

Universidade Estadual de Campinas
Faculdade de Educação
Izabel Penteado Dias da Silva



1290004664



FE

TCC/UNICAMP Si38e

**A escola e a criança com TDAH
(Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade)**

Campinas
2009

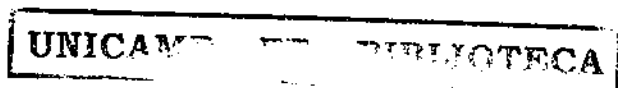
UNICAMP BIBLIOTECA

Izabel Penteado Dias da Silva

**A escola e a criança com TDAH
(Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade)**

Trabalho apresentado para a
Universidade Estadual de Campinas,
como parte dos requisitos para a
conclusão do curso de pedagogia, sob a
orientação da Profª. Drª Orly Z.
Mantovani.

Campinas
2009



UNIDADE:	FE
Nº CHAMADA	71 Unicamp
	SA 38e
V:	EX:
Tombo:	4664
PROC.:	134/10
C:	D: X
PREÇO:	11,00
DATA:	09/04/10
CÓD TÍTULO:	474641

**Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca
da Faculdade de Educação/UNICAMP**

Bibliotecária: Rosemary Passos – CRB-8ª/5751

SI38e

Silva, Izabel Penteado Dias da

A escola e a criança com TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade / Izabel Penteado Dias da Silva. -- Campinas, SP : [s.n.], 2009.

Orientador : Orly Zucatto Mantovani de Assis.

Trabalho de conclusão de curso (graduação) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação.

1. Hiperatividade. 2. Escolas. 3. Transtorno de hiperatividade e falta de atenção. 4. Patologia. 5. Ensino. I. Assis, Orly Zucatto Mantovani de. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Educação. III. Título.

09-348-BFE

Agradecimentos

À Profª. Drª Orly Z. Mantovani, por ser a orientadora deste trabalho, tornando possível a realização do mesmo. Suas opiniões e leituras foram de grande importância para o encaminhamento do texto, auxiliando na elaboração e conclusão do projeto.

À Profª. Rosely Palermo Brenelli, por gentilmente aceitar ser a segunda leitora deste trabalho.

À minha família, por sempre me apoiar em minhas decisões e por dar motivações em momentos de dúvidas sobre a graduação escolhida. E a todos os amigos pelas palavras de motivação e energia positiva, que me auxiliaram durante a pesquisa e elaboração deste trabalho.

A todas as pessoas que estiveram ao meu lado durante este período da minha vida, durante momentos de intenso aprendizado e exploração de novos conhecimentos.

Aos funcionários da Faculdade de Educação, que foram muito prestativos e dispostos a ajudar, durante toda minha estada nesta faculdade.

À Deus – a força maior do Universo – por me dar forças para concluir esta graduação, por estar presente em minha vida e iluminar os pensamentos para o término deste projeto.

“A educação é a estratégia mais importante para levar o indivíduo a estar em paz consigo mesmo e com o seu entorno social, cultural e natural e a se localizar em uma realidade cósmica. Isso significa atingirmos o estado de paz total”

(Ubiratan D’Ambrosio)

Resumo

Este estudo teve como objetivo verificar na literatura existente sobre o Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade, o que os autores dizem a respeito da questão destas crianças na escola e como sugerem que seja a posição do professor. O tema foi selecionado por estar cada vez mais presente nas escolas do Brasil e do mundo, a partir de uma popularização do termo “hiperatividade”. Dentro de um embasamento teórico são discutidos diferentes aspectos da questão da criança com TDAH na escola, assim como as diferentes definições do transtorno dadas pelos variados autores. São discutidas diferentes problemáticas, como o TDAH ao longo da vida, a questão da patologização do ensino, assim como a dualidade entre dificuldades de aprendizagem e problemas de ensino. A pesquisa tem um caráter de pesquisa bibliográfica, de forma que coloca visões de diferentes autores sobre o mesmo tema, para que possa ser feita uma leitura crítica sobre a literatura existente do assunto. Desta maneira, a partir da leitura de documentos provenientes de variadas fontes, esta pesquisa estabeleceu relações entre a postura do professor e o aluno hiperativo, desatento e impulsivo; salientando a importância do conhecimento docente sobre o transtorno, para se ter um olhar crítico sob a patologização do ensino, de forma que possa avaliar seu trabalho e manejar melhor situações diferenciadas em sua sala de aula.

Palavras-chave: Hiperatividade; escola; TDAH; fracasso escolar; impulsividade; desatenção; patologização; ensino.

Sumário

1 – Introdução.....	página 08
1.1 – Justificativa	
1.2 – Objetivos da Pesquisa	
- Objetivos gerais	
- Objetivos específicos	
1.3 – Metodologia	
2 – Definições de TDAH.....	página 13
2.1 – O TDAH como doença	
2.2 – O TDAH como mito	
2.3 – O olhar crítico	
3 – TDAH e fases da vida.....	página 22
3.1 – Primeira infância	
3.2 – Idade escolar	
3.3 – Adolescência e fase adulta	
4 – A patologização do ensino.....	página 31
4.1 – O uso de medicamentos na escola	
5 – Problemas de aprendizagem X problemas de ensino.....	página 42
6 – Considerações finais	página 52
7 – Bibliografia	página 60
7.1 – Referências	
7.2 – Bibliografias consultadas	
8 – Anexos	página 67

Lista de figuras

Figura 1: Córtex Pré-frontal	página 23
Figura 2: Esquema do TDAH durante a vida	página 24
Figura 3: Farmácia: “Especial de volta as aulas: Ritalina	página 27
Figura 4: Caixa do remédio	página 37
Figura 5: Calvin e Ritalina	página 40

Lista de tabelas

Tabela 1: Características de subtipos **página 16**

Tabela 2: Distribuição das opiniões por categorias..... **página 47**

1 – Introdução

Para a realização de um Trabalho de Conclusão de Curso, foi escolhido um tema que se apresenta com muita frequência nas escolas do Brasil e do mundo. Este projeto procura fazer uma abordagem geral sobre o Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade, assim como colocar questões a respeito dos tratamentos, da interferência do mesmo ao longo da vida e, acima de tudo, focar nas relações que se estabelecem entre o professor e a criança na escola. Ressaltando a importância da distinção entre o problema de aprendizagem e possíveis problemas no ensino, assim como o preocupante aumento de crianças medicalizadas e a crescente patologização do ensino.

1.1 - Justificativa

O tema principal deste projeto de pesquisa é a relação entre a instituição educacional e crianças com Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) na fase escolar. Este tema foi escolhido pelo fato do mesmo estar muito presente nas escolas brasileiras (estudos apontam que cerca de 3 a 5% da população apresenta tal doença), com diversas crianças que são suspeitas de apresentarem este distúrbio e normalmente os professores não terem o conhecimento sobre ele.

Atualmente existe uma popularização do termo “hiperatividade” e com isso uma grande parcela de crianças acaba sendo rotulada erroneamente pelos professores e até por seus pais, quando dizem que este transtorno é a causa de problemas da aprendizagem de tais crianças. Na verdade em alguns casos as crianças apresentam dificuldades por conta dos problemas no ensino, porém em outros, as crianças realmente têm uma doença de caráter neurológico que pode acarretar em dificuldades de aprendizagem. Desta forma, os professores não distinguem comportamentos inapropriados dentro da escola (como a falta de vontade, a preguiça, a má-educação, a indolência) de um comportamento que é causado por problemas de metodologia e didática ou mesmo proveniente de um mau funcionamento das funções executivas, ou seja, de problemas orgânicos.

Algo que deve ser destacado nesta introdução do projeto, diz respeito à falta de teses e pesquisas na área de educação sobre este Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade. Um exemplo disso, é que na própria Universidade Estadual de Campinas existem muito mais teses sobre o Transtorno realizadas na Faculdade de Ciências Médicas, do que na Faculdade de Educação.

Está certo dizer que este transtorno requer um estudo aprofundado sobre aspectos cerebrais, mas as interferências do mesmo na escola, a crescente popularização do transtorno e a incidência de crianças diagnosticadas que são alvos de grandes reclamações por parte dos educadores é preocupante, e não deve ser ignorada.

