

QUESTÕES ATUAIS SOBRE O USO DA RITALINA E SUA RELAÇÃO COM O AMBIENTE ESCOLAR

Larissa Scherer¹
Carolina Torres Guazzelli²

RESUMO

O aumento do consumo de metilfenidato, popularmente conhecido como Ritalina, nos últimos tempos é alarmante. Para muitos autores o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é o grande responsável pelo consumo desenfreado do fármaco, uma vez que o medicamento está relacionado diretamente com o tratamento do transtorno. Sendo assim, este estudo é uma revisão bibliográfica sobre o uso do metilfenidato, se propondo a pensar a respeito do crescente uso da Ritalina no ambiente escolar de crianças e jovens e seus desdobramentos. Para isso buscou-se brevemente contextualizar o uso da Ritalina por crianças no país e analisar o impacto da medicalização e sua relação com o aumento dos diagnósticos de transtornos de aprendizagem/comportamento. Nesse sentido, os sintomas apresentados no espaço escolar não devem ser exclusivamente o critério para o diagnóstico do TDAH, e tampouco a escola reduzida a um espaço de diagnóstico, o contexto social e cultural da criança devem ser analisados e considerados; e alternativas pedagógicas frente aos problemas detectados devem ser propostas.

Palavras-chave: Ritalina, TDAH, ambiente escolar.

ABSTRACT

The increased consumption of methylphenidate, commonly known as Ritalin, is alarming in recent times. For many authors the Attention Deficit Disorder and Hyperactivity Disorder (ADHD) is largely responsible for the rampant drug use, since the drug is directly related to the treatment of the disorder. So, this study is a bibliographic review on the use of methylphenidate, proposing to think about the increasing use of Ritalin at school of children and youth and its consequences. For that we sought to briefly contextualize the use of Ritalin for children in the country and analyze the impact of medicalization and its relation to the increase in diagnoses of learning disabilities or behavior. In this sense, the symptoms at school should not be the only criterion for the diagnosis of ADHD, nor the school reduced to a diagnostic space, social and cultural context of the child should be analyzed and considered; front and pedagogical alternatives to detected problems should be proposed.

Key words: Ritalin, ADHD, school environment.

¹ Assistente social. Graduada na Universidade Estadual de Ponta Grossa – UEPG e especializanda em Saúde Mental e Atenção Psicossocial pela Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí – UNIDAVI.

² Terapeuta Ocupacional. Msc em Saúde Mental e Atenção Psicossocial – UFSC e Professora da Pós-graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial pela Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí – UNIDAVI.

INTRODUÇÃO

Atualmente vivemos em uma sociedade que impõe resoluções rápidas e práticas para os seus problemas. Criou-se uma cultura de que todos os males que nos afetam podem e devem ser combatidos com o uso de psicofármacos ou psicotrópicos³. Para CAMPIGLIA (2015), “[...] o uso de medicamentos atende essa necessidade. Essa postura imediatista impulsiona a proliferação da prescrição de medicamentos que controlam quimicamente as emoções”.

Diante deste quadro, a Ritalina®, nome comercial do metilfenidato, da família das anfetaminas, aparece como uma estratégia frente a esta realidade, graças ao seu efeito ansiolítico e psicoestimulante. Várias pesquisas apontam o seu crescimento desenfreado no Brasil e no mundo, e as causas para este crescimento estão associadas ao diagnóstico do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), “um transtorno que leva a criança a apresentar sintoma de desatenção, hiperatividade e impulsividade” (SHIRAKAWA, 2012, p. 50).

O TDAH hoje “é considerado, em parte do meio acadêmico, como o diagnóstico psiquiátrico mais comum na infância” (BRZOZOWSKI et al, 2010, p. 897), e a Ritalina o medicamento de primeira escolha para o tratamento do transtorno. Este medicamento, portanto, tem sido apontado como a solução para os problemas de comportamento e dificuldade de aprendizagem infantil.

