a página indica que a “nova ritalina parenteral ajuda os pacientes a verbalizar fazendo com que fiquem mais cooperativos. O tempo de ação é rápido. A prontidão mental dos pacientes é aguçada em menos de cinco minutos.” (CIBA, 1958). A frase final é uma citação de uma “personal communication” sem data, atribuída a R.W. Waggoner, que afirma que “[o produto] foi de grande valia para ajudar o paciente a se expressar durante as entrevistas psicoterapêuticas.”

A última ilustração é o contorno de uma seringa contendo as palavras “New Parenteral” com a agulha sobrepondo o logotipo Ritalin® em caixa alta. O texto adicional informa a dosagem e a forma de apresentação mencionadas anteriormente. Também informa que o produto está disponível em comprimidos de 5, 10 ou 20MG.

O autor citado é R.W Waggoner. A produção é uma comunicação pessoal cuja existência não pude rastrear pelo buscador *Google* ou outros meios. Trata-se de um médico com formação em psiquiatria e neurologia e uma carreira respeitável no departamento de psiquiatria da Universidade de Michigan⁵⁹. Sua área de atuação principal era em psiquiatria de crianças e adolescentes. Também produziu artigos sobre esquizofrenia, epilepsia e retardo mental. A peça promove uma nova forma farmacêutica do metilfenidato e sugere uma indicação de uso bastante vaga como um apoio em consultas psicoterapêuticas, o que abre ampla margem de possíveis utilizações – assunto este que será discutido mais detidamente após a análise da Figura 10 e da Figura 11, que também divulgam o metilfenidato parenteral.

⁵⁹ Em: <<http://www.psych.med.umich.edu/waggoner-lectureship/about-dr-waggoner/>> Acesso em: 20 de dezembro de 2014.

Figura 10 — “After Barbiturate anesthesia... Parenteral Ritalin.”

277



after barbiturate anesthesia...

parenteral Ritalin[®]

“...shortened recovery time to an appreciable and statistically significant degree.”¹

Administered immediately after surgery, parenteral Ritalin quickly arouses your anesthetized patient—decreasing barbiturate after-effects and postoperative complications and minimizing the need for extended recovery-room care.

after prolonged apnea due to central respiratory depression during anesthesia and in counteracting respiratory depression in the newborn.”¹

1. Gale, A. S.: *Anesthesiology* **19**:521 (July-Aug.) 1958.

SUPPLIED: Parenteral Solution: Multiple-dose Vials, 10 ml., each vial containing 100 mg. Ritalin hydrochloride and 100 mg. lactose in lyophilized form.
Ritalin Parenteral Solution may be obtained from your local pharmacist.

Ritalin has further been shown to be “effective in initiating respiration in patients

RITALIN[®] hydrochloride (methylphenidate hydrochloride CIBA)

C I B A SUMMIT, N. J.

47-3119-00

Fonte: CIBA, 1958. ProCon.org. (2014, 15 Abr.). Ritalin Advertisement.⁶⁰

⁶⁰ Disponível em: prescriptiondrugs.procon.org/view.resource.php?resourceID=005790

A **Figura 10** foi encontrada em diversos sítios, mas em nenhum deles pude obter quaisquer informações além do ano de publicação da peça (1958). Me parece que a data foi estimada com base no artigo usado como referência no anúncio, publicado em 1958⁶¹. Após a análise dos conteúdos visuais e textuais da propaganda pretendo voltar a esse artigo.

Boa parte da página única é dominada pela fotografia do rosto de uma mulher deitada (supostamente em um leito) com o rosto inclinado para cima. Ela olha placidamente para o lado esquerdo (sem encarar o leitor) de maneira despreocupada. Na parte de baixo da fotografia se encontra o título: “Após a administração de anestésicos barbitúricos... Ritalina Parenteral... “reduziu substancialmente e estatisticamente o período de recuperação. “Administrada imediatamente após a cirurgia a Ritalina parenteral rapidamente desperta seu paciente anestesiado – reduzindo efeitos colaterais de barbitúricos, complicações pós-operatórias e minimizando a necessidade de cuidados pós-operatórios. “A Ritalina ‘demonstrou sua eficácia em restabelecer a frequência respiratória em pacientes anestesiados acometidos por apneia causada por depressão respiratória e em neutralizar depressão respiratória em recém-nascidos.” O restante do texto é idêntico ao da imagem anterior (apresentação, dosagem etc.), exceto pelos dizeres: “A Ritalina Parenteral pode ser obtida por meio de um farmacêutico local”.

As frases “reduziu substancialmente e estatisticamente o período de recuperação” e “demonstrou sua eficácia em restabelecer a frequência respiratória em pacientes anestesiados [...]” pertencem ao artigo redigido por Arnold S. Gale, na época um anesthesiologista assistente no *Mt. Sinai Hospital* em Cleveland, Ohio.

A pesquisa clínica aplicou injeções de metilfenidato em 262 pacientes e em 108 sujeitos-controle (Gale, 1958, pp. 530-531) para reduzir os estados de depressão associados à sedação com o barbitúrico tiopental empregado em procedimentos abortivos. Seus achados foram considerados positivos: a aplicação da Ritalina® parenteral reduziu significativamente o período de recuperação e induziu uma melhora nos estados depressivos associados ao sedativo (1958, pp. 531).

⁶¹ Disponível em:
<pubs.asahq.org/data/Journals/JASA/931665/0000542-195807000-00009.pdf?resultClick=3> Acesso em: janeiro de 2015.

Algumas buscas no *Google* revelaram outros artigos de Gale sobre o uso do metilfenidato. Em 1959 o autor publicou um artigo no JAMA sobre a utilização da Ritalina® parenteral em recém nascidos. Tive acesso apenas ao resumo do texto⁶², que não informa se o produto foi cedido pela CIBA ou não. Esse estudo clínico testou o metilfenidato em 54 pacientes média e altamente sedadas com barbitúricos a fim de reduzir a “depressão pós-parto” nos recém-nascidos (cujos sintomas incluem falta de oxigenação e ausência de choro). Posteriormente, o autor conclui que o curso de ação mais eficaz seria aplicar a injeção intramuscular nos próprios bebês (N da amostra não informado). Seus resultados são bastante otimistas, indicando que o “[...] metilfenidato produziu um aumento notável na atividade respiratória, em 1 ou 2 minutos após a aplicação e aumentou o choro e a atividade corporal entre 5 e 10 minutos.” O resumo também menciona que a substância causou “efeitos adversos leves”, como um “leve aumento” da pressão arterial e náusea passageira (Gale, 1959).

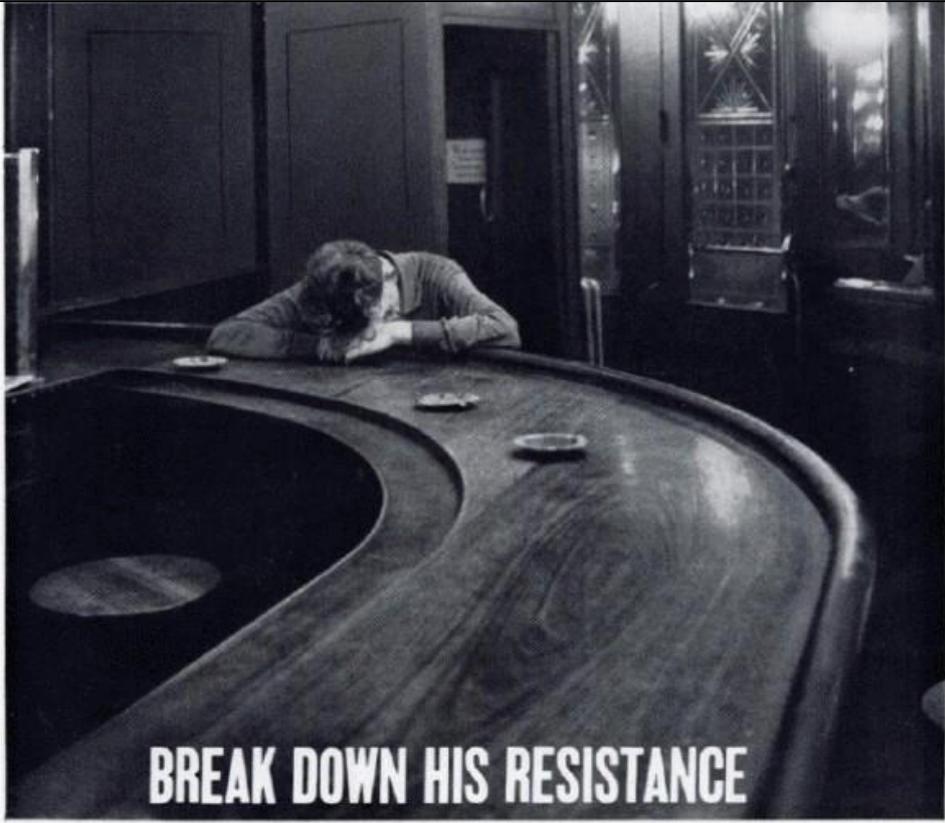
Com base nos estudos anteriores, Gale (1961) publica os resultados de um estudo comparativo entre os efeitos do metilfenidato parenteral e do Megimide® (outro estimulante do SNC) como agentes pós-operatórios⁶³ eficazes para reduzir efeitos adversos de barbitúricos. Os casos examinados consistem em comparações entre uma amostra ampliada da pesquisa anterior (696 pacientes) e um grupo de oito pacientes com depressão e intoxicação induzida por fármacos. Segundo o autor, no primeiro grupo houve uma melhora no período de convalescença e na depressão provocada por barbitúricos quando as duas drogas (Ritalina® e Megimide®) foram administradas em conjunto. O segundo grupo levou a um resultado semelhante. Gale declara que tanto o metilfenidato quanto o Megimide® foram cedidos por seus respectivos fabricantes, a CIBA e Abbot Laboratories (1961, 214).

⁶² Disponível em: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=326334>

⁶³ Disponível em:

pubs.asahq.org/data/Journals/JASA/931653/0000542-196103000-00009.pdf?resultClick=3

Figura 11 — “Break down his resistance to psychotherapy.”



**BREAK DOWN HIS RESISTANCE
TO PSYCHOTHERAPY**

Denial and defensive attitudes block contact with the alcoholic patient. Parenteral Ritalin renders him more accessible to psychotherapy by promoting verbalization of repressed and subconscious material.

In a recent study of 9 alcoholic patients,¹ Ritalin produced “a sustained decrease of psychic resistance.” After the Ritalin interviews “all patients became significantly more involved in therapy.... Two of the patients... for whom intensive individual therapy was available, moved rapidly toward new insights with remarkable emotional participation.”

DOSAGE: 10 to 20 mg. intramuscularly, 10 to 15 minutes before interview.

SUPPLIED: Ritalin Parenteral Solution: *Multiple-dose Vials*, 10 ml., each vial containing 100 mg. Ritalin hydrochloride and 100 mg. lactose in lyophilized form, accompanied by a 10-ml. vial of sterile solvent.

ALSO AVAILABLE: Ritalin *Tablets*, 5 (yellow), 10 (blue) and 20 mg. (peach-colored).

Reference: 1. Hartert, D., and Browne-Mayers, A. N.: *J. A. M. A.* 166:1982 (April 19) 1958.

RITALIN® hydrochloride (methylphenidate hydrochloride CIBA)

C I B A
SUMMIT, N. J.

parenteral Ritalin®

Fonte: CIBA, 1959. Mental Hospitals. Fev. 1959.⁶⁴

⁶⁴ Disponível em: bonkersinstitute.org/showpics/kidritdrunk.gif

A **Figura 11**, veiculada em 1959, mostra um homem desacordado no balcão de um bar. Na parte inferior da fotografia, a chamada “Quebre sua resistência à psicoterapia.” Dá continuidade à promoção do metilfenidato parenteral como um medicamento que complementa a psicoterapia: “Negação e comportamentos defensivos impedem o contato com o paciente alcoólatra. A Ritalina® Parenteral torna-o mais suscetível à psicoterapia promovendo a verbalização daquilo que é reprimido pelo subconsciente.” A seguir, citam um artigo: “Em um recente estudo com 9 pacientes alcoólatras a Ritalina produziu ‘uma diminuição continuada da resistência psíquica.’ Depois das entrevistas sob o efeito da Ritalina ‘todos os pacientes tornaram-se significativamente mais envolvidos com a terapia... Dois dos pacientes que tiveram acesso à terapia individual intensiva adquiriram novos insights rapidamente com notável participação emocional.” Além das referências, o restante do texto é idêntico ao dos anúncios anteriores. O artigo citado foi escrito por Dietrich Hartert e Albert N. Browne-Mayers e publicado em uma edição de 1958 do JAMA⁶⁵ (não localizada). Algumas buscas apontam que Hartert e Browne-Mayers atuavam na recuperação do vício em drogas, especialmente o álcool. O artigo citado pela CIBA é o único estudo em que os autores empregaram o metilfenidato para alcoolistas.

Na procura de mais informações sobre essa forma farmacêutica do metilfenidato conduzi buscas infrutíferas a fim de encontrar o registro de patente do produto. De acordo com Singh, o produto foi retirado rapidamente do mercado, mas a autora não fornece fonte ou data de remoção (2007, p. 136). Moon afirma que o laboratório parou de produzir substância em 1974 (2009, p. 14), mas não oferece nenhuma referência. Itaborahy, por outro lado, menciona que a droga foi “[...] retirada do mercado mundial em 1988” (2009, p. 63) e referencia um artigo de Renate Weber (“L’Histoire de Ritalin”) divulgado pela própria Novartis em 2000 e atualmente indisponível. Entretanto pude encontrar uma tradução em alemão do artigo publicado no periódico online *Deutsche Apotheker Zeitung* que, de fato, confirma a remoção da “ritalina injetável” do mercado mundial no ano de 1988 (WEBER, 2001 pp. 109-112).

Singh faz uma colocação interessante sobre a promoção de produtos como o metilfenidato parenteral (especialmente nas Figuras 9 e 11). De acordo com a

⁶⁵ Acesso em: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=323735>

autora, anúncios como esse sugerem que os laboratórios estavam cientes da popularização crescente dos modelos psicanalíticos e que a promoção de drogas que atuassem em conjunto com a psicoterapia poderia ser um stratagema eficaz (2007, p. 136). A promoção do metilfenidato parenteral é um indício dos esforços da CIBA em ocupar outros nichos de mercado, sem contudo deixar de se dedicar à promoção de outras condições (como depressão) para pacientes adultos, público alvo principal da empresa nas décadas de 1950 e 1960.

Figura 12 — “Ritonic. New revitalizing tonic brightens the second half of life!”

New revitalizing tonic brightens the second half of life!

Ritonic™

A sense of frustration and inadequacy, faulty nutrition, waning gonadal function — RITONIC meets all these problems of middle age and senile let-down. The unique combination of RITALIN, the safe central stimulant, with a balanced complement of vitamins, calcium, and hormones acts to renew vitality, re-establish hormonal and anabolic benefits, and improve nutritional status.

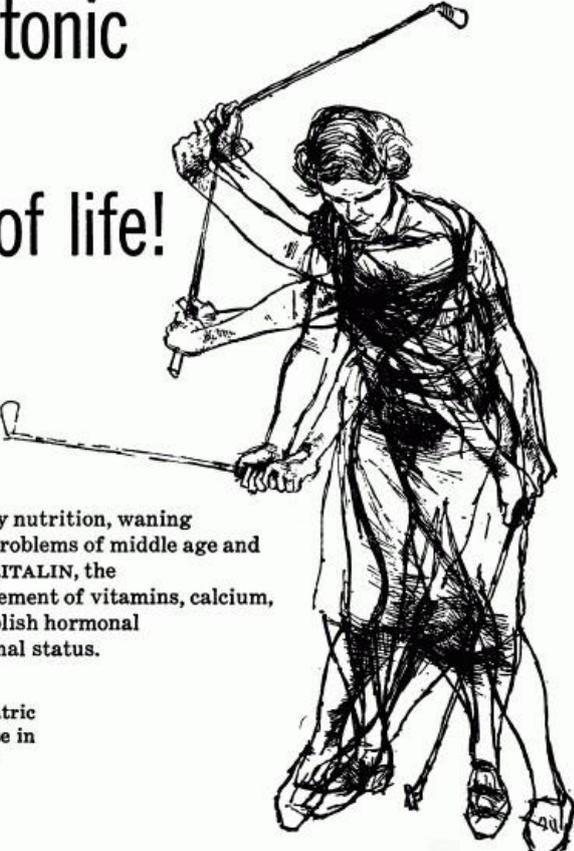
“We found Ritonic to be a safe, effective geriatric supplement . . .”¹ “Patients reported an increase in alertness, vitality and sense of well being.”²

PRESCRIBE RITONIC
for your geriatric patients, your middle-aged patients and your postmenopausal patients.

Each Ritonic Capsule contains:

<i>Ritalin® hydrochloride</i>	5 mg.
<i>methyltestosterone</i>	1.25 mg.
<i>ethinyl estradiol</i>	5 micrograms
<i>thiamin (vitamin B₁)</i>	5 mg.
<i>riboflavin (vitamin B₂)</i>	1 mg.
<i>pyridoxin (vitamin B₆)</i>	2 mg.
<i>vitamin B₁₂ activity</i>	2 micrograms
<i>nicotinamide</i>	25 mg.
<i>dicalcium phosphate</i>	250 mg.

Dosage: One Ritonic Capsule in mid-morning and one in mid-afternoon.
Supplied: Ritonic CAPSULES; bottles of 100.
References: 1. Natenshon, A. L.: J. Am. Geriatrics Soc. 6: 534 (July) 1958.
 2. Bachrach, S.: To be published.
RITALIN® hydrochloride (methylphenidate hydrochloride CIBA)



C I B A SUMMIT, N. J.

s/20588K

Fonte: CIBA, 1959. California Medicine, Vol. 90, No. 3, p. 15. 1959.⁶⁶

⁶⁶ Disponível em: ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1577728/pdf/califmed00111-0002.pdf

A **Figura 12**, de 1959, promove o Ritonic®, uma cápsula contendo ritalina, hormônios, vitaminas e suplemento alimentar. O título apresenta o produto como “Um novo tônico revitalizador que anima a segunda metade da vida! Ritonic®”. Um desenho feito a lápis grafite ocupa parte direita da folha: uma mulher de meia idade empunhando um taco de golfe. A ilustração passa a sensação de movimento, força e velocidade. Abaixo do logotipo Ritonic® o conteúdo textual alerta:

Sensação de frustração e incapacidade, insuficiência alimentar, diminuição da função gonadal – Ritonic atende a todos esses problemas da meia idade e a decepção da senilidade. A única combinação da RITALINA, o estimulante seguro do SNC balanceado com um conjunto completo de vitaminas, cálcio e hormônios atua renovando o vigor, restabelecendo as funções hormonais e anabólicas e melhorando o estado nutricional. (CIBA, 1959, tradução minha).

As promessas são respaldadas por trechos de artigos: “Nós constatamos que o Ritonic é um suplemento vitamínico geriátrico seguro e efetivo...” e “Os pacientes relataram um aumento na atenção, vigor e sensação de bem estar.” Os trechos são acompanhados da recomendação:

PRESCREVA RITONIC para seus pacientes geriátricos, seus pacientes de meia idade e suas pacientes em menopausa. Cada cápsula de Ritonic contém: Cloridrato de Metilfenidato: 5 mg; metiltestosterona: 1,25mg; etinilestradiol: 5 microgramas; tiamina (vitamina B1): 5 mg; riboflavina (vitamina B2): 1mg; piridoxina (vitamina B6): 2 mg; vitamina B12 ativa: 2 m; nicotinamida: 25mg; fosfato de cálcio: 250 mg; Dosagem: Uma cápsula de Ritonic durante a manhã e outra durante a tarde. Cada frasco contém 100 Cápsulas de Ritonic. (CIBA, 1959, tradução minha).

O primeiro artigo citado no anúncio (NATENSHON, 1958) não foi encontrado em nenhuma ferramenta de busca ou base de dados. O autor escreveu outro artigo sobre o metilfenidato em 1956. Após o artigo de 1958 o pesquisador não publicou mais nada sobre os produtos da CIBA. Tampouco encontrei informações relevantes sobre a produção de S. Bachrach, autor do artigo que estava em fase de publicação.

A pesquisadora Sandra Hardy relata que o Ritonic® passou a ser promovido ao final da década de 1950 e permaneceu no mercado até a aprovação das emendas *Kefauver-Harris* em outubro de 1962 (2009, p. 149). Também conhecidas como "Drug Efficacy Amendment", tornaram a FDA responsável pela coordenação de todas as atividades relacionadas à política de regulação de fármacos nos EUA (OLIVEIRA et al. 1999, p. 102). As emendas “*Kefauver*” foram aprovadas após a tragédia da talidomida, sedativo que apresenta riscos gravíssimos em gestantes,

causando má-formação ou ausência de membros nos fetos⁶⁷. De acordo com Castro, as emendas reforçaram “[...] as exigências para aprovação de fármacos, demandando extensos estudos pré-clínicos antes dos medicamentos serem testados em humanos.” (2009, p. 132) Também determinaram que os medicamentos lançados no mercado norte-americano entre 1938 e 1962 fossem reavaliados a fim de estabelecer sua eficácia e segurança.

⁶⁷ Para mais informações sobre a talidomida cf. Oliveira et al. 1999. Disponível em: <http://scielo.br/pdf/csp/v15n1/0040.pdf>

A **Figura 13** veiculada em 1963 é a primeira peça publicitária que encontrei após a aprovação das referidas emendas. A fotografia no anúncio retrata uma senhora sentada em um banco de madeira em um local que lembra uma estação de trem. A personagem parece cansada e apoia a cabeça com a mão esquerda. O título destacado garante que os “pacientes cansados respondem à Ritalina”. O corpo do texto enfatiza a segurança do produto: “Quando a letargia é parte do problema emocional, considere a Ritalina. Sua ação estimulante e gentil restabelece a atividade física e mental ao normal.” Um excerto de artigo assinala que:

Em casos de depressão leve ou síndrome clínica de exaustão, uma droga simpaticomimética leve como o metilfenidato (Ritalina) parece ser a primeira escolha para iniciar a terapia. A Ritalina não apresenta efeitos nocivos encontrados em anfetaminas, nas hidrazinas ou em outros antidepressivos. (CIBA, 1963, tradução minha).

O próximo trecho invoca passagens de artigos científicos que confirmam a segurança do medicamento:

Outros comentários sobre a segurança da Ritalina: Em nenhum momento houve evidência de reações tóxicas [em um estudo com 185 pacientes]. A droga [Ritalina] não produziu alterações nos fatores de formação sanguíneos ou na função dos rins e do fígado. (CIBA, 1963, tradução minha).

E, finalmente: “Nenhum efeito tóxico significativo surgiu após a administração contínua da [Ritalina] por mais de 3 anos”. O conteúdo e as formas de apresentação permanecem inalteradas. No entanto, é a primeira vez que o seguinte informe é incluído no material promocional do metilfenidato: “Para informações completas sobre a Ritalina (incluindo dosagem, precauções e efeitos colaterais) consulte o *Physicians’ Desk Reference*⁶⁸ ou escreva para CIBA, Summit, Nova Jersey.” Em comparação com as peças anteriores, é perceptível a preocupação em evidenciar a segurança do medicamento. Após a aprovação das emendas “Kefauver”, a FDA passou a exigir que os fabricantes incluíssem efeitos colaterais e informações sobre a segurança e eficácia do produto (RUGE, 1967, p. 660).

Uma busca sobre os dois primeiros autores citados no artigo (Siegler, 1962 e Lapolla, 1961) revelou que os editores do livro em que Siegler publica (Nodine e Moyer) organizaram alguns simpósios promovidos pela CIBA. Os autores Robert Yosse e David Daly (1960) mencionados nas referências produziram vários artigos

⁶⁸ O *Physicians’ Desk Reference* é um compêndio de bulas utilizado nos EUA (REVIERS, 2013, p.13)

sobre uso de psicotrópicos para o tratamento da narcolepsia, o que de certa forma justifica seu interesse pelo metilfenidato.

Figura 13 —“Tired patients respond to Ritalin”



Tired patients respond to Ritalin

When lethargy is part of the emotional problem, consider Ritalin. Its gentle stimulant action restores physical and mental activity to normal.

“In mild depression or in clinical exhaustion syndromes, a marginal sympathomimetic drug, like methylphenidate [Ritalin], seems to be the drug of choice for initiating therapy. It does not have the toxic effects found with the amphetamines or with the hydrazines or other antidepressants.”¹

Other comments on safety of Ritalin: “At no time was there evidence of serious toxic reactions [in a study of 185 patients]. The drug [Ritalin] did not produce alteration in blood forming factors, kidney and liver function.”² “No significant toxic effects have resulted after the continuous administration of [Ritalin] for more than 3 years.”³

SUPPLIED Tablets, 5 mg. (pale yellow), 10 mg. (pale blue) and 20 mg. (pale orange). For complete information about Ritalin (including dosage, cautions, and side effects), see current Physicians’ Desk Reference or write CIBA, Summit, New Jersey.

REFERENCES 1. Siegler, P.E., in Nodine, J.H., and Moyer, J.H. (Editors): *Psychosomatic Medicine, The First Hahnemann Symposium*, Lea & Febiger, Philadelphia, 1962, p. 582.
2. Lapolla, A.: *Western Med.* 2:383 (Sept.) 1961.
3. Yoss, R.E., and Daly, D.D.: *Pediatrics* 25:1025 (June) 1960. 2/3069MB

Ritalin® hydrochloride (methylphenidate hydrochloride CIBA) C I B A

Fonte: CIBA, 1963. *Mental Hospitals*, Vol. 14, No. 2. 1963.

A **Figura 14** (1963) foi encontrada no sítio *The american gallery of psychiatric art*⁶⁹, que reúne propagandas de medicamentos lançadas entre 1960 e 1990. Ao lado de cada peça uma legenda informa o nome do fármaco, periódico em que foi veiculada e ano da publicação. A maior parte da coleção foi encontrada na revista *Archives of General Psychiatry* (atual *JAMA Psychiatry*).