A mais relevante questão para este projeto é justamente sobre a situação, na escola, de crianças que possuem TDAH. Da mesma forma, existe uma abrangência do tema, colocando outros aspectos que envolvem o transtorno, como o aumento do uso de medicamentos por crianças cada vez mais jovens e a interferência do espaço clínico no ambiente escolar.

Além destes aspectos, existe uma preocupação em pesquisar na literatura o que é dito sobre a relação dos professores com os alunos que apresentam TDAH; na forma como eles devem ter um aprofundamento do assunto - para poderem identificar se realmente o problema está na aprendizagem ou na ensinagem.

Como deve ser a posição de professores em relação às crianças com o Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade? Como um olhar crítico do profissional de educação pode contribuir para o distanciamento do ambiente escolar com o espaço clínico? Como os Distúrbios de Aprendizagem podem ser forma de mascarar problemas no ensino brasileiro? São algumas questões que serão respondidas por esta pesquisa.

1.2 - Objetivos

Objetivos gerais

Pretende-se verificar na literatura sobre o Transtorno de Déficit de Atenção, o que os autores dizem a respeito da questão destas crianças na escola e como sugerem que seja a posição do professor. Será observado na literatura o desenvolvimento de crianças com TDAH na fase escolar, e também o quanto o (des)conhecimento dos professores sobre o transtorno podem interferir negativamente/positivamente no desempenho acadêmico destes alunos.

O embasamento teórico e a leitura de artigos e notícias atuais possibilitam um olhar crítico a respeito da popularização do termo “hiperatividade”, uma crítica sobre o aumento de crianças medicadas e uma reflexão sobre os problemas educacionais no país. Além disso, este projeto busca tornar o problema de crianças com “distúrbios de aprendizagem” mais explícito e se possível construir hipóteses que contribuam para transformações do sistema educacional brasileiro, para que exista um afastamento do espaço escolar com o espaço clínico.

Desta maneira, a partir da leitura de documentos provenientes de variadas fontes, esta pesquisa visa estabelecer relações entre a postura do professor e o aluno hiperativo, desatento e impulsivo; com o objetivo de salientar a importância do conhecimento docente para manejar melhor situações diferenciadas em sua sala de aula e poder fazer uma reflexão a respeito de suas práticas de ensino.

Objetivos específicos

- Descrever as características do Transtorno em diferentes fases da vida, enfatizando a fase escolar;
- Colocar em debate as diferentes definições de TDAH;
- Investigar a importância da escola se auto-analisar, para que exista uma diferenciação entre problemas de aprendizagem com problemas de ensino;
- Refletir sobre as mudanças necessárias na escola para auxiliar no tratamento do TDAH;
- Desenvolver uma análise crítica em relação aos estudos previamente realizados, com o intuito de trazer novas contribuições.

1.3 - Metodologia

A investigação científica depende de muitos fatores para que possam ser alcançados os objetivos da mesma, o fator principal são os procedimentos utilizados, ou seja, a linha de raciocínio selecionada para ser seguida ao longo do processo de pesquisa. Desta forma, o método escolhido para a investigação poderá facilitar e contribuir de maneira positiva para o desenvolvimento do trabalho.

Para este Trabalho de Conclusão de Curso, foram consultados materiais de diferentes fontes, como artigos de jornal, internet, livros, entrevista, teses, ensaios, entre outros. Como mencionado anteriormente, existe neste projeto um enfoque maior em crianças com TDAH e suas relações na escola, assim os materiais mais utilizados discutem acerca destas temáticas. Além disso, a seleção dos materiais buscou incluir textos de autores com diferentes pontos de vista a respeito do Transtorno.

Júnior (1995, p.100) afirma que “a pesquisa bibliográfica é a atividade de localização e consulta de fontes diversas de informação escrita, para coletar dados gerais ou específicos a respeito de determinado tema”. Este projeto envolve levantamento bibliográfico e após esta coleta de informações, uma análise de dados e possível esclarecimento acerca das relações do TDAH na escola. Desta forma, tal pesquisa assume, em geral, a forma de Pesquisa Bibliográfica.

Foram lidos diversos livros de diferentes autores, por isso nenhum teve importância maior que os outros, pois todos contribuíram de maneira significativa para este projeto. As teses utilizadas foram de mestrado, doutorado e livre-docência, trazendo dados, informações e reflexões muito ricas a respeito desta temática.

Em relação aos artigos de internet, existe uma vasta quantidade de web sites sobre o assunto, portanto a seleção os artigos foi lenta e trabalhosa, por fim foi possível escolher artigos de fontes mais seguras e com maior credibilidade. Existem algumas informações colhidas em programa de televisão e algumas em congressos e palestras.

Como pode ser percebido, foram utilizados para esta revisão bibliográfica dados predominantemente primários e secundários. Como exemplo de trabalhos de fonte primária - que são os que contêm trabalhos originais que trazem um novo conhecimento, original, trabalho este publicado pela primeira vez pelos próprios autores - temos as monografias, teses universitárias, livros, artigos em revistas científicas, entre outros. Já os documentos de fontes secundárias, que são trabalhos não-originais e que basicamente citam, revisam e interpretam trabalhos originais, temos os artigos, livros-textos e artigos de divulgação.

Pretende-se, ao longo da pesquisa, verificar na literatura sobre o Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade, o que os autores dizem a respeito da questão destas crianças na escola e como sugerem que seja a posição do professor. Desta forma, a pesquisa deste projeto será qualitativa, por buscar compreender profundamente o fenômeno do TDAH no contexto escolar, fenômeno este que causa impacto nos indivíduos e deve ser analisado de forma densa, e não somente através do uso de análises estatísticas e reduzida a símbolos numéricos.

Pela compreensão dos autores Bogdan e Biklen a respeito da pesquisa qualitativa,

A abordagem da investigação qualitativa exige que o mundo seja examinado com a idéia de que nada é trivial, que tudo tem potencial para constituir uma pista que nos permita estabelecer uma compreensão mais esclarecedora do nosso objeto de estudo. (1999, p.49)

Para estes autores, as estratégias que melhor podem ser utilizadas para a investigação qualitativa são aquelas que buscam a profundidade, de maneira que o envolvimento do pesquisador se dê de forma não-superficial. Assim, para a realização deste projeto foram feitas leituras sobre o assunto por mais de um ano e meio e participações em Congressos e palestras sobre o tema.

Como técnica para a pesquisa bibliográfica, foram selecionados livros, artigos, ensaios, etc, de acordo com sua relevância no tema como um todo e nos diferentes capítulos que seguem. A partir de um levantamento bibliográfico, foram selecionados aqueles de diferentes autores, proporcionando um olhar sobre variados pontos de vista; também foram selecionadas bibliografias de diferentes épocas, algumas mais antigas e outras bem atuais; assim com um olhar crítico sobre textos diversos, pode-se chegar a conclusões significativas e sustentáveis cientificamente. Assim, a análise final irá procurar articular a vasta teoria existente relacionada ao assunto, abrindo portas para outras futuras pesquisas e debates acerca deste importante e atual tema que se encontra presente no ambiente escolar.

2 - Definições de TDAH

Existem formas tão variadas de se olhar o Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade, que alguns autores discordam até da real existência e legitimidade deste transtorno. Os autores discordam em variados pontos, desde as primeiras menções a respeito do mesmo há décadas atrás, passando pelos critérios de diagnóstico, chegando às formas de tratamento.

Enquanto alguns autores enfatizam a não-existência do transtorno, outros o vêem como uma doença delicada e contemporânea, o que coloca muitas dúvidas. Enfim, qual linha de raciocínio seguir? Qual definição é mais precisa? Será o TDAH um mito ou uma verdadeira doença que está cada vez mais presente nas escolas brasileiras e ao redor do mundo? Quais as conseqüências para as crianças diagnosticadas, da linha de raciocínio escolhida pelos pais?