No entanto, sua popularização e aumento desenfreado do consumo levam ao seu uso indiscriminado, somando-se, ainda, a este quadro alarmante os controversos diagnósticos de TDAH. Dado o exposto, o presente estudo pretende compreender o crescente uso da Ritalina e seus desdobramentos a partir de uma pesquisa bibliográfica acerca dos artigos, periódicos, teses e dissertações acadêmicas contidos nas bases de dados do *Scielo* e *Bireme*. Para isso, inicialmente buscou-se contextualizar o uso da Ritalina por crianças no Brasil, para, então, discorrer sobre o impacto da medicalização e sua relação com o aumento dos diagnósticos de transtornos de aprendizagem/comportamento, bem como analisar o impacto do metilfenidato no cenário escolar.

³ De acordo com o Grande Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa, psicotrópico pode ser definido como que ou o que atua quimicamente sobre o psiquismo, a atividade mental, o comportamento, a percepção etc. (diz-se de medicamento, droga, substância etc.) [Alguns psicotrópicos têm efeito sedativo, calmante ou antidepressivo; outros, esp. se us. indevidamente, podem causar perturbações psíquicas.]

1 Usos e abusos da Ritalina

Dentro do contexto social que vivenciamos hoje, o metilfenidato, conhecido no Brasil como Ritalina®, é o estimulante do sistema nervoso central, mais consumido no mundo.

Foi sintetizado pela primeira vez em 1944 por Leandro Panizzonem 1954 teve início aos testes em humanos e comercializados somente em 1955 pela Ciba-Geigy com o nome comercial de Ritalina®, inicialmente indicado para o tratamento da narcolepsia, um raro transtorno do sono. Somente a partir dos anos 60, estudos começaram a ressaltar os benefícios do MTF para tratamento de crianças hiperativas e distraídas (SHIRAKAWA, 2012, p. 49).

Apesar do metilfenidato ter sido administrado para o tratamento da TDAH apenas na segunda metade do século XX, “Na década de 1930, foi descoberta a ação dos medicamentos psicoestimulantes na redução da inquietação, da hiperatividade e dos problemas de comportamento em crianças” (BRZOZOWSKI et al, 2010, p. 898).

Do ponto de vista neuroquímico “acredita-se que o metilfenidato bloqueie a recaptação de noradrenalina e de dopamina no neurônio pré-sináptico e aumente a liberação dessas monoaminas no espaço extraneuronal” (SABEC et al, 2005, p. 227). Ainda para Breggin (2002 *apud* BRZOZOWSKI e CAPONI, 2013, p. 216), medicamentos como a Ritalina “agem pela supressão da habilidade cerebral de gerar comportamentos mentais espontâneos [...], interrompem as conexões nas regiões mais desenvolvidas do cérebro, incluindo os lobos frontais, sedes dos comportamentos mais complexos”. Este autor classificou a utilização do metilfenidato como um tipo de “lobotomia química”.

Mas o uso da Ritalina não se restringe apenas às crianças em idade escolar, hoje se observa o medicamento sendo administrado também a adolescentes e a população adulta. Além do uso para o tratamento médico daqueles diagnosticados com o TDAH, que pode perdurar durante toda a vida do indivíduo, uma parte considerável dos consumidores da Ritalina a utilizam com a finalidade de melhorar seu desempenho acadêmico ou aprimoramento cognitivo, “maximizando sua produtividade, aumentando sua capacidade de concentração, diminuindo o cansaço físico, entre outros efeitos promovidos pelo medicamento, assim atendendo as

exigências do mundo pós-moderno, de competitividade e produtividade” (SILVA et al, 2012, p. 51). Geralmente, estes últimos, pessoas saudáveis, que não apresentam diagnóstico de TDAH ou qualquer comportamento ou patologia que justifique o uso do medicamento.