O anúncio utiliza a fotografia de um sujeito sentado em uma escrivaninha com dois porta-papéis. O homem lê atentamente um documento em sua mão enquanto segura uma caneta e outra folha na mão direita. O porta-papel à sua frente está

⁶⁹ Disponível em: <<http://www.geocities.ws/cgkarma/artindex.html>> Acesso em: janeiro de 2015.

praticamente vazio e o outro repleto de documentos. É difícil saber se o personagem está começando ou terminando a tarefa, mas considerando sua concentração e que não há uma foto antes-e-depois, penso que a fotografia passa a ideia de eficiência proporcionada pela medicação. A logomarca Ritalina® (metilfenidato CIBA) está abaixo da foto no lado esquerdo da folha seguida de um *slogan* com o trocadilho: “Alivia fadiga crônica que deprime e depressão leve que fatiga.”

O restante do conteúdo textual informa que o medicamento:

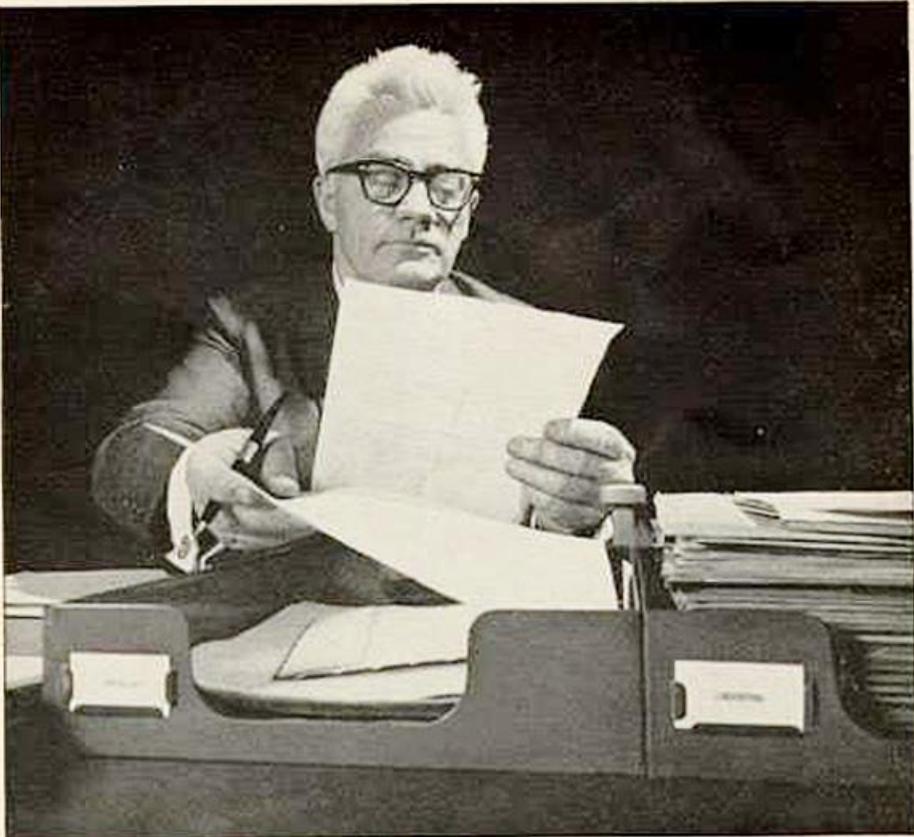
Anima o humor e melhora a performance e ajuda a restabelecer a atenção, energia e o entusiasmo. Raramente causa estimulação excessiva ou decepção repentina. Praticamente livre dos efeitos nocivos causados por antidepressivos mais fortes. Contraindicações: ansiedade acentuada, tensão, agitação. Cuidados: Não deve ser utilizada para aumentar as capacidades físicas ou mentais além dos limites normais. (CIBA, 1963 tradução minha).

A última frase é interessante, pois assinala uma certa preocupação com a utilização da droga para melhorar as capacidades físicas e cognitivas “além dos limites normais”, informação que sugere um contexto social de aprimoramento de si ligado aos fármacos que será retomado posteriormente.

O restante do texto alerta que:

A manifestação de comportamento psicótico e dependência psíquica foram observadas raramente. Utilize com cautela em conjunto com vasodilatadores, ex. epinefrina, levarterenol, angiotensina. Efeitos colaterais: Nervosismo, insônia, anorexia, enjoo, vertigem, palpitação, dor de cabeça, sonolência. Raramente podem ocorrer aumento ou diminuição na pressão arterial e batimentos cardíacos. Dosagem: Administração oral de 2 a 3 doses diariamente, preferivelmente de 30 a 45 minutos antes das refeições. A dosagem depende da indicação e da resposta individual sendo que a dose média diária é de 20 a 60 mg. (CIBA, 1963 tradução minha).

Figura 14 —“Relieves chronic fatigue that depresses and mild depression that fatigues”



Ritalin[®]
(methylphenidate CIBA)
 relieves chronic fatigue that depresses
 and mild depression that fatigues

Contraindications: Marked anxiety, tension, agitation. *Cautions:* Should not be used to increase mental or physical capacities beyond normal limits. Overt psychotic behavior and psychic dependence in emotionally unstable persons have occurred rarely. Use cautiously with vasopressors, e.g., epinephrine, levarterenol, angiotensin amide. *Side Effects:* Nervousness, insomnia, anorexia, nausea, dizziness, palpitation, headache, drowsiness. Rarely, blood pressure and pulse changes, both up and down, occur. *Dosage:* Administer orally in divided doses 2 or 3 times daily, preferably 30 to 45 minutes before meals. Dosage will depend upon indication and individual response, the average range being 20 to 60 mg daily. *Supplied:* Ritalin[®] hydrochloride (methylphenidate hydrochloride CIBA) *Tablets*, 20 mg (peach), 10 mg (pale green) and 5 mg (pale yellow). CIBA Pharmaceutical Company, Summit, N. J.

Brightens mood and improves performance
 Helps restore alertness, enthusiasm, and drive
 Rarely causes excessive stimulation or sudden letdown
 Virtually free of the toxic effects of the more potent antidepressants

Fonte: CIBA, 1963. Archives of General Psychiatry, 1963. Buscador Google, 1963.⁷⁰

⁷⁰ Disponível em: geocities.ws/cgkarma/home/ritalin.html

A **Figura 15** (1964), que aparece no periódico britânico BJM, traz uma reprodução do quadro *Jeune femme en chemise*, de Pablo Picasso⁷¹. A mulher retratada na pintura é uma figura esguia, os tons azuis ao fundo contrastam com sua pele e vestimenta branca e lhe conferem uma delicadeza espectral. Abaixo da imagem, os dizeres

Femme en Chemise de Picasso... uma das réplicas de uma série de reproduções coloridas que estão sendo enviadas aos médicos. Cópia registrada de S.P.A.D.E.M (Société de la Propriété Artistique et des Dessins et Modules), Paris, 1964. (CIBA, 1964, tradução minha).

Na parte inferior esquerda, o texto:

Letargia e fadiga são um problema comum após o parto, durante a convalescença, depressão leve, sedação excessiva e em muitos pacientes idosos. A ação gentil da Ritalina restabelece rapidamente a ação física e mental. Comprimidos de 10 mg – tarifa básica de preços do Serviço Nacional de Saúde Britânico. Quando você ouvir: ‘Doutor, eu me sinto sempre cansada’ a resposta pode ser Ritalina®, o antiletárgico comprovado. Amplamente utilizado desde 1955 CIBA. (CIBA, 1965, tradução minha).

⁷¹ Segundo o guia Tate Gallery: An Illustrated Companion (WILSON, 1991), a obra foi exibida de julho a setembro de 1960 no Tate, o museu de arte moderna do Reino Unido. Conforme o guia, o quadro foi pintado no fim do “período azul” de Picasso. Nessa fase, o artista passou muitas dificuldades ao tentar se estabelecer em Paris, e as pinturas dessa época são dominadas pelos tons de azul e os temas centrais são a pobreza e a tristeza (WILSON, 1991, p.107).

Figura 15 —“When you hear ‘Doctor, I Always feel so tired’
the answer may be Ritalin®”



Femme en Chemise by Picasso... one of a series of colour prints now being mailed to doctors. © by S.F.A.D.E.M., Paris, 1964.

Lethargy and fatigue are often a problem after childbirth, in convalescence, mild depression, over sedation, the menopause and in many old patients. The gentle action of Ritalin quickly restores mental and physical activity.

When you hear “Doctor, I always feel so tired” the answer may be **Ritalin®** (Methylphenidate-hydrochloride) the well tried^{**} antilethargic

Tablets of 10 mg. Basic NHS price 100-7/10d *In wide usage since 1955

C I B A

Fonte: CIBA, 1964. British Medical Journal, Vol. 2, No. 5402, p. i. 1964.⁷²

⁷² Disponível em: ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1816098/pdf/brmedj02559-0002.pdf

Figura 16 —“If chronic fatigue and mild depression make simple jobs looks this big...”

if chronic fatigue and mild depression make simple jobs look this big...

Ritalin[®]
(methylphenidate CIBA)

relieves chronic fatigue that depresses and mild depression that fatigues

Ritalin (methylphenidate) gently overcomes mild depression and the fatigue so often associated with it. The drug brightens mood and improves performance, helps restore alertness, enthusiasm, and drive. Patients often report that fatigue and worry seem to vanish; they are able to go all day without getting tired.

Widely cited for its outstanding record of safety, Ritalin (methylphenidate) is virtually free of the toxic effects of the more potent antidepressants. Its action is usually uncomplicated by excessive stimulation or sudden letdown. Ritalin (methylphenidate) is exceptionally well tolerated even by the elderly.

Dosage: Give orally in divided doses 2 or 3 times daily, preferably 30 to 45 minutes before meals. Average dosage is 20 to 60 mg. daily. **Contraindications:** Marked anxiety, tension, agitation. **Cautions:** Should not be used to increase mental or physical capacities beyond normal limits. Use cautiously with epinephrine, levatterolol, or angiotensin amide. **Side Effects:** Nervousness, insomnia, anorexia, nausea, dizziness, palpitation, headache, drowsiness. **Supplied:** Ritalin hydrochloride (methylphenidate hydrochloride) Tablets, 20 mg. (pale orange), 10 mg. (pale green), and 5 mg. (pale yellow). CIBA Pharmaceutical Company, Summit, N. J.

C I B A

Fonte: CIBA, 1965. Archives of General Psychiatry, Mar. 1965. Tese de Moon, NW. “The amphetamine years [...]”. 2009, p. 150⁷³.

A **Figura 16** e a **Figura 17**, lançadas respectivamente em 1965 e 1966, partilham tantos elementos em comum que podem ser analisadas em conjunto. O conteúdo textual é quase idêntico e os elementos visuais recorrem ao jogo do “antes e depois” para demonstrar os efeitos positivos do medicamento.

Na **Figura 16** a fotografia do lado esquerdo mostra uma mulher encurvada com a mão direita sobre o rosto, que está parcialmente coberto por uma pilha de louça (provavelmente suja) acumulada caoticamente. Sua postura e a maneira como observa a louça empilhada passam a sensação de tédio e cansaço. A fotografia no lado direito do anúncio mostra a mesma mulher com as mãos sobre a louça empilhada caprichosamente. Ela olha diretamente para a pilha e esboça um meio sorriso demonstrando um nível de satisfação incomparável ao da fotografia anterior.

⁷³ Disponível em: <http://smartech.gatech.edu/handle/1853/31743>

Um detalhe digno de nota é a perspectiva da primeira imagem: a mulher parece distante e diminuta em relação aos pratos que dominam o cenário.

O título da **Figura 16** e da **Figura 17** é o mesmo: “Se a fadiga crônica e a depressão leve tornam tarefas simples em algo enorme... Ritalina® Alivia fadiga crônica que deprime e depressão leve que fatiga” (slogan idêntico ao da **Figura 14**). O corpo do texto será examinado após a análise da **Figura 17**.

Figura 17 — “If chronic fatigue and mild depression make simple tasks seem this big...”

<p>if chronic fatigue and mild depression make simple tasks seem this big...</p>	<p>Ritalin® (methylphenidate CIBA) relieves chronic fatigue that depresses and mild depression that fatigues</p>
<p>Ritalin gently overcomes mild depression and the fatigue so often associated with it. The drug brightens mood and improves performance, helps restore alertness, enthusiasm, and drive. Patients often report that fatigue and worry seem to vanish; they are able to go all day without getting tired.</p> <p>Widely cited for its outstanding record of safety, Ritalin is virtually free of the toxic effects of the more potent antidepressants. Its action is usually uncomplicated by excessive stimulation or sudden letdown.</p> <p>Ritalin is exceptionally well tolerated, even by the elderly.</p>	<p>CONTRAINDICATIONS: Marked anxiety, tension, agitation. Contraindicated in patients with glaucoma and with epilepsy, except to combat lethargy induced by anticonvulsant drugs. WARNINGS: Should not be used for severe depression (exogenous or endogenous) except in the hospital under careful supervision. Should not be used to increase mental or physical capacities beyond physiological limits.</p> <p>PRECAUTIONS: Patients with an element of agitation may react adversely; discontinue therapy if</p>
<p>necessary. Use cautiously with vasopressors (e.g., epinephrine, levarterenol, angiotensin amide) and in patients with hypertension.</p> <p>SIDE EFFECTS: Nervousness, insomnia, anorexia, nausea, dizziness, palpitation, headache, drowsiness, skin rash. Rarely, blood pressure and pulse changes, both up and down, occur. Overt psychotic behavior and psychic dependence in emotionally unstable persons have occurred rarely.</p>	<p>DOSAGE: Administer orally in divided doses 2 or 3 times daily, preferably 30 to 45 minutes before meals. Dosage will depend upon indication and individual response; the average range being 20 to 60 mg daily.</p> <p>SUPPLIED: Ritalin® hydrochloride (methylphenidate hydrochloride CIBA) <i>Tablets</i>, 20 mg (peach), 10 mg (pale green) and 5 mg (pale yellow).</p> <p><i>Consult complete product literature before prescribing.</i></p> <p>CIBA Pharmaceutical Company, Summit, N. J.</p>

Fonte: Ciba, 1966. JAMA, Vol.196 No. 9, pp. 158-159. 1966.⁷⁴

A fotografia da esquerda mostra uma senhora, de óculos e avental, sentada atrás de uma mesa olhando para um saco de papel. A mesa repleta de batatas contém ainda um grande escorredor de aço inox e outro saco de papel caído com vagens. A personagem parece visivelmente enfadada com a mão apoiada na cabeça. Seus lábios arqueados para baixo sugerem tristeza e insatisfação. Na foto ao lado, a mesa parece menos abarrotada; uma faca descansa no lado direito e uma

⁷⁴ Disponível em: bonkersinstitute.org/showpics/kidritchronic.gif

panela branca ocupa o centro do móvel. A mulher está com uma vagem nas mãos e ela observa o escorredor com algumas batatas descascadas em seu interior.

A expressão da senhora é muito curiosa. Se antes ela parecia enfadada, agora carrega um olhar vazio e distante, suas pálpebras estão semicerradas e ela parece estar desempenhando a tarefa de forma extremamente mecânica. O corpo do texto anuncia: “A Ritalina elimina a depressão leve e a fadiga frequentemente associada a ela. A substância anima o humor e melhora a performance, restabelece a atenção, energia e o entusiasmo.” E segue:

Pacientes frequentemente relatam que a fadiga e as preocupações desaparecem; eles conseguem ficar dispostos durante todo dia. Amplamente mencionada por seu excelente histórico de segurança a Ritalina é praticamente livre dos efeitos nocivos dos antidepressivos mais potentes. Seu efeito geralmente não é prejudicado por estimulação em demasia ou decepção repentina. A Ritalina é excepcionalmente bem tolerada mesmo pelos idosos. (CIBA, 1966, tradução minha)

As contra indicações se mantêm em relação aos anúncios anteriores, exceto pelo alerta sobre o uso em pacientes com glaucoma e epilepsia e em casos de letargia induzida por drogas anticonvulsionantes. Uma novidade na parte das Advertências é que o produto não deve ser empregado em casos de depressão grave (exógena ou endógena). Também alerta que pacientes agitados podem reagir de forma adversa e que a terapia deve ser interrompida se necessário. Os efeitos colaterais se mantêm (nervosismo, insônia, anorexia etc.) com a adição de manchas na pele.

Assim como as imagens anteriores (**Figuras 14, 15 e 16**), não há qualquer tipo de referência à literatura médico-científica. Esse recurso só será utilizado novamente após os anos 1970 com a necessidade de dominar um novo público-alvo, o que será discutido em tempo. Antes da próxima imagem, penso que é pertinente tecer alguns comentários sobre as diferenças de gênero que se tornam gradualmente mais e mais visíveis e marcadas a partir desses dois últimos anúncios.

Na condição de formas midiáticas, as propagandas de medicamentos (assim como revistas de moda ou saúde, por exemplo) se caracterizam como documentos privilegiados do ponto de vista analítico. As imagens de peças publicitárias como as **Figuras 16 e 17**, que empregam imagens comparativas (“antes e depois”), mostram mulheres “deprimidas”, “desatentas”, “desprovidas de energia e entusiasmo” e, portanto, incapazes de desempenhar suas “tarefas” (voltarei às tarefas em breve).

As produções midiáticas que unem texto e imagem sugerem, entre outras coisas, que a depressão dificultava o andamento de suas tarefas domésticas.

Conseqüentemente, uma “mulher normal” não teria qualquer dificuldade para tocar seus afazeres domésticos – o que leva à constatação perversa de que após utilizarem a Ritalina® essas mulheres retomam suas vidas, deixam de ser deprimidas, adquirem energia, entusiasmo e “potencializam sua performance” (para que lavem pratos e descasquem batatas). O texto em destaque nos dois anúncios também deve ser levado em conta: “*If chronic fatigue and mild depression make simple tasks seem this big...*”

Na **Figura 14**, um homem estava trabalhando em uma mesa de escritório, sua tarefa não parecia envolver um alto nível de dificuldade ou complexidade, mas nem por isso a propaganda incluía letras garrafais declarando que sua tarefa era simples. E o mesmo vale para todos os outros anúncios protagonizados por homens examinados ao longo desta dissertação.

Figura 18 — “RITALIN® (methylphenidate CIBA) Sparks energy”

Ritalin®
(methylphenidate CIBA)
sparks energy

relieves chronic fatigue and mild depression

Certainly Ritalin isn't going to make a sprinter out of the man barely able to drag himself through the day. But this gentle stimulant can spark energy—and enthusiasm—in the chronically fatigued, mildly depressed patient. With vitality increased and outlook brightened, the patient finds daily tasks no longer loom so large, nor do life's problems seem so serious.

Unlike most antidepressants, Ritalin acts promptly—is less likely than amphetamines to cause excessive stimulation, sudden letdowns, appetite suppression, alterations in pulse rate or blood pressure.

Ritalin is widely cited for its outstanding safety record; untoward effects on blood, urine, or liver and kidney function are not to be anticipated. Side effects, if they occur, are generally mild.

Contraindications
Marked anxiety, tension, agitation. Contraindicated in patients with glaucoma and with epilepsy, except to combat lethargy induced by anticonvulsant drugs.

Warnings
Should not be used for severe depression (exogenous or endogenous) except in the hospital under careful supervision. Should not be used to increase mental or physical capacities beyond physiological limits.

Cautions
Patients with an element of agitation may react adversely; discontinue therapy if necessary. Use cautiously with epinephrine or vasopressors and in patients with hypertension.

Side Effects
Nervousness, insomnia, anorexia, nausea, dizziness, palpitation, headache, drowsiness, skin rash. Rarely, blood pressure and pulse changes, both up and down, occur. Over-psychotic behavior and psychic dependence in emotionally unstable persons have occurred rarely.

Dosage
Administer orally in divided doses 2 or 3 times daily, preferably 30 to 45 minutes before meals. Dosage will depend upon indication and individual response, the average range being 20 to 60 mg daily.

Supplied
Ritalin® hydrochloride (methylphenidate hydrochloride CIBA) Tablets, 20 mg (peach), 10 mg (pale green) and 5 mg (pale yellow). Consult complete product literature before prescribing.
CIBA Pharmaceutical Company,
Summit, N.J.

C I B A

For prescribing information, please see following page

Fonte: Ciba. 1967. JAMA: Vol.199, No.11, pp. 250-252. 1967⁷⁵.

⁷⁵ Disponível em: bonkersinstitute.org/showpics/kidritspark.gif

A **Figura 18** destoa totalmente das peças anteriores. Trata-se de um anúncio de página dupla lançado em 1966 que utiliza o slogan *Ritalin® Sparks Energy*, cujo sentido está relacionado com animar. A melhor tradução na qual pude pensar é “Ritalina Libera Energia”. A fotografia por si só não diz muito: um homem vestindo um traje estilo safari completo (incluindo o *pith helmet*, chapéu arredondado de cortiça), de braços abertos e com um sorriso estampado no rosto. Na sua mão direita ele segura um chicote do tipo que os domadores de leões utilizam no circo. A segunda frase no corpo do texto elucida melhor a ideia da imagem: “Mitiga a fadiga crônica e depressão leve. Certamente a Ritalina não irá transformar um homem que mal consegue se arrastar ao longo do dia em um maratonista. Mas esse estimulante gentil libera energia - e entusiasmo – nos pacientes cronicamente fatigados com depressão leve.” Aqui não há “antes e depois”. O que a imagem tenta comunicar é que, ao usar a droga, mesmo um homem exausto pode se tornar um sujeito destemido, cheio de energia e até mesmo um domador de feras:

Com o aumento do vigor e a aparência animada o paciente não vê mais as tarefas diárias se avultando ameaçadoramente e os problemas da vida não parecem tão sérios. Ao contrário da maioria dos antidepressivos a Ritalina age rapidamente e ao contrário das anfetaminas é pouco provável que cause muito estímulo ou decepção repentina, perda do apetite ou alterações na pressão arterial e nos batimentos cardíacos.(CIBA, 1967, tradução minha).

O restante do texto não apresenta nenhuma diferença em relação aos últimos anúncios.

Figura 19 — “RITALIN® (methylphenidate ciba) sparks energy in the patient with ‘tired mother syndrome’”

Ritalin sparks energy (methylphenidate CIBA)

in the patient with “tired mother syndrome”

She’s come to you because she’s depressed and tired all the time. She has vague complaints of apathy, listlessness, feeling “blue”—often symptoms of chronic fatigue and mild depression. Yet, there are no signs of organic disease or serious emotional disorder. When the signs point to chronic fatigue or mild depression, prescribe Ritalin.

This gentle stimulant can help brighten mood and improve performance . . . dispel fatigue . . . restore alertness, enthusiasm, and drive.

For complete information (including contraindications, warnings, cautions, side effects, dosage, supplied), see accompanying literature.

Fonte: Ciba, 1967. Periódico desconhecida. Buscador Google. 1967.⁷⁶

Figura 20 — “When the clinical picture looks like this...”

change the scene quickly with **Ritalin® (methylphenidate)** rapid-acting, gentle, and well-tolerated stimulant/ antidepressant

Ritalin makes ideal initial therapy in psychiatric patients who are withdrawn, apathetic, or who are overly lethargic from tranquilizers. Unlike the more potent but slower-acting antidepressants, Ritalin often improves mood, psychomotor performance, and social participation with the very first dose. Its stimulant effect occurs quickly but gently lasts 4 or 5 hours... and ebbs smoothly, usually without rebound depression.

relieves mild depression... chronic fatigue... drug-induced lethargy

Notably well tolerated, even in the elderly Ritalin (methylphenidate) also has an outstanding safety record. Unlike potent MAO inhibitors and tricyclic compounds, muscle tremors, urinary retention, or adverse effects on blood, urine, or liver and kidney function are not to be anticipated with Ritalin. And Ritalin is much less likely than amphetamines to affect blood pressure, pulse rate, or appetite... even in the elderly.

Contraindications: Marked anxiety, tension, agitation. Contraindicated in patients known to be hypersensitive to the drug; in patients with glaucoma and with epilepsy, except to combat lethargy induced by anticonvulsant drugs.

Warnings: Should not be used for severe depression (exogenous or endogenous) except in the hospital under careful supervision. Should not be used to increase mental or physical capacities beyond physiological limits.

Precautions: Patients with an element of agitation may react adversely; discontinue therapy if necessary. Use cautiously with epinephrine and vasopressors and in patients with hypertension.

Adverse Reactions: Hypersensitivity reactions, nervousness, insomnia, anorexia, nausea, dizziness, palpitation, headache, drowsiness, skin rash. Rarely, blood pressure and pulse changes, both up and down, occur. Overt psychotic behavior and psychic dependence in emotionally unstable persons have occurred rarely.

Dosage: Administer orally in divided doses 2 or 3 times daily, preferably 30 to 45 minutes before meals. Dosage will depend upon indication and individual response, the average range being 20 to 60 mg daily.

Supplied: Ritalin® hydrochloride (methylphenidate hydrochloride) Tablets, 20 mg (peach), 10 mg (pale green) and 5 mg (pale yellow).

Consult complete product literature before prescribing.
CIBA Pharmaceutical Company, Summit, N. J.

C I B A

Fonte: Ciba, 1968. Hospital and Community Psychiatry, Vol. 19, No. 4. 1968⁷⁷.

⁷⁶ Disponível em: bonkersinstitute.org/medshow/kidritmom.html

⁷⁷ Disponível em: bonkersinstitute.org/showpics/kidritleth.gif

A **Figura 19** também usa o bordão “Sparks Energy”. A imagem foi encontrada na galeria do sítio *Bonkers* e aparece em outras páginas na internet. Não há fontes sobre a procedência da imagem a não ser o ano estimado de publicação, que seria 1967. Não estou certo de que foi publicada em um periódico médico. É provável que se trate de material promocional enviado diretamente aos profissionais.

Apesar da falta de fontes confiáveis, optei por incluir essa peça por sua semelhança com as propagandas publicadas nos periódicos da época. A propaganda é composta por sete imagens acompanhadas de um pequeno texto. Antes de descrever as fotografias vou me ater ao texto. O título destacado em laranja apresenta o produto: “Ritalina libera energia na paciente com síndrome da mãe cansada”.