Como forma de chegar a uma resposta, foi necessária a leitura de materiais escritos por autores com pontos de vista opostos, observá-los de forma a identificar de onde eles falam e fazer uma análise crítica sobre todo o conjunto. Esta tarefa não se dá de forma natural, uma vez que nós estamos acostumados a escolher aquilo que julgamos melhor, quando na verdade precisamos fazer um distanciamento de tudo para poder observar da forma mais neutra possível.

A literatura que trata a respeito dos aspectos envolvidos no TDAH – formas de diagnóstico, intervenção e tratamentos – é vasta e baseada em diferentes concepções, que em grande parte são divergentes entre si. Por isso, ao invés de se complementarem, elas acabam se chocando e se repelindo, colocando dúvidas no leitor leigo ao assunto.

Deste modo, Mabel Condemarín destaca que

A definição com que se trabalha não é um tema irrelevante, pois determinará se uma criança será ou não considerada portadora do quadro, assim como o modo como ela deve ser tratada e o tipo de intervenção que será considerado o mais adequado. (2006, p. 19)

Portanto, vê-se a importância em ter o conhecimento sobre diferentes definições do transtorno para que se possa escolher a menos prejudicial para a criança, e a que está de acordo com as crenças dos pais. Pela existência de muitos textos sobre o assunto, não é possível colocar neste capítulo uma abordagem sobre todos, de forma que serão analisados

dois conceitos totalmente opostos e mais extremistas: o primeiro é aquele que vê o TDAH como uma doença que deve ser tratada a base de remédios e o coloca como um problema individual, com o sujeito no centro – o diferente que precisa ser “consertado” – e o segundo conceito é aquele que vê o TDAH como um mito.

2.1 - O TDAH como doença

Ao longo do tempo, como muitos outros termos médicos, o TDAH foi sofrendo alterações em sua nomenclatura, porém também foram modificados fatores como a definição de suas características e a forma de se fazer o diagnóstico. O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) tem recebido diferentes denominações, foi conhecido como Lesão Cerebral Mínima, Disfunção Cerebral Mínima, Reação Hiperkinética da Infância, Distúrbio de Déficit de Atenção, até a atual nomenclatura – Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade – que é utilizada em determinados manuais de doenças.

As primeiras menções na literatura médica sobre o assunto apareceram no século XIX, mas foi somente no início do século XX que o quadro clínico destes pacientes foi descrito de maneira mais “sistemática”. Em 1918, Alfred Strauss, um psiquiatra alemão radicado nos EUA, colocou a hipótese de que distúrbios de comportamento e de aprendizagem poderiam ser uma consequência de uma Lesão Cerebral Mínima (LCM). Esta hipótese foi publicada sem evidências e no início não foi bem recebida pelo meio científico.

Até meados da década de 1950 o campo dos distúrbios de aprendizagem ficou um tanto parado, quando em 1957 o termo Lesão Cerebral Mínima se estruturou na medicina. Com a afirmação do conceito LCM, vem sua caracterização como um problema que exige tratamento, e com isso ele se torna clinicamente possível de ser medicamentado (COLLARES; MOYSÉS, 1992). Podemos notar aqui a preocupação precoce em fazer uso de medicamentos para o tratamento, quando na verdade ainda existiam confusões a respeito de existirem evidências que comprovassem tal lesão.

Em 1962, durante um congresso internacional de Medicina em Oxford, começou a ser reconhecida a inadequação do diagnóstico de Lesão, pois não existiam evidências, não havia uma real constatação. Por isso os casos foram renomeados para Disfunção Cerebral Mínima (DCM); essa mudança de terminologia acabou por “contribuir para fortalecer a conceituação de dificuldade de aprendizagem como *doença* e, conseqüentemente, manter seu tratamento

medicamentoso” (GIL, 2004, p.166). Assim, juntamente com a “evolução” do estudo sobre tal doença, continuou a ser usado o medicamento como fator imprescindível de tratamento.

Ainda na década de 60, mas propriamente em 1968, o termo passou a ser chamado de Reação Hipercinética da Infância, reforçando tratar-se de uma enfermidade restrita a crianças. Este novo termo aparece na segunda edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM)¹, elaborado pela Associação Americana de Psiquiatria. Após aparecer no DSM o termo passou por outras mudanças, como em 1978, quando foi denominado Transtorno Hipercinético.

Na década de 1980, em uma nova edição do Manual Diagnóstico, passou a se utilizar o termo Distúrbio do Déficit de Atenção com e sem Hiperatividade. Isso ocorreu quando a Academia Americana de Psiquiatria, após considerar imprecisos os conceitos de DCM, Transtorno Hipercinético, etc, optou por unificá-los em uma nova síndrome, denominada Distúrbio do Déficit de Atenção. A questão do tratamento medicamentoso continuou a caminhar junto com essa nova definição.

Por fim, em 1994, na quarta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), foi estabelecido o termo Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH), distinguindo subtipos: tipo desatento, tipo hiperativo/impulsivo e tipo combinado. Cada subtipo consistia em apresentar diferentes padrões de sintomas e características.

Nesta nova edição do Manual, é colocado que os sintomas devem aparecer por um período mínimo de seis meses; terem um início precoce (sintomas devem estar presentes antes dos sete anos de idade); serem mais graves e frequentes quando comparados a outras pessoas de mesma idade. Além disso, é colocado que os sintomas devem se apresentar de forma constante e não limitados a somente uma situação (por exemplo, ter os sintomas só em casa ou só na escola); além de ter que trazer prejuízos para a vida do portador.

Nas tabelas abaixo estão as principais características dos subtipos, de acordo com o DSM IV:

¹ O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DCM) é um manual de influência internacional, para profissionais da saúde mental. Ele lista diferentes categorias de transtornos mentais, incluindo o TDAH, de acordo com a Associação Psiquiátrica Norte-Americana. A primeira publicação deste manual foi dada em 1952, chamado de DSM I, e este já foi submetido a cinco revisões (DSM I, DSM II, DSM III- R, DSM IV e DSM IV – TR). Nestas revisões, os critérios de diagnóstico sofreram modificações, assim como os termos utilizados para a doença.

Tipo desatento:

•	não enxerga detalhes e faz erros por falta de cuidado
•	tem dificuldade em manter a atenção
•	parece não ouvir quando se fala com ela
•	tem dificuldade na organização
•	não gosta de tarefas que exigem esforço mental prolongado
•	frequentemente perde objetos
•	distrai-se com facilidade
•	esquecimento nas atividades rotineiras

Tipo hiperativo/impulsivo:

•	inquietação, mexendo as mãos e os pés ou não parando quieta na cadeira
•	tem dificuldade em permanecer sentada
•	corre sem destino (em adultos, sentimento de inquietação)
•	dificuldade em fazer uma atividade quieta ou em silêncio
•	fala excessivamente
•	responde a perguntas antes delas serem formuladas
•	age como se fosse movida a motor
•	tem dificuldade em esperar a vez
•	interrompe conversas e se intromete

.

É possível que algumas pessoas apresentem uma combinação de características dos dois grupos, é o chamado **tipo combinado**

Outras características que podem aparecer junto com as descritas ou no lugar delas:

•	dificuldade em terminar uma atividade ou um trabalho
•	fica aborrecida com tarefas não estimulantes ou rotineiras
•	falta de flexibilidade (não sabe fazer transição de uma atividade para outra)
•	é imprevisível
•	não aprende com os erros passados
•	percepção sensorial diminuída
•	problemas de sono
•	difícil de agradar
•	Agressividade
•	não tem noção do perigo
•	frusta-se com facilidade
•	não reconhece os limites dos outros
•	dificuldade no relacionamento com colegas
•	dificuldades nos estudos

Tabela 1 – Características de subtipos.

Fonte: HIPERATIVIDADE, 2006.

Apesar de todas as mudanças nas definições do TDAH, muitos especialistas ainda hoje não conseguem chegar a um consenso sobre tal doença. Isso pode ocorrer pelo fato de existirem características que são muito amplas e confusas.