2 TDAH: um diagnóstico polêmico

Várias denominações já foram utilizadas durante o século XX para nomear o TDAH, conforme apontam BRZOZOWSKI et al (2010, p. 897): “dentre eles, ‘encefalite letárgica’, ‘dano cerebral mínimo’, ‘disfunção cerebral mínima’, ‘hipercinesia’, ‘doença do déficit de atenção’ (DDA) e [por fim] ‘transtorno de déficit de atenção com hiperatividade’”. Todos, entretanto, apresentaram e/ou apresentam sintomas comuns e típicos: “baixo desempenho na escola, extroversão extrema, comportamentos violentos, incapacidade de completar tarefas, ladroagem, distúrbios nos padrões de sono, moralidade inconsistente com a idade e esquecimento” (BRZOZOWSKI et al, 2010, p. 898).

Além dos citados, o TDAH pode se manifestar através de alguns outros sintomas, contudo, situações de desatenção, hiperatividade e impulsividade serão predominantes. Os sintomas devem ser avaliados e analisados cautelosamente pelo profissional responsável pelo diagnóstico do transtorno.

Para Antony e Ribeiro (2004, apud SILVA et al, 2012, p. 45) o TDAH “...constitui uma complexa desordem comportamental que leva a criança a graus variáveis de comprometimento na vida social, emocional, escolar e familiar [...] expressando dificuldades globais do desenvolvimento infantil”. Exemplificando, “a criança com TDAH apresenta dificuldade de se manter sentada, é propensa a escalar móveis e dispara em corridas inesperadas entre eles, faz intromissões em conversas alheias e se mantém desatenta em classe” (FORTESKI, 2012, p. 204).

Quanto a faixa etária das crianças portadoras do TDAH, SABEC et al (2005, p. 225), observa que

o distúrbio de hiperatividade se instala precocemente entre as crianças de 6 a 8 anos de idade [...] {no entanto} a criança logo nos primeiros anos de vida manifesta o transtorno chamando a atenção dos pais, pois se mostram mais irritadiços, chorando muitos nos primeiros meses de vida, se mexe muito durante o sono e acordando várias vezes durante o dia.

Interessante notar que embora a criança possa apresentar os sintomas do TDAH desde os primeiros anos de vida, o transtorno comumente é diagnosticado na fase escolar, quando os educadores chamam a atenção da família para os comportamentos/sintomas associados, já que é “na fase escolar que as crianças apresentam uma dificuldade maior em manter o foco de seu interesse em uma determinada atividade, mesmo as de natureza lúdica” (SABEC et al, 2005, p. 226).

Não se conhece, apesar do grande número de estudos já realizados, as causas do TDAH, “A ideia mais aceita pelos estudiosos do tema é que existem fatores genéticos e ambientais que influenciam no desenvolvimento da doença” (BRZOZOWSKI et al, 2010, p. 898). Contudo há um consenso entre os profissionais da saúde que o seu tratamento deve se basear em intervenções psicossociais e/ou psicofarmacológicas,

Em se tratando de intervenções psicossociais, recomendam uma abordagem educacional, prestando informações claras e precisas à família sobre o transtorno. Além disso, defendem também um suporte escolar, por meio de rotinas diárias consistentes, atividade física e atendimento individualizado, sempre que possível [...]. Em relação ao tratamento farmacológico, os estimulantes são considerados, pela maior parte dos profissionais e dos pesquisadores, como as medicações de primeira escolha. No Brasil, o único estimulante aprovado e encontrado no mercado é o metilfenidato [...]. (BRZOZOWSKI et al, 2010, p. 899).

Embora o TDAH, apresente sintomas e características bem definidos, se consolidando como um dos distúrbios mais comuns na infância, seu tratamento é frequentemente alvo de controvérsias. O que se percebe, na prática, é que geralmente os especialistas envolvidos recorrem ao tratamento medicamentoso, transferindo sua responsabilidade aos efeitos psicoestimulantes da Ritalina.

3 A Ritalina e a expansão do TDAH

De acordo com Ortega et al (2010, p. 501), “a indissociabilidade TDAH-ritalina, construída ao longo dos anos 1980 e 1990, fez com que a ampliação dos critérios diagnósticos para o TDAH necessariamente aumentasse o número das prescrições do metilfenidato”.

