



Research Paper

O Uso De Remédios Para Crianças Com Transtorno De Déficit De Atenção E Hiperatividade: Tratamento Ou Controle Da Criança?¹

Edí Marise Barni, email: edimaricebarni@gmail.com, lattes: <http://lattes.cnpq.br/9328176000284729>

Diego da Silva, email: diegodasilva.psicologia@gmail.com, lattes: <http://lattes.cnpq.br/2505990988234822>

RESUMO

A pesquisa centra sua atenção na utilização do medicamento metilfenidato (ritalina) em crianças/alunos diagnosticados com TDAH. Foi estudada a questão do diagnóstico feito pelos médicos, o comportamento dos alunos durante o tratamento e a forma como os professores devem agir diante dessa situação. A problemática da pesquisa sintetiza-se nas seguintes questões: por que nos dias atuais, a maioria das crianças com dificuldade na aprendizagem escolar são diagnosticadas com TDAH? Por que o uso da Ritalina é colocado como tratamento padrão para estes casos? O trabalho adquire relevância pelo impacto que este assunto vem ocasionando, tanto em profissionais da educação como pelos próprios pais. Conforme o tema aqui apresentando, o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade é um assunto relevante nos dias de hoje, pois encontramos, principalmente em escolas, um número grande de alunos diagnosticados com esse transtorno. Diante disso, surgem algumas dúvidas em relação ao diagnóstico e seu tratamento, pois ainda não existe um exame que possa comprovar que o paciente tenha esse transtorno e, além disso, até que ponto o medicamento Metilfenidato é eficaz para tal tratamento. Ao pensar no diagnóstico do TDAH, percebe-se que os principais interessados no tratamento do indivíduo são seus pais. Isto porque hoje em dia, os adultos não estão mais acostumados com crianças ativas e isso os leva a pensar inconsequentemente que são hiperativos.

PALAVRAS-CHAVE: Ritalina; TDAH; Criança; Educação.

Received 10 May, 2022; Revised 22 May, 2022; Accepted 24 May, 2022 © The author(s) 2022.

Published with open access at www.questjournals.org

I. INTRODUÇÃO

A presente pesquisa centra sua atenção no histórico e na discussão acerca do TDAH – Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade e da Ritalina – metilfenidato, bem como no uso indiscriminado do medicamento para o tratamento do transtorno. Partindo de um pressuposto teórico, que embasa a presente pesquisa, observamos divergentes modos de diagnóstico, nomenclatura e tratamento para o TDAH – Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade, o que nos faz refletir sobre a incoerência com que é tratada a doença pelo mundo.

A partir disso, surge uma necessidade do meio acadêmico no âmbito educacional de estudar e pesquisar a doença, bem como seu tratamento, uma vez que, os sujeitos mais próximos e com contato diário e direto com pacientes diagnosticados com esse tipo de transtorno, são professores, pedagogos e todos os envolvidos no processo escolar de um modo geral. A questão principal do problema que ocorre em escolas por todo o mundo é de que não há ainda uma distinção das crianças com o diagnóstico positivo para o transtorno, ficando o professor, muitas vezes sem o subsídio mínimo para lidar com os mesmos, precisando descobrir de forma espontânea quais são os alunos com mais ou menos dificuldades em suas aulas, e assim partir para uma metodologia diferenciada dos demais.

Outro problema surge a partir deste momento, já que o professor acaba tendo que em grande parte de suas aulas seguir métodos diferenciados para grupos distintos dentro da mesma sala de aula, e, além disso, fica à mercê de documentos não conclusivos o suficiente para apontar o transtorno exato, bem como, o grau que o aluno/paciente sofre. Tendo dito isso, esta pesquisa foca seus esforços na explanação das teorias dos objetos

¹ UNIENSINO, UNICESUMAR E UNIANDRADE.

envolvidos (TDAH/ Ritalina), bem como, na discussão perante o uso indiscriminado do medicamento em crianças diagnosticadas, na maioria das vezes, de forma precoce. A ideia é dar subsídio a futuros estudos no campo educacional acerca do tema, partindo de uma análise bibliográfica e documental de livros e artigos científicos publicados no ambiente acadêmico.