De acordo com Escudeiro,

Tanto aspectos referentes à inclusão diagnóstica devido às questões de intensidade como, por exemplo, “algazarra excessiva”, como aspectos diferentes devido a comorbidades, confundem o diagnóstico e o tratamento. Mas quanto à etiologia, fisiologia, neurologia, avaliação e diagnóstico do TDAH, não há consenso em nenhuma parte do globo terrestre. (ESCUDEIRO, 2009)

Segundo esta autora, que é psicóloga clínica e mestre em Psicologia Social pela UERJ, não há consenso em relação aos meios de avaliação, entre outras coisas que dizem respeito a definição de tal criança com TDAH ou não. Logo, o TDAH se torna uma doença com difícil diagnóstico, o qual varia de acordo com a concepção e métodos escolhidos pelo profissional da saúde que fará o diagnóstico.

Atualmente, devido às mudanças da nomenclatura, alguns autores ainda dão preferência para termos antigos, como o DCM¹. O termo em inglês mais utilizado para TDAH é AD/DH (Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder). Existem diferenças históricas e classificatórias, portanto, os profissionais ligados a este transtorno podem seguir modelos diferentes.

Como pode ser percebido, ao longo do tempo o termo “Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade” sofreu grandes mudanças e diferentes influências. Em todos os períodos, ele vem acompanhado de problemas que o sujeito com o transtorno causa e apresenta, com a prioridade do uso de tratamentos medicamentosos e com novas formas de testar o doente, assim como diferentes critérios diagnósticos.

Da mesma maneira que não existe um consenso no que diz respeito a métodos de avaliações e diagnósticos, as causas do TDAH, de acordo com o que pôde ser visto na revisão de literatura, podem ser as mais diversas e não são específicas. Alguns estudos apontam causas pré-natais (como por exemplo, aquelas decorrentes de prematuridade ou álcool na gestação), perinatais (hemorragia intracraniana) e pós-natais (como seqüelas de doenças no início da infância). São citados também fatores ambientais e principalmente aspectos genéticos. Podemos perceber que a ampla possibilidade de causas apontadas nos estudos mostram o quanto o conceito pode ser vago e pouco preciso, e o quanto ainda não se tem as evidências necessárias sobre a doença. Como medicar algo que não se sabe a causa exata?

2.2 - O TDAH como mito

Apesar da leitura constante de materiais há mais de um ano, o surgimento de artigos, teses e livros que colocam a dúvida da real existência do TDAH aconteceu durante a escrita deste Trabalho de Conclusão de Curso. Isto fez com que, quase obrigatoriamente, a releitura de inúmeros textos fosse necessária, para observar o porquê da dúvida de tais autores e possibilitar uma comparação entre as afirmações dos que concordam com tal questionamento e os que vêem a doença como verdade absoluta. A partir de uma releitura e de um olhar mais crítico sobre as “verdades” em relação ao transtorno, o Trabalho foi alterado e as considerações acerca do papel do professor ao lidar com o hiperativo também sofreram modificações.

As autoras que mais se destacam na afirmação que o TDAH é um mito são duas professoras da Unicamp, Cecilia Collares e Maria Aparecida Moysés, das Faculdades de Educação e Ciências Médicas, respectivamente. Ambas são professoras doutoras e especialistas em sua área, a primeira em psicologia e a segunda em pediatria. O fato de pertencerem a diferentes faculdades é um ponto interessante, pois cada uma contribui a partir de sua perspectiva para a elucidação do problema, escrevendo em conjunto textos não-inteiramente médicos nem totalmente focados na educação.

Na edição nº28 do caderno CEDES (1992) – O sucesso escolar: um desafio pedagógico – Collares e Moysés escrevem o artigo “A história não contada dos distúrbios de aprendizagem”, o qual faz uma análise crítica dos distúrbios de aprendizagem, colocando um estudo etimológico da expressão, assim como o surgimento dessa definição, suas alterações ao longo da história e uma contestação sobre a legitimidade da mesma. Tal artigo é questionador e apresenta dados que não são vistos em outros textos sobre o assunto, seriam eles ocultados por algum motivo?

Sendo, na concepção das autoras, o Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade como um dos chamados Distúrbios de Aprendizagem, elas fazem uma análise crítica do significado destes distúrbios, colocando em cheque o TDAH. Etimologicamente, a expressão distúrbios de aprendizagem pode ser traduzida como “anormalidade patológica por alteração violenta na ordem natural”, pois a palavra distúrbio provém do racinal *turbare* e do prefixo *dis*. *Turbare* pode significar turbilhão, perturbar, conturbar, enquanto *dis* é muito utilizado no meio médico com um valor negativo (COLLARES; MOYSES, 1992).

A forma como surge a denominação “distúrbios de aprendizagem” é muito interessante; as autoras colocam que essa denominação foi sendo criada e que na realidade

não existem de fato comprovações científicas para sua existência. Assim, estes distúrbios proveriam de uma teoria construída e não-confirmada. Se pensarmos que – como visto anteriormente – no início do surgimento da doença não havia evidências e apesar de passado muito tempo ainda não se sabem as causas reais, não fica difícil crer no argumento das autoras.

Outros autores também concordam com o ponto de vista de Collares e Moyses. Thomas Armstrong, por exemplo, possui mais de trinta anos de experiência como professor nos mais diversos níveis de ensino, é Ph.D. em Educação e já publicou diversos livros, também vê o TDAH como algo construído. Armstrong diz que “o que aprendemos a chamar de TDAH é um conjunto de coisas que foram todas misturadas sob esse rótulo simplista” (ARMSTRONG, 2003, p. 46), ele coloca que os testes utilizados para o diagnóstico do TDAH são falhos e as escalas são subjetivas.

Em seu web site, Armstrong diz que o TDAH surgiu de meios obscuros e se tornou a “doença do momento” nas escolas. Ele aponta que esta popularidade anda em conjunto com a aceitação da validade do transtorno por cientistas, médicos, educadores, pais, entre outros. Além disso, o autor destaca que não existe um conjunto objetivo de critérios para determinar quem possui TDAH e quem não possui, pois para ele só existem alguns comportamentos (hiperatividade, distraibilidade e impulsividade) que são combinados de forma diferentes para que apareça a “doença”.

Armstrong explica que estas variações de comportamentos se transformam muito de acordo com o contexto, pois uma criança pode mostrar características hiperativas quando está em uma sala de aula de uma matéria da qual não gosta, de frente a um exercício entediante, e não necessariamente mostrar as mesmas características quando está cantando em uma peça de teatro na escola. Portanto, estes comportamentos dizem respeito também ao interesse da criança e não necessariamente a uma doença neurológica.

Assim como Collares e Moyses, Armstrong sustenta a idéia de que os tratamentos usados para este “suposto transtorno” são problemáticos. O aumento do número de crianças que tomam Ritalina² é preocupante, pois este fármaco somente mascara os sintomas e possui inúmeros efeitos colaterais. No Capítulo 4 – A patologização do ensino – veremos mais a respeito da medicalização da educação, e conseqüentemente, sobre o uso de Ritalina.

² Ritalina é um estimulante do sistema nervoso central, composto por cloridrato de metilfenidato. Ela foi lançada em 1956 e patenteada em 1994. O medicamento é o mais indicado no tratamento de TDAH. De acordo com a bula do mesmo, não deve ser utilizado em crianças com menos de seis anos de idade; algumas das contra-indicações são: ansiedade, tensão, agitação, hipertireoidismo, arritmia cardíaca, entre outro. O medicamento possui inúmeras reações adversas, como sonolência, tontura, náusea, taquicardia, entre outros.

2.3 O olhar crítico

Como podemos perceber, o estudo do tema – TDAH – se encontra atualmente em um estágio em que existe uma saturação de informações sobre o assunto, com opiniões variadas a respeito do mesmo. Com essa grande disponibilidade de informações que não necessariamente concordam entre si, o leitor pode acabar optando por uma forma de olhar sobre o Transtorno, escolhendo se acredita nele como uma doença que deve ser tratada e medicada ou como algo que foi construído e serve como forma de normatizar e enquadrar aquelas pessoas que mostram comportamentos diferentes.