É recente a popularização do consumo de Ritalina no Brasil, há uma escassez de publicações científicas sobre o efeito do medicamento no organismo a

longo prazo e, também, de relatos de pessoas que a utilizam desde a infância à idade adulta. No entanto, conforme constatam SABEC et al (2005, p.226): “estudos demonstram que mais de 70% das crianças e adolescentes com TDAH apresentam melhoras significativas dos sintomas de desatenção, de hiperatividade e ou impulsividade na escola e em casa com o uso correto dos medicamentos”. O fato é que à medida que alguns estudos⁴ apontam melhoras significativas nas crianças com TDAH que fazem uso da Ritalina, no que tange principalmente ao seu desempenho escolar, ainda há uma “fragilidade ligada ao seu mecanismo de ação, essa imprecisão quanto a sua ação no organismo mostra que ainda existe uma carência de estudos que comprovem a ação de tal fármaco” (SILVA et al, 2012, p. 47).

A mesma dificuldade está presente nos diagnósticos do TDAH. De acordo com SILVA et al (2012, p. 53), “mesmo os próprios critérios do manual de diagnóstico, passam muitas vezes por interpretações subjetivas. Contudo, a solução é sempre a mesma, a resposta para os sujeitos que não alcançam tal padrão de comportamento é medicamentosa”.

A Ritalina é, portanto, a opção medicamentosa mais comum para o tratamento do TDAH, seus benefícios são evidentes. A relação do metilfenidato e o TDAH tem se tornado, na prática, essencial para àqueles que buscam a estabilização dos sintomas do transtorno. Entretanto, conforme já mencionado, o tratamento não deve se pautar apenas na prescrição do medicamento, sendo necessárias intervenções dos profissionais habilitados para este fim.

4 A medicalização da vida

A evolução da ciência e os avanços da medicina ao longo das décadas possibilitaram a cura e o tratamento de várias patologias antes letais. Porém, a expansão da medicina também passou a englobar problemas que não eram

⁴ Destaca-se nesse sentido o estudo realizado por Cláudia Santos Gonçalves Barreto Bezerra para sua tese de Doutorado em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Goiás, intitulada “Interferência do cloridrato de metilfenidato no desempenho de escolares com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade”, ou ainda a dissertação de Camila Tarif Ferreira Folquitto: “Desenvolvimento psicológico e Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH): a construção do pensamento operatório”, apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para o título de Mestre em Psicologia; entre outras publicações científicas.

considerados médicos. A este fenômeno conveniu-se chamar de medicalização, termo introduzido pelo sociólogo norte americano Peter Conrad.

Para o sociólogo, “medicalizar é definir um problema em termos médicos, utilizando linguagem médica para descrevê-lo ou usando uma intervenção médica para tratá-lo” (CONRAD, 1992 *apud* SACHES e AMARANTE, 2014, p. 508). Nesse sentido, o que se observa hoje é a medicalização da vida, processo no qual as subjetividades desviantes do comportamento socialmente aceito dos sujeitos são explicados por meio de doenças, transtornos e síndromes, “pela lógica da medicalização, o sujeito possuidor de uma diversidade humana é visto como portador de uma doença” (SANCHES e AMARANTE, 2014, p. 507).

Já para Ivan Illich, um relevante autor austríaco, crítico da medicina moderna, “a medicalização acaba fazendo parte da cultura popular quando se aceita como algo natural o fato de termos necessidades e cuidados médicos ao longo de toda a nossa vida” (SANCHES e AMARANTE, 2014, p. 507). Illich ainda, de acordo com os autores SANCHES e AMARANTE (2014, p. 507), chamou de medicalização social essa dependência médica, na qual a sociedade “perde sua autonomia de escolha perante o saber técnico do médico”.

Pertinente a esta discussão, ainda é o termo introduzido por Brzozowski et al, denominado “biologização”. Para os autores (2010, p. 900), a biologização remete à situação em que “a doença vem sendo usada como fator explicativo para os desvios de indivíduos dentro da sociedade”, isentando o sistema social, família, indivíduo e sociedade, em geral, de responsabilidades frente às modernas patologias.