O TDAH – TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE

A doença vem sendo documentada na literatura médica desde a metade do século XX, onde os pacientes, segundo Caliman, aparecem descritos como:

A criança com defeito no controle moral, a portadora de uma deficiência mental leve ou branda, foi afetada pela encefalite letárgica, chamaram-na simplesmente de hiperativa ou de hipercinética, seu cérebro foi visto como moderadamente disfuncional, ela foi a criança com déficit de atenção e, enfim, a portadora do transtorno do déficit de atenção/hiperatividade. (CALIMAN, 2010, p.49)

Estas nomenclaturas, ainda segundo Caliman (2010) surgem após um debate entre a comunidade política, social, médica e crítica. Estas últimas, por sua vez, defendem que o conceito da doença surge atrelado a outros casos de patologias distintas, o que não parece ser interessante o suficiente para entrar nos anais da história do reconhecimento da doença. O que é chamado de diagnóstico guarda-chuva, atrela o TDAH a outras doenças, muitas vezes as mais adversas e sombrias doenças psiquiátricas já estudadas, como por exemplo, a encefalite letárgica, que aparece atrelada ao TDAH nos primórdios, porém, sem comprovação científica suficiente para embasar o estudo.

Levando em consideração o posicionamento de Caliman (2010) o popularmente conhecido TDAH (Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade) vem sido amplamente estudado nos últimos anos, principalmente a partir década de 90 onde ganhou grande repercussão, iniciada devido à abrangência midiática e o impacto da tecnologia, onde todos os pais, médicos e profissionais envolvidos no processo de ensino/aprendizagem e convivência destas crianças passam a ter acesso ilimitado a informações históricas de diagnósticos da doença.

O foco de desencontro das informações acerca do transtorno surge quando iniciamos uma investigação dos sintomas apresentados por sujeitos estudados e diagnosticados com o transtorno. Segundo Caliman:

Os sintomas que definem o transtorno (desatenção, impulsividade e hiperatividade) são, em menor grau, traços comuns da natureza humana. Todo indivíduo é, em certa medida, um pouco desatento, impulsivo, desorganizado, e nem sempre finaliza as tarefas almeçadas, especialmente quando o sujeito em questão é uma criança de 6 ou 7 anos de idade.(CALIMAN,2008, p.562)

A partir disto, o diagnóstico e o embasamento para o mesmo inicia de maneira superficial e abrangente demais, e o que diferencia sujeitos normais e portadores do transtorno passa a ser a intensidade dos sintomas apresentados, uma vez que toda criança/sujeito de investigação pode, naturalmente apresentar sinais de desatenção, impulsividade e hiperatividade moderada, de acordo com o ambiente em que vivem, sua faixa-etária, além de outros fatores externos a uma patologia séria como o TDAH. “[...] a psiquiatria diz que o indivíduo com TDAH não se diferencia completamente do sujeito normal, ele apenas está um passo atrás no desenvolvimento de suas capacidades” (CALIMAN, 2008, p.562).

Levanto o apontamento de Caliman (2010) em consideração voltamos ao foco do problema no diagnóstico, uma vez que, um indivíduo imaturo no que se diz respeito ao controle de sua capacidade de prender a atenção em atividades cotidianas possa ser considerado portador do transtorno, voltamos a linha tênue entre o campo científico, o moral e ético, pois é superficial a avaliação do que é ou não suficiente para uma pessoa ser considerada totalmente centrada nas suas atividades ou não.

No que se diz respeito à vida prática, para um diagnóstico lógico, segundo Caliman, O indivíduo com TDAH não é capaz de esperar. Quando envolvido em uma conversa, quebrando todos os códigos de etiqueta, ele repetidamente interrompe a fala do outro ou não ouve o que ele tem a dizer. Ele é incapaz de integrar-se socialmente. Assim, a vida social do indivíduo TDAH está sempre por um fio. Nele, a prudência e a reflexão necessárias à direção das ações mais importantes da vida são prejudicadas. Ele é o indivíduo naturalmente propenso ao risco, uma pessoa que se direciona pela lógica do tudo ou nada, que não mede as consequências de sua ação (CALIMAN, 2008, p.562)

Após a leitura de Caliman (2008/2010) chegamos à conclusão que, até o momento, nenhum teste ou exame específico para o diagnóstico do TDAH foi definido, imagens cerebrais, apesar do avanço da tecnologia, não são capazes de identificar diferenças anatômicas em indivíduos diagnosticados e não diagnosticados. São feitas comparações. A adaptação social e a capacidade de autocontrole são confrontadas com as de sujeitos tidos como normais, o que esbarra novamente na diferença do científico e do ético moral. Ainda no que diz respeito ao diagnóstico, participam do processo de fundamentação, partes diferentes, envolvidas diretamente com o sujeito (pais, irmãos, professores, médicos), entre outras pessoas com proximidade suficiente para avaliar o comportamento e a participação efetiva deste na sociedade.