Embora o tema esteja cada vez mais popular e cada vez mais pessoas falem sobre ele, a busca teórica pelo assunto continua pequena. Vale ressaltar aqui, que apesar do grande número de artigos e livros sobre o transtorno, sua leitura fica restrita apenas a pessoas que possuem dúvidas em relação a parentes, amigos ou alunos que são diferentes e “devem ter algo errado”, alguma doença. Isso significa dizer que somente as pessoas que convivem com alguém que apresenta sinais do transtorno, ou pessoas que já têm o diagnóstico, realmente se interessam pelo assunto e buscam um aprofundamento maior sobre o mesmo. Portanto, existem muitas pessoas que falam sobre o tema, mas não têm um conhecimento aprofundado, falam aquilo que ouviram de outra pessoa, repassam informações que foram dadas por pessoas que não são do ramo, enfim, contribuem para que o rótulo do TDAH cresça sem um olhar crítico sobre ele. Mas como ter um olhar crítico?

O processo de produção do conhecimento se dá através de testes de várias hipóteses e observação, pois o conhecimento é um resultado de um esforço de investigação, portanto exige disciplina, esforço e trabalho. Desta forma, para ter um olhar crítico sobre o que se fala a respeito do Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade, a apropriação desse conhecimento deve ser intencional, sistemática e deve buscar profundidade.

Para a pessoa poder olhar criticamente sobre esta “doença” ela deve ler variados artigos e textos sobre o tema, buscar informação em diferentes locais, questionar as “verdades” colocadas e não se dar por satisfeita quando não encontrar resposta às suas perguntas. O senso crítico deve buscar ir além das crenças silenciosas que existem em nosso cotidiano, além da aceitação de evidências que nunca questionamos.

Voltando ao que está escrito sobre o TDAH, na vasta literatura, a causa (ou causas) do mesmo é desconhecida, apesar dos esforços da comunidade médica em fazer pesquisas para chegar a conclusões, não existe ainda um conhecimento médico preciso sobre isso. Desta forma são criadas diversas teorias e isto causa uma dificuldade no momento do diagnóstico,

da mesma forma que as diferentes teorias causam dificuldade em tomar uma posição em relação à visão sobre o Transtorno. Assim sendo, o indivíduo deve ler sobre as diferentes concepções acerca do Transtorno para que ele possa escolher o que melhor se identifica, o qual vai de acordo com a maneira dele pensar, buscando uma reflexão crítica durante a leitura dos materiais.

Assim como a questão indefinida da(s) causa(s), os critérios de diagnóstico carecem de especificidades, sendo confusos, abrangentes e, acima de tudo, subjetivos – por variar de acordo com a visão de cada um (quando pessoas que convivem com um possível TDAH falam sobre o mesmo as opiniões podem variar de acordo com quem fala, ou seja, professores, pais, amigos e o próprio sujeito têm visões diferentes acerca do comportamento e da mostra de sintomas ou não).

As conseqüências para as crianças diagnosticadas, com relação à linha de raciocínio escolhida pelos pais é muito grande e pode causar impactos no indivíduo para o resto da vida. Exemplificando, uma criança que tem uma família totalmente crente na “verdade absoluta” da medicina atual, que não contesta nem critica, e tem seu filho diagnosticado com TDAH com certeza vai aceitar o medicamento sem nenhuma contestação e a criança será tratada como uma doente e passará a viver e se sentir como um, a doença fará parte de sua personalidade e será um rótulo que ela carregará por toda a vida. Já em outra família mais contestadora, e menos crente na verdade médica, poderiam não aceitar o diagnóstico de seu filho e ter que procurar outras formas para o tratamento dos problemas do mesmo.

Podemos acreditar no TDAH como uma doença construída ou no TDAH como uma doença real. Todavia, se o víssemos como um mito, isso nos impediria de ir além ao assunto, estaríamos ignorando o fato de que cada vez mais professoras reclamam de alunos hiperativos, de que cada vez mais crianças usam remédios, de que a escola pode ter relações com a não-aprendizagem e o mau-comportamento dessas crianças ditas TDAHs.

A escolha de uma linha de pensamentos para ser seguida é algo difícil, pois presume a não aceitação da outra linha. Além disso, este Trabalho não tem o intuito de julgar qual definição de TDAH é mais precisa do que a outra, e sim ter uma visão do geral e apresentar as questões de cada uma, procurando abordar o assunto com um olhar distanciado e o mais neutro possível. Logo, continuaremos neste debate sobre o TDAH com um olhar crítico, observando quais aspectos são bem esclarecidos e quais se encontram sem justificativas.

3 - TDAH e fases da vida

O Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade, de acordo com a literatura, é um transtorno que não tem cura, ele não deixa de existir, o que pode acontecer é uma redução da intensidade de sintomas, e não sua extinção. Isto quer dizer que o TDAH é uma condição determinada, existe melhora e não cura; ou seja, é uma condição intrínseca ao indivíduo, é uma patologia que existe durante toda a vida, com uma possível atenuação dos sintomas, mas não sua extinção total.

Como visto anteriormente, este transtorno se caracteriza por uma combinação de três sintomas, que são: desatenção, impulsividade e inquietação. Como estes sintomas podem variar de intensidade dependendo da pessoa ou da fase de vida em que esta se encontra, existem três subtipos de TDAH, que são: a forma predominantemente hiperativa/ impulsiva, a forma predominantemente desatenta e a forma combinada; mas cabe salientar aqui que toda pessoa com TDAH irá apresentar algum grau destes três sintomas. Cada um destes subtipos apresenta características próprias e conseqüências distintas, mas não são estáticos, pois a forma como a pessoa foi educada, o ambiente em que ela vive, como ela se desenvolveu, podem acarretar em uma mudança no tipo de TDAH. Isso significa dizer, que não há estabilidade nos sintomas de TDAH, o padrão de evolução dos subtipos é diferente e isso dificulta a caracterização dos subtipos para diferenciá-los. Algo que pode acontecer é, por exemplo, uma pessoa na infância ser do tipo predominantemente hiperativo, mas na fase adulta pode vir a ser do tipo predominantemente desatento.

Ainda sobre os diferentes tipos, a literatura mostra que existe uma diferença entre meninos e meninas que apresentam o transtorno. Muitos autores acreditam que existem mais meninos com o transtorno do que meninas; mas devemos pensar melhor sobre esta questão. Pode ser visto na literatura, que os meninos são mais comumente do tipo predominantemente hiperativo e as meninas do tipo predominantemente desatento.

Outro aspecto que pode ser visto é o fato de os meninos serem encaminhados com mais frequência para uma avaliação, principalmente aqueles com comportamento disruptivo, que incomodam mais na sala de aula, têm um comportamento mais agressivo e dificuldades de relacionamento social. Enquanto as meninas, que são desatentas, passam mais despercebidas, pois ficam quietas, um tanto aéreas na sala de aula, não prestam muita atenção,

enfim, causam menos problemas por não interferirem e incomodarem os outros colegas e o professor. Desta forma, podemos perceber que os meninos são mais diagnosticados por serem mais submetidos a avaliações, dando a impressão de que existe uma predominância masculina nos casos de pessoas com o transtorno.

Segundo alguns autores, o Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade é neurobiológico, pois a pessoa com TDAH já nasce com alguns processamentos mentais desorganizados. Isso aconteceria porque o TDAH está relacionado principalmente com as funções executivas, que são as funções realizadas no córtex pré-frontal, localizado na parte frontal do cérebro como mostra a seguinte ilustração:

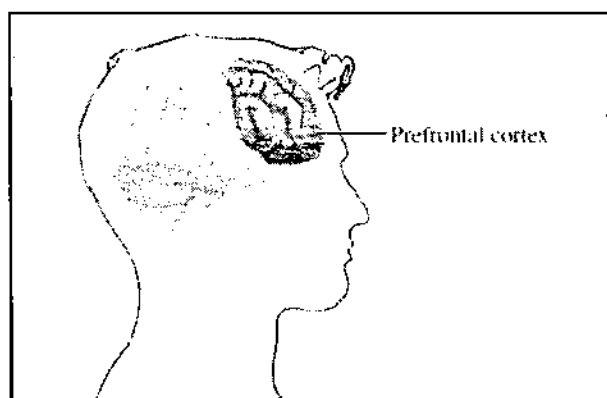


Figura 1 – Córtex Pré-frontal
Fonte: NUCLEUS, 2008.

