

O USO DA RITALINA EM CRIANÇAS COM TDAH: uma revisão teórica

HELOISE PEREIRA DE MATOS¹
LUANA KAROLINE DA SILVA BATISTA²
DAYANE FERNANDES FERREIRA³
MARIA LETÍCIA MARCONDES COELHO DE OLIVEIRA⁴
ERALDO CARLOS BATISTA⁵
DIONE MARTINS MAGALHÃES⁶

Resumo

O medicamento Metilfenidato teve sua comercialização a partir do ano 1950 e desde então se tornou um medicamento de escolha primordial para o tratamento do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), comercializado no Brasil com o nome de Ritalina. O objetivo com este trabalho foi realizar um levantamento de artigos a fim de discutir a respeito do uso desse medicamento por crianças em idade escolar diagnosticadas com TDAH, esclarecer a preocupação e as dúvidas quanto ao diagnóstico do Transtorno, além de frisar a preocupação em ajudar a criança na fase de adaptação ao tratamento, incluindo pais, professores, médicos e psicólogo. O Metilfenidato é um estimulante classificado como leve que age no sistema nervoso central, estruturalmente relacionado com as anfetaminas; ele é um potente inibidor da recaptação da dopamina e da noradrenalina, que são neurotransmissores responsáveis pela excitação do sistema nervoso central. O medicamento aumenta a concentração desses neurotransmissores na fenda sináptica e possui um mecanismo de ação desconhecido. Para a indústria farmacêutica o cenário é outro, uma vez que tal situação se traduz em aumento das vendas.

Palavras-chave: Ritalina, Criança, Transtorno. TDAH.

1 Graduada em Farmácia pela Faculdade São Paulo – FSP. E-mail: helomatos_rm@hotmail.com.

2 Graduanda em Direito pela Faculdade de Direito de Tangará da Serra – UNIC. E-mail: luana-ksb@hotmail.com.

3 Mestre em Educação pela Universidade Federal de Rondônia – UNIR. E-mail: psicologadayane2015@hotmail.com.

4 Doutoranda em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica PUC/RS. E-mail: marialeticiamcoliveira@hotmail.com.

5 Doutorando em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica – PUCRS/Faculdade de Rondônia – FCR, Professor do Departamento de Psicologia da FAEST. e-mail: eraldo.cb@hotmail.com.

6 Mestre em Educação pela Universidade Federal de Rondônia – UNIR. E-mail: dione.magalhaes@hotmail.com.

1 INTRODUÇÃO

A Ritalina é uma droga que age como estimulante do sistema nervoso central, tendo efeito positivo no ser humano quanto à concentração e ao desempenho de atividades, diminuindo a fadiga. Droga também usada no tratamento do TDAH, enquadra-se na medicalização de psicofármaco mais utilizado na Psiquiatria infantil (BRZOZOWSKI; DIEHL, 2013). A popularização dessa droga tem chamado a atenção de estudiosos e pesquisadores da área. Com sua metodologia científica fundamentada na Biologia e na Farmacologia, o Metilfenidato tem-se tornado um medicamento de primeira escolha no tratamento de TDAH.

Apoiado pela empresa Ciba, em 1944, o químico Leandro Panizzon sintetizou o Metilfenidato. Naquela ocasião, a droga foi corajosamente testada na esposa e no próprio pesquisador. Logo após a pesquisa e aceitação da droga, o Metilfenidato havia sido testado, em uma nova fase, agora em inúmeros adultos, sendo constatado o efeito estimulante (BRZOZOWSKI; DIEHL, 2013).

Podemos observar aqui uma descoberta que ultrapassou também o padrão comportamental dos pesquisadores, ferindo inclusive a ética da Medicina. O químico Panizzon (1944), empolgado com sua nova mais recente descoberta, quebra protocolos, acelerando as etapas inerentes à aprovação de qualquer medicamento. Vale lembrar que essa postura jamais seria aceita na atualidade, haja vista o expressivo grau de irresponsabilidade quando da atitude em testar a droga em si próprio, assim como em terceiros, a exemplo da esposa.

Constatado seu efeito positivo, a droga passou para uma nova fase, começando agora a ser utilizada no tratamento do cansaço, em episódios de confusão na velhice e cansaço extremo. Após inúmeros estudos e testes, ainda na década de 1950, ficou comprovado que o Metilfenidato poderia ser também usado nos problemas comportamentais apresentados por crianças com hiperatividade. A classe médica chegou a essa conclusão após diagnóstico do TDAH considerando o relato dos professores e dos pais, uma parceria que tem obtido excelentes resultados já naquela época. Todo esse processo de análise culminaria em um diagnóstico devidamente estruturado e com base no discurso científico (BRZOZOWSKI; DIEHL, 2013).

O objetivo deste estudo é realizar um levantamento de artigos a fim de discutir a respeito do uso desse medicamento por crianças em idade escolar diagnosticadas com TDAH.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 RITALINA

Em meados dos anos 1950 o Metilfenidato passou a ser comercializado primeiramente na Suíça, EUA e Alemanha, vindo posteriormente a ser vendido no Brasil, onde ficou conhecido como Ritalina. Aqui a droga foi muito utilizada no tratamento de crianças com problemas de comportamento, combate ao cansaço e fadiga apresentados por idosos, e foi considerada, inicialmente, apenas como tranquilizante e sem diagnóstico específico (ORTEGA, 2010).