O que ocorre, é que “o aumento de explicações médicas para problemas de comportamento vem mudando nossas ideias sobre liberdade de escolha, desejos e responsabilidade pessoal por nossos comportamentos” (BRZOWSKI e CAPONI, 2013, p. 214). A sociedade passa a aceitar e ser conivente com a medicalização, transferindo a responsabilidade social da doença para o âmbito médico. SILVA et al (2012, p. 48) analisa que a medicalização é uma nova forma de controle social⁵, “como foi o manicômio, onde pudemos observar que por meio da relação saber/poder psiquiátrico, enclausuravam-se pessoas que fugiam à normalidade”.

⁵ Nesse sentido, entende-se por controle social “as formas que a sociedade minimiza, elimina ou normaliza o comportamento desviante [...] por meios médicos e em nome da saúde” (BRZOWSKI e CAPONI, 2013, p. 216).

Hoje o sanatório deu lugar à pílula, “os corpos são docilizados não pelo encerramento físico, manicomial, mas pelo encerramento psíquico, pelo uso dos psicofármacos que modelam condutas, hábitos e pensamentos” (BRZOZOWSKI et al, 2010, p. 902). Além do que “as facilidades em tomar uma pílula, em vez de enfrentar medos e situações não muito agradáveis, fazem com que as pessoas busquem o tratamento medicamentoso, com a promessa de alívio para suas dores e conflitos” (BRZOZOWSKI e CAPONI, 2013, p. 213).

A medicalização tem contribuído, com a tentativa de disciplinamento do ser humano, buscando condicionar comportamentos e postura convenientes socialmente. A medicina, amparando-se na medicalização, passa a regular as relações interpessoais. As prescrições e especulações médicas estão presentes em todos os âmbitos das pessoas, as quais, por sua vez, acabam se tornando dependentes de cuidados médicos e de substâncias psicoativas para lidar com seus problemas e com suas emoções.

As autoras acima (2013, p. 214) ainda chamam a atenção para o fato da medicalização como parte de uma estratégia de responsabilizar os indivíduos por problemas sociais, “a partir desse ponto de vista, determinado comportamento, portanto, não é o resultado de interações sociais e não pode ser explicado dessa forma. O comportamento é localizado somente no indivíduo, e assim será tratado”.

Outro ponto relevante diz respeito às indústrias farmacêuticas, considerando o consumo de psicofármacos pela população infantil. SANCHES e AMARANTE (2014, p. 509) nos colocam que “o processo de medicalização coloca em evidência os interesses de uma política econômica, seja das indústrias farmacêuticas, seja do complexo médico-industrial como um todo”. Para os autores, questões de saúde são tratadas a partir de uma lógica de mercado. A indústria farmacêutica tenta captar as pessoas saudáveis atribuindo-lhe sintomas e patologias amplamente divulgados pela mídia. Sendo assim, por exemplo, “o fato de uma criança ter dificuldades de aprendizagem tem sido traduzido como doença da criança” (SANCHES e AMARANTE, 2014, p. 509).

Ora, nesse sentido, chamamos a atenção para o que nos coloca Silva et al (2012, p. 50): “a mídia tem dado uma contribuição para essa ‘epidemia de diagnósticos’, divulgando [...] de forma precária e simplista, muitas vezes utilizando inadequadamente a definição e a forma de se realizar o diagnóstico”. Como mencionado por Silva e Fransozio (2013) há uma banalização dos diagnósticos dos

distúrbios de aprendizagem sem a correta avaliação do contexto social e cultural do aluno.

Para Rotelli (1990 *apud* SILVA et al, 2012, p. 54), “avaliar vai além de realizar o diagnóstico, implica conhecermos e entendermos a situação do usuário para realizarmos um diagnóstico situacional. Isto significa colocar entre parênteses a doença e entrar em contato com a ‘existência sofrimento’”. Saúde e doença não são conceitos científicos, envolvem várias dimensões do ser humano. Da mesma forma, a medicalização não deve necessariamente significar uma renúncia as outras formas de terapia, mas deve estar associada visando amenizar o sofrimento psíquico do paciente.