Esta área do cérebro está relacionada com o planejamento, com o desempenho das atividades, com organização; além de ser a responsável pela parte racional do pensamento, por inibir impulsos e controlar a memória. Acreditam que este pedaço cerebral controla a habilidade de agir na maneira como é socialmente apropriada, por isso quando o indivíduo tem modificações biológicas nesta área, pode contribuir para desordens de personalidade. Grande parte dos autores ainda diz que o TDAH vem da debilidade no gerenciamento de várias funções executivas.

Praticamente como um consenso na literatura, dizem que os problemas do TDAH se iniciam (passam a ser percebidos) quando a criança começa com os estudos na educação formal. Entretanto, existem sintomas que são apresentados no bebê. Durante toda a vida a pessoa com este transtorno apresentará sintomas, sejam eles mais fortes ou mais despercebidos. Logo, durante todas as fases da vida desde sujeito serão encontradas características que, segundo os manuais e pesquisas, são próprias do transtorno, que poderão ou não acarretar em problemas emocionais, sociais, acadêmicos, entre outros.

Como um exemplo do TDAH durante a vida temos o seguinte esquema:

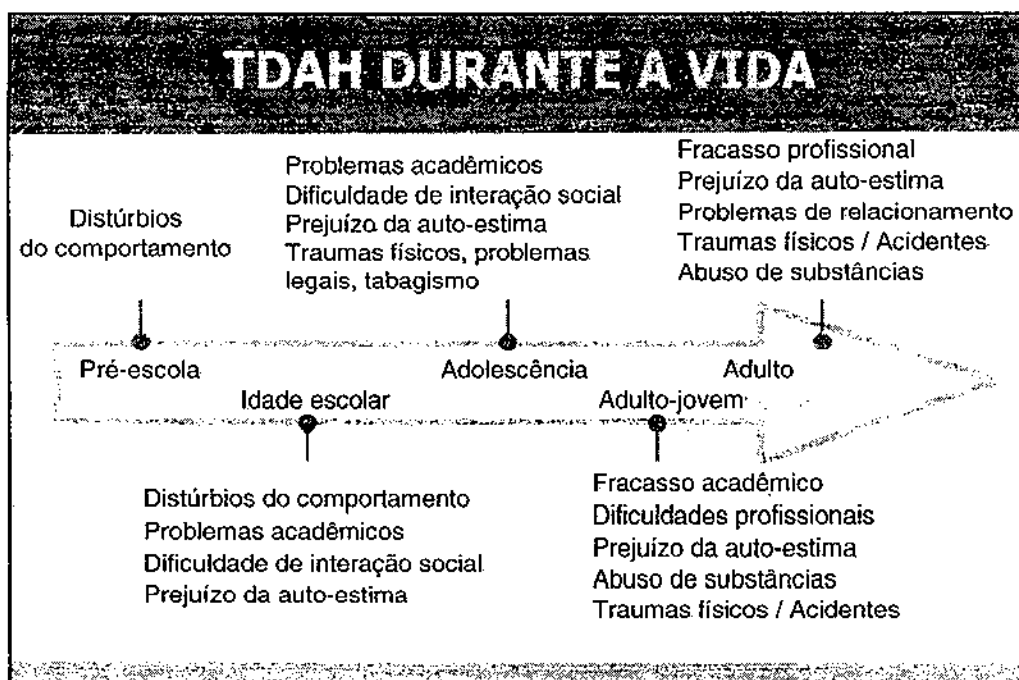


Figura 2 – Esquema do TDAH durante a vida.

Fonte: WAJNSZTEJN, 2009.

3.1 - Primeira infância

Logo nos primeiros meses de vida, podem ser apontadas algumas características do Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade. O lactente e o pré-escolar muitas vezes dão sinais do transtorno, mas passam despercebidos por falta de conhecimento dos pais sobre o assunto, ou por estes não saberem identificar o que é próprio da idade e o que não é.

Alguns destes sinais são: a criança pequena que é hiperalerta, com choro freqüente e sono alterado; a inquietação no colo e o glutão; o hiperativo que aprende rápido a engatinhar, andar e perde o interesse rapidamente pelos brinquedos; crianças de 2 ou 3 anos que desmontam e quebram as coisas, são agitadas e destroem brinquedos; crianças de 4 anos que são agressivas, impulsivas, não obedecem medidas disciplinares, são desatentas e possuem comprometidas relações interpessoais com familiares.

Estas crianças acabam sendo vistas como difíceis de cuidar, são vistas como autoritárias, irritáveis, muito ativas, podendo ter também distúrbios de sono e distúrbios alimentares. Em geral, tais crianças se machucam mais, por não avaliarem as conseqüências e fazerem as coisas impulsivamente. Isso acontece pelo fato de não anteciparem as

consequências de uma ação, acabam vivendo o momento presente levadas pelo impulso e pela necessidade de estímulo.

No período pré-escolar,

Os sintomas de hiperatividade e desatenção podem não ser tão facilmente identificados pelo fato de as atividades serem mais dinâmicas, a atenção do professor ser mais individualizada e haver menor expectativa em relação ao desempenho de todos. (MATTOS, 2003, p. 28)

Durante esta fase de vida, o diagnóstico é muito complicado e muitas vezes o início do surgimento destes sinais não é visto pelos pais ou cuidadores como uma possível patologia. Desta maneira, o professor da pré-escola e os próprios pais devem ficar atentos para saber diferenciar possíveis sinais de TDAH com outro tipo de comportamento que é próprio da idade. Além disso, outro fator que pode complicar na identificação de sinais é que nesta fase da vida a pessoa ainda não tem estruturas cerebrais totalmente desenvolvidas e devidamente organizadas.

Apesar da grande possibilidade de confundir os sinais, é de extrema importância que o professor ou o cuidador estejam atentos e tenham um bom conhecimento sobre o tema. Desta forma evitam rotular crianças normais como se tivessem problemas, assim como deixar passar despercebidas aquelas crianças que já encontram problemas com normas e outras medidas escolares.

3.2 - Idade escolar

Muitos autores colocam que o TDAH vem da debilidade no gerenciamento de várias funções executivas. Em muitos casos os problemas se iniciam (passam a ser percebidos) quando a criança começa com os estudos na educação formal. Muitos autores citam que o transtorno é comumente diagnosticado durante o início da criança na escola; isto se deve por inúmeras razões.

Um desses motivos pode ser pelo fato de que enquanto a criança com TDAH “convive apenas em seu meio familiar, muitas de suas características repousam em estado de latência” (SILVA, 2003, p. 61). Desta forma, ao entrar na escola a criança passa a ter mais contato com outras crianças e com adultos que não são de sua família; não podendo contar com familiares para cumprir ou facilitar as tarefas pra ela, ela estará sozinha e deverá andar com suas próprias

pernas. Na situação familiar, as crianças podem receber uma educação bem permissiva, ou pelo contrário, muito rígida. Podemos perceber então em como o modo de criar os filhos pode interferir no comportamento das crianças, sendo um ponto importante ao se analisar as causas deste Transtorno.

Deste modo, em muitos casos a criança com TDAH entra em conflito quando começa sua educação formal na escola, por esta ser tão diferente do ambiente ao qual ela estava habituada. Os padrões normativos do ambiente escolar são difíceis de ser acatados pela criança hiperativa, impulsiva e desatenta, por exigirem um maior compartilhamento social, por apresentar definições de limites e demandar uma maior atenção e concentração.

Esta não-aceitação das normas seria 100% ruim? Se pensarmos na dificuldade de encontrarmos pessoas contestadoras atualmente, a não aceitação passiva das normas escolares pelos “hiperativos” seria de certa forma boa, pois esta é a maneira deles não concordarem com as atuais – porém muito semelhantes às antigas – regras da instituição escolar, regras essas que claramente não estão mais funcionando, como prova disso temos a grande evasão escolar.