O restante do texto consiste em uma mensagem breve direcionada aos médicos: “Ela veio até você pois está deprimida e cansada o tempo inteiro. Suas reclamações são vagas e incluem apatia, indiferença, tristeza (“feeling blue”) e sintomas recorrentes de fadiga crônica e depressão leve. Apesar disso não há sintomas biológicos ou de transtornos emocionais graves. Quando os sintomas apontarem fadiga crônica ou depressão leve, prescreva Ritalina. Este estimulante suave pode animar o humor e melhorar a performance... dissipar a fadiga, restabelecer a atenção, energia e entusiasmo. Para informações completas (incluindo Contra indicações, advertências, efeitos colaterais, dosagem e apresentação) consulte as referências que acompanham o material. (CIBA, 1967, tradução minha)

O termo “síndrome da mãe cansada” refere-se ao conjunto de sintomas descritos no texto e não consta nas duas primeiras edições do DSM (APA et al., 1952, 1968). A primeira fotografia no canto superior esquerdo mostra uma mãe e seu filho pequeno na cozinha. A mesma mãe aparece na foto ao lado escolhendo batatas no mercado. No canto superior direito a personagem joga cartas com as amigas. Na quarta fotografia ela carrega sua filha mais velha até o ônibus escolar e na quinta imagem ensina piano para a menina. Uma fotografia menor no canto direito mostra a mãe, o pai e os dois irmãos partilhando um momento de carinho, enquanto na última fotografia a mãe está saindo sozinha do carro. Ela parece feliz e acena para alguém que não foi enquadrado na imagem. O conjunto exhibe uma família típica em momentos cotidianos. Em nenhum momento a mulher parece insatisfeita ou infeliz. A ideia que o conteúdo visual passa é a de que a vida de uma “mãe” é atribulada, o que potencialmente causaria uma série de problemas que podem (e devem) ser resolvidos com a “ação gentil” do metilfenidato.

A **Figura 20** apareceu em 1968 em uma edição do periódico *Hospital e Comunal Psychiatry*. O anúncio de duas páginas é composto por três imagens intercaladas por texto. A fotografia da esquerda mostra uma senhora nitidamente mal-humorada acompanhada da legenda “Quando este parece ser o quadro clínico...” complementada pelo texto da coluna ao lado: “Mude a situação com Ritalina”.

As características do produto aparecem em destaque abaixo da logomarca:

Um estimulante/antidepressivo de ação rápida, gentil e bem tolerado, a Ritalina é a terapia inicial ideal em pacientes psiquiátricos introspectivos, apáticos ou que apresentam letargia em excesso induzida por tranquilizantes. Ao contrário dos antidepressivos mais potentes mas de ação demorada, a Ritalina melhora interação social na primeira dose. Seu efeito estimulante ocorre rapidamente mas de forma gentil... Dura de 4 a 5 horas... decaindo suavemente e normalmente sem rebote. (CIBA, 1968, tradução minha)

Abaixo do texto, uma foto focando nas mãos da paciente tricotando alguma coisa que a próxima fotografia revela ser um casaco ou peça semelhante. Essa terceira imagem mostra os efeitos do estimulante. Na fotografia, a senhora está sentada e parece incrivelmente animada e feliz enquanto mostra o resultado de seu trabalho para duas enfermeiras que tocam na peça. O recurso “antes e depois” empregado na peça é convincente. A mudança na fisionomia da personagem é gritante. Um ponto em comum com as outras propagandas que exibem pacientes em situação de internação é que o médico nunca está presente, apenas enfermeiras e auxiliares que parecem sempre muito solícitas e gentis.

Figura 21 —“To lighten the burden of chronic fatigue...”

to lighten the burden of chronic fatigue...

Ritalin
(methylphenidate)
sparks energy

relieves chronic fatigue and mild depression

If they're not where the action is because they're too tired to get there, Ritalin may be just what they need. This gentle stimulant sparks energy... helps generate the "steam" patients need for going places and getting things done. And they'll be in better spirits, too, for Ritalin sparks enthusiasm as well as energy... helps banish mild depression as well as chronic fatigue. Ritalin acts quickly, without the "static interval" of most antidepressants... is unlikely to cause the excessive stimulation, rebound depression, appetite depression, or changes in pulse rate or blood pressure associated with amphetamines. Ritalin is widely cited for its outstanding safety record. Side effects, if they occur, are generally mild. Unfavorable effects on blood, urine, or liver and kidney function are not to be anticipated.

For prescribing information, please see following page.

Downloaded From: <http://jama.jamanetwork.com/> on 11/26/2014

Fonte: Ciba, 1968. *Jama*, Mar, Vol 205, N 10, 1968⁷⁸.

Figura 22 —“What’s befallen The Great Maldonado? If mild depression interferes with routine performance...”

get things moving in the right direction with

Ritalin
(methylphenidate)

the "now" psychostimulant that starts to relieve mild depression in minutes

what's befallen The Great Maldonado?
if mild depression interferes with routine performance...

Maybe your patient doesn't juggle for a living. But if mild depression gets into the act, he'll want to get better quickly. This is your cue for Ritalin. Acts in minutes. Kicks the mood patient antidepressants. Ritalin offers enhanced outlook and psychomotor performance with the very first dose. Encourages verbalization in psychotherapy sessions too. And Ritalin offers safety. In treating mild depression. Unlike the potent MAO inhibitors or tricyclic compounds, Ritalin has not been associated with muscle tremors or urinary retention. And adverse effects on blood, urine, liver or kidney function are not to be anticipated. Ritalin also prevents especially useful in the elderly. Rebound depression, blood pressure or pulse rate changes rarely occur.

ORAL RITALIN
CONTRAINDICATIONS: Must not be used in patients with glaucoma and with epilepsy. Ritalin is contraindicated in patients known to be hypersensitive to the drug, in patients with glucose-6-phosphate dehydrogenase deficiency, and in patients with severe depression (depression or endogenous) except in the hospital under careful supervision. Should not be used to increase mental or physical capabilities beyond normal limits. **Use in Pregnancy:** See use in pregnancy section on distribution. Has not been established. **Effects:** Ritalin may be used to improve mental or physical capabilities beyond normal limits. **Use in Pregnancy:** See use in pregnancy section on distribution. **PRECAUTIONS:** Patients with an element of agitation may react adversely to Ritalin. **Warnings:** Ritalin may decrease the hypotensive effect of guanethidine. Its chronic overuse, especially withdrawal is required because of patient's vulnerability to central nervous system disturbance. Periodic CBC and platelet count are advised during prolonged therapy. **ADVERSE REACTIONS:** Hypertensive reactions, nervousness, insomnia, dizziness, nausea, diarrhea, vomiting, anorexia, headache, dizziness, drowsiness, anorexia, tachycardia, blood pressure and pulse changes, both up and down, occur. A few instances of angina and cardiac arrhythmia have occurred. Onset of psychotic behavior and psychotic exacerbation of emotionally unstable patients have occurred. **Chronic overuse:** Chronic overuse may occur. **DOSEAGE:** Administer orally in divided doses 2 or 3 times daily, preferably 30 or 45 minutes before meals. Doseage will depend upon indication and individual response, the average range being 20 to 60 mg daily. **SUPPLIED:** Ritalin® hydrochloride (methylphenidate hydrochloride) tablets, 10 mg (pink), 15 mg (pink) and 30 mg (pink) tablets. **CONTRAINDICATIONS:** See contraindications section preceding.

CIBA Pharmaceutical Company, Summit, New Jersey

Fonte: Ciba, 1969. *Hospital & Community Psychiatry*, Vol. 20, No. 3. 1969.⁷⁹

⁷⁸ Disponível em: mediafire.com/?gxdf1lojyloq36i

⁷⁹ Disponível em: bonkersinstitute.org/showpics/kidritjug.gif

A **Figura 21** retoma o bordão “Sparks Energy”. A peça também é de 1968 e foi encontrada em uma das poucas edições do JAMA que disponibiliza a seção de anunciantes. O anúncio de página dupla mostra um casal preparado para sair de viagem. Na página esquerda, uma mulher de chapéu e sobretudo carrega várias malas. Seu rosto está exultante de felicidade enquanto segue o marido, que olha diretamente para a “câmera”, mal conseguindo conter um sorriso que lhe confere uma expressão de deboche. Ele não carrega nenhuma bagagem, exceto por uma gaiola com um pássaro (que está empoleirado de maneira estranha).

Os elementos textuais são divididos em duas partes: o título, na parte superior esquerda, anuncia que “para diminuir o fardo da fadiga crônica... Ritalina Libera energia”; uma coluna com texto em fonte menor localizada na parte inferior direita da outra página complementa a frase com os dizeres: “alivia fadiga crônica e depressão leve.” O corpo do texto explica que

Se eles [o casal] não estão no centro da ação é porque estão muito cansados para chegar até lá, a Ritalina pode ser justamente o que eles precisam. Este estimulante gentil libera energia... e produz o gás que os pacientes precisam para ir a lugares e completar seus afazeres. Seu ânimo também irá melhorar, pois a Ritalina libera entusiasmo e energia... ajuda a eliminar a depressão e a fadiga crônica. A Ritalina age rapidamente ao contrário da maioria dos antidepressivos... e é pouco provável que provoque estimulação em demasia, depressão por rebote, redução do apetite ou alterações na pressão arterial e batimentos cardíacos associados com anfetaminas.” (CIBA, 1968, tradução minha)

O restante do texto é idêntico ao das propagandas anteriores. A fotografia utilizada é curiosa, o casal parece feliz, mas sobrecarregado e com pressa, e sugere que a Ritalina é capaz de gerar o estímulo necessário para chegar ao destino pretendido e diminuir o “peso” causado pela fadiga e depressão.

A **Figura 22** lançada em 1969 também recorre ao humor. O anúncio de página dupla emprega a estratégia do “antes e depois”. A primeira fotografia no canto superior esquerdo mostra um malabarista tristonho segurando seus instrumentos de trabalho (bolinhas, claves etc.).

O sujeito exibe uma expressão inconsolável e profundamente infeliz. A legenda lança a pergunta: “O que aconteceu ao grande Maldonado? Se a depressão leve interferir com a performance rotineira... coloque as coisas na direção certa com Ritalina, o psicoestimulante do momento que alivia a depressão leve em minutos” (CIBA, 1969). O texto em fonte menor emprega metáforas artísticas:

Talvez seu paciente não trabalhe com malabarismo. Mas se a depressão leve entrar em cena ele vai querer melhorar rápido. Esta é sua deixa para Ritalina. Atua em minutos. Ao contrário dos antidepressivos mais fortes a Ritalina geralmente melhora a aparência e a performance psicomotora desde a primeira dose. Também encoraja a comunicação em seções psicoterapêuticas. E a Ritalina oferece segurança no tratamento da depressão leve. Diferente dos potentes inibidores MAO ou compostos tricíclicos a Ritalina não foi associada com espasmos musculares ou retenção urinária. (CIBA, 1969, tradução minha)

A continuação do texto reúne os efeitos adversos e posologia listados nas peças examinadas anteriormente, adicionando apenas um alerta sobre o uso durante a gravidez e que raros casos de dependência foram documentados em pessoas emocionalmente instáveis. A fotografia da página direita é bem maior e mostra o “grande Maldonado” atuando novamente: ele joga uma bolinha no ar e seus olhos estão fixados em sua trajetória. A imagem causa a impressão de movimento e insinua que o artista voltou ao normal e que agora que foi medicado está mais ativo do que nunca.

Figura 23 — “Helps relieve chronic fatigue and apathy quickly.”

Ritalin®

Ritalin gently overcomes mild depression and the fatigue so often associated with it. This is one agent that really brightens mood and improves performance, helps restore alertness, enthusiasm, and drive. Patients often report that fatigue and worry seem to vanish; they are able to go all day without becoming tired.

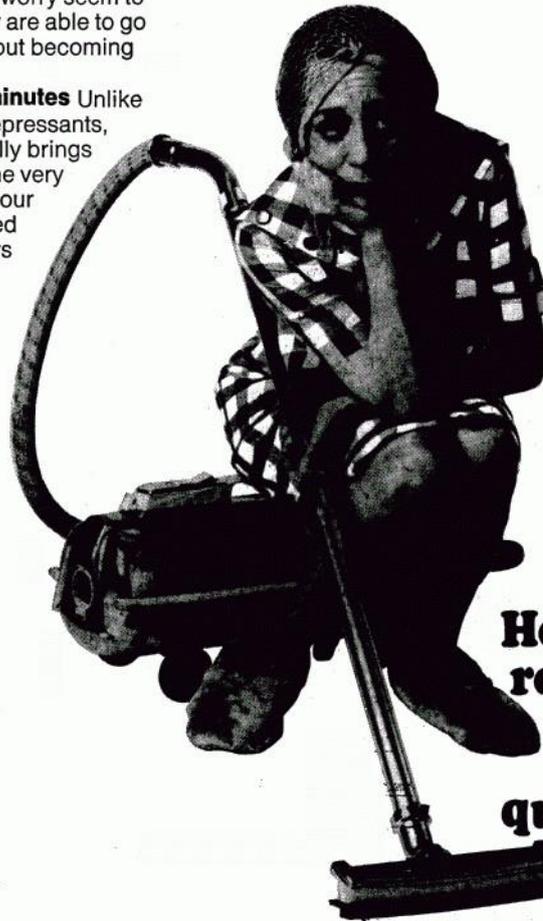
Acts in minutes Unlike other antidepressants, Ritalin usually brings relief with the very first dose. Your patients need not wait days

or even weeks to begin feeling better. Ritalin also . . .

Offers outstanding safety Unlike amphetamines, Ritalin rarely affects blood pressure or heart rate. It has not been associated with muscle tremors or urinary retention as have the potent MAO

inhibitors or tricyclic compounds. And toxic or adverse effects on blood, urine, liver or kidney function are not to be anticipated. For these reasons, Ritalin . . .

Proves especially valuable for the elderly This time-tested agent is well tolerated, even by older patients. It rarely affects appetite or causes rebound depression.



Dosage Oral: Initially, two 10-mg. tablets in the morning, one at noon, and one more, if necessary, at 5:00 p.m. For maintenance, revise as needed.

Side-effects Nervousness or insomnia, if present, can be avoided by dosage-reduction or by omitting Ritalin in the afternoon. Reports note a few cases of anorexia, dizziness, headache, palpitations, drowsiness, skin rash, overt psychotic behavior and psychic dependency.

Cautions Not recommended for severe depressions, except in hospital under close supervision. Patients with agitation may react adversely. Use cautiously in the presence of marked anxiety or tension. Ritalin may potentiate the effect of pressor agents; exercise care in use with epinephrine, levarterenol, or angiotension amide. While oral Ritalin has little or no effect on normal blood pressure, use cautiously in patients who have hypertension.

Contraindications Glaucoma, epilepsy.

Supplied All forms contain methylphenidate hydrochloride. Tablets of 10 mg. (pale blue, scored); bottles of 100 and 500. Tablets of 20 mg. (peach, scored); bottles of 100 and 500. Ampoules of 20 mg. (lyophilized); boxes of 10 and 100.

**Helps
relieve chronic
fatigue
and apathy
quickly**

C I B A
DORVAL, QUEBEC

0062

Fonte: Ciba, 1970. Canadian Family Physician, Vol. 16, No. 5. 1970⁸⁰.

⁸⁰ Disponível em: ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2281703/pdf/canfamphys00386-0002.pdf

A **Figura 23** foi encontrada em uma edição de 1970 do periódico canadense *Canadian Family Physician*. Não vou comentar o corpo do texto, pois é o mesmo das **Figuras 16 e 17**. O tema também é similar. A logomarca do produto aparece no topo da peça em letras garrafais. Na parte inferior esquerda a seguinte frase destacada menciona que a substância: “Ajuda a aliviar rapidamente a fadiga crônica e a apatia.” A maior parte do anúncio é ocupado pela fotografia de uma mulher sentada sobre um aspirador de pó. A personagem exibe uma postura corporal parecida com a das donas de casa que aparecem nas outras propagandas. Ela segura o queixo na mão direita e está com o cotovelo apoiado no joelho. A qualidade da imagem não é das melhores, tornando difícil identificar sua expressão facial, mas a mensagem que a fotografia passa é a mesma das **Figuras 16 e 17**: se a depressão está atrapalhando nas tarefas diárias, a solução pode estar na Ritalina®.

5.2. Análise do material publicitário publicado entre 1956-1970

Antes de dar continuidade à descrição do segundo grupo de propagandas (1970 e 1979) penso que é pertinente tecer alguns comentários sobre a promoção publicitária do fármaco entre as décadas de 1950-1960. Singh aponta que o material publicitário do período sugere um esforço em estabelecer a Ritalina® como uma droga que em certo sentido desafia um diagnóstico único. Os anúncios descrevem o medicamento como uma substância capaz de tratar vários diagnósticos, além de funcionar em conjunto com a psicoterapia. O público-alvo era composto basicamente por pacientes adultos, tanto homens quanto mulheres (2007, pp. 134-135).

Essa estratégia permitia que a droga fosse prescrita a um grupo de pacientes acometidos não por uma única doença específica, mas por um conjunto de sintomas amplos e efeitos normais do envelhecimento como a fadiga e indisposição, por exemplo. Também permitia redefinir constantemente as indicações do medicamento. A CIBA estava atenta aos estudos clínicos realizados com o metilfenidato e se utilizava dos resultados para respaldar novas aplicações da substância, como evidenciado pelo caso do tratamento para alcoolismo. Essa promoção agressiva e expansiva é refletida nas peças promocionais da Ritalina® parenteral e do Ritonic® e também no conteúdo textual de muitos anúncios que exaltam a segurança e eficácia da substância dando ênfase aos problemas causados por outros produtos, como os antidepressivos e as anfetaminas.

A antropóloga Emily Martin (2006) faz uma importante discussão acerca da “personificação” atribuída aos medicamentos. Embora a autora afirme que conferir personalidade ao medicamento é apenas “uma pequena parte” do processo de promoção (2006, p. 275), trata-se de um aspecto muito relevante, especialmente para o que observei nas propagandas. Nos textos promocionais, o fabricante não mediu esforços em conferir uma personalidade ao fármaco. Os efeitos da Ritalina® foram descritos à exaustão como “gentis” e a droga foi repetidamente caracterizada como segura, eficaz, facilmente tolerada e com poucos efeitos colaterais (sempre leves).

As propagandas desenvolvidas pela CIBA empregam bordões de humor questionável e revelam imagens estereotipadas dos pacientes. Os problemas que afetam os pacientes do gênero masculino geralmente são causados pelo trabalho, enquanto a família e as tarefas domésticas são a fonte mais comum dos problemas femininos.

Conforme Cooperstock (1978 apud SINGH, 2007), a indústria farmacêutica e a classe profissional médica teriam considerado as mulheres como principal público-alvo dos diagnósticos e tratamentos para depressão. Cooperstock (1978, p. 181) também elenca diversos estudos que examinaram como as mulheres são retratadas nas propagandas de fármacos em periódicos médicos (PRATHER e FIDDEL, 1975; STIMSON, 1975; MANT e DARROCH, 1975; KING, 1980).

Destaco o artigo de Ellie King (1980) que analisou todas as propagandas veiculadas no *American Journal of Psychiatry* entre 1959 e 1975 a fim de identificar se os anúncios influenciavam as práticas prescritivas dos médicos. A autora constatou que as mulheres apareciam mais frequentemente e eram retratadas como ansiosas, neuróticas e com sintomas exagerados. Muitas peças reproduziam cenários em que a mulher era incapaz de dar cabo das tarefas domésticas, situação que deveria ser resolvida com o uso de fármacos. Por outro lado, os homens geralmente sofriam de problemas passageiros relacionados ao trabalho. O estudo de King demonstra como as práticas publicitárias reforçam estereótipos de gênero alterando a percepção dos médicos sobre as pacientes e sugere que isso pode explicar, em parte, o aumento substancial no número de prescrições de benzodiazepínicos e antidepressivos para o público feminino nas décadas de 1960 e 1970.

Das 23 propagandas (1956 e 1970) examinadas na primeira parte do capítulo, 12 são protagonizadas por mulheres (Figuras 2, 4, 6, 8, 10, 12, 13, 16, 17, 19, 20 e 23), enquanto apenas 7 utilizam modelos masculinos (Figuras 1, 5, 9, 11, 14, 18 e 22).

O restante das imagens mostra casais (Figuras 7 e 21), as mãos de um médico e uma pintura de Picasso retratando uma mulher (Figuras 3 e 15 respectivamente). A partir da década de 1970 a CIBA desloca a promoção farmacêutica da Ritalina® do grupo de pacientes adultos com problemas psiquiátricos para meninos com problemas de comportamento. Essa mudança coincide com a fusão da CIBA com o laboratório Geigy em 1970, formando a Ciba-Geigy Ltd.⁸¹.

5.3. 1970 a 1979: Ritalina® para meninos “problemáticos”

Assim como nos itens anteriores, apresento inicialmente os anúncios publicados entre 1970 e 1979, em ordem cronológica, seguidos das observações analíticas. Posteriormente, trago os comentários gerais acerca desse conjunto de propagandas.

⁸¹ Disponível em: http://www.novartis.com.br/_sobre_novartis/historia_index.shtml

A **Figura 24** é a primeira peça publicitária direcionada ao público infantil. O material foi publicado em 1970 no periódico *American Journal of Diseases of Children*.

São sete páginas contendo informações sobre a *Minimal Brain Dysfunction* (MDB), a Disfunção Cerebral Mínima (DCM). O material promocional produzido durante a década de 1970 é muito mais informativo e sofisticado, e o conteúdo aparenta ser mais “científico” em relação aos anúncios anteriores.

A primeira página mostra a fotografia de um menino enraivecido com o rosto congelado em uma expressão de pura fúria. Ele está sentado de pernas cruzadas e cercado de peças de algum tipo de brinquedo de montar que acabou de sofrer um ataque violento. Sua mão direita segura uma haste e a outra mão está desfocada pela movimentação no momento que a imagem foi capturada, e é possível ver outra haste suspensa no ar. No próximo quadro, o mesmo garoto está se engalfinhando com outra criança virada de costas para a foto. A expressão facial do protagonista continua espantosa e os dentes cerrados lhe conferem um ar ameaçador. A terceira fotografia destoa totalmente dessa cena. O menino está sentado placidamente com um livro nas mãos e é possível ver uma ilustração de soldados medievais em uma das páginas. Ele parece outra pessoa agora que está totalmente concentrado na leitura. Essa é sua aparência após ter tomado a Ritalina®. A última fotografia mostra o garoto aninhado junto à mãe.

O título consiste em um trocadilho com a palavra “*mean*” (relacionada a intenção), mas que se usada como adjetivo significa “mau”. Por esse motivo optei por não traduzir a frase: ***“The mean child who doesn't mean it... Is he a "hyperactive" problem child?”***

Ele se move ininterruptamente. Constantemente e sem propósito algum. Ele é agressivo, destrutivo e se frustra facilmente. Não consegue se concentrar. É inteligente, mas não se sai bem na escola. Ele quer fazer amigos, mas é evitado pelos companheiros. Seu comportamento o torna quase insuportável para os pais, professores e colegas. O que há de errado com uma criança com alguns ou com todos esses sintomas em graus variados de intensidade? Seus problemas comportamentais podem ser manifestações da Disfunção Cerebral Mínima (DCM). Se esse é o caso, ele não está sozinho. Segundo uma estimativa esse transtorno afeta 5 por cento ou mais da nossa população infantil. (CIBA, 1971, tradução minha)

Na próxima página, o subtítulo:

“Reconhecendo a criança com DCM e comportamento hipercinético associado. Qual é o Problema da Criança Problema? Atualmente há um reconhecimento gradual de que a “criança problema” hiperativa pode de fato sofrer de um problema médico. Embora já estejam sendo dados grandes passos para identificar e compreender o problema ainda há muito o que aprender. Até mesmo a terminologia varia. Uma revisão da literatura médica apontou um total de 38 termos usados para descrever as condições reunidas como Disfunção Cerebral Mínima – “síndrome do comportamento hipercinético”, “disfunção cerebral orgânica”, “transtorno do impulso hipercinético” são apenas algumas delas. O termo Disfunção Cerebral Mínima refere-se às crianças com inteligência próxima ou acima da média com certos problemas de comportamento e aprendizagem que variam do moderado ao grave e que estão associados com desvios na estrutura e funcionamento do sistema nervoso central. (CIBA, 1971, tradução minha).

No próximo subtítulo: “Sinais e sintomas da Disfunção Cerebral Mínima...”

Pais geralmente são os primeiros a descobrir algo de “errado”. Normalmente a Hiperatividade é imediatamente visível, sendo o primeiro sintoma identificado – e geralmente o mais comum e persistente. Os pais frequentemente percebem que seu filho é mais hiperativo que um jovem “normal”. A atividade é despropositada e a irritabilidade logo se desenvolve e, infelizmente, os pais manifestam uma sensação de “Fizemos algo errado”. Os professores podem identificar a criança DCM rapidamente. Usualmente ele não consegue se concentrar, ou melhor, ele se concentra em tudo e é destrutivo. Frequentemente apresenta inteligência normal ou acima da média e mesmo assim não consegue ir bem nas tarefas escolares: o clássico fracassado. A criança com sorte é aquela levada ao médico por seus pais, justamente porque um problema médico pode existir e seu controle depende, em parte, de um tratamento médico. (CIBA, 1970, tradução minha).