Toda essa relativa facilidade em testar e aprovar uma determinada droga advinha de critérios não tão rigorosos como os atuais, haja vista que a Agência Nacional Vigilância Sanitária (Anvisa) passava ainda por estruturação. Segundo Silva et al. (2012), o mecanismo de ação da Ritalina no ser humano ainda é uma incógnita, mas se acredita que seu efeito estimulante se deve à estimulação cortical e, possivelmente, à estimulação do sistema de excitação reticular.

Assim como qualquer outro medicamento, a Ritalina, além da ação benéfica, também possui efeitos colaterais negativos aos pacientes.

Seu mecanismo de ação no homem ainda não foi completamente elucidado, mas acredita-se que seu efeito estimulante é devido a uma estimulação cortical e possivelmente a uma estimulação do sistema de excitação reticular. O mecanismo pelo qual ele exerce seus efeitos psíquicos e comportamentais em crianças não está claramente estabelecido, nem há evidência conclusiva que demonstre como esses efeitos se relacionam com a condição do sistema nervoso central. (RITALINA® LA, 2015).

Atualmente o Metilfenidato, princípio ativo da Ritalina, é muito consumido no Brasil e no mundo. Ortega (2010) afirma que a Ritalina lidera o ranking dos estimulantes mais vendidos no Planeta, e sua produção permanece em constante crescimento.

Os Estados Unidos da América (EUA) são atualmente o maior mercado consumidor do medicamento, seguidos pelo Canadá, Inglaterra e Brasil. Com a explosão do uso da droga, as lideranças políticas dos referidos países começaram a se preocupar em razão do uso indiscriminado por pessoas consideradas saudáveis,

sem antes procurar orientação médica, situação que poderia gerar importante informação ao meio acadêmico (MILLER, 2006).

Existem inúmeras contraindicações quanto ao uso da Ritalina; uma delas é em pacientes com hipersensibilidade ao Metilfenidato ou a qualquer excipiente, podendo causar ansiedade, tensão, agitação, hipertireoidismo, distúrbios cardiovasculares preexistentes, incluindo hipertensão grave, angina, doença arterial oclusiva, insuficiência cardíaca, doença cardíaca congênita hemodinamicamente significativa, cardiomiopatias, infarto do miocárdio, arritmias, que potencialmente ameaçam a vida, além de canalopatias (distúrbios causados por disfunção dos canais iônicos) “[...] durante tratamento com inibidores de Monoamina Oxidase, ou dentro de no mínimo duas semanas de descontinuação do tratamento, devido ao risco de crises hipertensivas, glaucoma; feocromocitoma; diagnóstico ou história familiar de síndrome de Tourette.” (RITALINA® LA, 2015).

Considerando essas contraindicações típicas do medicamento, inclusive relatadas em bula, assim como pesquisas realizadas por estudiosos do assunto, somente resta fazer um alerta quanto ao uso dessa e de outras medicações sem acompanhamento médico, pois é uma atitude que pode provocar grandes prejuízos à saúde do usuário.

O medicamento Ritalina somente é autorizado para tratar pessoas com transtornos e doenças legalmente diagnosticadas, pois o Metilfenidato está incluído na convenção de substâncias psicotrópicas pela Organização das Nações Unidas (ONU) desde 1971. Seu uso abusivo pode causar dependência, podendo ser consumido apenas sob indicação médica, respeitando todos os trâmites legais (BARROS; ORTEGA, 2011).

A Ritalina adquirida de forma ilegal tem sido usada de maneira indiscriminada na sociedade, quase sempre com intuito de melhorar a atividade cognitiva, uma vez que a droga age como estimulante do sistema nervoso central. O uso “não médico” do metilfenidato para melhorar o desempenho cognitivo foi compreendido por alguns como um possível instrumento para diminuir as desigualdades sociais, enquanto, para outros, poderia contribuir para intensificar esse quadro. Os dois posicionamentos, apesar de contrários, foram baseados no mesmo argumento: o direito à igualdade de condições. (ORTEGA et al., 2010). Para os referidos autores, pessoas que fazem o uso do medicamento Ritalina para melhorar o desempenho,

muitas vezes, não se importam com o uso irracional do medicamento, considerando que o importante é o grau de conhecimento que adquirem com o uso da medicação.

3 TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (TDAH)

O TDAH atinge cerca de 3 a 7% na população brasileira, sendo que a maior parte dos diagnósticos são evidenciados em crianças e adolescentes em idade escolar. É uma síndrome caracterizada por distração, agitação, hiperatividade, desordem e esquecimento. De acordo com DSM-IV-TR (AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION, 2006), é um transtorno que possui um diagnóstico complexo, com início precoce e uma evolução crônica (ANDRADE; SCHEUER, 2004).