5 Escola e TDAH

Para os escolares, “não raro tentam-se encontrar alterações neurológicas que expliquem os distúrbios do comportamento e isto, na maioria das vezes, é suficiente para justificar o uso de medicamentos” (DALLANORA, 2007, p. 31). A medicalização transforma as dificuldades de aprendizado das crianças em questões médicas. Sendo assim,

têm-se o surgimento da ilusão de que se há uma dificuldade no aprendizado do aluno, faz-se preciso encaminhá-lo ao médico, sendo este capaz de desenvolver um diagnóstico baseado nas descrições dos sintomas, prescrevendo determinada medicação ou mesmo fornecendo direcionamento para outros profissionais. Nesse sentido, acaba por se ter a concepção de que aquilo que foge ao padrão da “normalidade” em termos de aprendizado, logo, compete ao médico, é biológico, isento de qualquer outro tipo de compreensão a respeito (SILVA e FRANSOZIO, 2013, p. 4).

Brzowski et al (2010, p. 900) pensam que “A natureza altamente subjetiva da definição de TDAH possibilita uma série de interpretações, fazendo com que esse diagnóstico seja colocado como um depósito de uma variedade de problemas geralmente não solucionados no âmbito escolar”. O diagnóstico feito na escola por vezes é equivocado e precipitado, se concentrando na observação do comportamento que originou o “diagnóstico”, como indisciplina na sala de aula ou falta de concentração, por exemplo, ignorando-se avaliações neurológicas, teste cognitivos, entrevistas com pais e professores, entre outros procedimentos. Em outras palavras,

um comportamento agitado ou desatento de uma criança pode vir, eventualmente, a ser considerado desviante. A escola, sobrecarregada de alunos, não tem condições de lidar com essa situação e, muitas vezes, transfere a responsabilidade por uma criança considerada problemática, para o sistema de saúde. O sistema de saúde, por sua vez, está estruturado de forma a diagnosticar e tratar doenças e, por esta razão, geralmente dá aos que o procuram um diagnóstico e um medicamento (BRZOZOWSKI et al, 2010, p. 902).

É evidente que além do diagnóstico a escola deve estar preparada para lidar com essa situação. Para Batista (p. 20, 2011), “a importância de conhecer sobre o TDAH está ligada ao fato de o professor ter artifícios e estratégias eficazes para lidar com determinadas situações em que geralmente esses indivíduos se envolvem no cotidiano escolar”.

O papel dos professores na relação com as crianças diagnosticadas com TDAH é de suma importância, e fundamental para o processo de aprendizagem. Este, precisa estar preparado para enfrentar as situações geradas pelo transtorno, bem como amenizar as consequências do diagnóstico para as crianças hiperativas, entendendo que esta é uma situação estressante para elas, e não só para a família, colegas e demais contatos sociais. Fonseca et al (p. 338, 2012) menciona que

há necessidade de estímulos mais positivos, adequação das atividades, relação afetiva do professor/aluno, trabalho pedagógico em sala de aula mais significativa, e ainda a reabilitação através de recuperação escolar do processo de alfabetização, anteriormente não assimiladas, em função de seu comportamento inadequado do ambiente.

Por vezes no diagnóstico de TDAH os professores consideram as consequências do transtorno, como a dificuldade no aprendizado, por exemplo, como sintomas. É válido ressaltar que mesmo que a maior parte dos sintomas se apresente em ambiente escolar, ele não é o suficiente para diagnosticar o TDAH.

A importância da ampla investigação a ser feita para o seu diagnóstico é reafirmada por Dallabona (2007, p. 31): “o mais indicado é refletir sobre as circunstâncias individuais de cada criança e cada família, sugerir o acompanhamento necessário em cada caso e solicitar a colaboração dos professores na relação com cada um destes alunos”. Para tanto, um trabalho conjunto entre pais e professores, e demais profissionais envolvidos, deve ser

realizado para que os resultados do tratamento sejam eficazes e a criança com TDAH possa conviver normalmente com seus colegas e em sociedade.