Outro subtítulo e mais conteúdo textual: “A criança com Disfunção Cerebral Mínima merece assistência médica precoce – Terapia medicamentosa deve ser iniciada precocemente –“

Os problemas comportamentais da criança não tratada podem melhorar ou desaparecer durante a puberdade. Contudo o diagnóstico precoce e o tratamento da DCM são essenciais para minimizar problemas educacionais e de desenvolvimento. **Diagnóstico** – Se você acha que seu filho sofre de DCM um histórico clínico mais completo possível e uma consulta médica podem ajudar o profissional. O eletroencefalograma (EEG) e outros testes neurológicos costumam revelar somente anomalias limítrofes. Os problemas neurológicos mais comuns na criança com DCM são incapacidade de manter contato visual ou a postura; falta de coordenação dedo-nariz e movimentos alternados do antebraço; perturbação da marcha ou movimentos espelhados durante a pronação e supinação das mãos, movimentos involuntários, distúrbios na fala e dislexia. Entre os testes considerados úteis pelos psicólogos para diagnosticar a DCM destacamos: (1) Escala de Wechsler que avalia a inteligência de crianças e adolescentes; (2) Teste Gestáltico Visomotor de Bender que avalia a coordenação espacial e visomotora; e (3) e o Teste de Goodenough-Harris (Desenho da Figura Humana), que pode apontar falhas na autoimagem da criança DCM. “Exemplos do trabalho escolar e comentários do professor sobre a performance e comportamento da criança podem oferecer mais orientações. (CIBA, 1970, tradução minha).

Na sequência, temos: “O Paradoxo da Terapia com Estimulantes”:

Normalmente a criança com DCM irá responder bem ao tratamento com estimulantes do SNC como a Ritalina® (metilfenidato). Essa contradição aparente é salientada pelo fato de que barbitúricos podem agravar a condição. Ainda que o mecanismo de ação dos estimulantes do SNC nesse distúrbio seja desconhecido pode ser que os estimulantes atuem nos centros corticais superiores do cérebro e portanto “estimulem” uma maior consciência e habilidade de lidar com estímulos externos. De fato, esses estimulantes corticais podem alcançar uma integração funcional do comportamento.” Estimulantes como Terapia Auxiliar: Apesar da falta de compreensão acerca dos mecanismos de ação há um amplo consenso de que a Ritalina® (metilfenidato) é um auxiliar útil para controlar a criança com Disfunção Cerebral Mínima (quando empregada de forma criteriosa como um apoio na educação especial e aconselhamento familiar). Ao que parece a base lógica é que se uma terapia medicamentosa pode controlar sintomas - como a hiperatividade – as medidas terapêuticas adicionais terão uma maior chance de sucesso.” (CIBA, 1970, tradução minha).

Na sexta página o título é o seguinte: “Um papel especial para Ritalina® (metilfenidato) como um adjunto no controle da Disfunção Cerebral Mínima”:

Nos últimos anos a Ritalina conquistou ampla aceitação como um estimulante seguro e bem tolerado. É pouco provável que produza efeitos negativos no sono, apetite, na pressão arterial e nos batimentos cardíacos. Contudo esses efeitos podem ocorrer (consulte as reações adversas na seção resumida de informações sobre prescrição ao final deste anúncio). É esse excelente histórico de eficácia e segurança que ajudou a estabelecer o papel da Ritalina® como um adjunto no tratamento da DCM. De fato, estudos clínicos demonstraram que a Ritalina® pode beneficiar muitas crianças com DCM controlando a hiperatividade. No geral os efeitos colaterais foram considerados um problema menor e raramente a terapia precisou ser interrompida, as reações adversas mais graves relatadas foram diminuição do apetite, insônia, inquietação, irritabilidade, dores de cabeça, enjoo [...]. Muitos pesquisadores recomendam o uso da Ritalina® - como um auxiliar nos processos de educação especial e aconselhamento familiar – após uma avaliação individual e criteriosa da criança. Ainda que não se espere que o médico seja um especialista em educação especial ele deve fazer todo o possível para acompanhar os pacientes garantindo a procura e o recebimento de apoio adequado.

A escola deve oferecer mais do que programas de educação especial. Os administradores escolares precisam reconhecer que o tipo de comportamento descrito pode ser um problema médico e que o quanto antes a criança for encaminhada a um médico melhor será a resposta à terapia medicamentosa, garantindo a obtenção de bons resultados dos métodos de educação inclusiva. Os pais também são membros vitais da equipe de manejo. Se sua postura, cooperação e compreensão for positiva eles podem ajudar fazer com que o esforço de todos os envolvidos seja gratificante. (CIBA, 1970, tradução minha).

Embora sejam parágrafos longos, optei por fazer estas transcrições para chamar a atenção para a mudança do tom dos anúncios neste período, quando

comparados aos anteriores. A linguagem começa a ser mais “científica” e complexa, fazendo referência a muitas categorias médicas e condições diagnosticáveis.

A literatura médico-científica volta a ser empregada como recurso estratégico pela CIBA. Entre os autores citados nessa peça estão Knobel (1962), que recebeu metilfenidato para realização de seus estudos, e Werry, que colaborou com a CIBA e trabalhou com Joseph Biederman (autor mencionado na primeira parte do trabalho).⁸³

⁸³ Knobel M: Psychopharmacology for the hyperkinetic child, Arch Gen Psychiatry 6:198-202, 1962.
Werry JS: Paper presented at the Annual Meeting of the American Psychiatric Association, Boston, May 13-17, 1968.

Figura 25 — “Ritalin helps ‘the problem child’ become lovable again.”

His parents say:
“Unmanageable, clumsy,
destructive...”

His teachers say:
“Overactive, easily distracted,
impulsive...”

Physicians would say:
“FBP*, MBD*, MCD*,
or HYPERKINESIS...”

Whatever the terms used to identify the affliction, many investigators confirm that Ritalin, as an adjunct to special educational measures and specific parental attitudes, helps control the child's hyperactivity, increase his verbal productivity and attention span, improve his behaviour and learning abilities.

*FBP — Functional Behaviour Problems
MBD — Minimal Brain Dysfunction
MCD — Minimal Cerebral Dysfunction

Ritalin
helps ‘the problem child’
become lovable
again.

INDICATIONS
Oral: In functional behaviour problems in children (hyperactivity, stuttering, etc.)

DOSAGE
Oral: In hyperkinetic children: start with small doses (e.g. 5-10 mg. t.i.d.) with gradual increments of 5-10 mg. weekly. Dosage should be individualized on the basis of factors such as age, body weight and individual response. Daily dosage above 60 mg. is not recommended.

SIDE EFFECTS
Nervousness or insomnia, if present, can be avoided by dosage-reduction or by omitting Ritalin in the afternoon. Reports note a few cases of anorexia, dizziness, headache,

palpitations, drowsiness, skin rash, overt psychotic behaviour and psychic dependency.

CAUTIONS
Not recommended for severe depressions, except in hospital under close supervision. Patients with agitation may react adversely. Use cautiously in the presence of marked anxiety or tension. Ritalin may potentiate the effect of pressor agents; exercise care in use with epinephrine, levarterenol, or angiotensin amide. While oral Ritalin has little or no effect on normal blood pressure, use cautiously in patients who have hypertension. Ritalin is stable indefinitely in lyophilized form but should be used within 2 months after the solution is prepared. Do not inject Parenteral Solution

through tubing or a syringe which contains a barbiturate or strongly alkaline solution, since a heavy precipitate is formed.

CONTRAINDICATIONS
Glaucoma, epilepsy.

SUPPLIED
All forms contain methylphenidate hydrochloride. Tablets of 10 mg. (pale blue, scored); bottles of 100 and 500. Tablets of 20 mg. (peach, scored); bottles of 100 and 500. Ampoules of 20 mg. (lyophilized); boxes of 10 and 100.

C I B A
DORVAL, QUEBEC

Fonte: Ciba, 1971. Canadian Family Physician, Vol. 17, No. 2, p. 108. 1971⁸⁴.

⁸⁴ Disponível em: ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2370125/pdf/canfamphys00371-0002.pdf

A **Figura 25** aparece em 1971 no periódico *Canadian Family Physician*. O anúncio aparece apenas em revistas canadenses, mas a imagem utilizada é uma versão editada da primeira fotografia da peça anterior. As peças do brinquedo são visíveis e a silhueta do menino é inconfundível. De acordo com o título em destaque,

‘Seus pais disseram: “Incontrolável, desastrado, destrutivo...” Seus professores disseram: ‘Hiperativo, se distrai com facilidade, impulsivo...’ Os médicos diriam: FPB (Problema Funcional de Comportamento), MDB (Disfunção Cerebral Mínima), MCD (Lesão Cerebral Mínima), Hipercinésia...”

O corpo do texto descreve que:

Independente dos termos usados para identificar o problema, muitos pesquisadores confirmaram que se a Ritalina® for utilizada em conjunto com métodos de educação especial e cuidados paternos específicos pode ajudar a controlar a hiperatividade da criança, melhorara sua fluência verbal, capacidade de atenção, comportamento e aprendizagem. Com a ajuda da Ritalina® a ‘criança problema’ volta a ser adorável.

O texto não menciona a normalização de um comportamento prejudicial ou indesejado. As palavras-chave aqui são “controle” e “manejo” do transtorno. A “criança problema” deve ser medicada. Apenas o controle dessa conduta impulsiva pode fazer com que volte a ser uma “criança adorável”. A educação familiar e medidas inclusivas na escola são mencionadas, mas ultimamente fica claro que é a substância que possibilita o controle do comportamento irrefreável, garantindo obediência e docilidade.

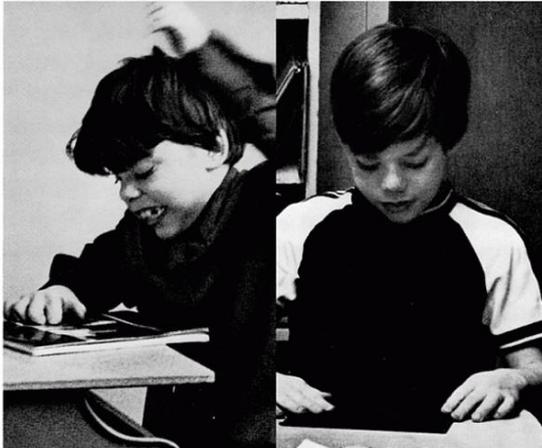
Os efeitos colaterais sugerem que se a substância causar irritabilidade ou insônia basta reduzir a dosagem ou deixar de administrar a droga na parte da tarde. Avisa também que foram relatados alguns casos de anorexia, tontura, dor de cabeça, palpitações, sonolência, erupção cutânea, manifestação de comportamento psicótico e dependência psíquica. O restante do texto é idêntico ao de outros anúncios, exceto por algumas instruções específicas sobre a preparação da solução injetável, alertando que a seringa utilizada não deve conter resquícios de barbitúricos.

Figura 26 —“MDB... Medical myth or diagnosable disease entity”

MBD...medical myth or diagnosable disease entity

What medical practitioner has not, at one time or another, been called upon to examine an impulsive, excitable hyperkinetic child? A child with difficulty in concentrating. Easily frustrated. Overly aggressive. A classroom rebel.

In the absence of any detectable organic pathology, the conduct of such children was, until a few short years ago, usually dismissed as “a phase,” spunkiness, or evidence of youthful vitality. But it is now evident that in many of these children the hyperkinetic reaction syndrome exists as a distinct medical entity. This syndrome—now readily diagnosed through patient histories, neurologic signs, and psychometric testing—has been classified by an expert panel convened by the United States Department of Health, Education, and Welfare as Minimal Brain Dysfunction, or MBD.



in Minimal Brain Dysfunction... a special role for

Ritalin® (methylphenidate)

Hyperactive children will frequently show a favorable response to the drug. This apparent paradox is underscored by the fact that barbiturates often aggravate the condition.

In past years, Ritalin has gained wide acceptance as an effective and well-tolerated CNS stimulant. Its record of efficacy with notable safety helps qualify it for an adjunctive role in MBD. Indeed, clinical studies have demonstrated that Ritalin can significantly benefit many MBD children by controlling hyperactivity. In general, side effects were judged not to be a serious problem and rarely caused discontinuance of therapy, with the most frequent adverse reactions reported being loss of appetite, sleeplessness, restlessness, irritability, headache, and stomachache (see Adverse Reactions section of brief prescribing information).

Not a panacea for all childhood behavior disorders: While documented results with Ritalin in MBD have been gratifying (and even dramatic), it is not an answer for emotional and personality disorders, withdrawing reactions, overanxiety, or underdomestication. Nor should it be used in attempting to modify normal growing phases, which may be characterized by overactivity and/or mischievous behavior.

RITALIN® hydrochloride (methylphenidate hydrochloride) TABLETS

INDICATION: Minimal brain dysfunction in children (often manifested in the form of hyperkinetic behavior), as an aid to general management. **CONTRAINDICATIONS:** Marked anxiety, tension, and agitation, since Ritalin may aggravate these symptoms. Also contraindicated in patients known to be hypersensitive to the drug and in patients with glaucoma. **WARNINGS:** Ritalin should not be used for severe depression of either exogenous or endogenous origin. Because it may mask normal fatigue states induced by overexertion, Ritalin should not be used to increase mental or physical capacities beyond physiological limits. Use cautiously in patients with hypertension and in patients with a history of seizures, since it may lower the convulsive threshold. Ritalin is not recommended for children under six years, since safety and efficacy in this age group have not been established. **Drug Interactions:** Ritalin may decrease the hypotensive effect of guanethidine. Use cautiously with pressor agents and MAO inhibitors. Ritalin may inhibit the metabolism of coumarin anticoagulants, anticonvulsants (phenobarbital, diphenhydantoin, primidone), phenylbutazone, and tricyclic antidepressants (imipramine, desipramine). Downward dosage adjustments of these drugs may be required when given concomitantly with Ritalin. **Usage in Pregnancy:** The safe use of this drug in pregnant women or during lactation has not been established. Therefore, the benefits must be weighed against the potential hazards. Animal studies using low dosages in the rat revealed no adverse effects on reproduction. **Drug Dependence:** Ritalin should be given cautiously to emotionally unstable patients, particularly those with a history of drug dependence (including alcoholism), since such patients may increase dosage on their own initiative. Chronically abusive use can lead to marked tolerance and psychic dependence with varying degrees of abnormal behavior. Frank psychotic episodes can occur, especially with parenteral abuse. Careful supervision is required during drug withdrawal, since severe depression as well as the effects of chronic overactivity can be unmasked. Long-term follow-up may be required because of the basic personality disturbances involved. **PRECAUTIONS:** Patients with an element of agitation may react adversely; discontinue therapy if necessary. Periodic CBC and platelet counts are advised during prolonged therapy. Long-term therapy of Ritalin in children should be accompanied by repeated medical follow-up including appropriate laboratory tests. **ADVERSE REACTIONS:** Nervousness and insomnia are the most common adverse reactions, but are usually controlled by reducing dosage and omitting the drug in the afternoon or evening. Other adverse reactions: hypersensitivity reactions, anorexia, nausea, dizziness, palpitations, headache, dyspepsia, crosshairs, skin rash. Blood pressure and pulse changes, both up and down, may occur; tachycardia may be observed more frequently in children than in adults. A few instances of angina and cardiac arrhythmias have occurred. Abdominal pain and weight loss during prolonged therapy have been reported and may occur more frequently in children. **DOSEAGE AND ADMINISTRATION:** Administer orally in divided doses 2 or 3 times daily, preferably 30 to 45 minutes before meals. Dosage will depend upon indication and individual response. Average dosage is 20 to 30 mg daily. Some patients may require 40 to 60 mg daily. In others, 10 to 15 mg daily will be adequate. The few patients who are unable to sleep if medication is taken late in the day should take the last dose before 6 p.m. In children with minimal brain dysfunction, as an aid in general management, start with small doses (eg, 5 mg before breakfast and lunch) with gradual increments of 5 to 10 mg weekly. Daily dosage above 60 mg is not recommended. Paradoxical aggravation of symptoms or other adverse effects are indications to reduce dosage or, if necessary, to discontinue the drug. **HOW SUPPLIED:** Tablets, 20 mg (peach); bottles of 100 and 1000. Tablets, 10 mg (pale green); bottles of 100, 500, and 1000 and 5 mg (pale yellow); bottles of 100, 500, and 1000. Consult complete product literature before prescribing.

CIBA Pharmaceutical Company
Division of CIBA-GEIGY Corporation
Summit, New Jersey 07901

C I B A

Fonte: Ciba, 1971. American Journal of Diseases of Children, Vol. 122, No. 2, pp. 12-13. 1971.⁸⁵

⁸⁵ Disponível em: bonkersinstitute.org/showpics/myth.gif

A **Figura 26** também aparece em uma edição de 1971 do *American Journal of Diseases of Children*. Mais uma vez é utilizada a estratégia do “antes e depois” para atestar a eficácia do produto. A fotografia da esquerda mostra um garoto sentado em uma sala de aula. Ele parece incontrolável, seu semblante é feroz, a boca está escancarada como se estivesse gritando enquanto agarra firmemente o caderno com a mão direita. Seu braço esquerdo está erguido para golpear a mesa com algo que não é possível identificar. Na imagem ao lado ele está sentado com as mãos sobre o caderno, para o qual olha atentamente enquanto mantém a postura ereta.

O título da figura questiona: “**DCM... Um mito ou doença diagnosticável...**”

O corpo do texto lança a pergunta:

Que médico não foi chamado alguma vez para examinar uma criança hipercinética, impulsiva e agitada? Uma criança com dificuldades de concentração. Facilmente frustrada. Muito agressiva. Um rebelde na sala de aula. Na ausência de qualquer doença orgânica detectável, a conduta desse tipo de criança era, até alguns anos atrás, geralmente considerada como “uma fase”, coragem ou jovialidade juvenil. Mas agora é evidente que a síndrome da reação hipercinética existe como uma entidade médica em muitas destas crianças. Esta síndrome – agora prontamente diagnosticável por meio do histórico dos pacientes, sintomas neurológicos e testes psicométricos – foi classificada por um painel de especialistas reunido pelo Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA – como Disfunção Cerebral Mínima, ou DCM. (CIBA, 1971, tradução minha).

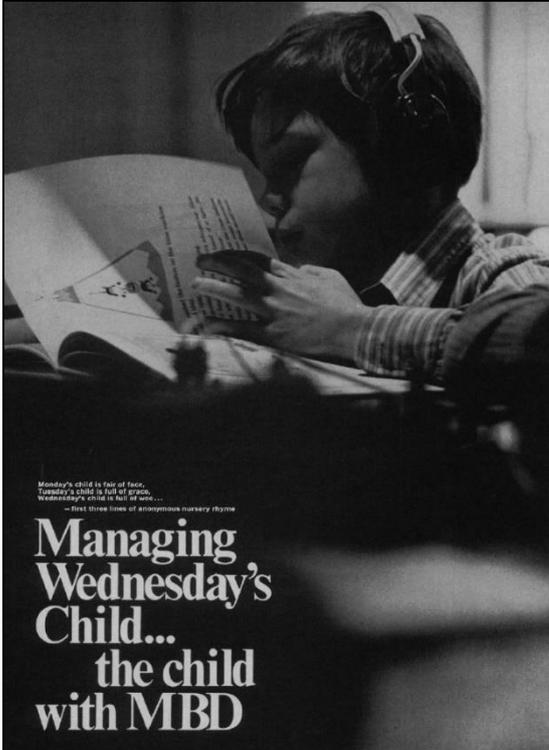
O conteúdo textual mostra como a CIBA se aproveita do relatório de Clements (1966) e da autoridade do Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos e também emprega a definição usada no DSM-II. Esses pontos serão discutidos após a descrição das propagandas. O texto lista as vantagens do metilfenidato sobre os barbitúricos:

Um papel especial para Ritalina® (metilfenidato) na Disfunção Cerebral Mínima. Crianças hiperativas frequentemente demonstram uma resposta positiva ao medicamento. Este paradoxo aparente é evidenciado pelo fato de que os barbitúricos geralmente pioram a condição. (CIBA, 1971, tradução minha).

Outro excerto alerta que o medicamento não é uma solução definitiva, apesar da melhora gratificante (e até mesmo “dramática”) no tratamento da DCM:

Não é uma panaceia para todos os transtornos de comportamento infantil: o medicamento não é uma resposta para distúrbios emocionais e de personalidade, ansiedade ou falta de educação. Tampouco deve ser utilizado para tentar modificar fases normais do crescimento, que podem ser caracterizadas por hiperatividade e/ou comportamento travesso (CIBA, 1971, tradução minha).

Figura 27 —“Managing Wednesday's Child... the child with MBD”



**“Wednesday's child is full of woe”
It need not be this way for the MBD child.
He can learn and adjust if given a helping hand.**

Without help, the MBD child may be a slow reader, can find writing difficult, and arithmetic hard to grasp. He may be excitable, and his actions can be disruptive. The result can seriously hamper his educational and social development.

But, properly diagnosed and treated, MBD—Minimal Brain Dysfunction—can be brought under control so that the affected child can develop normally.

And Ritalin can play an important part in the total rehabilitation program of the MBD child, which includes remedial measures at home and at school. It's currently the drug of choice in many MBD situations!

Ritalin is well tolerated. It can help control the excessive motor activity of the MBD child and ameliorate behavioral and learning problems.

Of course, Ritalin is not indicated for childhood personality and behavioral disorders not associated with MBD.

References
1. Charlton, M. H.: Paper presented at the Annual Convention of the Medical Society of the State of New York, New York, N.Y., Feb. 7, 1971.

Ritalin® hydrochloride (methylphenidate hydrochloride)

INDICATION
Minimal Brain Dysfunction in Children—an adjunctive therapy to other remedial measures (psychological, educational, social).

Contraindications
Specific etiology of Minimal Brain Dysfunction (MBD) is unknown, and there is no simple diagnostic test. Adequate diagnosis requires the use not only of medical but of special psychological, educational, and social procedures.

The characteristic signs most often observed are chronic history of short attention span, distractibility, emotional lability, impulsivity, and moderate to severe hyperactivity; specific learning difficulties; perceptual motor impairment; minor neurological signs and abnormal EEG. The diagnosis of MBD must be based upon a complete history and evaluation of the child and not solely on the presence of one or more of these signs.

Drug treatment is not indicated for all children with MBD. Appropriate educational placement is essential and psychological or social remedial measures may be necessary. In the absence of such remedial (insufficient), the decision to prescribe stimulant medication will depend upon the physician's assessment of the chronicity and severity of the child's symptoms.

CONTRAINDICATIONS
Marked anxiety, tension, and agitation, since Ritalin may aggravate these symptoms. Also contraindicated in patients known to be hypersensitive to the drug and in patients with glaucoma.

WARNINGS
Ritalin is not recommended for children under six years, since safety and efficacy in this age group have not been established. Since no current data on safety and efficacy for long-term use of Ritalin in children with minimal brain dysfunction are not yet available, this should not be long-term therapy should the condition persist. Ritalin should not be used for severe depression of either exogenous or endogenous origin or for the prevention of normal fatigue states. Ritalin may lower the convulsive threshold in patients with epilepsy.

PRECAUTIONS
Patients with an element of agitation may react adversely; discontinue therapy if necessary. Periodic ECG and blood counts are advised during prolonged therapy.

ADVERSE REACTIONS
Nervousness and insomnia are the most common adverse reactions but are usually controlled by reducing dosage and changing the drug in the afternoon or evening. Other reactions include: hypersensitivity (including skin rash, urticaria, fever, arthritis, exfoliative dermatitis, and systemic lupus erythematosus); laboratory findings of retreating vasculitis; anorexia; nausea; dizziness; pallor; loss of appetite; tachycardia; convulsions; blood pressure and pulse changes, both up and down; tachycardia; weight loss; anorexia; abnormal EEG; weight loss during prolonged therapy, in children; loss of appetite, abdominal pain, weight loss during prolonged therapy, insomnia, and tachycardia may occur more frequently. Toxic psychosis has been reported.

DOSEAGE AND ADMINISTRATION
Children with Minimal Brain Dysfunction (6 years and over): Start with small doses (5 mg before breakfast and lunch) with gradual increments to 30 mg in the evening. Daily dosage above 50 mg is not recommended. If improvement is not observed after appropriate dosage adjustment over a one-month period, the drug should be discontinued.

If marked or severe depression or other adverse effects occur, reduce dosage, or, if necessary, discontinue the drug. Ritalin should be periodically discontinued to assess the child's condition. Improvement may be sustained when the drug is either temporarily or permanently discontinued.

Drug treatment should not and need not be instituted and usually may be discontinued after puberty.

HOW SUPPLIED
Patients: 20 mg (beach, scored), bottles of 100 and 1000 Tablets; 10 mg (beach, scored), bottles of 100, 500, 1000 and 5000 Tablets of 100.
Physicians: 5 mg (beach, scored), bottles of 100, 500, and 1000.
Caution: Examine product literature before prescribing.

CIBA Pharmaceutical Company
Division of CIBA-GEIGY Corporation
Summit, New Jersey 07998

Ritalin®
(methylphenidate)
only when medication
is indicated

C I B A

Monday's child is fair of face,
Tuesday's child is full of grace,
Wednesday's child is full of woe...
— First three lines of anonymous nursery rhyme

Fonte: Ciba, 1973. American Journal of Diseases of Children, Vol. 125, No. 5. 1973.⁸⁶

A Figura 27 é de 1973. O anúncio de página dupla faz um trocadilho com uma canção de ninar. O texto diz que “A criança com Disfunção Cerebral Mínima pode ser um mau leitor, encontrar dificuldades para escrever e a matemática difícil de compreender. Ele pode ser temperamental e bagunceiro.” (CIBA, 1973).

A propaganda usa duas fotografias, a maior posicionada ao lado esquerdo mostra um menino com fones de ouvido lendo um livro. Os fones podem fazer parte do aprendizado ou ser uma metáfora relacionada com a canção de ninar. Na foto menor localizada em meio ao texto a mesma criança aparece chorando e é confortado por uma mulher de óculos que pode ser sua mãe ou uma professora – o que me parece pouco provável pela proximidade entre os dois. Singh faz um comentário interessante sobre a introdução da “figura feminina” em sua análise da

⁸⁶ Disponível em: bonkersinstitute.org/medshow/kidritwed.html

mesma imagem⁸⁷. A autora ressalta como anúncios como esse enfatizam a importância da relação da criança com figuras femininas (mães e professoras), sugerindo que esse tipo de relacionamento era um fator importante na representação bem sucedida do tratamento medicamentoso (2007, p. 143). O conteúdo textual do anúncio inicia com uma canção de ninar para estabelecer uma relação com a DCM. O sentido se perde com a falta de contextualização. O anúncio refere-se a uma canção de ninar intitulada “Criança de Segunda Feira”. A terceira linha da canção pode ser traduzida literalmente como:

A criança de quarta-feira é cheia de infortúnio. O anúncio menciona: “Não precisa ser assim com a criança com DCM”. Ele pode aprender e se ajustar se uma mão amiga for estendida. Sem ajuda a criança DCM será um leitor lento, irá encontrar dificuldades na escrita e a aritmética será difícil de entender. Ele pode ser nervoso, e suas ações podem ser desordeiras. O resultado pode realmente ser um obstáculo em seu desenvolvimento educacional e social. Mas, caso adequadamente tratada a DCM pode ser controlada de modo que a criança se desenvolva normalmente. (CIBA, 1973, tradução minha).