Apesar de a doença atingir em sua grande maioria crianças em fase escolar, pode-se fazer uma observação positiva, uma vez que em idade escolar essas crianças também têm um acompanhamento, além dos pais e/ou responsáveis, pelos professores. O professor, em especial os pedagogos, é dotado de uma percepção, fruto de sua formação acadêmica, que no grupo familiar dificilmente se encontra.

Esse fator tem feito a diferença nos diagnósticos e tratamentos médicos do TDAH. Os professores, em parceria com demais membros da equipe escolar, como orientadores, supervisores, inspetores de pátio, psicopedagogos, psicólogos e assistentes sociais (quando existirem na instituição), trocam experiências e informações, que são repassadas aos pais e, conseqüentemente, levadas ao conhecimento médico. Isso tem sido fundamental no rápido e preciso diagnóstico médico sobre o TDAH em crianças com idade escolar.

O profissional assistente social, quando faz parte da equipe pedagógica, torna-se importante ferramenta para o diagnóstico médico do TDAH. Sua formação voltada para o senso crítico-analítico lhe confere um olhar diferenciado dos demais membros da comunidade escolar. Quando em visita a domicílio, com objetivo de realizar um levantamento socioeconômico da família do aluno, o assistente social consegue colher informações que comporão um minucioso relatório para integrar a educação individualizada do aluno em questão. Isso tem um valor imensurável quando acrescentado às demais informações colhidas pelo restante da equipe. É mais uma ferramenta de auxílio para o orientador, o professor e o médico da família

quanto ao estudo do diagnóstico do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (FEITOSA, 2016).

Em 1902 os pediatras ingleses George Still e Alfred Tredgold fizeram as primeiras descrições sobre o TDAH, as quais o abordaram como “defeito” de conduta moral acompanhado por inquietação, desatenção e dificuldade em respeitar regras e limites.

Essa descrição, notoriamente vaga e infundada para os padrões atuais, analisando-se do ponto de vista científico da época, tinha expressiva relevância no diagnóstico de uma doença até então desconhecida pela classe médica. É preciso, ainda, considerar a ausência de direitos e de programas sociais assegurados em lei, como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPs), assegurado pela Lei Orgânica da Assistência Social, Lei n. 8.742 de 1993 (BRASIL, 1993).

Barkley (2008) afirma que entre os anos 1917 e 1918 houve um grande interesse nos estudos do TDAH. Essa curiosidade foi provocada após um curioso surto de encefalite em crianças na América do Norte. Os pacientes apresentavam inúmeros sintomas inerentes ao diagnóstico do referido Transtorno, incluindo desatenção e hiperatividade. Contudo esse fato não foi conclusivo e marcante para os médicos. Coincidência ou não, muitos trabalhos e pesquisas foram publicados logo após o ocorrido.

Logo mais, por volta de 1930, ainda durante a Segunda Guerra Mundial, apareceram muitos casos de traumas cerebrais, juntamente com desatenção e impaciência, rapidamente denominados lesão cerebral mínima, espécie de lesão no sistema nervoso central (ROHDE, 2004). Os sistemas classificatórios utilizados na Psiquiatria, CID-10 e DSM-I, utilizam nomenclaturas diferentes: transtorno de déficit de atenção/hiperatividade no DSM-IV e transtorno hipercinético na CID-10 (LUIZ; ROHDE, 2004).

Birman (2002) informa que, para a Psicologia, os comportamentos são vistos como uma resposta a um conflito psíquico vivido pelo sujeito que não responde somente ao neurológico, mas a uma interação de fatores psíquicos que constitui sua subjetividade, vislumbrando o indivíduo de uma maneira múltipla e não somente por aquilo que está aparente.

Dessa maneira, os sintomas são como uma “válvula de escape” que dá vazão ao excesso, expressando um transbordamento. Logo, não podemos desconsiderar a

positividade simbólica do sintoma. Tendo dito isso, pode-se questionar se o psicofármaco em discussão tem realmente a capacidade de eliminar o sintoma ou somente anestesiá-lo a parte manifestada, estando em latente busca de outra forma de apresentação (BIRMAN, 2002).

Do ponto de vista da Psiquiatria, entende-se que o sintoma passou de efeito para ser causa, de modo que adquiriu um fim em si, resultado de um pensamento circular, que ocorre ao se questionar sobre a razão de a criança se comportar de determinada maneira. O TDAH aparece como resposta, e, ao se perguntar por qual razão a criança tem o Transtorno, responde-se que é em razão do seu comportamento. Assim, qualquer questionamento se torna inviável, ainda mais que o medicamento “soluciona” as queixas, reforçando a sua elevada importância no tratamento, a sua necessária continuidade no uso e dando a impressão de ser dispensável qualquer outra medida de tratamento (BIRMAN, 2002).

Alguns estudos epidemiológicos comprovam que de 3 a 7% das crianças apresentam o referido Transtorno, acometendo mais meninos que meninas, destacando-se o sintoma da desatenção. É preciso informar que não há uma explicação definitiva para esse fenômeno; não se sabe ainda ao certo, observando apenas que o Transtorno normalmente prevalece na fase adulta do indivíduo. Contudo, o precoce diagnóstico e o tratamento podem reduzir os sintomas ainda quando criança (LOPES, 2005).