Na prática, a construção do diagnóstico do TDAH é melhor descrita como um processo de negociação no qual opiniões diversas devem ser consideradas. Nem sempre estas negociações são pacíficas. Em muitos casos, as

opiniões e os interesses das partes implicadas são divergentes: os informantes não estão de acordo entre si ou discordam da autoanálise do paciente, o médico não concorda com a avaliação do paciente e dos informantes e vice-versa. As pessoas podem estar convencidas de que têm a desordem antes de receberem o diagnóstico oficial ou, contrariamente, serem previamente resistentes a ele. Em todo caso, elas também participam ativamente da construção diagnóstica e são profundamente inseridas nesse processo. (CALIMAN, 2008, p.563)

Contudo, após este apanhado breve sobre o histórico do transtorno observamos lacunas a serem preenchidas com respostas sobre a eficácia dos métodos utilizados, bem como um maior e mais acessível acesso a informações pertinentes e contundentes a respeito do TDAH.

II. A RITALINA – METILFENIDATO

O metilfenidato foi sintetizado pela primeira vez em 1944, na Suíça e patenteado em 1954, onde começou a ser comercializado no mesmo ano, como um psicoestimulante leve. Nos EUA iniciou a comercialização em 1956 e no Canadá em 1979. No Brasil por sua vez, segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) a comercialização iniciou em 1998. Hoje no Brasil é comercializada apenas com prescrição médica, e apresentação nas farmácias de receita com bloco amarelo, com validade de 30 dias, onde uma das guias ficam retidas no ato da compra para posteriores prestações de contas da farmácia frente aos órgãos reguladores, (BRANT, et al. 2012).

Hoje, segundo o relatório de controle de narcóticos da Organização das Nações Unidas (2008) o metilfenidato é o psicoestimulante mais consumido no mundo, em 2006, teve uma produção de aproximadamente 38 toneladas, das quais 34,6 foram produzidas pelos EUA, atualmente o maior produtor e consumidor na droga no mundo, com um consumo de mais de 82% da produção mundial do mesmo ano.

Podemos considerar, tendo em vista o que citamos até o momento, que as mudanças no diagnóstico e a padronização da utilização dos métodos, fez com que o consumo da medicação fosse aumentando gradativamente nos últimos anos, até chegar a números tão altos.

A droga ainda não tem uma ação bem elucidada e estruturalmente está relacionada às anfetaminas, age como um potente inibidor da receptação da dopamina e da noradrenalina. Bloqueia a captura das catecolaminas pelas terminações das células nervosas pré-sinápticas; impede que estas sejam removidas do espaço sináptico. Deste modo a dopamina e a noradrenalina extracelulares permanecem ativas por mais tempo, aumentando significativamente a concentração destes transmissores nas sinapses (ITABORAHY,2009)

Contudo, após a literatura, pode-se dizer de maneira mais simplificada que o fármaco eleva o nível de alerta do sistema nervoso central, resultando em um aumento da concentração, melhora na coordenação motora e controle dos impulsos.

As reações em curto prazo mais comuns, segundo um estudo duplo-cego controlado realizado por Barkley et al., (1990) são cefaleia, dor abdominal, insônia e redução no apetite. Por sua vez, segundo Pastura e Mattos, (2004) “Em longo prazo, nos estudos bibliográficos, foram observados três efeitos colaterais de maior importância do metilfenidato: dependência, efeitos cardiovasculares e possível redução da estatura”

O que se destaca em meio a este turbilhão de informações técnicas da droga, bem como estudos acerca das reações são consequência de seu uso, juntamente com um diagnóstico ineficaz do TDAH, acabam por limitando e coibindo comportamentos muitas vezes comuns a indivíduos pouco diferentes do que se tem hoje como ético e moral.