O papel do medicamento recebe destaque no restante do texto:

E a Ritalina pode desempenhar um papel central em um programa completo de reabilitação da criança com DCM, que inclui medidas especiais em casa e na escola. É [a Ritalina) a droga de escola em muitas situações de DCM. [...] A Ritalina é bem tolerada. Pode ajudar a controlar o excesso de atividade psicomotora da criança com DCM e melhorar o comportamento e problemas de aprendizado. É claro que a Ritalina não é indicada para problemas de personalidade e comportamento não associados à DCM. O diagnóstico de DCM deve basear-se no histórico completo e na avaliação da criança, e não apenas na presença de uma ou mais dessas características. O tratamento medicamentoso não é indicado para todas as crianças com DCM. Estimulantes não devem ser usados em crianças que exibem sintomas secundários aos fatores externos e/ou transtornos psiquiátricos, incluindo psicose. Boas oportunidades de ensino são essenciais e intervenção psicossocial é geralmente necessária. Quando as medidas “especiais” forem insuficientes, a decisão de prescrever a medicação estimulante irá depender da avaliação do médico e da cronicidade dos sintomas apresentados pela criança. (CIBA, 1973, tradução minha).

⁸⁷ Singh analisa essa imagem (Figura 27) e também as Figuras 26 e 29 no capítulo *Not just naughty: 50 years of stimulant drug advertising*, publicado no livro *Medicating Modern America* editado por Toon e Watkins (2007).

A **Figura 28** é de 1974 e a peça é semelhante ao anúncio anterior: são duas páginas com uma fotografia grande e outra pequena. Na foto maior, um menino loiro está sentado em sua classe na sala de aula escrevendo de forma diligente em seu caderno. Sua figura destoa, pois é a única criança sentada na sala. Apenas um colega aparece de corpo inteiro na imagem, ele está sentado de lado. A mão de uma criança sentada atrás do protagonista parece jogar uma folha para cima, pois pela posição da mão é improvável que ele esteja segurando a folha. Um menino aparece sentado de lado, mas não é possível dizer se ele está brincando ou não. A outra fotografia na página direita mostra o garoto sendo orientado por uma mulher. É razoável especular que se trata de uma professora. O título afirma que: **“Estudos científicos demonstram o benefício no tratamento da DCM somente quando a medicação for indicada.”**

Mais uma vez a importância do medicamento é evocada no corpo do texto:

RITALINA® (metilfenidato) A Ritalina obtém resultados na criança com DCM. A Ritalina alcançou um lugar especial no controle da criança com Disfunção Cerebral Mínima (DCM). Como parte de um programa terapêutico completo, demonstrou melhora no comportamento, na atenção, no QI, na coordenação motora e maior produtividade na pronúncia. (CIBA, 1974, tradução minha).

As referências científicas citam nomes conhecidos, como Werry e Connors (que participou da equipe liderada por Clements e cuja produção é usada para promover o produto em mais de uma ocasião).⁸⁹

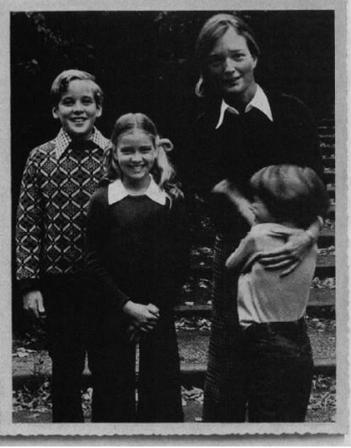
⁸⁹ Werry JS: Paper presented at the Annual Meeting of the American Psychiatric Association, Boston, May 13-17, 1968; Connors CK: *Pediatrics* 49:702-708, 1972. 5. Charlton MH: *NY State J Med* 16:2058-2060, 1972.

Figura 29 —“MDB Case History #1”

MDB Case History #1

1971

...a difficult child, a distraught mother
Medical diagnosis: MDB



Robert Boynton,¹ second of five children, born October 7, 1963. Normal pregnancy and delivery.

From the age of 3, Robert's mother found him "hard to handle," "wilder" than his brothers and sisters.¹

At age 6, after an "extremely difficult" experience in kindergarten, Robert was referred to a pediatric neurologist. The examination and later psychological testing revealed a host of the neurologic "soft signs," plus an abnormal EEG.¹

The diagnosis: average intelligence, but multiple signs of an underlying organic dysfunction.¹

At age 7, Robert was placed in a special first-grade class called an "extended readiness program."¹

Later that year, her child's continued problems at school and at home made Robert's mother "increasingly desperate" for help.

1974

...a regular fourth-grader,
accepted at home



In the opinion of the physician, methylphenidate (Ritalin) was called for to help the child over the obstacles of hyperactivity. So he initiated a trial of the drug, which was then implemented on school days only.¹

The improvement in classroom performance and behavior was "prompt and dramatic." Robert's teacher could "scarcely believe" that he was the same child.¹

For the past 4 years (as of April 1974), Robert has been maintained on 15 mg methylphenidate daily during school periods. During the summer he attends day camps and is not on medication. He is in a regular fourth-grade class, and behavioral problems at home have lessened. Robert's parents now find it much easier to accept their son.¹

**Note:* In this presentation, clinical material has been used factually with the permission of the physician. However, identities have been concealed and names changed.

How other children with MDB can benefit from methylphenidate therapy

Of course, medication is not indicated for all MDB children; nor will all such children respond to drug therapy.

However, when pharmacotherapy is clearly indicated, the use of a widely successful drug such as Ritalin (methylphenidate) may prove to be a significant element in many complete remedial programs.

Over a decade of controlled studies has undermined the beneficial effects of Ritalin in producing improved behavior ratings,^{2,3} better motor coordination,^{4,5} and cognition and learning.⁶⁻⁸ Indeed, it is currently the drug of choice in many MDB situations.⁹

And side effects with Ritalin have occurred less frequently than with other stimulant drugs.⁹⁻¹¹

Dosage should be periodically interrupted in the presence of improved motor coordination and behavior. These interruptions often reveal that the child's behavior shows some "stabilization" even without chemotherapy, permitting a reduction in dosage and gradual elimination of drug therapy.

Of course, Ritalin is not indicated for childhood personality and behavioral disorders not associated with medical diagnosis of MDB.

For brief prescribing information, please see following page.

Ritalin® (methylphenidate)

can help when medication is indicated

C I B A

Ritalin® hydrochloride (methylphenidate hydrochloride)

TABLETS

INDICATION

Minimal Brain Dysfunction in Children—as adjunctive therapy to other remedial measures (psychological, educational, social)

Special Diagnostic Considerations

Specific etiology of Minimal Brain Dysfunction (MDB) is unknown, and there is no single diagnostic test. Adequate diagnosis requires not only of medical but of special psychological, educational, and social resources.

Characteristics commonly reported include: chronic history of short attention span, distractibility, emotional lability, impulsivity, and moderate to severe hyperactivity; minor neurological signs and abnormal EEG. Diagnosis may or may not be impaired. The diagnosis of MDB must be based upon a complete history and evaluation of the child and not solely on the presence of one or more of these characteristics. Drug treatment is not indicated for all children with MDB. Stimulants are not intended for use in the child who exhibits symptoms secondary to environmental factors and/or primary psychiatric disorders, including psychosis. Appropriate educational placement is essential and psychosocial intervention is generally necessary. When remedial measures alone are insufficient, the decision to prescribe stimulant medication will depend upon the physician's assessment of the chronicity and severity of the child's symptoms.

CONTRAINDICATIONS

Marked anxiety, tension, and agitation, since Ritalin may aggravate these symptoms. Also contraindicated in patients known to be hypersensitive to the drug and in patients with glaucoma.

WARNINGS

Ritalin should not be used in children under six years, since safety and efficacy in this age group have not been established.

Sufficient data on safety and efficacy of long-term use of Ritalin in children with minimal brain dysfunction are not yet available. Although a causal relationship has not been established, suppression of growth (ie, weight gain and/or height) has been reported with long-term use of stimulants in children. Therefore, children requiring long-term therapy should be carefully monitored.

Ritalin should not be used for severe depression of either exogenous or endogenous origin or for the prevention of normal fatigue states.

Ritalin may lower the convulsive threshold in patients with or without prior seizures, with or without prior EEG abnormalities, even in absence of seizures. Safe concomitant use of anti-convulsants and Ritalin has not been established. If seizures occur, Ritalin should be discontinued. Use cautiously in patients with hypertension. Blood pressure should be monitored at appropriate intervals in all patients taking Ritalin, especially those with hypertension.

Drug Interactions

Ritalin may decrease the hypotensive effect of guanethidine. Use cautiously with pressor agents and MAO inhibitors. Ritalin may inhibit the metabolism of coumarin anticoagulants, anti-convulsants (phenobarbital, diphenhydantoin, irimidine), phenylbutazone, and tricyclic antidepressants (imipramine, desoripramine). Downward dosage adjustments of these drugs may be required when given concomitantly with Ritalin.

Usage in Pregnancy

Controlled reproduction studies to establish safe use of Ritalin during pregnancy have not been conducted. Until more information is available, Ritalin should not be prescribed for women of childbearing age unless in the opinion of the physician, the potential benefits outweigh the possible risks.

Drug Dependence

Ritalin should be given cautiously to emotionally unstable patients, such as those with a history of drug dependence or alcoholism, because such patients may increase dosage on their own initiative. Chronically abusive use can lead to decreased tolerance and psychic dependence with varying degrees of abnormal behavior. Frank psychotic episodes can occur, especially with parental abuse. Careful supervision is required during drug withdrawal, since severe depression as well as the effects of chronic overactivity can be unmasked. Long-term follow-up may be required because of the patient's basic personality disturbances.

PRECAUTIONS

Patients with an element of agitation may react severely if discontinuing therapy if necessary. Periodic CBC, differential, and platelet counts are advised during prolonged therapy.

ADVERSE REACTIONS

Nervousness and insomnia are the most common adverse reactions but are usually controlled by reducing dosage and omitting the drug in the afternoon. Other reactions include: hypersensitivity (including skin rash, urticaria, fever, arthritis), exfoliative dermatitis, erythema multiforme with mucocutaneous findings of necrotizing vasculitis, and thrombocytopenic purpura; anorexia, nausea, dizziness, palpitations, headache, dyskinesia, drowsiness, blood pressure and pulse changes, both up and down; tachycardia; angina; cardiac arrhythmia; abdominal pain; weight loss during prolonged therapy. Toxic psychosis has been reported. Although a definitive causal relationship has not been established, the following have been reported in a few instances of scalp hair loss: in children, loss of appetite, abdominal pain, weight loss during prolonged therapy, insomnia, and tachycardia may occur more frequently; however, any of the other adverse reactions listed above may also occur.

DOSEAGE AND ADMINISTRATION

Children with Minimal Brain Dysfunction (6 years and over)

Start with small doses (eg, 5 mg before breakfast and lunch) with gradual increments of 5 to 10 mg weekly. Daily dosage above 60 mg is not recommended. If improvement is not observed after appropriate dosage adjustment over a one-month period, the drug should be discontinued.

If paradoxical aggravation of symptoms or other adverse effects occur, reduce dosage or, if necessary, discontinue the drug.

Ritalin should be periodically discontinued to assess the child's condition. Improvement may be sustained when the drug is either temporarily or permanently discontinued.

Drug treatment should not and need not be indefinite and usually may be discontinued after puberty.

HOW SUPPLIED

Tablets, 20 mg (teach green, scored); bottles of 100 and 1000.

Tablets, 10 mg (pale green, scored); bottles of 100, 500, 1000 and Accu-pak blister units of 100.

Tablets, 5 mg (pale yellow); bottles of 100, 500, and 1000.

Consult complete product literature before prescribing.

CIBA Pharmaceutical Company
Division of CIBA-GEIGY Corporation
Summit, New Jersey 07901

References:

1. Files of Medical Research Department, CIBA Pharmaceutical Company, Summit, New Jersey.
2. Knight RIV, Hinton GG. *J Nerv Ment Dis* 148:349-350, 1960.
3. Comly HV. *J Learning Disabil* 4:484-490, 1971.
4. Conners CK. *J Learning Disabil* 4:476-483, 1971.
5. Charlton MH. *NY State J Med* 16:2058-2060, 1972.
6. Raine RS. *Pediatr Clin North Am* 15:779-800, 1968.
7. Conners CK. *Pediatrics* 49:702-708, 1972.

C I B A

Fonte: Ciba, 1975. Archives of General Psychiatry, Vol. 32, No. 9, pp. 1094-1096. 1975.⁹⁰

⁹⁰ Disponível em: bonkersinstitute.org/showpics/kidritdistraught.gif

A **Figura 29**, de 1975, aparece no *General Archives of Psychiatry*. É a primeira peça apresentada no formato “estudo de caso”. A página da esquerda é uma fotografia de uma família: da esquerda para direita vemos um irmão mais velho, uma irmã (ambos estão sorrindo) e a mãe tentando controlar o caçula, que está de costas para o fotógrafo (provavelmente o pai). Ilna Singh também analisa essa propaganda e especula que a figura paterna não aparece porque o foco da imagem é a “criança problema” e sua mãe. Para Singh o comportamento do menino interrompe a foto e conseqüentemente acaba com o retrato de uma família ideal (2007, 147). A conduta do filho contrasta com a postura dos irmãos, que estão perfeitamente posicionados para tirar a fotografia. Sua expressão enquanto tenta segurar o menino é absolutamente desconcertante.

O texto informa que o nome (fictício) do caçula é Robert Boynton, o segundo de cinco crianças (o que é estranho, pois sua irmã presumivelmente mais nova é muito mais alta). Outras duas imagens sobrepostas são fotos de rosto de um Robert mais velho, aparentando ser uma fotografia tirada para documentos ou para um álbum escolar. O título apresenta o estudo de caso e o diagnóstico de DCM realizado em 1971: “Estudo de caso sobre a DCM nº1: 1971... uma criança difícil, uma mãe angustiada. Diagnóstico: DCM”. Em seguida, o resultado após a introdução do medicamento: “1974, um aluno normal cursando a quarta-série, aceito em casa.”

Aqui há uma relação evidente entre o comportamento “difícil” de “Robert” e a “perturbação da mãe”. Sua falta de controle sobre o filho gera perturbação e causa angústia para a família. Como se trata de um estudo de caso muito longo, farei uma tradução resumida do conteúdo textual exibido no anúncio.

Aos seis anos Robert passou por uma experiência “extremamente complicada” no jardim de infância. O jovem foi levado a um pediatra especializado em neurologia e apesar de apresentar inteligência normal foi diagnosticado com uma “disfunção orgânica subjacente”. Aos 7 anos de idade ele foi transferido para um programa escolar especializado. Após passar por mais problemas e desesperada por ajuda a mãe de Robert voltou ao médico que indicou metilfenidato. Com o uso do medicamento sua performance escolar melhorou consideravelmente. Após quatro anos utilizando doses diárias de 15mg do produto (utilizado somente durante o período escolar) o jovem voltou para uma sala de aula comum onde cursa a quarta série e seu comportamento em casa melhorou. (CIBA, 1975, tradução minha).

O texto evidencia que após o uso do medicamento seus pais acham muito mais fácil aceitá-lo em casa. As notas no corpo do texto fornecem mais detalhes sobre as evidências clínicas apresentadas no anúncio:

Nesta apresentação, material clínico verídico foi utilizado com a permissão do médico. No entanto, as identidades foram mantidas em sigilo e os nomes modificados. Quantas outras crianças com DCM podem se beneficiar da terapia com metilfenidato? Evidentemente, a medicação não é indicada para todas as crianças com DCM; nem todas essas crianças irão responder ao tratamento medicamentoso. Contudo, quando a intervenção farmacológica for claramente indicada, o uso de uma droga de sucesso como a Ritalina (metilfenidato) pode ser um elemento significativo em muitos programas “especiais”. Mais de uma década de estudos controlados asseguram os efeitos benéficos da Ritalina na melhora do comportamento, coordenação motora, cognição e aprendizado. De fato, esta é a droga de escolha em muitas situações de DCM (CIBA, 1975, tradução minha).

Os trabalhos citados incluem a produção de Connors e da própria empresa, entre outros autores.⁹¹

⁹¹ *Files of Medical Research Department, CIBA Pharmaceutical Company, Summit, New Jersey; Connors CK: J Learning Disabil 4:476-483, 1971 e Connors CK: Pediatrics 49:702-708, 1972.*

Figura 30 — “Tested by time and experience in the treatment of MBD”

Tested by time and experience in the treatment of MBD

1962

“...a considerable decrease of hyperactivity...”
Knobel, 1962

Over a decade of controlled studies and clinical experience has shown the effectiveness of Ritalin in reducing the hyperactivity,^{1,2} distractibility,^{3,4} and disorganized behavior^{5,6} in the MBD child.

By lessening the effects of motor and attentional disorders, Ritalin can help the MBD child to better focus his attention on meaningful stimuli and

1974

“...an effective agent in the alleviation of the hyperkinetic disorder...”
Hoffman et al., 1974

thus can often improve cognition and promote learning.⁷

And side effects—insomnia and appetite loss—with Ritalin have occurred less frequently than with dextroamphetamine.^{8,9}

Indeed, Ritalin is currently a drug of choice in many MBD situations,^{10,11} and can prove to be an important element in many complete remedial programs for MBD.

Therapy with Ritalin should be undertaken only after a medical diagnosis of MBD has been made. Drug treatment is not indicated for all children with MBD.

Dosage should be periodically interrupted. Often, these interruptions reveal some “stabilization” in the child’s behavior even without medication, permitting a reduction in dosage and eventual discontinuance of drug therapy.



Ritalin[®]

(methylphenidate)

Only when medication is indicated



Ritalin[®] hydrochloride (methylphenidate hydrochloride)

TABLETS

INDICATION
Minimal Brain Dysfunction in Children—as adjunctive therapy to other remedial measures (psychological, educational, etc.)

Special Diagnostic Considerations
Specific etiology of Minimal Brain Dysfunction (MBD) is unknown, and there is no single diagnostic test. Adequate diagnosis requires the use not only of medical but of special psychological, educational, and social resources.

Characteristics commonly reported include: chronic history of short attention span, distractibility, emotional lability, impulsivity, and moderate to severe hyperactivity; minor neurological signs and abnormal EEG. Learning may or may not be impaired. The diagnosis of MBD must be based upon a complete history and evaluation of the child and not solely on the presence of one or more of these characteristics.

Drug treatment is not indicated for all children with MBD. Stimulants are not intended for use in the child who exhibits symptoms secondary to environmental factors and/or primary psychiatric disorders, including psychosis. Appropriate educational placement is essential and psychosocial intervention is generally necessary. When remedial measures alone are insufficient, the decision to prescribe stimulant medication will depend upon the physician’s assessment of the chronicity and severity of the child’s symptoms.

CONTRAINDICATIONS
Marked anxiety, tension, and agitation, since Ritalin may aggravate these symptoms. Also contraindicated in patients known to be hypersensitive to the drug and in patients with glaucoma.

WARNINGS
Ritalin should not be used in children under six years, since safety and efficacy in this age group have not been established.

Sufficient data on safety and efficacy of long-term use of Ritalin in children with minimal brain dysfunction are not yet available. Although a causal relationship has not been established, suppression of growth (ie, weight gain and/or height) has been reported with long-term use of stimulants in children. Therefore, children requiring long-term therapy should be carefully monitored.

Ritalin should not be used for severe depression of either exogenous or endogenous origin or for the prevention of normal fatigue state.

Ritalin may lower the convulsive threshold in patients with or without prior seizures; with or without prior EEG abnormalities, even in absence of seizures. Safe concomitant use of anticonvulsants and Ritalin has not been established. If seizures occur, Ritalin should be discontinued. Use cautiously in patients with hypertension. Blood pressure should be monitored at appropriate intervals in all patients taking Ritalin, especially those with hypertension.

Drug Interactions
Ritalin may decrease the hypotensive effect of guanethidine. Use cautiously with pressor agents and MAO inhibitors. Ritalin may inhibit the metabolism of coumarin anticoagulants, anti-convulsants (phenobarbital, diphenhydantoin,

primidone), phenylbutazone, and tricyclic antidepressants (imipramine, desipramine). Downward dosage adjustments of these drugs may be required when given concomitantly with Ritalin.

Usage in Pregnancy
Adequate animal reproduction studies to establish safe use of Ritalin during pregnancy have not been conducted. Therefore, until more information is available, Ritalin should not be prescribed for women of childbearing age unless, in the opinion of the physician, the potential benefit outweighs the possible risks.

Drug Dependence
Ritalin should be given cautiously to emotionally unstable patients, such as those with a history of drug dependence or alcoholism, because such patients may increase dosage on their own initiative. Chronically abusive use can lead to marked tolerance and psychic dependence with varying degrees of abnormal behavior.

Frank psychotic episodes can occur, especially with parenteral abuse. Careful supervision is required during drug withdrawal, since severe depression as well as the effects of chronic overactivity can be unmasked. Long-term follow-up may be required because of the patient’s basic personal disturbances.

PRECAUTIONS
Patients with an element of agitation may react adversely; discontinue therapy if necessary. Periodic CBC, differential, and platelet counts are advised during prolonged therapy.

ADVERSE REACTIONS
Nervousness and insomnia are the most common adverse reactions but are usually controlled by reducing dosage and omitting the drug in the afternoon or evening. Other reactions include: hypersensitivity (including skin rash, urticaria, fever, arthralgia, exfoliative dermatitis, erythema multiforme with histopathological findings of necrotizing vasculitis, and thrombocytopenic purpura); anorexia; nausea; dizziness; palpitations; headache; dyskinesia; drowsiness; blood pressure and pulse changes, both up and down; tachycardia; angina; cardiac arrhythmia; abdominal pain; weight loss during prolonged therapy. Toxic psychosis has been reported. Although a definite causal relationship has not been established, the following have been reported in patients taking this drug: leukopenia and/or neutropenia; a few instances of scalp hair loss in children; loss of appetite, abdominal pain, weight loss during prolonged therapy, and tachycardia may occur more frequently; however, any of the other adverse reactions listed above may also occur.

DOSEAGE AND ADMINISTRATION
Children with Minimal Brain Dysfunction (6 years and over)
Start with small doses (eg, 5 mg before breakfast and lunch) with gradual increments of 5 to 10 mg weekly. Daily dosage above 60 mg is not recommended. If improvement is not observed after appropriate dosage adjustment over a one-month period, the drug should be discontinued. If paradoxical aggravation of symptoms or other adverse effects occur, reduce dosage or, if necessary, discontinue this drug.

Ritalin should be periodically discontinued to assess the child’s condition. Improvement may be sustained when the drug is either temporarily or permanently discontinued.

Drug treatment should not and need not be indefinite and usually may be discontinued after puberty.

HOW SUPPLIED
Tablets, 20 mg (peach, scored); bottles of 100 and 1000.
Tablets, 10 mg (pale green, scored); bottles of 100, 500, 1000 and Accu-pak® blister units of 100, 500, and 1000.
Tablets, 5 mg (pale yellow); bottles of 100, 500, and 1000.
Consult complete product literature before prescribing.

CIBA Pharmaceutical Company
Division of CIBA-GEIGY Corporation
Summit, New Jersey 07901

References:
1. Knobel M: Psychopharmacology for the hyperkinetic child. *Arch Gen Psychiatry* 6:198-202, 1962.
2. Hoffman SP, Engelhardt DM, Margolis RA, et al: Response to methylphenidate in low socioeconomic hyperactive children. *Arch Gen Psychiatry* 30:354-359, 1974.
3. Sprague RL, Barnes KR, Werry JS: Methylphenidate and thioridazine. Learning, reaction time, activity, and classroom behavior in disturbed children. *Am J Orthopsychiatry* 40:615-625, 1970.
4. Knights RM, Hinton GG: The effects of methylphenidate (Ritalin) on the motor skills and behavior of children with learning problems. *J Nerv Ment Dis* 148:843-853, 1960.
5. Seger EY, Hallum G: Methylphenidate in children with minimal brain dysfunction: Effects on attention span, visual-motor skills, and behavior. *Curr Ther Res* 16:635-641, 1974.
6. Connors CK, Eisenberg L: The effects of methylphenidate on symptoms, habits and learning in disturbed children. *Am J Psychiatry* 120:458-464, 1963.
7. Creager RO, VanKiper C: The effect of methylphenidate on the verbal productivity of children with cerebral dysfunction. *J Speech Hear Res* 10:622-628, 1967.
8. Conly HL: Cerebral stimulants for children with learning disorders. *J Learning Disabil* 4:464-490, 1971.
9. Mackay MC, Beck L, Taylor R: Methylphenidate for adolescents with minimal brain dysfunction. *NY State J Med* 73:550-554, 1973.
10. Paine RS: Syndromes of “minimal cerebral damage.” *Pediatr Clin North Am* 15:779-800, 1968.
11. Connors CK: Symposium: Behavior modification by drugs. II. Psychological effects of stimulant drugs in children with minimal brain dysfunction. *Fediatrics* 49:700-708, 1972.
12. Charlton RH: Symposium: Minimal brain dysfunction and the hyperkinetic child; clinical aspects. *NY State J Med* 16:2058-2060, 1972.