Para se obter o diagnóstico do TDAH é preciso uma série de quesitos: prestar atenção aos sintomas e comportamentos do indivíduo, à postura e linguagem corporal e aos comportamentos típicos dos pacientes portadores do TDAH. Pode-se destacar como sinais característicos do TDAH desatenção, hiperatividade e impulsividade. Esses sinais facilitam muito o diagnóstico médico.

Assim, os sintomas das crianças com TDAH são visíveis quando elas não conseguem obter concentração total e concluir tarefas e atividades, mantendo-se em constante movimento e revelando-se constantemente dispersas. Esse comportamento geralmente é percebido pelo professor da criança, que, conseqüentemente, aciona a orientação escolar e/ou o profissional psicopedagogo da instituição, que, em sua grande maioria, após conversar com os pais, faz o encaminhamento para um psicólogo; este, por sua vez, detectado um grau maior do Transtorno, acaba por encaminhar a criança, até mesmo, a um psiquiatra.

Ainda na relação professor-aluno, não raramente ocorrem casos em que o docente, de maneira subjetiva, diagnostica o aluno com TDAH como portador de Autismo, pelo fato de o aluno apresentar sinais típicos de indivíduos portadores do Transtorno do Espectro Autista (TEA).

O diagnóstico do Autismo é clínico, feito por meio de observação direta do comportamento e de entrevista com os pais e/ou responsáveis. Os sintomas costumam estar presentes antes dos três anos de idade, sendo possível fazer o diagnóstico por volta dos 18 meses de idade (JESUS, 2016).

Enfatizando algumas tipicidades do TDAH, aponta-se como características a composição de três principais sintomas: desatenção, hiperatividade e impulsividade. Diante desses sinais, surgem várias perguntas de como diferenciar uma criança “normal” de uma com TDAH. Para Caliman (2008), existem dados que respaldam a fala médica e biológica do Transtorno, com pesquisas neurológicas e das atividades cerebrais, com estudos praticados com tecnologias de imagem e análise molecular e genética.

Seguindo essa linha de raciocínio, acredita-se que, segundo a Neuropsiquiatria, é possível demonstrar o Transtorno à medida que é perceptível, biológico e retrata uma condição maligna. Para Araújo (2002), existe uma grande dificuldade na formulação do diagnóstico do TDAH, haja vista a quase inexistência de teses e exames laboratoriais para reais diagnósticos do Transtorno quanto às patologias biológicas. Essa mesma dificuldade se estende ao fato de os sintomas serem comuns à população brasileira.

Diante da dificuldade do diagnóstico, essas contradições são muito comuns para todos, pois muitos pais, no início, não acreditam que o filho apresente o Transtorno, ficando com dúvidas quanto ao comportamento diferenciado dele. Para a criança essa situação acaba se transformando em uma grande “luta” no seu interior, diante da incompreensão dos fatos, não sendo raro sofrer preconceito e julgamentos por tão pouco conhecimento das pessoas do que está acontecendo.

4 A RITALINA E A CRIANÇA COM TDAH

Atualmente a Ritalina tem sido um medicamento de primeira escolha no tratamento de TDAH, sendo indicado por médicos e reconhecido por inúmeros profissionais como o único medicamento com comprovada eficácia para o

tratamento supracitado. É preciso que se enfatize a existência de uma preocupação muito grande dos pais e cuidadores sobre o uso dessa droga. Tal preocupação é coerente pelo fato de a droga apresentar riscos de dependência, assim como considerando os riscos causados em razão dos efeitos colaterais que apresenta. Tal risco fica explicitado em virtude do controle especial da Anvisa, e pelo medicamento ter sido incluído pela ONU na convenção de substâncias psicotrópicas desde 1971 (BARROS; ORTEGA, 2011).

O Metilfenidato (Ritalina) é classificado como membro da família das anfetaminas, aqueles medicamentos que agem no sistema nervoso central (SNC), cujos efeitos colaterais podem gerar alterações no comportamento e mudança de humor e na cognição. Outra característica é a grande propriedade reforçadora, o que gera, em muitos casos, a autoadministração, uso não aprovado pela Medicina (OMS, 1981).

Em crianças os principais sintomas do TDAH são a falta de atenção, a impulsão e a hiperatividade. Há muito tempo as queixas de hiperatividade e impulsividade expostas pelos pais e professores já levavam ao diagnóstico de TDAH, tanto por profissionais quanto por leigos no assunto. Esse transtorno evidencia-se mais em crianças do sexo masculino (SOUZA et al., 2007). A falta de atenção e a desorganização estão diretamente ligadas à vida escolar da criança, que tem seu processo de alfabetização comprometido, em especial na área de exatas, por exemplo, na matemática (AMORIM, 2012).

O fato de o Transtorno atingir principalmente crianças do sexo masculino deixa uma brecha para possíveis questionamentos. É sabido que o sexo masculino apresenta por natureza biológica comportamentos mais enérgicos, motivo de reclamação de pais e professores. Uma postura que, quando em sala de aula, provoca a observação da disparidade de comportamento entre meninos e meninas. Considerando que uma das mais importantes características da criança portadora do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade é desatenção, uma consequência quase sempre do indivíduo agitado, certamente se poderia afirmar aqui o fato de ter mais meninos que meninas portadoras desse distúrbio.