Silva (2012) apud Amrdrade (2004, p48),

Apesar da eficácia dos estimulantes no tratamento do TDAH, segundo Yepes, aproximadamente 25% das crianças estudadas não apresentaram resposta à medicação. Contudo, em 75% dos sujeitos os estimulantes produziram melhora na motivação, coordenação motora, habilidade visomotora e aprendizado de curto prazo. De acordo com esse autor, parece que a maioria desses resultados foi decorrente da melhora do desempenho atencional.

Fica claro neste trecho que, apesar de apresentar eficácia em 75% dos casos, o uso da droga deixa uma dúvida muito grande, uma vez que os demais 25% dos sujeitos estudados não apresentaram melhora alguma nas habilidades estudadas. Este percentual nos remete ao problema inicial apresentado no artigo, onde questionamos a eficiência do uso do medicamento, bem como o diagnóstico desprovido de fundamentos em muitos dos casos, se tornando subjetivo o acompanhamento dos pacientes.

A quantidade de efeitos colaterais, associada a incerteza de resposta da medicação, além do poder viciante que a mesma possui, nos leva a pensar e repensar o diagnóstico da doença e, até mesmo, seu tratamento, de maneira alternativa a medicamentosa.

O TDAH E O METILFENIDATO COMO OBJETO COIBIDOR DE AÇÕES

Como dito anteriormente, o TDAH é uma síndrome que não tem até os dias atuais um diagnóstico concreto e fundamentado, apresentando subjetividade e participação de sujeitos externos como a família para reconhecimento da doença, além disso, a droga mais conhecida com Ritalina (METILFENIDATO) é a substância mais conhecida para tratamento do distúrbio por apresentar resultados, apesar de incompletos de melhora no comportamento dos estudados.

O problema parte do momento em que a indústria farmacêutica passa a lucrar milhões e milhões em venda de medicamentos subjetivos para uma doença alavancada pela mídia e pela sociedade moderna, que acaba por muitas vezes, se desvinculando das responsabilidades do papel familiar no processo educacional das crianças, e colocando a culpa de atitudes vistas como impróprias pelos demais, atitudes muitas vezes tomadas por exemplo familiar, em uma doença não estudada suficientemente.

No que se diz respeito ao âmbito escolar, todos os sujeitos envolvidos sofrem com o diagnóstico errôneo e a medicação indicada de maneira global, não individualizando os casos, o que faz com que muitos alunos, ao invés de centrarem sua atenção, deixando de ter atitudes diferentes dos demais, passa a maior parte do tempo pós-medicação, sedado, com traços anormais, levando em consideração os demais alunos de uma turma, e quando finalmente o pico do medicamento passa, este volta a apresentar os desvios de conduta anteriores.

No que se refere aos adolescentes, entre 25% e 30% daqueles com TDAH demonstrarão comportamento antissocial ou transtorno de conduta. Até 30% podem experimentar ou abusar de drogas como álcool e maconha e 58% terão dificuldades na escola, gerando uma maior incidência de casos de evasão escolar. Além disso, tendem a iniciar sua vida sexual mais precocemente e a apresentar de três a quatro vezes mais multas por excesso de velocidade e acidentes de carro. (LUZIO, et al, 2012, p 48)

O autor do trecho acima expõe a realidade enfrentada por adolescentes que sofrem do transtorno, e levando-a em consideração podemos perceber o quão prejudicial a doença se torna a indivíduos não diagnosticados. A vida comum, afazeres normais do dia-a-dia passam a ser impossíveis de serem realizados, além de, por muitas vezes, “roubar” parte da infância e da inocência de seres com direitos a estas. Ainda levando em consideração os efeitos do medicamento em crianças, Luzio, et al (2012, p 48) diz,

[...] observamos que a Ritalina muitas vezes tem o papel de “camisa-de-força química”, crianças que são punidas pelo seu dito mal comportamento com a exclusão, ou mesmo, numa tentativa de reinseri-las no convívio social, são contidos quimicamente em si mesmas, “reprogramadas” com terapias de treinamento

Luzio (2012) nos remete a pensar o quão prejudicial pode se tornar o uso do medicamento de maneira indiscriminada, sem fundamentação e sem um diagnóstico bem realizado, já que se feita de maneira errada, como o autor mesmo cita no trecho acima, age como um “reprogramador” do indivíduo, fazendo com que este esqueça seus traços naturais e repense atitudes muitas vezes normais, mas que sob o efeito da medicação devem parecer extremas, ou inapropriadas.