C I B A

Fonte: Ciba, 1975. *Psychiatric Annals*, Nov. pp. 80-82. 1975.⁹²

⁹² Disponível em: bonkersinstitute.org/showpics/kidritonly.gif

A **Figura 30** foi lançada em 1975 e aparece na revista *Psychiatric Annals*. A peça é outro estudo de caso comparativo mostrando o progresso de um menino entre 1962 e 1974. Três imagens são apresentadas. Na primeira (em 1962), o paciente está sentado em uma sala de aula junto a mais três pessoas (dois colegas ao fundo e a professora também ao fundo). A disposição da sala é peculiar, as crianças estão sentadas de lado para o quadro. A foto seguinte mostra o jovem sentado lendo e sua professora ao fundo supervisionando o aluno. Ela está com a cabeça inclinada, com os braços cruzados e parece satisfeita com o progresso do jovem. A terceira fotografia é uma miniatura dessa mesma imagem.

No título, os dizeres destacados são: “Comprovado pelo tempo e experiência no tratamento da DCM”; em 1962: “... uma considerável redução da hiperatividade...”; e em 1974: “... um método eficaz na diminuição do transtorno hipercinético... Hoffman et al., 1974”.

O texto enfatiza que mais de uma década de estudos clínicos demonstram a eficácia do metilfenidato:

Mais de uma década de estudos controlados e experiência clínica demonstraram a Eficácia da Ritalina na redução da hiperatividade, distração e falta de organização na criança com DCM. Ao diminuir os efeitos psicomotores e os distúrbios de atenção, a Ritalina pode ajudar a criança com DCM a concentrar melhor sua atenção em iniciativas significativas e, portanto, pode ajudar a melhorar a cognição e promover o aprendizado. Considerações diagnósticas especiais: A etiologia específica da Disfunção Cerebral Mínima é desconhecida, e não há um único teste diagnóstico. O Diagnóstico adequado requer não apenas métodos médicos, mas também educacionais e sociais. As características normalmente relatadas incluem: histórico de falta de concentração crônica, distração, instabilidade emocional, impulsividade e hiperatividade moderada ou grave; sintomas neurológicos levemente alterados e eletroencefalografia anormal. O aprendizado pode ou não estar comprometido [...] (CIBA, 1974, tradução minha).

Figura 31 —“Mischief or MBD? (Don't mistake one for the other)”

Mischief or MBD?

(Don't mistake one for the other)

From Huckleberry Finn to the Katzenjammer Kids, the mischievous child has been an integral part of American folklore. But his normal, youthful overabundance can be difficult to distinguish from MBD.

Ritalin (methylphenidate): an important element in the remedial program

Only accurate medical diagnosis can differentiate the child with MBD from the child who is simply overactive, as many normal children are, and from the child who has personality and behavioral disorders not associated with MBD.

When the diagnosis is MBD, Ritalin can prove to be an important element in a remedial program that can provide immediate and long-term benefit.

For Ritalin has demonstrated its effectiveness in reducing such manifestations as hyperactivity,* distractibility, and disorganized behavior*.



Ritalin can help improve classroom performance, interpersonal relations

The alleviation of these symptoms often makes the child more responsive to the non-pharmacological modalities, thus helping him to improve his classroom performance* and his interpersonal relations*.

Therapy with Ritalin should be considered only after a medical diagnosis of MBD has been made. Dosage should be periodically interrupted. Often these interruptions reveal some "stabilization" in the child's behavior even

Ritalin[®] C

(methylphenidate)

An effective member of the MBD management team

without medication. In some MBD children they permit a reduction in dosage and eventual discontinuance of drug therapy.

Only when medication is indicated

Please turn page for brief prescribing information.

Ritalin[®] C

(methylphenidate)

Only when medication is indicated



Ritalin[®] hydrochloride C (methylphenidate hydrochloride)

INDICATIONS
Minimal Brain Dysfunction in Children—as adjunctive therapy to other remedial measures (psychological, educational, social)

Special Diagnostic Considerations
Specific etiology of Minimal Brain Dysfunction (MBD) is unknown, and there is no single diagnostic test. Adequate diagnosis requires the use not only of medical but of special psychological, educational, and social resources.

Characteristics commonly reported include chronic history of short attention span, distractibility, emotional lability, impulsivity, and moderate to severe hyperactivity; minor neurological signs and abnormal EEG. Learning may or may not be impaired. The diagnosis of MBD must be based upon a complete history and evaluation of the child and not solely on the presence of one or more of these characteristics.

Drug treatment is not indicated for all children with MBD. Stimulants are not intended for use in the child who exhibits symptoms secondary to environmental factors and/or primary psychiatric disorders, including psychosis. Appropriate educational placement is essential and psychosocial intervention is generally necessary. When remedial measures alone are insufficient, the decision to prescribe stimulant medication will depend upon the physician's assessment of the chronicity and severity of the child's symptoms.

CONTRAINDICATIONS
Marked anxiety, tension, and agitation, since Ritalin may aggravate these symptoms. Also contraindicated in patients known to be hypersensitive to the drug and in patients with glaucoma.

WARNINGS
Ritalin should not be used in children under six years, since safety and efficacy in this age group have not been established.

Sufficient data on safety and efficacy of long-term use of Ritalin in children with minimal brain dysfunction are not yet available. Although a causal relationship has not been established, suppression of growth (i.e. weight gain and/or height) has been reported with long-term use of stimulants in children. Therefore, children requiring long-term therapy should be carefully monitored.

Ritalin should not be used for severe depression of either exogenous or endogenous origin or for the prevention of normal fatigue states.

Ritalin may lower the convulsive threshold in patients with or without prior seizures, with or without prior EEG abnormalities, even in absence of seizures. Safe concomitant use of anticonvulsants and Ritalin has not been established. If seizures occur, Ritalin should be discontinued.

Use cautiously in patients with hypertension. Blood pressure should be monitored at appropriate intervals in all patients taking Ritalin, especially those with hypertension.

Symptoms of visual disturbances have been encountered in rare cases. Difficulties with accommodation and blurring of vision have been reported.

Drug Interactions
Ritalin may decrease the hypotensive effect of guanethidine. Use cautiously with pressor agents and MAO inhibitors. Ritalin may inhibit the

metabolism of coumanti anticoagulants, anticonvulsants (phenytoin, diphenhydantoin, primidone), phenothiazines, and tricyclic antidepressants (imipramine, doxapramine). Downward dosage adjustments of these drugs may be required when given concomitantly with Ritalin.

Use in Pregnancy
Adequate animal reproduction studies to establish safe use of Ritalin during pregnancy have not been conducted. Therefore, until more information is available, Ritalin should not be prescribed for women of childbearing age unless, in the opinion of the physician, the potential benefits outweigh the possible risks.

Drug Dependence
Ritalin should be given cautiously to emotionally unstable patients, such as those with a history of drug dependence or alcoholism, because such patients may increase dosage on their own initiative.

Chronically abusive use can lead to marked tolerance and psychic dependence with varying degrees of abnormal behavior. Frank psychotic episodes can occur especially with parenteral abuse. Careful supervision is required during drug withdrawal, since severe depression as well as the effects of chronic overactivity can be unmasked. Long-term take-up may be required because of the patient's basic personality disturbances.

PRECAUTIONS
Patients with an element of agitation may react adversely; discontinue therapy if necessary.

Periodic CBC, differential, and platelet counts are advised during prolonged therapy.

ADVERSE REACTIONS
Nervousness and insomnia are the most common adverse reactions but are usually controlled by reducing dosage and omitting the drug in the afternoon or evening. Other reactions include: hypersensitivity (including skin rash, urticaria, fever, atrophy, exfoliative dermatitis, erythema multiforme with histopathological findings of necrotizing vasculitis, and thrombocytopenic purpura), anorexia, nausea, dizziness, palpitations, headache, dyspepsia, drowsiness, blood pressure and pulse changes, both up and down; tachycardia, angina, cardiac arrhythmia, abdominal pain, weight loss during prolonged therapy. Toxic psychosis has been reported. Although a definite causal relationship has not been established, the following have been reported in patients taking this drug: leukopenia and/or anemia, a few instances of scalp hair loss.

In children, loss of appetite, abdominal pain, weight loss during prolonged therapy, anorexia, and tachycardia may occur more frequently, however, any of the other adverse reactions listed above may also occur.

DOSAGE AND ADMINISTRATION
Children with Minimal Brain Dysfunction (6 years and over):
Start with small doses (eg, 5 mg before breakfast and lunch) with gradual increments of 5 to 10 mg weekly. Daily dosage above 60 mg is not recommended. If improvement is not observed after appropriate dosage adjustment over a one-month period, the drug should be discontinued. If paradoxical aggravation of symptoms or other

adverse effects occur, reduce dosage, or, if necessary, discontinue the drug.

Ritalin should be periodically discontinued to assess the child's condition. Improvement may be sustained when the drug is either temporarily or permanently discontinued.

Drug treatment should not and need not be indefinite and usually may be discontinued after puberty.

HOW SUPPLIED
Tablets, 20 mg (peach, scored), bottles of 100 and 1000.
Tablets, 10 mg (pale green, scored), bottles of 100, 500, 1000 and Accu-Pak[®] blister units of 100. Tablets, 5 mg (pale yellow), bottles of 100, 500, and 1000.

Consult complete product literature before prescribing. C75-16 Rev. 7/76

©1974

CIBA Pharmaceutical Company
Division of CIBA-GEIGY Corporation
Summit, New Jersey 07901

References

1. Knobel M. Psychopharmacology for the hyperkinetic child. Arch Gen Psychiatry 6:196-202, March 1962.
2. Comly JH. Cerebral stimulants for children with learning disorders? J Learning Disabil 4:484-490, November 1971.
3. Report of the Conference on the Use of Stimulant Drugs in the Treatment of Behaviorally Disturbed Young School Children. J Learning Disabil 4:525-530, November 1971.
4. Mackay MC, Beck L, Taylor R. Methylphenidate for adolescents with minimal brain dysfunction. NY State J Med 73:550-554, February 1973.
5. Hellman SB, Engelhardt DM, Margolis RA, et al. Response to methylphenidate in low socioeconomic hyperactive children. Arch Gen Psychiatry 30:554-559, March 1974.
6. Seger EY, Hallam G. Methylphenidate in children with minimal brain dysfunction: Effects on attention span, visual-motor skills, and behavior. Curr Ther Res 16:635-641, June 1974.

C I B A

Fonte: Ciba, 1979. Archives of General Psychiatry, Vol. 36, No. 1. 1979.⁹³

⁹³ Disponível em: bonkersinstitute.org/showpics/mischief.gif

A **Figura 31**, de 1979, é a segunda propaganda em que um médico aparece (a primeira é a **Figura 9**). O profissional usa um oftalmoscópio para aplicar um exame de oftalmoscopia direta (fundoscopia) no paciente. Na época a Disfunção Cerebral Mínima era caracterizada por transtornos de comportamento, linguagem e de aprendizados associados a uma causa orgânica imprecisa (CALIMAN, 2010, p. 50). Exames neurológicos para identificar deficiências visuais auditivas ou psicomotoras eram comuns no processo diagnóstico da DCM. Além da fotografia da consulta a peça exibe uma tira da série *Katzenjammer Kids* (conhecida no Brasil como “Os sobrinhos do capitão”), criada por Rudolph Dirks (DIRKS, 1974). Os protagonistas do quadrinho são Hans e Fritz, uma dupla de irmãos bagunceiros que estão sempre aprontando alguma confusão.

O anúncio utiliza exemplos fictícios de personagens peraltas como Huckleberry Finn e os referidos irmãos *Katzenjammer* sugerindo que é difícil distinguir um comportamento excessivamente vigoroso da DCM: “From Huckleberry Finn to the Katzenjammer Kids, the mischievous child has been an integral part of American folklore. But his normal, youthful overexuberance can be difficult to distinguish from MDB.” O subtítulo destaca a importância do tratamento com a Ritalina®:

Ritalina (metilfenidato): um importante elemento no programa de educação especial. Apenas diagnósticos médicos acurados podem diferenciar a criança com disfunção cerebral mínima (DCM) da criança que é simplesmente ativa demais, como muitas crianças normais são, e da criança que tem desordens de personalidade não associadas a DCM. Quando o diagnóstico é DCM, a Ritalina pode provar ser um importante elemento em um programa de educação especial que pode prover benefícios imediatos e a longo prazo. A Ritalina demonstrou sua efetividade em reduzir tais manifestações como hiperatividade, distração e comportamento desorganizado. Ritalina pode melhorar a performance em sala de aula, relações interpessoais. O alívio desses sintomas frequentemente aumenta a resposta da criança a modalidades não farmacológicas, ajudando assim a melhorar a performance em sala de aula e relações interpessoais. Terapia com Ritalina deve ser considerada após um diagnóstico médico de DCM ser realizado. A dosagem deve ser interrompida periodicamente. Frequentemente essas interrupções revelam alguma “estabilização” no comportamento da criança mesmo sem medicação. Em algumas crianças com DCM permitem a redução da dosagem e eventual descontinuidade da terapia com a droga. Ritalina (metilfenidato): um importante elemento no programa de educação especial. Apenas quando a medicação for indicada (CIBA, 1979, tradução minha).

Figura 32 — “Juvenile pranks... or signs of MBD? (A differential diagnosis is important)”

Juvenile pranks... or signs of MBD? (A differential diagnosis is important)

In past generations, youngsters' pranks were generally regarded with a tolerant attitude—or, worst, they were considered a minor nuisance. However, with today's medical knowledge, it is recognized that a certain number of disruptive children may actually be suffering from the MBD syndrome.

When your diagnosis differentiates an MBD child from a normal but overactive child or from one who may have an organic or behavioral disorder not associated with MBD, an appropriate remedial program is usually initiated.



Ritalin[®] (methylphenidate)

An effective member of the MBD management team



Heel-Knee Test

Ritalin has proved its value as an important adjunct in the management of MBD for well over a decade.

Ritalin has been shown to reduce symptoms such as distractibility, disorganized behavior, and hyperactivity. As these symptoms are brought under control, the child often benefits from improved classroom performance, and better interpersonal relationships.

Moreover, alleviation of these symptoms often makes the child more responsive to non-pharmacological modalities.

Therapy with Ritalin should be considered only after a medical diagnosis of MBD has been confirmed. Dosage should be periodically interrupted. Often, these interruptions reveal some "stabilization" in the child's behavior without medication. In some MBD children, they permit a reduction in dosage and eventual discontinuance of drug therapy.

Ritalin... Only when medication is indicated



C I B A

Ritalin[®] (methylphenidate)

Only when medication is indicated



Ritalin[®] hydrochloride (methylphenidate hydrochloride USP)

INDICATION
Minimal Brain Dysfunction in Children—as adjunctive therapy to other remedial measures (psychological, educational, social)

Special Diagnostic Considerations
Specific etiology of Minimal Brain Dysfunction (MBD) is unknown, and there is no single diagnostic test. Adequate diagnosis requires the use not only of medical but of special psychological, educational, and social resources.

Characteristics commonly reported include chronic history of short attention span, distractibility, emotional lability, impulsivity, and moderate to severe hyperactivity, minor neurological signs and abnormal EEG. Learning may be impaired. The diagnosis of MBD must be based upon a complete history and evaluation of the child and not solely on the presence of one or more of these characteristics.

Drug treatment is not indicated for all children with MBD. Stimulants are not intended for use in the child who exhibits symptoms secondary to environmental factors and/or primary psychiatric disorders, including psychosis. Appropriate educational placement is essential and psychosocial intervention is generally necessary. When remedial measures alone are insufficient, the decision to prescribe stimulant medication will depend upon the physician's assessment of the chronicity and severity of the child's symptoms.

CONTRAINDICATIONS
Marked anxiety, tension, and agitation, since Ritalin may aggravate these symptoms. Also contraindicated in patients known to be hypersensitive to the drug and in patients with glaucoma.

WARNINGS
Ritalin should not be used in children under six years, since safety and efficacy in this age group have not been established.

Sufficient data on safety and efficacy of long-term use of Ritalin in children with minimal brain dysfunction are not yet available. Although a causal relationship has not been established, suppression of growth (ie, weight gain and/or height) has been reported with long-term use of stimulants in children. Therefore, children requiring long-term therapy should be carefully monitored.

Ritalin should not be used for severe depression of either exogenous or endogenous origin or for the prevention of normal fatigue states.

Ritalin may lower the convulsive threshold in patients with or without prior seizures, with or without prior EEG abnormalities, even in absence of seizures. Safe concomitant use of anticonvulsants and Ritalin has not been established. If seizures occur, Ritalin should be discontinued.

Use cautiously in patients with hypertension. Blood pressure should be monitored at appropriate intervals in all patients taking Ritalin, especially those with hypertension.

Symptoms of visual disturbances have been encountered in rare cases. Difficulties with accommodation and blurring of vision have been reported.

Drug Interactions
Ritalin may decrease the hypotensive effect of guanethidine. Use cautiously with cardiac agents and MAO inhibitors. Ritalin may inhibit the metabo-

lism of coumarin anticoagulants, anticonvulsants (phenobarbital, diphenhydantoin, primidone), phenylbutazone, and tricyclic antidepressants (nortriptyline, desipramine). Downward dosage adjustments of these drugs may be required when given concomitantly with Ritalin.

Usage in Pregnancy
Animal and human reproduction studies to establish safety and health during pregnancy have not been conducted. Therefore, oral use of stimulant is not recommended. Ritalin should not be prescribed for women of childbearing age unless, in the opinion of the physician, the potential benefits outweigh the possible risks.

Drug Dependence
Ritalin should be given cautiously to emotionally unstable patients, such as those with a history of drug dependence or alcoholism, because such patients may increase dosage on their own initiative.

Chronicity of abuse use can lead to marked tolerance and psychic dependence with varying degrees of abnormal behavior. Trans-psychotic episodes can occur, especially with concurrent abuse. Careful supervision is required during drug withdrawal, since severe depression as well as the effects of chronic overactivity can be unmasked. Long-term follow-up may be required because of the patient's basic personality disturbances.

PRECAUTIONS
Patients with an element of agitation may react adversely; discontinue therapy if necessary.

Periodic CBC, differential, and platelet counts are advised during prolonged therapy.

ADVERSE REACTIONS
Nervousness and insomnia are the most common adverse reactions but are usually controlled by reducing dosage and omitting the drug in the afternoon. Other reactions include: respiratory distress (including skin rash, urticaria, fever, antralgia, exanthema, dermatitis, erythema multiforme, with histopathological findings of necrotizing vasculitis, and thrombocytopenic purpura), anorexia, nausea, dizziness, palpitations, headache, dyspnea, drowsiness, blood pressure and pulse changes, both up and down, tachycardia, angina, cardiac arrhythmias, abdominal pain, weight loss during prolonged therapy. Toxic psychosis has been reported. Although a definite causal relationship has not been established, the following have been reported in patients taking the drug: leukopenia and/or anemia, a few instances of scapulae loss in children, loss of appetite, abdominal pain, weight loss during prolonged therapy, insomnia, and tachycardia may occur more frequently; however, any of the other adverse reactions listed above may also occur.

DOSEAGE AND ADMINISTRATION
Children with Minimal Brain Dysfunction (6 years and over)

Start with small doses (eg, 5 mg before breakfast) and increase with gradual increments of 1 to 10 mg weekly. Daily dosage above 60 mg is not recommended. If improvement is not observed after appropriate dosage adjustment over a one-month period, the drug should be discontinued. If paradoxical aggravation of symptoms or other

adverse effects occur, reduce dosage or, if necessary, discontinue the drug.

Ritalin should be periodically discontinued to assess the child's condition. Improvement may be sustained when the drug is either temporarily or permanently discontinued.

Drug treatment should not and need not be mollified and usually may be discontinued after puberty.

HOW SUPPLIED
Ritalin is available in the following strengths: 20 mg (pink, scored), bottles of 100 and 500; 10 mg (pale green, scored), bottles of 100, 500, 1000 and Accu-Pak™ blister units of 100; tablets, 5 mg (pale yellow), bottles of 100, 500 and 1000.

Consult complete product literature before prescribing.

C I B A Rev. 7/76
CIBA Pharmaceutical Company 655381
Summit, New Jersey 07901 175-6444

References
1. Knobel M. Psychopharmacology for the hyperactive child. Arch Gen Psychiatry 6: 186-202, 1962.
2. Hoffman SP, Engelhardt CM, Margolis RA et al. Response to methylphenidate in the socio-economic hyperactive children. Arch Gen Psychiatry 30: 554-560, 1974.
3. Mackay MC, Beck L, Taylor R. Methylphenidate for adolescents with minimal brain dysfunction. N Y State J Med 73: 550-554, 1973.
4. Report of the conference on the use of stimulant drugs in the treatment of behaviorally disturbed young school children. Learning Disabil 4: 523-530, 1971.

C I B A

Fonte: Ciba, 1979. Archives of General Psychiatry, Vol. 36, No. 3, 1979.⁹⁴

⁹⁴ Disponível em: bonkersinstitute.org/medshow/prank.html

A **Figura 32**, de 1979, é muito parecida com a anterior em relação aos elementos textuais e visuais. Um quadrinho da série *Katzenjammer Kids* aparece na página esquerda e uma fotografia de um menino sendo examinado (apenas a mão do profissional aparece) com uma lanterna clínica aparece em destaque. Acima uma pequena foto do médico aplicando outro exame (teste calcânhar Joelho-Tornozelo) em seu paciente, que está sentado em uma cadeira. Nessa imagem o profissional aparece de costas, mas é possível perceber que se trata do mesmo modelo da **Figura 31**.

O título é uma pergunta: **“Brincadeiras juvenis... Ou sintomas de DCM? (Um diagnóstico diferencial é importante)”**:

Nas gerações passadas as brincadeiras de crianças eram toleradas – na pior das hipóteses, elas eram consideradas um incômodo menor. No entanto, com o conhecimento médico atual, sabe-se que inúmeras crianças desordeiras podem estar sofrendo da síndrome de DCM. Quando seu diagnóstico apontar uma criança com DCM de uma criança normal, porém hiperativa [...] um programa especial deve ser iniciado. (CIBA, 1979, tradução minha).

5.4. Análise do material publicitário publicado entre 1970-1979

O uso da Ritalina® em crianças havia sido aprovado pela FDA em 1961 (CONRAD, 1961, p. 14) e Singh assinala que nesse período diversos artigos publicados em periódicos influentes haviam documentado a superioridade do metilfenidato em relação aos tranquilizantes no tratamento de crianças hiperativas e distraídas (2007, p. 140). Apesar disso, as peças publicitárias nunca foram dedicadas a esse grupo de pacientes. A dedicação da CIBA com o público infantil está diretamente relacionada à emergência de um novo transtorno, a Disfunção Cerebral Mínima (DCM).

Legnani e Almeida (2008) apontam que a Disfunção Cerebral Mínima foi precedida pela Minimal Brain Damage (Lesão Cerebral Mínima, LCM). Segundo as autoras, a alteração na nomenclatura ocorreu ao longo da década de 1960. A mudança foi motivada pela falta de dados de pesquisa empíricos que pudessem comprovar que a LCM seria, de fato, causada por uma lesão no “aparato cerebral” (2008, p. 6). Collares e Moysés (1992) assinalam que a categoria de DCM foi cunhada em um simpósio sediado em Oxford em 1962 que reuniu pesquisadores interessados na LCM. Os autores relatam que esses cientistas empregaram métodos como o exame anátomo patológico completo do cérebro (trata-se,

basicamente, da biópsia de cérebros preservados) e não encontraram lesão alguma. A partir dessa constatação, reconheceram que a noção de LCM era errônea e atribuíram os possíveis distúrbios de aprendizagem a uma disfunção (COLLARES E MOYSÉS, 1992, p. 37).

Se por um lado o abandono da categoria LCM em detrimento da DCM foi um marco importante na redefinição dos problemas de aprendizagem e transtornos comportamentais, esse movimento também propiciou a criação de um novo nicho de mercado para laboratórios como a CIBA (SINGH, p. 140). De acordo com Barros (2009, p. 44), um dos fatores determinantes para a aceitação da nova categoria foi a publicação do guia diagnóstico *Minimal Brain Dysfunction in Children: Terminology and Identification*. O documento foi elaborado por uma comissão de médicos coordenados pelo psiquiatra Samuel D. Clements. Segundo Singh (2007, p. 140), a proposta foi compilar a vasta literatura médico-científica sobre transtornos de aprendizagem produzida nos últimos trinta anos. O projeto recebeu financiamento do Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos e da *National Association for Crippled Children and Adults* (CLEMENTS, 1966). Os profissionais foram divididos em três equipes: (1) identificação e terminologia; (2) diagnóstico e tratamento; e (3) pesquisa. O projeto foi iniciado oficialmente em 1964 (CLEMENTS, 1966, pp. 3-4).

Historicamente, termos como “deficiência cerebral”, “dano cerebral” e “criança com retardo mental” foram utilizados por pesquisadores como Strauss, Werner, Lehtinen e outros para descrever e classificar problemas específicos de aprendizado e transtornos comportamentais em crianças. Outras contribuições de pesquisadores preocupados em expandir esses conceitos ou descrever os sintomas usaram termos transitórios como “atrofia cerebral”, “cérebro disfuncional” ou “disfunção cerebral”. (CLEMENTS, 1966, p. 8). O documento chegou à seguinte definição de Disfunção Cerebral Mínima:

O termo disfunção cerebral mínima refere-se a crianças de inteligência próxima à média, média ou acima da média com certas dificuldades de aprendizado e problemas comportamentais moderados ou severos, associados com desvios na estrutura e funcionamento do sistema nervoso central. Estes desvios podem manifestar-se como deficiências na percepção, linguagem, memória, controle da atenção, impulsividade ou na função motora (CLEMENTS, 1966, p. 9, tradução minha).

O Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos, principal órgão financiador do projeto promoveu um amplo debate com o objetivo de instruir os médicos e o público sobre a Disfunção Cerebral Mínima. Foram distribuídos panfletos, brochuras

e curtas-metragens informativos sobre como identificar, diagnosticar e tratar a DCM. Os meios de comunicação de massa iniciaram um debate acalorado sobre o crescimento da indústria farmacêutica e sobre os diagnósticos médicos e “o uso de psicotrópicos no cotidiano das pessoas e sua administração em crianças.” (BARROS, 2009, p. 44).