Heinrich Hoffman, médico alemão autor de inúmeros poemas sobre doenças infantis, escreveu em meados da década de 1960 uma poesia que viria a ser uma das primeiras referências sobre o TDAH em crianças, vindo posteriormente George

Still e Alfred Tredgold a realizarem os primeiros estudos científicos, já com base clínica no comportamento de crianças (RUSSELL; BARKLEY, 2006).

Estudos realizados pelo Centro de Controle de Prevenção de Doenças dos Estados Unidos da América em 2007 revelaram que aproximadamente 9,5% das crianças norte-americanas que participaram do estudo tinham o TDAH, e, confirmando a pesquisa de Hoffman, existem 4-10 meninos para uma menina com o Transtorno. Andrade e Scheuer (2004) relatam que estudos comprovaram que mais ou menos 3,6% das crianças tiveram que parar o tratamento em razão dos efeitos colaterais, como insônia, perda de apetite, irritabilidade e cefaleia.

O efeito mais marcante do uso da Ritalina, tornando-a mais conhecida, chama-se “efeito zumbi”. Segundo o neuropediatra Marcelo Gomes e o psiquiatra Dr. Paulo Mattos, o medicamento serve para diminuir a agitação, o que acaba facilitando os períodos na escola, proporcionando uma qualidade de vida para a criança (VARELLA, 2003). Equivocadamente muitos médicos prescrevem outros medicamentos antes de iniciar o tratamento com o Metilfenidato (Ritalina). Essa ação tem provocado o retardamento do início do tratamento, indo de encontro ao que a Associação Americana de Psiquiatria da Infância e Adolescência (ABDA) indica quanto ao uso desse medicamento ao tratamento do TDAH (BALLONE, 2005).

O diagnóstico precoce do TDAH, assim como as demais patologias, é mais um fator positivo no combate desse Transtorno. Vê-se que apesar de muitos profissionais indicarem a Ritalina já de imediato, ainda existem profissionais que procuram em outras substâncias resultados iguais ou melhores para o tratamento do TDAH. Essa é uma postura legalmente aceita na classe médica, ainda que essa forma de tratamento exponha o paciente a um grau maior de riscos, o que certamente também aumenta os efeitos colaterais. A Ritalina tem um efeito médio de ação por quatro a cinco horas no organismo, devendo persistir no tratamento enquanto apresentar sintomas evidentes. Essa droga diminui em até 70% os principais sintomas do TDAH (DESIDERIO, 2007).

As principais reações adversas são observadas nas alterações do apetite, alterações do sono, náuseas, vômitos, dor epigástrica, cólicas abdominais, cefaleia, labilidade de humor, irritabilidade, tristeza, choro fácil e taquicardia. Esses efeitos adversos podem ser controlados conforme a dose e frequência. Esses efeitos

atingem em média 4% dos pacientes usuários da Ritalina (BALLONE, 2005).

Ao contrário do que alguns profissionais afirmam, existem outros fármacos para o tratamento do Transtorno, como a Carbamazepina. Uma substância muito indicada por médicos também para o tratamento do TDAH, afirmando-se que diante dos demais existentes no mercado é a que tem mais eficácia, podendo inclusive se igualar ao Metilfenidato. Outros fármacos, como os benzodiazepínicos, o propranolol e o carbonato de lítio, não mostram eficácia clinicamente ao tratamento do TDAH. Vale ressaltar que o tratamento deve ser feito o mais precocemente possível, potencializando os efeitos positivos do tratamento (BALLONE, 2005).

Eizirik (2001), em seus estudos realizados em forma de pesquisa em ambulatório com crianças em fase escolar, observou as crianças com o TDAH durante um determinado período chamado pela classe médica de “feriado terapêutico”, tempo em que o paciente não faz uso do medicamento, normalmente estabelecido nos finais de semana e/ou férias escolares. Baseada nesse estudo, chegou a uma conclusão clínica a seu favor, apesar de não ter uma comprovação certa dos seus benefícios.

Observa-se que até mesmo a pesquisadora tem dúvidas quanto ao uso desse fármaco. Mesmo diante da ênfase do uso da Ritalina como única fonte de tratamento do TDAH, profissionais da área médica como Eizirik continuam a realizar pesquisas envolvendo a Ritalina como droga no combate ao TDAH. Com relatado, Eizirik (2001) teve como objetivo avaliar a pausa do medicamento em finais de semana em crianças usuárias desse fármaco diagnosticadas com TDAH, obtendo como resultado uma piora na sintomatologia, acreditando que com a pausa ocorreria melhor controle dos efeitos adversos do fármaco. Com apenas essa medicação não é o bastante para se obter um resultado imediato para o paciente. Assim, faz-se necessário unir as forças: medicação em conjunto com o cuidado da família, da escola e acompanhamento psicológico, todos com um objetivo em comum, a busca pela melhora do paciente.