O USO INDISCRIMINADO E SEM PRESCRIÇÃO DO METILFENIDATO

Há indícios de que pessoas utilizam o medicamento Metilfenidato de maneira não médica, sem prescrições ou sem indicações clínicas, segundo Brant, et. al. (2012, s.p)

[...] esse uso não se faz por simples curiosidade, como acontece com outras substâncias. Também não se deve a pura busca de prazer, euforia, mudanças na percepção de mundo ou sentimentos de bem-estar. Se, no passado, o psicotrópico constituía, essencialmente, estratégia para operar um transe entre dois mundos - o profano e o sagrado, na contemporaneidade, o metilfenidato parece estar associado ao aumento de produtividade (escolar e profissional), à crença de melhor sociabilidade ou de desempenho. Envolve elementos de ordem institucional, como saúde, educação, trabalho e economia. O consumo opera-se, sobretudo, mediante prescrição de um profissional do campo da saúde, em atendimento à demanda de um sujeito, individual ou coletivo, inserido nos setores da educação e/ou do trabalho, em resposta ao imperativo de uma economia em um mundo extremamente competitivo e globalizado.

Levando em consideração os apontamentos feitos por Brant, podemos citar mais uma “brecha” nas intervenções médicas realizadas com abordagem e utilização do medicamento. O diagnóstico do TDAH é dependente de indivíduos externos, que devem participar do processo. Se houver uma má intenção nestes indivíduos, as possibilidades do diagnóstico ser falho, e a medicação tomar outro rumo e propósito são grandes.

A substância tendo sua base nas anfetaminas passa para o indivíduo que o utiliza uma sensação de bem estar, Para Itaborahy (2009), o metilfenidato, foi utilizado nos anos 1950 para tratar fadiga crônica e narcolepsia, não estando, inicialmente, relacionado a diagnósticos psiquiátricos. Entretanto, já era empregado para emagrecimento, melhoria da performance atlética e como automedicação para melhorar o desempenho intelectual.

Segundo Brant (2012, apud ANVISA 2010)

As autoridades sanitárias alegam que existem indícios de abuso e desvio de utilização para outras finalidades senão as terapêuticas. O medicamento vem sendo foco de vários estudos e questionamentos quanto ao seu uso massivo e efeitos secundários, pois sua utilização já ocorre entre empresários e estudantes, para fins de emagrecimento e uso recreacional, na forma triturada ou diluída em água para ser injetado.

Novamente, o autor nos faz refletir sobre o diagnóstico e o uso indiscriminado da medicação em crianças e adolescentes, frequentadores de escolas de ensino regular, dividindo espaço com alunos sem diagnóstico de transtorno algum, ou sequer influência de qualquer medicação.

A Ritalina ficou conhecida nos últimos anos por sua associação ao TDAH. Entretanto, este estimulante é comercializado desde os anos 50 na Suíça, na Alemanha e nos EUA. Nesses países, sua indicação era para pessoas idosas, para diminuir a fadiga. Não havia nenhum diagnóstico específico para seu uso. Foi somente a partir de sua associação com o TDAH que suas vendas alavancaram e a Ritalina tornou-se o estimulante mais consumido no mundo. No Brasil, foram vendidas quase 1.150.000 caixas de metilfenidato somente em 2007. (ITABORAHY, 2009, p.9)

A literatura nos mostra um lado diferenciado que a medicação propõe, uma parte em que o fármaco passa de auxiliador, e “aquietador” de indivíduos desprovidos de posturas tidas como habituais ou normais para o cotidiano, para um estimulante, uma droga de leve a pesada, que possui efeitos alucinógenos, já que se origina nas anfetaminas, assim como a cocaína, por exemplo, além disto, possui como toda droga, grande poder viciante.

Sendo assim, podemos pensar no tamanho do risco que se corre ao diagnosticar crianças com base em comportamentos muitas vezes em desenvolvimento, e incluir um tratamento medicamentoso para os mesmos, uma vez que a droga (metilfenidato) possui tantas faces desconhecidas e tantos contras a serem levados em consideração.

III. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme o tema aqui apresentando, o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade é um assunto relevante nos dias de hoje, pois encontramos, principalmente em escolas, um número grande de alunos diagnosticados com esse transtorno.

Diante disso, surgem algumas dúvidas em relação ao diagnóstico e seu tratamento, pois ainda não existe um exame que possa comprovar que o paciente tenha esse transtorno e, além disso, até que ponto o medicamento Metilfenidato é eficaz para tal tratamento.

Ao pensar no diagnóstico do TDAH, percebe-se que os principais interessados no tratamento do indivíduo são seus pais. Isto porque hoje em dia, os adultos não estão mais acostumados com crianças ativas e isso os leva a pensar inconsequentemente que são hiperativos. Diante disso, as mesmas acabam sendo diagnosticadas com este transtorno e medicadas com a conhecida “Ritalina”.

É de extrema importância ressaltar nesta pesquisa, que nem todos os pacientes são diagnosticados impulsivamente. Existem aqueles que além de serem hiperativos, possuem Transtorno de Conduta e que o tratamento não acontece somente com o Metilfenidato e sim acompanhado de outro medicamento para maior resultado.

A presente pesquisa serve como base para compreendermos o quão significativo é um diagnóstico e um tratamento no desenvolvimento de um ser humano, que neste caso, na grande maioria, são crianças. Pois se sabe que todo e qualquer medicamento irá mostrar um resultado e neste caso, o TDAH associado ao Metilfenidato faz com que o indivíduo aumente sua atenção em uma determinada atividade e que não apresente ansiedade frente a uma situação que o deixe agitado.

A questão final é de que, devemos pensar, antes de julgar ou pré-diagnosticar alunos, filhos, crianças e adultos com tal transtorno, pois, a utilização de uma medicação ou uma intervenção médica errônea, pode acarretar em consequências para a vida toda do indivíduo privando-o muitas vezes de conviver em sociedade normalmente, tendo uma evolução e um desenvolvimento normal. Além disto, devemos parar de querer nos livrar do fardo de educar nossos filhos com dificuldades, com desatenção ou com um ritmo diferenciado de aprendizado, jogando a culpa em alguma doença ou transtorno, medicando sem sequer tentar outros métodos.

REFERÊNCIAS

- [1]. BENCZIK, E. B. P; SCHELINI, P.W.; CASELLA, E. B. **Instrumento para Avaliação do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade em Adolescentes e Adultos**, Boletim de Psicologia Vol. LIX nº 131 p.137-151, 2010.
- [2]. BOLETIM DE FARMACOEPIDEMIOLOGIA do SNGPC (2012, Jul,-Dez), ano 2 nº2 **Prescrição e consumo de metilfenidato no brasil: identificando riscos para o monitoramento e controle sanitário.**
- [3]. BRANT, L. C; CARVALHO, T. R. F. **Metilfenidato: Medicamento gadget da contemporaneidade.** Interface – Comunicação, Saúde e Educação, Botucatu V. 16 nº. 42 – Jul/Set, 2012.
- [4]. CALIMAN, L. V. O TDAH: **Entre as Funções, Disfunções e Otimização da Atenção.** Psicologia em Estudo v. 13, n. 3, p. 559-566, 2008.
- [5]. CALIMAN, L. V. **A constituição sócio-médica do “fato tdah”**, Psicologia & Sociedade 21 (1) p.135-144, 2009.

- [6]. ITABORAHY, C. **A ritalina no Brasil: uma década de produção, divulgação e consumo**. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.
- [7]. ONU, 2008. **International Narcotics Control Board. Psychotropic substances: statistics for 2006: assessments of annual medical and scientific requirement**.
- [8]. SILVA, A. C P; Luzio, C. A; SANTOS K. Y. P. A explosão do consumo de ritalina, Revista de Psicologia da UNESP 11(2), 2012 p.44-57, 2012.
- [9]. VENANCIO, I. S; PAIVA R.; Toma, S. T. **Uso do metilfenidato no tratamento do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) em crianças e adolescentes**. São Paulo: Instituto de Saúde, p. 1-19, 2013.