A segunda versão do DSM, publicada, em 1968 (DSM-II) não incluiu a Disfunção Cerebral Mínima, mas os seus principais sintomas (desatenção, impulsividade e hiperatividade) foram descritos no “Transtorno de Reação Hiperkinética”, listado no grupo de distúrbios comportamentais da infância e adolescência (APA, 1968, p. 50). E foi esse contexto que propiciou a promoção da Ritalina® como uma droga eficaz no controle desses sintomas que foram examinados nas nove propagandas publicadas entre 1970 e 1979 analisadas neste segmento.

O material publicitário desenvolvido durante a década de 1970 reforça a associação do comportamento inquieto e hiperativo com o gênero masculino e consolida efetivamente a Ritalina® como a droga de escolha para o tratamento do comportamento impulsivo em meninos. De acordo com Hentoff (1972 apud CONRAD, 1975, p. 160), a CIBA lucrou \$13 milhões com as vendas da Ritalina apenas em 1971, valor equivalente a 15% de seu lucro bruto total naquele ano. Isso não significa que a CIBA-GEIGY deixou de promover o metilfenidato para outros grupos de pacientes⁹⁵. Significa apenas que o laboratório passou a explorar um nicho de mercado muito mais lucrativo. A variedade de anúncios publicitários explorados nessa dissertação sugere a adaptabilidade do laboratório em explorar os mais variados mercados.

Moon (2009, p. 90) aponta que logo após a introdução do metilfenidato no mercado a CIBA promoveu o potencial do produto em reverter a sedação induzida por barbitúricos. De acordo com o autor, os anestesiólogos foram um dos primeiros alvos da empresa, que se baseou em estudos piloto que apontaram os efeitos fisiológicos mais básicos da substância. Moon também menciona que a Serpatilin® foi lançada assim que publicações apresentaram resultados sobre a eficácia da combinação do metilfenidato e da reserpina em pacientes com

⁹⁵ Conferir os três anúncios anexados ao fim do trabalho.

problemas mentais. O autor sugere que o laboratório se mantinha atento e receptivo às pesquisas médicas (idem, p. 93).

Também é preciso levar em conta que a publicação de anúncios em periódicos médico-científicos é apenas uma das muitas formas de promoção. Além desse espaço, as companhias farmacêuticas enviavam material promocional aos médicos pelo correio e contavam com um numeroso efetivo de representantes farmacêuticos que telefonavam para os médicos e visitavam seus consultórios entregando amostras grátis de medicamentos (REHDER, 1965, p. 286).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na introdução apresentei dados da bibliografia de referência sobre a prevalência do TDAH (e o consumo exponencial do metilfenidato) que permitem observar como este é considerado o transtorno “neurocomportamental” mais comum na infância, mas que tenderia a diminuir com a idade adulta. Entretanto, a partir dos anos 1990 constata-se que cada vez mais adultos são diagnosticados com o TDAH.

Tendo como pergunta de partida a questão de como se deu essa expansão do diagnóstico do TDAH – que tornou possível a inclusão de adultos entre os afetados pelo distúrbio – conduzi uma pesquisa exploratória que me levou aos informes publicitários do metilfenidato. Qual não foi a surpresa ao constatar que o medicamento foi inicialmente promovido para adultos com narcolepsia e depressão e somente nos anos 1970 passou a ser indicado para tratar problemas de comportamento em crianças. Esta descoberta levou a repensar os rumos da investigação e a problematizar de forma mais abrangente a criação de diagnósticos (e de possíveis pacientes ou sujeitos) associados ao uso do metilfenidato. Assim lancei as perguntas “para quê” e “para quem” serve a Ritalina® a partir de seu aparecimento em anúncios na década de 1950. Nessa direção, iniciei um estudo documental sobre a divulgação dessa substância em periódicos médico-científicos. A ideia geral foi discutir que tipos de pessoas (e que modelos de saúde e doença) ou formas de subjetividade esses anúncios promoviam.

Para tanto, este estudo abordou o contexto de surgimento da Ritalina®, procurando resgatar as categorias anteriores ao TDAH, tomando emprestada de Caliman (2006, 2010) a ideia de “história oficial”. Alguns pontos da história do transtorno foram resgatados a partir da perspectiva dos especialistas em seu diagnóstico e tratamento.

Esses “historiadores internos” (Nefsky, 2004) são cientistas inseridos no campo biomédico. Sua visão evolucionista e anacrônica percebe o TDAH como um transtorno que sempre existiu, buscando demonstrar esse fato ancorados em estudos que datam do século XVIII. Essa visão biologista e hegemônica ofusca outras narrativas possíveis. Tive como objetivo desenvolver uma crítica a essa perspectiva a-histórica que coleta fatos e descobertas de outras eras sem levar em conta as dimensões históricas, sociais, culturais, políticas, econômicas e morais de

cada período. Isso só foi possível a partir de uma análise específica das propagandas envolvendo a Ritalina®, através das quais procurei trazer pistas a respeito dos modelos, transformações e contextos diversos aos quais os anúncios remetiam. Da mesma forma, mostrou-se fulcral para esta análise desenvolver uma reflexão sobre a possibilidade de uma antropologia a partir de documentos, buscando referências nos trabalhos e nas contribuições de diversos autores acerca de métodos para fundamentar minha própria análise do material publicitário.

Uma parte da história da Ritalina® pode assim ser narrada por meio de sua promoção em jornais médicos. Foram analisadas 32 propagandas do produto veiculadas em diferentes revistas científicas entre 1956 e 1979. A análise realizada demonstra como a Ritalina® é inicialmente indicada para tratar condições como narcolepsia, depressão leve e fadiga crônica em adultos.

A maior parte das propagandas veiculadas entre 1956 e o final da década de 1960 apresentam homens e mulheres brancos de meia idade ou idosos acometidos de fadiga crônica e depressão. As peças destacam os benefícios da Ritalina®, caracterizada como uma substância de ação suave com poucos efeitos colaterais. Os homens geralmente são mostrados trabalhando em empregos corporativos enquanto as mulheres são representadas em situações domésticas ou cuidando dos filhos, contrastando com o fato de que os homens nunca aparecem desempenhando um papel paterno.

As propagandas da década de 1970 revelam como a CIBA passou a promover a Ritalina® para tratar a Disfunção Cerebral Mínima (DCM). O material publicitário desenvolvido nos anos 1970 investe substancialmente em meninos com problemas de comportamento relacionados à DCM. É possível sugerir com base nesta observação e em outras constatações recorrentes na bibliografia que a Ritalina® e a DCM são promovidas simultaneamente. Em contraste ao material lançado entre os anos de 1956 e 1960, é perceptível a centralidade conferida à DCM, revelando uma obsessão em conciliar o produto com a referida condição. Esse esforço resulta na associação recorrente da Ritalina® com a desatenção e a impulsividade, o que perdura até os dias atuais.

A mudança de perfil associada às indicações médicas da Ritalina®, que ocorre na passagem dos anos 60 para os anos 70, parece indicar uma série de associações e transformações que serão aqui discutidas brevemente. Como já indicado na introdução deste trabalho, os processos de medicalização transcorridos

ao longo do século XX apontam para um investimento cada vez maior dos laboratórios farmacêuticos em criar novas condições ou doenças a serem tratadas e definidas a partir do uso de fármacos específicos. A forma como a DCM aparece associada à Ritalina® nas propagandas pode ser tomada como um indício desse processo mais geral descrito por outros autores.

As indicações e usos da Ritalina®, que mais tarde passarão também a definir o TDAH, têm sido apontados dentro dos quadros de alargamento dos processos de medicalização definidos a partir do êxito das chamadas “drogas de estilo de vida”. De um modo geral o termo “drogas de estilo de vida” (*life-style drugs*) remete a fármacos desenvolvidos para combater os efeitos do envelhecimento ou tratar condições como calvície, disfunção sexual e obesidade (ATKINSON, 2002, p. 909), dentre os quais destaco o Viagra®, o Prozac® e o Xenical®, medicamentos indicados para tratar condições como depressão, disfunção erétil e obesidade (AZIZE, 2002). Os diversos sintéticos do hormônio testosterona indicados para disfunções sexuais (masculina e feminina) e para retardar o envelhecimento também podem ser considerados drogas de “estilo de vida” (Rohden, 2011). O rótulo tem sido popularizado inclusive pelos meios de comunicação de massa. Embora seja considerado elusivo e até mesmo insatisfatório para alguns pesquisadores (YOUNG, 2003), não se pode deixar de evocá-lo quando percebemos a forma como as propagandas da Ritalina® fazem menção direta à melhora no desempenho de determinadas funções que caracterizariam os padrões de desempenho esperados de alguns tipos de sujeitos.

O ponto a ser destacado aqui é que estas drogas de “estilo de vida”, assim como alguns tipos de uso da Ritalina®, permitem vislumbrar a conformação de novos modelos ou padrões de exigência em relação a vários tipos de sujeitos: das mulheres donas de casa felizes e homens executivos produtivos, passando pelos idosos ativos e os meninos bem comportados.

Outro argumento importante, que se destaca na bibliografia contemporânea sobre (bio)medicalização e subjetividade se refere à própria influência mais específica de agentes bioquímicos na conformação de novas subjetividades. Os dados epidemiológicos sobre a expansão da prevalência do TDAH e o aumento do consumo somado às complexas relações entre diversos atores mencionados sugerem que está sendo estabelecido um vasto mercado corporativo que nos transforma, nas palavras de Emily Martin, em “sujeitos farmacêuticos” (2006) ou, nos

termos de Nikolas Rose, em “sujeitos neuroquímicos”. Esses termos estão estreitamente relacionados com a emergência das neurociências.

Em seu livro *Neuro: The New Brain Sciences and the Management of the Mind*, Nikolas Rose e Joelle Abi-Rached (2013) oferecem uma explicação interessante para o fenômeno. Os autores argumentam que nas décadas finais do século XX no Ocidente, emerge uma espécie de “ética somática”, com a qual muitas pessoas se identificaram, passando a interpretar muitos dos seus mal-estares em termos da saúde, vitalidade ou morbidade de seus corpos. Tratava-se de agir sobre sua condição somática com a finalidade não apenas de se tornar fisicamente melhor, mas uma melhor pessoa. De acordo o autor, estaríamos agora vendo esta ética somática gradualmente se estender do corpo para o cérebro, compreendido enquanto a corporificação da mente. É nesse contexto que começam a surgir uma série de práticas e dispositivos que visam agir sobre o cérebro, com o intuito do autoaprimoramento e incremento do bem-estar. As pedagogias do cérebro estão dentro das técnicas de trabalho sobre o *self* somático.

Isso leva diretamente à Ritalina® e é interessante perceber sua emergência como uma forma de aprimorar a cognição. Apesar de as peças publicitárias analisadas não apresentarem nenhuma referência formal desse uso, e frequentemente o texto indicar que o metilfenidato “não deve ser utilizado para aumentar as capacidades físicas ou mentais além dos limites normais”, é preciso discutir seu alcance na promoção de novas indicações médicas ou não médicas (os chamados usos recreativos ou pró-desempenho). É possível sugerir, por exemplo, que todos os benefícios associados ao uso da Ritalina® que aparecem nas propagandas abriram caminho para a consideração desse medicamento como capaz de gerar formas de aprimoramento (inclusive cognitivo). Isso também estaria associado à conformação de novos modelos de exigência e consumo que seriam explorados na promoção de novas drogas e diagnósticos pelos laboratórios farmacêuticos.

Assim, esse estudo de caso das propagandas pode ser entendido como corroborando as proposições de Peter Conrad (1975, 2007) sobre os processos de medicalização, mencionados na introdução deste trabalho. As categorias que aparecem nos anúncios (depressão leve, fadiga crônica, hiperatividade etc.) são entendidas como condições médicas passíveis de tratamento e controle por meio da Ritalina®. As advertências de que a substância não deve ser empregada para

aumentar as capacidades físicas e cognitivas para além do normal estão relacionadas com a possibilidade de abuso do medicamento, mas preparam o terreno para um fenómeno mais abrangente: a biomedicalização.

Este conceito foi proposto pela socióloga norte-americana Adele Clarke e colegas (2003). Do ponto de vista das autoras, o processo de medicalização passou por mudanças dramáticas ao longo da década de 1980, que derivam das inovações tecnológicas da biomedicina e culminam no fenómeno da biomedicalização. Faro et al. (2013, p. 282) assinalam que o “[...] prefixo ‘bio’ sinaliza as transformações que tais tecnologias produzem em processos biológicos da vida humana e não-humana”. A biomedicalização envolve não só o controle dos corpos, da saúde e da vida, mas também sua transformação por meio de inovações tecnocientíficas, como a biologia molecular, biotecnologias, genomização, doação de órgãos e novas tecnologias médicas, notadamente drogas (Clarke et. al, 2003, p. 162). Uma dessas transformações é o uso de fármacos para aprimorar a cognição.

Em outra produção, Clarke e Shim (2011, p. 173) apontam que a biomedicalização pode ser situada como parte do deslocamento mais amplo do olhar médico proposto por Foucault (1975) para aquilo que Rose (2007) chamou de olhar molecular. Em outras palavras, a molecularização é descrita por Rose como a passagem entre a concepção biomédica molar (centrada no corpo) para aquela que investiga os fenómenos da vida humana ao nível molecular. Se nas décadas de 1960 e 1970 a Ritalina® era utilizada para “normalizar” os indivíduos, no contexto atual da biomedicalização esse psicofármaco é empregado não apenas para tratar o TDAH, mas também como uma tecnologia individual de aprimoramento cognitivo. A análise das propagandas, a partir de um distanciamento histórico, foi extremamente valiosa para indicar estas transformações, e, ao mesmo tempo, relativizar as concepções mais recorrentes de que o uso da Ritalina® teria estado inicialmente associado de forma exclusiva ao tratamento de crianças hiperativas. Na verdade, o fato de que hoje em dia fazemos uma associação quase natural entre a Ritalina® e o TDH indica o quanto esta trajetória de associação (em boa parte promovida pelo laboratório farmacêutico através da divulgação do medicamento) foi bem sucedida.

Para finalizar, inspirado nas reflexões de Hacking (2006), Rose (2007), Fonseca (2013) e Rohden (2011), cabe fazer referência ao fato de que o exercício analítico empreendido nesta dissertação remete, em termos de perspectiva mais geral, à importância de se considerar a criação de novos artefatos tecnológicos,

incluindo categorias de diagnósticos e medicamentos, no estudo da produção de novos sujeitos e subjetividades. Em um contexto no qual o uso de medicamentos faz parte do cotidiano da vida das pessoas e lhes inspira a pensar acerca de padrões relativos do que seja saúde, bem-estar, desempenho e aprimoramento, não podemos deixar de incluí-los nas investigações do que seriam os processos de formação de subjetividade hoje em dia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAMSON, J. *Overdosed America: The broken promise of American medicine*. New York : Harper Collins. 2004.

ANDRADE, M.; BONA, M.; DE MEDEIROS PEREIRA, GR. *Pedagogia e educação dos costumes num antigo livro infantil: "Der Struwwelpeter"*. *EDUCAÇÃO & SOCIEDADE*, v. 30, n. 106, 2009.

ATKINSON, T. *Lifestyle drug market booming*. *Nature medicine*, v. 8, n. 9, p. 909-909, 2002.

AZIZE, Rogério Lopes. *A "A química da qualidade de vida: um olhar antropológico sobre uso de medicamentos e saúde em classes médias urbanas brasileiras"*. Dissertação de mestrado em Antropologia Social, UFSC, 2002.

BARROS, D. B. *As representações sociais do uso do metilfenidato: do tratamento ao aprimoramento cognitivo*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

BROCK, Justin Douglas. *The Medicalization of Hyperactivity and Inattentiveness: A Social History and Theoretical Perspectives on ADHD*. 2010.

CALIMAN, Luciana Vieira. *A biologia moral da atenção: a constituição do sujeito (des) atento*. 2006. Tese de Doutorado. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social.

CALIMAN, Luciana Vieira. *Notas sobre a história oficial do transtorno do déficit de atenção/hiperatividade TDAH*. *Psicol. Cienc. Prof*, v. 30, n. 1, p. 45-61, 2010.

CARRARA, Sérgio. *Crime e loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século*. EdUERJ, 1998.

CARRARA, Sérgio. *Tributo a Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40*. In: *Tributo a Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40*. Editora Fiocruz, 1996.

CHEIDA, R; MONTEIRO, M., *Sobre os sentidos sócio-técnicos da interação entre o metilfenidato e o conhecimento neurológico do TDA/H*. *Anais da ReACT-Reunião de Antropologia da Ciência e Tecnologia*, v. 1, n. 1, 2014.

CLARKE, A.; et al. Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine. *American Sociological Review*, vol. 68, April, 2003.
COELHO, B. C. Psicofármaco e sua magia: metilfenidato e desempenho. In: In: Reunião Brasileira de Antropologia, 2014, Natal. Anais da 29ª RBA, 2014.

CONRAD, P. "The discovery of hyperkinesis: notes on the medicalization of deviant behavior". *Social problems*, Los Angeles, v. 23, n. 1, p. 12-21, Oct. 1975.

_____. *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: The John Hopkins University Press, 2007.

CONRAD, P.; SCHNEIDER, J. *Deviance and medicalization: from badness to sickness*. Temple University Press. 1992.

CONRAD, P.; BARKER, K. A construção social da doença: insights-chave e implicações para políticas de saúde. In: *Idéias - Revista do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas*. UNICAMP/SP. 2011.

CORRÊA, Mariza. *As Ilusões da Liberdade: a escola Nina Rodrigues e a antropologia no Brasil*. 1982.

COOPER, Paul. Understanding AD/HD: A brief critical review of literature. *Children & society*, v. 15, n. 5, p. 387-395, 2001.

COOPERSTOCK, Ruth. Sex differences in psychotropic drug use. *Social Science & Medicine*. Part B: Medical Anthropology, v. 12, p. 179-186, 1978.

CUNHA, Olívia Maria Gomes da. *Intenção e Gesto: pessoa, cor e a produção cotidiana da (in) diferença no Rio de Janeiro, 1927-1942*. Arquivo Nacional, 2002.

CUNHA, Olívia Maria Gomes da. *Tempo imperfeito: uma etnografia do arquivo*. *Mana*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, Oct. 2004.

DILLER H. The run on Ritalin: attention deficit disorder and stimulant treatment in the 1990's. *Hastings Cent. Rep*; 2:28. 1996.

DIRKS, Rudolph. *The Katzenjammer Kids: Early Strips in Full Color*. Dover Publications, 1974.

DONOHUE, J. A history of drug advertising: the evolving roles of consumers and consumer protection. *Milbank Quarterly*, v. 84, n. 4, p. 659-699, 2006.

FARO, L.; et. al. Homem com "H": ideais de masculinidade (re)construídos no marketing farmacêutico. *Cad. Pagu, Campinas*, n.40. 2013.

FERREIRA, Letícia Carvalho de Mesquita. *Dos Autos da Cova Rasa: a identificação de corpos não-identificados no Instituto Médico-Legal do Rio de Janeiro, 1942-1960*. Tese de Doutorado. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Programa de Pós-graduação em Antropologia Social, Museu Nacional, UFRJ. 2007

FERREIRA, Letícia Carvalho de Mesquita. *Uma etnografia para muitas ausências: o desaparecimento de pessoas como ocorrência policial e problema social*. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social do Museu Nacional, UFRJ, Rio de Janeiro. 2011.

FONSECA, Claudia. *Mediações, tipos e figurações: reflexões em torno do uso da tecnologia dna para identificação criminal*. *Anuário Antropológico*. 2013.

GIUMBELLI, Emerson. *O cuidado dos mortos: discursos e intervenções sobre o espiritismo e a trajetória da Federação Espírita Brasileira (1890-1950)*. Dissertação de mestrado, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro. 1995.

_____. *O cuidado dos mortos: uma história da condenação e legitimação do espiritismo*. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, 1997.

_____. *O fim da religião: controvérsias acerca das "seitas" e da "liberdade religiosa" no Brasil e na França*. Rio de Janeiro: Tese de doutorado, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2000.

_____. *Para além do 'trabalho de campo': reflexões supostamente malinowskianas*. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 17(48), 2002.

HACKING, I. 2001. "Criminal behavior: Degeneracy and looping". In David T. Wassermam e R.T.Wachbroit, orgs. *Genetics and Criminal Behavior*. Cambridge: Cambridge University Press.

HACKING, I. 2006. "Genetics, biosocial groups & the future of identity". *Daedalus* Fall 81-93.

HARDY, Susan E. Everything Old Is New Again. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, p. gln036, 2009.

HENTOFF, Nat. Drug pushing in the schools: The professionals. *The Village Voice*, v. 22, p. 21-23, 1972.

ITABORAHY, C; ORTEGA, F. O metifenidato no Brasil: uma década de publicações. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 18, n. 3, Mar. 2013.

LEGNANI, N; ALMEIDA, S. A construção diagnóstica de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: uma discussão crítica. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v. 60, n. 1, p. 02-13, 2008.

KING, E. (1980). Sex bias in psychoactive drug advertisements. *Psychiatry*, 43, 129-137.

LAKOFF, Andrew. Adaptive will: The evolution of attention deficit disorder. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, v. 36, n. 2, p. 149-169, 2000.

MALINOWSKI, Bronislaw. Introdução: objeto, método e alcance desta pesquisa. In: *Argonautas do Pacífico Ocidental*. São Paulo: Abril Cultural, 1984

MAY CD. Selling drugs by "educating" physicians. *J Med Educ*. 1961 Jan;36:1–23

MAYES, Rick; RAFALOVICH, Adam. Suffer the restless children: the evolution of ADHD and paediatric stimulant use, 1900—80. *History of Psychiatry*, v. 18, n. 4, p. 435-457, 2007.

METZL, Jonathan Michel. 2003. *Prozac on the couch: prescribing gender in the era of wonder drugs*. Durham and London: Duke University Press.

NEFSKY, Colman. A conceptual history of attention deficit and hyperactivity disorder. *Arts and Sc.*, Summer, 2004.

NEILL, John R. A social history of psychotropic drug advertisements. *Social Science & Medicine*, v. 28, n. 4, p. 333-338, 1989.

OLIVEIRA, Maria Auxiliadora; BERMUDEZ, Jorge Antônio Zepeda; SOUZA, Arthur Custódio Moreira de. Talidomida no Brasil: vigilância com responsabilidade compartilhada?. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 15, n. 1, p. 99-112, 1999.

RAFALOVICH, Adam. The conceptual history of attention deficit hyperactivity disorder: idiocy, imbecility, encephalitis and the child deviant, 1877? 1929. *Deviant Behavior*, v. 22, n. 2, p. 93-115, 2001.

RAFALOVICH, Adam. Disciplining domesticity: framing the ADHD parent and child. *The sociological quarterly*, v. 42, n. 3, p. 373-393, 2001.

REHDER, Robert R. Communication and opinion formation in a medical community: The significance of the detail man. *Academy of Management Journal*, v. 8, n. 4, p. 282-291, 1965.

REIS, A. P. Do corpo sedutor ao corpo invisível: a menopausa em uma perspectiva antropológica. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). ISC, Universidade Federal da Bahia, Bahia, 2000.

ROHDEN, F. Uma ciência da diferença: sexo, contracepção e natalidade na medicina da mulher. Tese (Doutorado em Antropologia Social). Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

_____. Antropologia, história e gênero. In: Encontro da Associação Nacional de Pós-Graduação em Ciências Sociais, 2001, Caxambu. Programa e resumos do XXV encontro da ANPOCS. São Paulo: ANPOCS, 2001.

_____. O império dos hormônios e a construção da diferença entre os sexos. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*. vol.15, 2008.

_____. Diferenças de gênero e medicalização da sexualidade na criação do diagnóstico das disfunções sexuais. *Rev. Estud. Fem.*, Florianópolis, v.17, n. 1, Apr. 2009 .

_____. "O homem é mesmo a sua testosterona": promoção da andropausa e representações sobre sexualidade e envelhecimento no cenário brasileiro. *Horizontes Antropológicos*, v. 17, n. 35, p. 161-196, 2011.

ROHDEN, F. "A obsessão da medicina com a questão da diferença entre os sexos". In: PISCITELLI, A., GREGORI, M. F., CARRARA, S. L. (orgs.). *Sexualidade e saberes: convenções e fronteiras*. Rio de Janeiro, Garamond, 2004.

ROHDEN, F.; CARRARA, SL. Livro de conteúdo do Curso de Especialização em Gênero e Sexualidade v.6. Metodo logia de Projetos de Pesquisa. 2010.

ROSE, N. Neurochemical selves Society, 41 (1): 46-59. 2003.

ROSE, N. The Politics of Life Itself: Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century. Princeton: Princeton University Press, 2007.

RUSSO, J.; VENÂNCIO, A. T. A. Classificando as pessoas e suas perturbações: A "revolução terminológica" do DSM III. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, 9 (3), 460-483. 2006.

PRATHER, J. and L. S. FIDELL. "Sex differences in the content and style of medical advertisements." Social Science & Medicine. 9:23-6. 1975

SCHWARCZ, Lilia Moritz. Retrato em branco e negro: jornais, escravos e cidadãos em São Paulo no final do século XIX. São Paulo: Companhia das letras, 1987.

_____. Homens de ciencia e a raça dos homens: cientistas, instituições e teorias raciais no Brasil de finais do século XIX. 1993

STIMSON, Gerry. Women in a doctored world. New Society, v. 32, n. 656, p. 265-267, 1975.

SMITH, M. Hyperactive: the controversial history of ADHD. Reaktion Books, 2013.

SENNA, R. A. Mulher, menopausa e climatério: uma análise do discurso em periódicos de medicina. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

_____. Passagens de idade: uma análise antropológica sobre as articulações entre o saber biomédico e o saber leigo no discurso de mulheres de camadas médias. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

SINGH, I. Bad boys, good mothers and the 'miracle' of Ritalin. Science in Context, 15(4), 577-603. 2002.

_____. Doing their jobs: Mothering with Ritalin in a culture of mother-blame. *Social Science and Medicine* 59(6), 1193-1205. 2002b.