Venâncio (2015) destaca muito bem as intervenções não farmacológicas que devem ser incluídas ao tratamento do TDAH, e nelas mostra a união da força entre a família, a escola e o psicólogo. Pode-se destacar que o treinamento de comportamento para os pais serve como um manual de ajuda para orientar quanto ao comportamento da criança sem gerar consequências punitivas; intervenções

psicossociais visam ajudar as crianças e suas famílias com terapias psicológicas e sociais, como psicoeducacional, aconselhamento dos pais e treinamento de habilidades sociais; intervenções de comportamento em forma de manual que ajuda a utilizar recompensas e não consequências punitivas; intervenções como base na escola, em que os professores são os principais mediadores e ocorrem na sala de aula.

O apoio da família e da escola é muito importante para as crianças que apresentam esse tipo de transtorno. É no ambiente escolar que, normalmente, inicia-se a descoberta do TDAH em crianças, mesmo ambiente onde também são vítimas de discriminação dos coleguinhas, exigindo da equipe escolar uma atenção especial (DESIDERIO, 2007).

Características de cunho negativo são observadas em crianças portadoras do TDAH. Por volta dos seis a 11 anos a criança com o Transtorno apresenta baixa autoestima, comportamentos distorcidos e problemas da ordem social. Com a chegada da adolescência, por volta dos 12 anos, ambos os sexos podem apresentar comportamento subversivo às normas da instituição de ensino, gerando dificuldades no aprendizado e podendo culminar até na sua expulsão da escola (DESIDERIO, 2007).

Toda essa situação acaba por sobrecarregar o professor. A gravidade se intensifica quando não há na instituição de ensino profissionais especializados, como orientadores, psicólogos e assistentes sociais. Segundo Bordin e Offord (2000), em consequência dos distúrbios de comportamentos apresentados na escola e na família, torna-se difícil o relacionamento da criança, o que gera, em alguns casos, a depressão. Tais distúrbios comportamentais podem provocar graves consequências no meio social e no ambiente escolar, como brigas, mentiras, “matar” aula e até crimes tipificados em lei. O uso de drogas, normalmente o álcool, é outro fator observado em consonância a esse tipo de postura apresentado pela criança.

Detectado esse distúrbio comportamental no ambiente escolar, inicialmente cercados de dúvidas quanto à existência ou não de uma patologia, pais e professores têm buscado respostas, perguntando-se se o mau comportamento é em razão da falta de educação. Assim, tanto os pais quanto os professores e os profissionais de saúde procuram por explicações e maneiras de lidar com os

desafios representados pelos comportamentos infantis considerados anormais (BRZOZOWSKI; CAPONI, 2009).

Para Faro e Abreu (2010), m trabalho interdisciplinar entre a neurociência e os analistas do comportamento pode favorecer intervenções clínicas construindo novos padrões de atenção, autocontrole e engajamento em atividades de alto custo, favorecendo a adaptação do sujeito com diagnóstico de TDAH em seu ambiente social, escolar e familiar.

O comportamento de indisciplina em alunos tem sido motivo de muita preocupação dos professores brasileiros. Parte deles acredita que isso está relacionado ao déficit quando não a problemas de cunho familiar. O isolamento e a dificuldade em se comunicar são fatos que chamam a atenção de pais e professores, situação que a maioria dos pais não sabe como enfrentar. Sobre tal situação, Pinheiro et al. (2017) afirmam que ao chegar à escola, a criança integra-se aos deveres e às atividades educativas sobre cobranças impostas pelo sistema educacional.

Leonardo (2016) realizou uma pesquisa com 10 professores de três escolas públicas de uma cidade do Estado do Paraná que ministram aulas para alunos com TDAH e usuários da Ritalina. Em relatos eles explicam a dificuldade em conversar com seus alunos, diferenciando-os em dois grupos: agressivo e amoroso. O primeiro grupo apresenta indivíduos altamente agitados, que não conseguem ficar parados na carteira, passeiam pela escola gerando a indisciplina. O segundo grupo é composto por alunos amorosos, mas que também apresentam distúrbios inerentes ao TDAH, como desatenção e dispersão, dificultando a conclusão das atividades escolares.

Há uma grande dificuldade dos professores com esses alunos; a principal queixa dos docentes fica por conta da desatenção deles. A frequência desses acontecimentos e o encaminhamento para a orientação escolar motivam os professores a chamarem os pais para uma conversa acerca do problema, objetivando o encaminhamento médico dessa criança. No entanto, vale lembrar que quando a aprendizagem é significativa, o discente consegue colocar em prática os conhecimentos, e é possível abordar o mesmo tema em situações adversas (PINHEIRO; BATISTA, 2018).

No sistema de educação brasileiro não é incomum a presença de professores em sala de aula diagnosticando de maneira intuitiva os estudantes que apresentam padrões de comportamentos que perpassam o TDAH. Essas crianças são fonte de medo e insegurança para os educadores por estes não terem uma ampla visão de desenvolvimento ou de estratégias pedagógicas que favoreçam a aprendizagem daqueles que se mostram diferentes ou que desafiam uma rotina escolar (FARO; ABREU, 2010).