6 Implicações do TDAH

Um ponto no mínimo interessante de se observar que antes do século XX, comportamentos infantis que hoje são considerados sintomas da TDAH eram tidos como normais da infância. Brzozowski et al (2010) nos colocam que atualmente os conhecimentos científicos e as modernas práticas em saúde tem tornado muito tênue a linha entre o considerado normal e o patológico, e que qualquer comportamento indesejado socialmente pode ser rotulado como “depressivo”, “ansioso”, “louco” ou “hiperativo”.

O que se constata é que o diagnóstico de TDAH pode influenciar significativamente o comportamento das crianças diagnosticadas. Para o filósofo da ciência Ian Hacking (2006 *apud* Brzozowski et al, 2010) a partir do momento que o individuo está ciente de sua “classificação”, ele modifica seu comportamento. Corre-se o risco, desta forma, “de tratar uma criança ‘normal’ como doente’, levando a própria criança a incorporar essa doença e se considerar realmente doente, e se ver incapaz [...] de realizar tarefas do cotidiano como outra pessoa considerada ‘normal’ (BRZOZOWSKI et al, 2010, p. 902). Como consequência, “tudo isso pode fazer com que a criança e, quando crescer, o adulto, se torne dependente (não no sentido de dependência física) do diagnóstico, agindo apenas de acordo com o que se espera dela como portadora do transtorno” (BROZOZOWSKI e CAPONI, 2013, p. 218).

À medida que rotulamos as crianças com TDAH, impomos a elas um padrão de comportamento aceitável mediante tratamento “adequado”. A criança com TDAH não é mais vista como malcriada, mas sim como portadora de uma doença.

Os pais ou responsáveis pela criança podem passar a fazer “uso indiscriminado do remédio para conter o comportamento dos filhos, quando estes se apresentam difíceis de controlar” (SILVA e FRANSOZIO, 2013, p. 5). Brzozowski et al (2010, p. 900), analisam que “tratar esses comportamentos indesejáveis como um problema médico foi, e continua sendo, bem-aceito na sociedade, e os motivos são diversos”. A partir do momento que o TDAH é considerado uma patologia passível de ser tratada “diminui a culpabilização dos pais e faz com que estes possam ver o diagnóstico com bons olhos.” (BRZOZOWSKI et al, 2010, p. 900). Para os médicos,

“a terapêutica é relativamente simples (prescrição de um medicamento) e os resultados podem ser excelentes, do ponto de vista clínico” (BRZOZOWSKI et al, 2010, p. 900). A medicação pode resolver a angústia da família e professores, mas nem sempre é o procedimento mais adequado para a criança.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso indiscriminado da Ritalina denuncia um problema de ordem social e cultural. A vida cotidiana impõe um ritmo frenético e é preciso que todos estejam adaptados a ela. Qualquer comportamento da criança, e até mesmo dos adultos, que não esteja em conformidade com o que se espera dela é visto como patológico. Há, portanto, uma medicalização de emoções, onde altos e baixos da vida se tornam doenças, tratadas facilmente com psicofármacos. A criança perde sua singularidade e questões subjetivas inerentes ao desenvolvimento infantil são ignoradas.

Essas crianças são constantemente expostas a vários estímulos simultaneamente; por exemplo, à medida que estão fazendo suas tarefas escolas, assistem à TV, interagem nos *smartphones* e se distraem em frente ao computador; o que naturalmente leva à falta de concentração ou fácil distração. Vários comportamentos, portanto, podem e são confundidos convenientemente com os sintomas do TDAH.

O TDAH, por sua vez, é tratado, na maioria das vezes, a partir de uma perspectiva biomédica, no qual “uma doença é um conjunto de sintomas univocamente causado por um conjunto de causas biológicas” (BRZOZOWSKI et al, 2010, p. 894), ignorando-se aspectos subjetivos, culturais e sociais das crianças. Ora, o transtorno é um fenômeno complexo, permeado por múltiplas determinações, que devem ser cuidadosamente analisadas para que se determine, de fato, o seu diagnóstico.