Na escola, existe uma maior sociabilização da criança, ela passa a ter que cumprir horários, ela passa também a ter maiores responsabilidades, maiores cobranças e a organização é necessária. Neste novo ambiente, é exigido um determinado comportamento das crianças, elas devem ficar paradas, caladas, prestarem atenção quando é pedido, acompanharem os horários para a realização de atividades que são comumente repetitivas, monótonas e não motivadoras. Esta criança com TDAH passa então a ter que se ajustar a toda uma teia de regras, à estrutura do sistema educacional e a ter que ouvir e seguir as direções e tempos definidos pelo professor.

Desta forma, quando é o caso dos professores não saberem sobre o TDAH, tais crianças se tornam rotuladas, como “alunos problema”, “preguiçosas”, “no mundo da lua”, entre tantos outros termos depreciativos. Atualmente, é muito típico se ouvir em escolas alguns professores dizendo que tal criança é hiperativa; assim podemos perceber que este termo está sendo utilizado para rotular crianças que não são comportadas ou que não seguem à risca o que é proposto pela escola, ou seja, o termo está sempre impregnado com negatividades.

A hiperatividade se tornou um termo muito popularizado, mas devemos tomar cuidado com isso, pois ele não é somente um adjetivo que pode ser utilizado para falar a respeito de crianças muito eufóricas, muito agitadas. A hiperatividade se tornou um dos sintomas principais deste transtorno de comportamento, o qual se destaca pelos aspectos negativos da

pessoa que o apresenta e que tem grande incidência na infância. Segundo Toledo, “o rótulo caiu no senso comum, e se tornou facilmente diagnosticável, uma vez que toda criança que não se enquadra ao socialmente esperado pela escola tem ‘alguma coisa’, e, portanto deve ser medicada” (TOLEDO, 1999, p. 9).

Como forma de ilustrar o argumento de Toledo, a figura abaixo aborda, satiricamente, o popular uso de remédios por crianças em fase escolar. Isso ocorre por conta do rótulo cair no senso comum e cada vez mais crianças serem diagnosticadas por não se moldarem nos padrões sociais, e consequentemente sendo medicadas.



Figura 3 – Farmácia: “Especial de volta as aulas: Ritalina”.
Fonte: STAHLER, 2009.

O TDAH muitas vezes caminha junto com problemas de aprendizagem acadêmica (cerca de 80% de causas de dificuldade de aprendizado provém deste transtorno), pois a criança com a patologia não tem uma boa organização, apresenta dificuldades para seguir regras que não são bem estruturadas, enfim, não consegue se encaixar em um sistema fixo e muitas vezes com pouca abertura para mudanças. Para as crianças com TDAH, existe uma dificuldade maior em filtrar estímulos, o que faz com que as mesmas sejam facilmente distraídas, perdendo o foco do trabalho escolar por estarem centradas em algo diferente do que o proposto pelo professor.

Como visto na literatura, o transtorno acarreta problemas de aprendizado escolar, pois a aprendizagem dos alunos com o transtorno se realiza de maneira mais lenta e com maior dificuldade que de outras crianças; porém é mais comum que as crianças com TDAH tenham mais problemas comportamentais do que problemas com notas. Um aspecto que deve ser ressaltado sempre é de que todas as pessoas com TDAH possuem inteligência normal, elas não possuem nenhuma tipo de déficit intelectual.

Segundo o mestre em neurologia pela Universidade Estadual de Campinas, Paulo Junqueira (2006),

No Brasil, existem de uma a duas crianças com o problema em cada classe, sendo que o custo educacional para cada um desses alunos é de três a seis vezes maior do que para os demais. Além disso, o risco de fracasso escolar é de duas a três vezes mais freqüente do que em alunos sem dificuldades escolares, mas com inteligência equivalente. E entre 20% e 30% das crianças com TDAH apresentam dificuldades específicas, que interferem na sua capacidade de aprender.

Os casos de pessoas do tipo desatentas, normalmente apresentam maiores dificuldades acadêmicas, por não conseguirem focar a atenção na explicação do professor ou por se distraírem facilmente. Vale salientar que tratar o TDAH não resolve o distúrbio de aprendizagem, mas pode melhorar o tratamento de ambos. A partir do momento que se tem a atenção sustentada, fica mais fácil a criança acompanhar as aulas, por isso se justifica que o uso do remédio normalmente fica restrito aos momentos da criança dentro da escola.

Os problemas de atenção na sala de aula, muitas vezes são frutos de dificuldades acadêmicas (dificuldades para aprender na escola). Mas devemos ter a noção de que a atenção é um estado de expectativa, “pois quando se dirige a atenção para o mundo externo (...) existe a expectativa de encontrar o objeto satisfatório” (GOUVEIA, 2004, p. 70). Deste modo, a atenção está articulada ao desejo, que orienta a procura pelo objeto externo. Isto mostra que não é somente o remédio que estimula a atenção da criança na aula; o tema trabalhado, a forma como são desenvolvidas as atividades, entre outros aspectos, são meios de estimular a criança a despertar esta função, logo se vê a importância do professor em fazer usos desses meios e criar um ambiente propício para despertar o interesse pelo aluno.

Na escola, grande parte daqueles que tem o transtorno se sente incapaz, por mais que tentem seu melhor e façam as tarefas com grande esforço. De acordo com alguns autores isso acontece, pois para eles falta uma flexibilidade de pensamento, faltam conexões causais, e tantas outras coisas - que grande parte dos autores gosta de citar. Entretanto, para outros autores isso ocorre pelo fato da criança diagnosticada com TDAH se identificar com a doença e passar a ter uma baixa auto-estima, assim como pelo fato de as pessoas ao seu redor muitas vezes as subestimarem.

Algumas das manifestações que podem ocorrer na sala de aula, com crianças que possuem o transtorno são: alterações referentes à fluência da fala e da linguagem (fala rápida); apreensão em relação a tarefas difíceis; suscetibilidade à distração relacionada à fuga de

tarefas; dificuldade em atenção seletiva e sustentada; atividade excessiva durante desempenho de tarefa; desatenção (atenção múltipla a diversas coisas ao mesmo tempo); dificuldade de reter coisas na memória; dislexia; disgrafia; entre outras. Assim, as reclamações de professores que têm alunos com o transtorno são muito grandes e somente alguns realmente vão atrás de informações para aprenderem mais sobre este chamado “aluno problema”.

Os problemas de desconhecimento sobre o transtorno nas escolas também passam por cargos mais altos, pois até mesmo os profissionais encarregados da orientação escolar da escola muitas vezes estão despreparados para lidar com uma criança portadora do Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade. É de grande importância que todos os professores, coordenadores, diretores, saibam mais a respeito do transtorno, para que possam ajudar no desenvolvimento de crianças com o mesmo.

Entretanto, com o conhecimento aparece junto a questão de a escola ver o problema do TDAH – entre outros, a dificuldade de aprendizagem – como próprio do sujeito, algo individual e único. Desta forma, acabam não refletindo sobre sua estruturação, sobre sua atuação e acabam não refletindo em como a escola pode também ser um ambiente causador de comportamentos característicos do TDAH. Assim, a criança se torna a única responsável por seu comportamento, provocando a retirada de responsabilidade da escola no que diz respeito à grande questão de dificuldade de aprendizagem de seus alunos. Veremos no capítulo 5 mais informações a respeito dos problemas de aprendizagem e dos problemas de ensino.

Algumas mudanças são necessárias para que as crianças com TDAH possam ter um melhor desempenho escolar. Os professores devem modificar as tarefas para se encaixarem melhor dentro da capacidade dos alunos e terem precisão e clareza na comunicação. Todas as crianças, especialmente as que têm TDAH, se beneficiam com uma rotina estruturada previsível e descomplicada. Portanto, os professores devem seguir rotinas, apresentarem suas expectativas de maneira simples e estimularem os estudantes a não desistirem de concluir as tarefas e, acima de tudo, estarem dispostos e interessados em ajudar estas crianças.