_____. Boys will be boys: Fathers' perspectives on ADHD symptoms, diagnosis and drug treatment. *Harvard Review of Psychiatry*, 11(6), 308-316. 2003.

_____. Not just naughty: 50 years of stimulant drug advertising. *Medicating Modern America* (eds. A. Toon & E. Watkins), NYU Press, 131-155. 2007.

_____. Not Robots: Children's perspectives on authenticity, moral agency and stimulant drug treatments. *Journal of Medical Ethics*. 2012.

TAYLOR E. Antecedents of ADHD: a historical account of diagnostic concepts. *Atten Defic Hyperact Disord*. 2011.

VIANNA, A. Classificações Sociais e Polícia na Construção da Menoridade. Distrito Federal, Primeira República. Dissertação de Mestrado em Antropologia Social, Museu Nacional/UFRJ, 1995.

_____. Limites da menoridade: tutela, família e autoridade em julgamento. Tese de Doutorado em Antropologia Social, Museu Nacional/UFRJ, 2002.

WATKINS, E; Tone. *Medicating Modern America Prescription Drugs in History*-NYU Press (2007)

SHORTER, Edward. *Before Prozac: The Troubled History of Mood Disorders in Psychiatry*. Oxford University Press, 2009.

WEBER, Renate. Arzneistoffportrat-Die Ritalin-Story--50 Jahre Therapie psychischer Storungen mit Methylphenidat. *Deutsche Apotheker Zeitung*, v. 141, n. 9, p. 109-112, 2001.

WILSON, Simon. *Tate Gallery: an illustrated companion*. Tate gallery, 1990.

YOUNG, Simon N. Lifestyle drugs, mood, behaviour and cognition. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, v. 28, n. 2, p. 87, 2003.

FONTES PRIMÁRIAS

AFTALION, Fred. A History of the International Chemical Industry. Philadelphia, University of Pennsylvania Press, 1991.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, Diagnostic and Statistical Manual: Mental Disorders (Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 1952).

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM IV-TR: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4. ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2000.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Clinical practice guideline: diagnosis and evaluation of the child with attention-deficit/hyperactivity disorder. Pediatrics Vol. 105, nº.5, May 1, 2000.

BARCKLEY, R. A. 1990. Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment. New York: Guilford Press.

BARCKLEY, R. A. 1991. Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Clinical Workbook. New York: Guilford Press. Barkley, R. A. 1990.

BARCKLEY, Russell A. (Ed.). Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment. Guilford Publications, 2014.

BARCKLEY, R.:The Relevance of the Still Lectures to Attention Deficit Hyperactivity Disorder A Commentary. 10; 137 J Atten Disord. 2006

BARCKLEY, R, RUSSELL. The Earliest Reference to ADHD in the Medical Literature? Melchior Adam Weikard's Description in 1775 (Attention Volubilis) by Russell Barkley and Helmut Peters. Journal of Attention Disorders, vol 16, no 8. nov 2012, pp 623-630.

CLEMENTS, Sam D. Minimal brain dysfunction in children: Terminology and identification. US Department of Health, Education and Welfare, 1966.

NATENSHON, ADOLPH L. Ritonic; a new geriatric supplement. Journal of the American Geriatrics Society, v. 6, n. 7, p. 534, 1958.

CRICHTON, A.: An inquiry into the nature and origin of mental derangement: comprehending a concise system of the physiology and pathology of the human mind and a history of the passions and their effects. 1798.

CASTRO, L. O surgimento da farmacoepidemiologia no cenário mundial. In: COSTA, Ediná Alves; Org. Vigilância Sanitária: temas para debate [online]. Salvador: EDUFBA, 2009. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/6bmrk>

FONTANA, R. S. Prevalencia de TDAH em quatro escolas públicas brasileiras. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. v. 65, n.1, p. 134-137, 2007.

FITZGERALD, O.; MCELEARNEY, L. G. Clinical trial of cafilon and ritalin in the treatment of obesity. *Irish Journal of Medical Science (1926-1967)*, n. 9, p. 391-400, 1957.

GALE, Arnold S. Clinical evaluation of methylphenidate (ritalin) hydrochloride in the newborn infant. *Journal of the American Medical Association*, v. 170, n. 12, p. 1408-1409, 1959.

GOLDSTEIN, S.; M. GOLDSTEIN. 1990. *Managing Attention Disorders in Children: A Guide for Practitioners*. New York: Wiley-Interscience.

HODGKINS, L.; et. al. A Systematic Review of Global Publication Trends Regarding Long-Term Outcomes of ADHD. *Front Psychiatry*. 2: 84. 2011.

HOFFMANN, H. João Felpudo, ou histórias divertidas com desenhos cômicos do Dr. Heinrich Hoffmann. Ed. Iluminuras. 2011.

INTERNATIONAL NARCOTICS CONTROL BOARD. Psychotropic substances: statistics for 1995, assessments of annual medical and scientific requirements for substances. New York: United Nations; 1995. [acessado jan. 2014]. Disponível em: <http://www.incb.org>

_____. Psychotropic substances: statistics for 1996, assessments of annual medical and scientific requirements for substances. New York: United Nations; 1996. [acessado jan. 2014]. Disponível em: <http://www.incb.org>

_____. Psychotropic substances: statistics for 1998, assessments of annual medical and scientific requirements for substances. New York: United Nations; 1998. [acessado jan. 2014]. Disponível em: <http://www.incb.org>

_____. Psychotropic substances: statistics for 2006, assessments of annual medical and scientific requirements for substances. New York: United Nations; 2008. [acessado jan. 2014]. Disponível em: <http://www.incb.org>

KNIGHTS, ROBERT M.; MOULE, Allan D. Normative data on the motor steadiness battery for children. *Perceptual and Motor Skills*, v. 26, n. 2, p. 643-650, 1968.

KNOBEL, Mauricio. Psychopharmacology for the hyperkinetic child: Dynamic considerations. *Archives of General Psychiatry*, v. 6, n. 3, p. 198-202, 1962.

KÖPF, G. ICD-10 literarisch. Deutscher Universitäts-Verlag, Wiesbaden. 2006.

LANGE, K.; et. al. The history of attention deficit hyperactivity disorder. *Atten Defic Hyperact Disord*. nº2 (4): 241–255. 2010.

LEONARD, Brian E. et al. Methylphenidate: a review of its neuropharmacological, neuropsychological and adverse clinical effects. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, v. 19, n. 3, p. 151-180, 2004.

KESSLER, J. W. 1980. "History of Minimal Brain Dysfunctions," Pp. 18–42. In *Handbook of Minimal Brain Dysfunction: A Critical View*, edited by H. Rie and E. Rie. New York: Wiley-Interscience.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde CID-10*. 1993.
PAINE S.; et al. A study of 'minimal cerebral dysfunction'. *Developmental Medicine & Child Neurology*, v. 10, n. 4, p. 505-520, 1968.

PALMER, Erica D.; FINGER, Stanley. An early description of ADHD (inattentive subtype): Dr Alexander Crichton and 'Mental Restlessness'(1798). *Child Psychology and Psychiatry Review*, v. 6, n. 02, p. 66-73, 2001.

POMARI, Gerson Luis. *Vício e verso-As histórias ilustradas de Wilhelm Busch no sistema literário brasileiro*. 2008. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

STILL, G.F. Some abnormal psychical conditions in children: the Goulstonian lectures". *The Lancet*, ;1:1008-1012. 1902.

STEWART, Mark A. Hyperactive children. *Scientific American*, v. 222, n. 4, p. 94-98, 1970.

ROHDE, L. A.; et al. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. *Revist Bras. Psiquiatr. São Paulo*, v. 22, supl. 2. 2000.

STROTHER, C. R. Minimal cerebral dysfunction: a historical overview. *Annals of the New York Academy of Sciences*, v. 205, n. 1, p. 6-17, 1973.

SHAW, M., et. al. A systematic review and analysis of long-term outcomes in attention deficit hyperactivity disorder: effects of treatment and non-treatment. *BMC Med.* 10: 99. 2012.

SWANSON, J., MCBURNETT, K., CHRISTIAN, D., e WIGAL, T. (1995). Stimulant Medications and the Treatment of Children with ADHD. In T. Ollendick, R. Prinz, (eds.), *Advances in Clinical Child Psychology*, Volume 17 (New York: Plenum Press).

THOME, J.; JACOBS, A. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in a 19th century children's book. *European psychiatry*, v. 19, n. 5, p. 303-306, 2004.

REPORTAGENS

CARTA CAPITAL. A droga da obediência. Disponível em: cartacapital.com.br/carta-fundamental-arquivo/a-droga-da-obediencia. 2011.

DIÁRIO GAÚCHO. Ritalina está em falta no país. Disponível em: diariogauchoclicrbs.com.br/rs/dia-a-dia/noticia/2013/05/ritalina-esta-em-falta-no-pais-4130791.html. 2011.

ESTADÃO. Consumo de Ritalina no Brasil cresce 775% em dez anos. Disponível em: saude.estadao.com.br/noticias/geral,brasil-registra-aumento-de-775-no-consumo-de-ritalina-em-dez-anos,1541952. 2014.

FOLHA DE SÃO PAULO. A ascensão da pílula da boa nota. Disponível em: www1.folha.uol.com.br/fsp/newyorktimes/50768-a-ascensao-da-pilula-da-boanota.shtml. 2011.

JORNAL 1ª PÁGINA. Denúncia aponta falta de ritalina em São Carlos. Disponível em: jornalpp.com.br/economia/item/34962-denuncia-aponta-falta-de-ritalina-em-sao-carlos. 2013.

REVISTA ÉPOCA. SEGATTO, C., PADILLA, I. & FRUTUOSO, S. (2006). Remédios demais? Os riscos enfrentados por crianças e adolescentes que tomam medicamentos psiquiátricos para tudo: de falta de atenção a mau comportamento. Revista Época, 446, 108-115.

REVISTA TRIP. Geração Ritalina.

Disponível em: revistatrip.uol.com.br/revista/203/reportagens/geracao-ritalina.html. 2011.

REDE RECORD R7. Ritalina some das prateleiras das farmácias. Disponível em: rederecord.r7.com/video/ritalina-some-das-prateleiras-das-farmacias-51aa7e0a0cf25d1672f99733. 2013.

SUL21. Desabastecimento da Ritalina dura cinco meses. Disponível em: www.sul21.com.br/jornal/desabastecimento-da-ritalina-no-brasil-dura-cinco-meses. 2013.

_____. Falta de Ritalina nas farmácias deve durar mais um mês. Disponível em: www.sul21.com.br/jornal/falta-de-ritalina-nas-farmacias-deve-durar-mais-um-mes. 2013.

UNICAMP. Ritalina e os riscos de um genocídio do futuro. Disponível em: www.unicamp.br/unicamp/noticias/2013/08/05/ritalina-e-os-riscos-de-um-genocidio-do-futuro. 2013.

VEJA. Consumo de Ritalina no Brasil cresce 775% em dez anos. Disponível em: saude.estadao.com.br/noticias/geral,brasil-registra-aumento-de-775-no-consumo-de-ritalina-em-dez-anos,1541952. 2014.

ZERO HORA. Consumo de Ritalina no Brasil cresce 775% em dez anos. Disponível em: zh.clicrbs.com.br/rs/noticias/noticia/2014/08/consumo-de-ritalina-no-brasil-cresce-775-em-dez-anos-4572462.html. 2014.

SITES CONSULTADOS

www.bonkersinstitute.org

<https://web.archive.org/web/20101230203847/http://www.novartis.com/about->

[novartis/company-history/index.shtml](#)

<http://www.google.com/patents/US2507631>

accessdata.fda.gov/scripts/cder/drugsatfda/index.cfm?fuseaction=Search.DrugDetails

<http://www.openfda.org/drugs/ndc/0078-0440/ritalin>

<http://webprod5.hc-sc.gc.ca/dpd-bdpp/info.do?code=800&lang=eng>

<http://scholar.google.com.br/>

<http://www.periodicos.capes.gov.br/>

http://www.novartis.com.br/_sobre_novartis/historia_index.shtml

ANEXOS

ANEXO 1: NOMENCLATURAS ANTERIORES AO TDAH

ANO	TERMO ORIGINAL	TERMO EM PORTUGUÊS
1947: Strauss e Lehtinen	Minimal Brain Damage (MBD)	Lesão Cerebral Mínima (LCM)
1954: Golinitz	Transtorno do Impulso Hipercinético/Síndrome Hipercinética	Transtorno do Impulso Hipercinético/Síndrome Hipercinética
1962: MacKeith e Bax	Minimal Brain Dysfunction (MBD)	Disfunção Cerebral Mínima (DCM)
1964-66: Clements e Peters	Minimal Brain Dysfunction (MBD)	Disfunção Cerebral Mínima (DCM)
1968: D.S.M II	308: Behavior disorders of childhood and adolescence: 308.0: Hyperkinetic Reaction of Childhood (or adolescence)	308: Distúrbios comportamentais da infância e adolescência 308.0: Reação Hipercinética da Infância
1978: C.I.D 9	314: Hyperkinetic Syndrome of childhood 314.0 Attention Deficit Disorder of childhood 314.00: without hyperactivity 314.01: with hyperactivity 314.1: Hyperkinesis with developmental delay 314.2: Hyperkinetic conduct disorder	314: Síndrome hipercinética da infância 314.0: Distúrbio simples da atividade e da atenção 314.00: sem hiperatividade 314.01: com hiperatividade 314.1: Hiperkinesia com retardo de desenvolvimento 314.2: Transtorno Hipercinético de Conduta
1980: D.S.M III	Attention Deficit Disorder (ADD) 314.01 with hyperactivity 314.00 without hyperactivity 314.80 Residual type	Distúrbio de Déficit de Atenção (DDA) 314.01: com hiperatividade 314.00: sem hiperatividade 314.80: tipo residual
1987: D.S.M III-R	314.01 Attention-deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)	314.01: Distúrbio de Hiperatividade com Déficit de Atenção
1992: C.I.D 10	F.90 Hyperkinetic Disorder F.90.0 Disturbance of activity and attention Attention déficit disorder with hyperactivity hyperactivity disorder syndrome with hyperactivity	F.90 Transtornos hipercinéticos F.90.0 Distúrbios da atividade e atenção Transtorno de Déficit de Atenção com hiperatividade Transtorno de hiperatividade e déficit da atenção Síndrome de déficit da atenção com hiperatividade
1994: D.S.M IV	Attention-Deficit and Disruptive Behavior Disorders 314: Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) 314.01: Combined Type	Transtornos de Déficit de Atenção e Comportamento Disruptivo 314: Transtorno do déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) 314.01: Tipo Combinado
2002: D.S.M IVTR	314.00: Predominantly Inattentive Type 314.01: Predominantly Hyperactive-Impulsive Type	314.00: Tipo Predominantemente Desatento 314.01: Tipo Predominantemente Hiperativo Impulsivo
2013: D.S.M V	Neurodevelopmental Disorders 314: Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) 314.00: ADHD Predominantly Inattentive Presentation 314.01: ADHD Combined Presentation 314.01: ADHD Predominantly Hyperactive-Impulsive Presentation	Distúrbios Neurocomportamentais 314: Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) 314.00: TDAH Tipo predominantemente desatento 314.01: TDAH Tipo Combinado 314.01: TDAH Tipo Hiperativo/impulsivo

ANEXO 2

1973 — “R.S.V.P. Ritalin® (methylphenidate) helps the patient respond in mild depression.”

R.S.V.P.

She just doesn't respond to things. No interest. No energy. Discouraged. It may be mild depression. She needs help...and she needs it now.

Counsel and reassurance may suffice. But if you decide supportive medication is indicated, Ritalin can offer prompt benefit.

Ritalin usually begins to act with the very first dose...boosts spirits and brightens mood...helps the patient get moving again. And Ritalin is generally well-tolerated, even by older and convalescent patients. However, Ritalin should not be used for severe depression. When Ritalin works, one prescription may be enough...to help provide an answer to mild depression.

Ritalin® (methylphenidate) helps the patient respond in mild depression*

Ritalin® hydrochloride (methylphenidate hydrochloride)

INDICATION
Based on a review of this drug by the National Academy of Sciences-National Research Council and/or other information, FDA has classified the indication as follows: "Possibly" effective MDD depression. Final classification of the less-than-effective indications requires further investigation.

CONTRAINDICATIONS
Marked anxiety, tension, and agitation, since Ritalin may aggravate these symptoms. Also contraindicated in patients known to be hypersensitive to the drug and in patients with anorexia.

WARNINGS
Ritalin should not be used in children under six years, since safety and efficacy in this age group have not been established. Sufficient data on safety and efficacy of long-term use of Ritalin in children with retained brain dysfunction are not yet available. Although a causal relationship has not been established, suppression of growth (i.e., weight gain and/or height) has been reported with long-term use of stimulants in children. Therefore, children requiring long-term therapy should be carefully monitored. Ritalin should not be used for severe depression of other organisms or endogenous origin or for the prevention of natural bulimic states. Ritalin may lower the convulsive threshold in patients with or without prior seizures, with or without prior EEG abnormalities, even in absence of seizures. Safe concomitant use of anticonvulsants and Ritalin has not been established. If seizures occur, Ritalin should be discontinued. Use cautiously in patients with hypertension. Blood pressure should be monitored at appropriate intervals. It is generally safe to Ritalin, especially in those with hypertension. Drug Interactions Ritalin may decrease the hypotensive effect of guanethidine. Use cautiously with pressor agents and MAO inhibitors. Ritalin may inhibit the metabolism of coumarin anticoagulants, anticholinergics (propranolol, demerol, atropine, scopolamine, phenylephrine, and phenyltolazamine), sympathomimetics (amphetamine, isoproterenol), downward dosage adjustments of these drugs may be required when given concurrently with Ritalin. Use in Pregnancy Adequate animal reproduction studies to establish safe use of Ritalin during pregnancy have not been conducted. Therefore, until more information is available, Ritalin should not be prescribed for women of childbearing age unless, in the opinion of the physician, the potential benefits outweigh the possible risks.

Drug Dependence
Ritalin should be given cautiously to amphetamine-dependent patients, since those with a history of drug dependence or addiction, because such patients may increase dosage on their own initiative. Chronicity of abuse can lead to marked tolerance and drug tolerance with withdrawal. Signs of withdrawal (e.g., frank psychotic episodes) can occur, especially with amphetamine abuse. Careful supervision is required during drug withdrawal, since severe depression as well as the effects of chronic toxicity can be unmasked. Long-term follow-up may be required because of the patient's basic personality disturbances.

PRECAUTIONS
Patients with an element of agitation may react adversely to the stimulant therapy. Periodic CBC, differential, and sputum counts are advised during prolonged therapy.

ADVERSE REACTIONS
Nervousness and insomnia are the most common adverse reactions but are usually controlled by reducing dosage and limiting the drug to the afternoon or evening. Other reactions include: hypertension (including skin rash, urticaria, fever, arthralgia, exfoliative dermatitis, erythema multiforme with histopathologic findings of necrotizing vasculitis, and thrombocytopenic purpura); anorexia; nausea; dizziness; palpitation; headache; mydriasis; dryness of mouth; pressure and pulse changes; tremor and drowsiness; tachycardia; anginal chest; arrhythmias; abdominal pain; weight loss during prolonged therapy. Toxic psychosis has been reported although a causal relationship has not been established. The following have been reported in patients taking this drug: leukopenia and/or anemia; a few instances of scurvy-like state. In children, loss of appetite, abdominal pain, and encephalopathy have been reported. And hypersensitivity may occur. However, any of the other adverse reactions listed above may also occur.

HOW SUPPLIED
Ritalin, 20 mg (pink, scored) bottles of 100 and 500. Ritalin, 10 mg (pink, scored) bottles of 100, 500, and 1000. Ritalin, 5 mg (pink, scored) bottles of 100, 500 and 1000. Conseele product literature before prescribing.

CIBA Pharmaceutical Company
Division of CIBA-GEIGY Corporation
Summit, New Jersey 07991

C I B A

*This drug has been evaluated as possibly effective for this indication. See brief prescribing information.

Fonte: Ciba, 1973. Psychiatric Annals, Out. pp. 6-7. 1973⁹⁶

⁹⁶Disponível em: <http://www.bonkersinstitute.org/medshow/kidritrsvp.html>

ANEXO 3

1978 — “They thought Ed Sloan was just tired... maybe he had narcolepsy”



They thought Ed Sloan was just tired... maybe he had narcolepsy

A narcoleptic can fall asleep almost anywhere, anytime. The results can be at least embarrassing...at most devastating.

Narcolepsy is often unrecognized

As a primary sleep abnormality narcolepsy is characterized by sleepiness, inappropriate sleep episodes, and cataplexy (episodes of muscular weakness precipitated by strong emotion). These are often accompanied by hypnagogic hallucinations, automatic behavior and/or disturbed nocturnal sleep. Sleep apnea may be a severe life-threatening complication of narcolepsy.

Besides its medical implications, narcolepsy may have drastic social consequences.

“All too often, the patient with disabling hypersomnolence is ignored by physicians for years and even decades, with the consequent tragic toll on his ability to learn and to work.”¹

Ritalin can help in narcolepsy

For narcoleptic sleepiness and sleep episodes, the cited authorities^{1,2} most frequently use Ritalin (methylphenidate).

References:
¹ Dement WC, Casselman AM, Guberman G, et al. Narcolepsy: Diagnosis and Treatment. *Primary Care* 7:609-622, December 1978.
² Dyer CD, Vasek RE. Narcolepsy: An Introduction to Clinical Management. In: The Journal of Narcolepsy. Edited by Edward De Vries and John J. Swales. North-Holland Publishing Company, 1974, pp 838-850.



Ritalin® hydrochloride C (methylphenidate hydrochloride USP) TABLETS

INDICATION
Narcolepsy

CONTRAINDICATIONS
Marked anxiety, tension, and agitation, since Ritalin may aggravate these symptoms. Also contraindicated in patients known to be hypersensitive to the drug and in patients with glaucoma.

WARNINGS
Ritalin should not be used in children under six years, since safety and efficacy in this age group have not been established.
Sufficient data on safety and efficacy of long-term use of Ritalin in children with minimal brain dysfunction are not available. Although a causal relationship has not been established, suppression of growth, weight gain and/or height has been reported with long-term use of stimulants in children. Therefore, chronic episodic long-term therapy should be carefully monitored.
Ritalin should not be used for severe depression or either exogenous or endogenous origin or for the prevention of normal fatigue states.
Ritalin may lower the convulsive threshold in patients with or without prior seizures with or without prior EEG abnormalities, even in absence of seizures. Safe concurrent use of anticonvulsants and Ritalin has not been established. If seizures occur, Ritalin should be discontinued.
Use cautiously in patients with hypertension. Blood pressure should be monitored at appropriate intervals in all patients taking Ritalin, especially those with hypertension.
Symptoms of visual disturbances have been encountered in rare cases. Disturbances with accommodation and burning or vision have been reported.

Drug Interactions
Ritalin may decrease the hypotensive effect of guanethidine. Use cautiously withpressor agents and MAO inhibitors. Ritalin may inhibit the metabolism of coumarin anticoagulants, anticonvulsants (phenobarbital, diazepam, hydantoin, primidone, phenytoin), and tricyclic antidepressants (nortriptyline, desipramine). Downward dosage adjustments of these drugs may be required when given concomitantly with Ritalin.

Usage in Pregnancy
Adequate animal reproduction studies to establish safe use of Ritalin during pregnancy have not been conducted. Therefore, until more information is available, Ritalin should not be prescribed for women of childbearing age unless, in the opinion of the physician, the potential benefits outweigh the possible risks.

Drug Dependence
Ritalin should be given cautiously to emotionally unstable patients, both as those with a history of drug dependence or alcoholism, because such patients may increase dosage on their own initiative.
Chronically abusive use can lead to marked tolerance and psychic dependence with varying degrees of abnormal behavior. Rare psychiatric episodes can occur, especially with parental abuse. Careful supervision is required during drug withdrawal, since severe depression as well as the effects of chronic overuse can be unmasked. Long-term follow-up may be required because of the patient's basic personality disturbances.

PRECAUTIONS
Patients with an element of agitation may react adversely; discontinue therapy if necessary.
Periodic CBC, differential, and platelet counts are advised during prolonged therapy.

ADVERSE REACTIONS
Nausea and insomnia are the most common adverse reactions but are usually controlled by reducing dosage and omitting the drug in the afternoon or evening. Other reactions include: hypersensitivity (including skin rash, urticaria, fever, antralgia, exfoliative dermatitis, erythema multiforme with histopathological findings of necrotizing vasculitis, and thrombocytopenic purpura), anorexia, nausea, dizziness, palpitations, headache, cyanosis, drowsiness, blood pressure and pulse changes, tachycardia and bradycardia, dizziness, dizziness, abdominal pain, weight loss during prolonged therapy. Toxic psychosis has been reported. Although a definite causal relationship has not been established, the following have been reported in patients taking this drug: leukopenia and/or anemia, a few instances of acute myocardial infarction.

DOSEAGE AND ADMINISTRATION
Adults
Administer orally in divided doses 2 or 3 times daily, preferably 30 to 45 minutes before meals. Dosage will depend upon indication and individual response.
Average dosage is 20 to 30 mg daily. Some patients may require 40 to 60 mg daily. In others, 10 to 15 mg daily will be adequate. The few patients who are unable to sleep if medication is taken late in the day should take the last dose before 6 p.m.

HOW SUPPLIED
Tablets, 10 mg (pink, scored), bottles of 100 and 500; 100 and Accu-Pak® blister units of 100.
Bottles, 5 mg (blue yellow), bottles of 100, 500 and 1000.

Ciba-Geigy (Rev. 7/76) 66538F
 Consult complete product literature before prescribing.
 CIBA Pharmaceutical Company
 Division of CIBA-GEIGY Corporation
 Summit, New Jersey 07991

C I B A

Fonte: Ciba, 1978. Archives of General Psychiatry, Vol. 35, No. 9, pp. 1088-1090.1978.⁹⁷

⁹⁷Disponível em: bonkersinstitute.org/showpics/kidritnarcolepsy.gif