Dessa forma, os professores tentam buscar alternativas que possam ser usadas no âmbito escolar, tentando solucionar os problemas de distúrbios comportamentais. Uma das opções é encaminhar ao médico para diagnosticar e ajudar a criança. Diagnosticado o TDAH, o médico se volta para os psicotrópicos como medicação no combate ao distúrbio, em especial à Ritalina. Após início do uso da referida droga, nota-se considerável melhora no comportamento em ambiente escolar (LEONARDO; SUZUKI, 2016).

Isso vem a corroborar com a tese de que a Ritalina realmente tem efeitos positivos no tratamento do TDAH. Em uma pesquisa qualitativa realizada com dez professores de três escolas públicas de uma cidade do Estado do Paraná realizada por Leonardo e Suzuki (2016) mostrou por meio dos relatos dos participantes que seus alunos que faziam uso de Ritalina tiveram grande melhora. Os professores participantes do referido estudo observaram que o aluno quando tomava o Metilfenidato conseguia se concentrar mais e realizar as tarefas com menos distração.

O final do século XIX foi marcado por grandes mudanças na sociedade. O seio familiar foi, sem dúvidas, o auge dessas transformações. O modelo familiar patriarcal do século XIX é agora substituído, em sua grande maioria, por famílias monoparentais. A explicação disso está intrinsecamente ligada ao novo modelo econômico e social vigente no País, assim como leis que asseguram a igualdade dos sexos. Outro fator preponderante inclui o modelo econômico do Brasil e suas inúmeras crises, com destaque para a que está acontecendo atualmente.

Feitosa (2016) relata que, em nível de Brasil, professores do ensino fundamental têm perdido em média 31% do seu tempo em sala de aula com o problema da indisciplina escolar. O referido autor constatou mediante pesquisa realizada no primeiro trimestre de 2016, bem como por meio do projeto de ação

combatendo a indisciplina no ambiente escolar, realizado na Escola Estadual de Ensino Fundamental Maria do Carmo de Oliveira Rabelo localizada no Município de Rolim de Moura, RO, que o problema não está relacionado apenas a um quesito em particular.

Trata-se de uma soma de fatores que vêm a provocar esse distúrbio comportamental: aulas mal planejadas, ambiente inadequado, ausência de atividades extracurriculares, falta de preparação e capacitação dos docentes, equipe escolar desmotivada e/ou incompleta. Entre todos esses fatores, existe um que o professor e pesquisador aponta como sendo o “pivô” da situação: alunos filhos de famílias monoparentais.

Futuras pesquisas que envolvam as relações entre os comportamentos, as práticas educativas, o universo midiático e os arranjos familiares que mantêm os clássicos padrões de comportamentos característicos do TDAH podem enriquecer sobremaneira a compreensão das influências de determinadas contingências comportamentais e metacontingências presentes na história e manutenção do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (FARO; ABREU, 2010).

Desde a década de 1950, segundo Silva et al. (2012), ocorreram avanços na área da Psicologia e da Neurologia que possibilitaram um tratamento de sofrimento psíquico com a utilização de psicotrópicos. O diagnóstico do TDAH tem certa frequência no uso da Ritalina quando o tratamento é realizado em crianças.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta pesquisa buscou-se analisar o dia a dia da criança com TDAH durante o tratamento, com o intuito de melhorar a sua condição de vida, assim como a sua integração em sociedade durante o tratamento e no pós-tratamento medicamentoso na manipulação do Metilfenidato, mais conhecido no Brasil como Ritalina. Assim, a presente pesquisa poderá contribuir para o desenvolvimento do senso crítico da visão acadêmica por meio do aprofundamento da temática em discussão.

No decorrer deste trabalho foram analisados inúmeros estudos, todos com grande importância acerca do tema. Pode-se afirmar que até o momento se está diante de uma discussão inconclusa. A dúvida continua a permear a classe médica quanto à existência ou não de prejuízos no crescimento dos pacientes usuários do Metilfenidato.

Neste trabalho foram analisadas diversas opiniões sobre o TDAH em crianças, e se pôde analisar o quão importante é a parceria entre a família e a equipe escolar nesse contexto. Boa parte das crianças sofre quando se concretiza o diagnóstico do TDAH, bem como com as atuais formas de tratamento.

A discriminação tem sido o principal agente perturbador da criança com TDAH, uma situação que surpreendentemente tem início geralmente no próprio seio familiar, carecendo de atenção e de cuidados especiais, o que nem sempre acontece. Por ignorância das formas de tratamento e despreparo psicológico, os pais têm perdido a paciência diante da complexidade do tratamento do distúrbio. As trocas de inúmeros medicamentos no combate ao TDAH, objetivando a melhor escolha (Metilfenidato), somente contribuem para o agravamento da situação. Existe, ainda, o medo da dependência da droga, agravado por se tratar de uma criança, um ser frágil e em pleno processo de formação.