A escola, nesse sentido, pode ser uma grande aliada, mas desde que não seja reduzida a um espaço de diagnóstico, mas de alternativas pedagógicas frente aos problemas detectados. Espera-se que o ambiente escolar cumpra seu papel de formar, de preparar seus alunos para o exercício da cidadania e convívio social, e não apenas de informá-los. O processo de educar envolve o desenvolvimento de

múltiplas potencialidades e uma pluralidade de pensamentos, respeitando-se os limites e diferenças das crianças e adolescentes.

REFERÊNCIAS

BATISTA, Aline Maria. **Transtorno déficit de atenção e hiperatividade: o atendimento especializado na perspectiva dos professores da sala de recursos.** 2011. 47f. Monografia (Especialização em Desenvolvimento Humano, Educação e Inclusão Escolar) – Universidade de Brasília, Brasília, 2011.

BEZERRA, Cláudia Santos Gonçalves Barreto. **Interferência do cloridrato de metilfenito no desempenho de escolares com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade.** 2014. 173f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2014.

BRZOZOWSKI, Fabíola Stolf e CAPONI, Sandra Noemi Cucurullo de. Medicalização dos desvios de comportamento na infância: aspectos positivos e negativos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 33, n. 1, p. 208-221, 2013.

BRZOZOWSKI, Fabíola Stolf et al. Classificações interativas: o caso do Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade infantil. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**. v. 14, n. 35, p. 891-904, 2010.

CAMPIGLIA, Gisela. **A medicação da vida e o uso de ansiolíticos.** In: Portal Somos Todos UM. Disponível em: <http://somostodosum.ig.com.br/clube/c.asp?id=44331> . Acesso em: 20 out. 2015.

DALLANORA, Adriana Rossetto et al. A relação da escola como Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade nos vales do Rio Pardo e Taquari – RS: um pensamento atual. **Psicologia em Pesquisa**, v. 1, n. 1, p. 29-33, jan./jun. 2007.

FOLQUITTO, Camila Tarif Ferreira. **Desenvolvimento psicológico e Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH): a construção do pensamento operatório.** 2009. 138f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

FONSECA, Maria Fernando Batista Coelho. Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade na escola: mediação psicopedagógica. **Revista Psicopedagogia**, v. 29, n. 90, p. 330-339, 2012.

FORTESKI, Rosina et al. O diagnóstico de TDAH: implicações na aprendizagem escolar da criança. **Cadernos de Aplicação**, Porto Alegre, v. 25, n. 2, jul./dez. 2012.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Técnica de pesquisa**. 3.ed. rev.e ampl. São Paulo: Atlas, 1996.

ORTEGA, Francisco et al. A ritalina no Brasil: produções, discursos e práticas. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.14, n.34, p.499-510, jul./set. 2010.

SABEC, Dayane Kelly et al. Acompanhamento de pacientes com transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) em tratamento medicamentoso. **Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 13, n. 3, p. 223-229, set./dez. 2009.

SANCHES, Valéria Nogueira Leal; AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. Estudo sobre o processo de medicalização de crianças no campo da saúde mental. **Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde**,v. 38, n.102, p. 506-514, 2014.

SHIRAKAWA, Dálize Mayumi et al. Questões atuais no uso indiscriminado do metilfenidato. **Revista Ominia Saúde**, v. 9, n. 1, p. 46-53, 2012.

SILVA, Ana Carolina Pereira da. A explosão do consumo de ritalina. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 11, n. 2, p. 44-57, 2012.

SILVA, Cláudia Yaísa Gonçalves da; FRANSOZIO, Michely Baladeli Borges. A medicalização escolar: uma reflexão a partir da contribuição dos professores. In: III Seminário Internacional Educação Medicalizada: Reconhecer e Acolher as Diferenças, 2013, São Paulo. **Anais...** São Paulo: UNIP, 2013, p. 1-8.