A existência de boatos sobre essa droga deixa incertezas em meio a profissionais da área e pesquisadores, e principalmente em pais e professores. Após realizada a análise dos trabalhos de diversos pesquisadores, entende-se que há um intenso debate sobre o uso da Ritalina. O embate também é uma realidade na classe médica, sendo unânime em apenas um quesito, o uso irracional da medicação em pessoas saudáveis, vislumbrando potencializar o desempenho nos estudos.

O estudo não se esgota por meio desses achados; ele se torna apenas sinalizador no planejamento do uso racional dos psicofármacos. Entende-se, por fim, que é possível ter melhor entendimento do cotidiano de crianças que fazem uso do Metilfenidato e como ele influencia na sua vida social.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, E. R.; SCHEUER, C. Análise da eficácia do metilfenidato usando a versão abreviada do questionário de Connors em transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v. 62, n. 1, p. 81-85, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/anp/v62n1/a14v62n1.pdf>>. Acesso em: 02 fev. 2016.

ANVISA. **Cópia de listas_bases_portaria_344_98_UPROC - completa (2).xls**. 2006. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/medicamentos/dcb/2006/344_98/a3.pdf>. Acesso em: 15 maio 2016.

ARAÚJO, A. P. Avaliação e manejo da criança com dificuldade escolar e distúrbio de atenção. **Jornal de Pediatria**, v. 78, n. 1, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v78n7a13.pdf>>. Acesso em: 23 maio 2016.

BARROS, D.; ORTEGA, F. Metilfenidato e aprimoramento cognitivo farmacológico: representações sociais de universitários. **Saudesoc.** v. 20, n. 2, p. 350-362, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n2/08.pdf>>. Acesso em: 25 abr. 2015.

BRZOZOWSKI, F. S.; DIEHL, E. E. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: o diagnóstico pode ser terapêutico? **Psicol. estud.**, v.18, n. 4, p. 657-665, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v18n4/08.pdf>>. Acesso em: 08 abr. 2015.

BRZOZOWSKI, F. S.; CAPONI, S. Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade: classificação e classificados. **Physis-Revista de Saúde Coletiva**, v. 19, n. 4, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v19n4/v19n4a14.pdf>>. Acesso em: 21 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei n. 8.742, de 07 de dezembro de 1993. Lei Orgânica da Assistência Social.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8742compilado.htm>. Acesso em: 01 maio 2016.

DAMIANI, D.; DAMIANI, D.; CASELLA, E. Hiperatividade e déficit de atenção: o tratamento prejudica o crescimento estatural? **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabolismo**, v. 54, n. 3, p. 262-268, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v54n3/v54n3a03.pdf>>. Acesso em: 17 jan. 2017.

FEITOSA, G. A. **Indisciplina no Ambiente Escolar.** Rolim de Moura 2016.

LEONARDO, N. S. T.; SUZUKI, M. A. Medicalização dos problemas de comportamento na escola: perspectivas de professores. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 28, n. 1, p. 46-54, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/fractal/v28n1/1984-0292-fractal-28-1-0046.pdf>>. Acesso em 02 fev. 2017.

ORTEGA, F. et al. A Ritalina no Brasil: produções, discursos e práticas. **Interface.**, v.14, n. 34, p. 499-512, 2010. <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010005000003>>. Acesso em: 17 maio 2015.

PINHEIRO, M. N.; BATISTA, E. C. O aluno no centro da aprendizagem: uma discussão a partir de Carl Rogers. **Psicologia & Saberes**, v. 7, n. 8, p. 70-85, 2018. Disponível em: <<http://revistas.cesmac.edu.br/index.php/psicologia/article/view/770>>. Acesso em: 23 jan. 2018.

PINHEIRO, M. N. et al. Identificação e compreensão de sintomas depressivos na infância em contexto escolar: desafios contemporâneos do educador. **Revista Pedagógica**, v. 19, n. 40, p. 155-171, 2017. Disponível em:

<<http://bell.unochapeco.edu.br/revistas/index.php/pedagogica/article/view/3748>>. Acesso em: 24 jan. 2017.

SOUZA, I. G. et al. Dificuldades no diagnóstico de TDAH em crianças. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 56, n. 1, p. 14-18, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v56s1/a04v56s1.pdf>>. Acesso em: 07 jun. 2016.

RITALINA® **LA.: Comprimidos**. Responsável técnico Flavia Regina Pegorer. Recro

ROHDE, L. A.; HALPERN, R. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualização. **Jornal de Pediatria**, v. 80, n. 2, p. 61-70, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n2s0/v80n2Sa08.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2016.

SILVA, A. C. P. et al. A explosão do consumo de Ritalina. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 11, n. 2, p. 44-57, 2012. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/127245>>. Acesso em: 23 jan. 2016.

RUSSELL, A. et al. **Transtorno de déficit de Atenção/ Hiperatividade: manual para diagnóstico e tratamento**. 3. ed. São Paulo: Artmed, 2006.

VARELLA, D. **Dependência Química: o uso da Ritalina contra inquietação na vida escolar**. Mar. 2003. Disponível em: <<http://drauziovarella.com.br/dependencia-quimica/ritalina-contra-a-inquietacao-na-vida-escolar/>>. Acesso em: 10 jun. 2016.