3.2 - Adolescência e fase adulta

O período em que a pessoa passa pela adolescência muitas vezes é considerado como a fase mais complicada da vida; é durante este período em que acontecem as maiores mudanças físicas e psicológicas. Desta maneira, essa etapa da vida por si só já é delicada e complicada; mas com o Transtorno de Déficit de Atenção se complica ainda mais.

O adolescente com TDAH tende a se envolver mais com o uso e abusos de substâncias – principalmente se fez uso de fármacos como tratamento para o Transtorno, pois estes são conhecidos por poderem causar dependência do mesmo – por isso pode vir a ter maiores problemas com álcool e outras drogas. Estes adolescentes também têm a tendência a se envolverem mais em acidentes, porque não medem as coisas, agem sem pensar nas consequências. Além disso, os adolescentes podem ter a auto-estima prejudicada e tendem a ter um maior fracasso acadêmico.

Com o tempo, os sintomas vão se modificando e alguns diminuem, entretanto a essência do transtorno continua a mesma. Desta maneira, na fase adulta, a pessoa que teve o diagnóstico possui uma consciência de suas capacidades e dificuldades e aprendeu a lidar com elas, buscando meios de aumentar sua atenção e controlar sua impulsividade. Entretanto, assim como na adolescência, a pessoa também tem mais propensão a sofrer traumas físicos e acidentes – por não medir consequências – e abusar de substâncias.

A literatura diz que aqueles adultos que não foram diagnosticados e tratados ou que tiveram diagnóstico errado, muitas vezes enfrentarão maiores problemas, tanto no nível profissional quanto no afetivo. Eles também estão mais propensos a terem outros tipos de problemas, como a depressão, o pânico, fobias, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno bipolar de humor, transtornos alimentares, transtorno de conduta, transtornos do sono, entre outros.

Assim, podemos ver que grande parte da literatura sobre o assunto coloca os problemas decorrentes do TDAH ao longo da vida, e afirma que quando tratado e observado desde cedo, pode reduzir consideravelmente as chances de a pessoa apresentar adversidades mais sérias e graves com o passar dos anos. Os autores concordam que quanto mais cedo for diagnosticado e iniciado um tratamento para este tipo de transtorno, será melhor tanto para o indivíduo quanto para as pessoas que convivem com o mesmo. Devemos ressaltar que quase uma totalidade dos autores escreve sobre os impedimentos do TDAH, os aspectos negativos, os remédios que devem ser usados, enfim, existe um foco na falta de capacidade do sujeito. Por que somente poucos autores se preocupam em olhar as habilidades positivas desses indivíduos? Quais as consequências de toda essa negatividade do TDAH na escola?

4 - A patologização do ensino

Segundo Becker (1963 apud Schneider, 1977, p. 56),

Diz-se do organismo humano, quando funciona eficientemente e não experimenta desconforto algum, que é saudável. Quando não funciona eficientemente, existe alguma doença. O órgão ou função que se desregulou é considerado patológico. Naturalmente, há pouco desacordo quanto ao que constitui um estado saudável do organismo. Mas há muito menos acordo quando se emprega a noção de patologia analogicamente, para descrever tipos de comportamento que são considerados desviantes.

Esta colocação é importante quando vamos falar a respeito de definições que sejam aceitas por todos em relação ao que é considerado uma patologia e o que é visto como normal; é muito improvável que todas as pessoas vejam os critérios de patologia e normalidade da mesma maneira. Assim, quando falamos de patologização do ensino, estamos colocando a problemática da definição de patologias juntamente com questões educacionais, por conta da crescente reclamação de professores a respeito de crianças com “problemas” e do aumento do número de crianças em fase escolar que se submetem a tratamentos médicos por conta de portarem “doenças” que muitas vezes são vistas como motivo de problemas acadêmicos.

Atualmente os índices de evasão escolar são muito altos na sociedade brasileira e o fracasso escolar é um problema crescente no sistema educacional. Portanto existe um grande número de estudos a respeito deste tema, muitas vezes buscando uma justificativa, alguém para direcionar a culpa, enfim, a responsabilidade pelo fracasso na escola.

A sociedade atual está constantemente em busca de padrões, de normas, de atingir a perfeição e por isso a criança que não realiza tudo como esperado e cobrado dela, aparece no coletivo como sendo portadora de algum tipo de problema. Assim, com todos estes pontos, não fica difícil entendermos o porquê da existência e crescente popularização de crianças com problemas acadêmicos, com distúrbios de aprendizagem e da conseqüente patologização do ensino.

Como forma de mostrar claramente que existem fortes laços entre questões escolares e questões médicas, devemos mencionar que as primeiras teorias para explicar o fracasso escolar nascem da medicina, no final do século XVIII. Com mais influência na neurologia e na psiquiatria, o que essas teorias buscavam era ver o fracasso escolar como consequência de causas orgânicas. Devemos destacar que durante este período – século XVIII e XIX – a

medicina tinha pressupostos racistas e organicistas (NASCIMENTO, 2007). Portanto, podemos começar a questionar certas teorias que dizem respeito ao fracasso escolar, pois desde o início de tais estudos sempre se teve a idéia de que a causa era puramente individual, ligada a anormalidades do ser.

O Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade, sendo uma das doenças mais faladas atualmente no meio escolar, pode ser visto como um bom exemplo do processo de patologização escolar, ou seja, da crescente aproximação da escola com questões clínicas e da explicação do não-acompanhamento escolar inviabilizado por fatores como desnutrição, dislexia, hiperatividade, imaturidade afetiva ou intelectual, entre tantos outros. Esta questão está se legitimando cada vez mais, perdendo-se o foco no sistema educacional e centrando-o no educando.

Em reportagem do Correio Popular, em um artigo que diz respeito à recuperação, é apontado em um quadro bem chamativo as “causas mais comuns de dificuldade de aprendizagem”, e elas são apresentadas nessa ordem: Dislexia; Déficit de Atenção/concentração; Hiperatividade; Fatores psicológicos; Deficiências de nutrição; Déficits físicos ou sensoriais; Metodologia inadequada; Fatores intelectuais ou cognitivos (RECUPERAÇÃO, 2008). Podemos perceber pela sequência apresentada e pelos temas colocados, que realmente a escola está se distanciando cada vez mais dos fracassos escolares, restando a ela menção em somente uma das causas, colocada como penúltima em uma lista predominantemente centrada no educando e seus problemas físicos, emocionais, sociais e psicológicos.

A questão destes distúrbios se apresenta com frequência nas escolas do Brasil, é um assunto delicado e que deveria ser visto com olhos críticos, porém muitas vezes acaba sendo mal interpretado. Atualmente existe uma grande parcela de crianças rotulada erroneamente pelos professores, como disléxicas, hiperativas, etc, quando na verdade os próprios professores não têm o conhecimento necessário para fazer tais julgamentos, ou ainda pior, dizem tais coisas como forma de mascarar péssimos hábitos de metodologia e didáticas ultrapassadas, colocando a culpa no aluno do seu próprio fracasso na escola. A partir daí, qualquer tipo de comportamento pode ser invocado como sinal, e então como prova de anormalidade. Para se ter uma idéia, se diz até que “a falta de motivação também pode ser consequência direta de uma doença” (McELROY, 2006, p. 164), ignorando totalmente a motivação extrínseca, os fatores que levam a motivação intrínseca e a importância do professor em criar um ambiente que estimule o educando e ofereça um objeto de satisfação.

A motivação é o processo que mobiliza o organismo para a ação, a partir de uma relação estabelecida entre o ambiente, a necessidade e o objeto de satisfação (NASCIMENTO, 2007). Existe a motivação intrínseca, ou automotivação, que é quando o indivíduo consegue motivar a si mesmo diante de situações desmotivadoras, e existe a motivação extrínseca, que é quando somos motivados por outras pessoas ou determinado grupo, ou seja, quando dependemos do outro para nos mantermos motivados (GUIMARÃES, 2009). A motivação começa com o surgimento de uma necessidade, pois ela é uma força dinâmica e persistente que gera comportamentos capazes de satisfazê-la; logo com o surgimento da necessidade é rompido o estado de equilíbrio do organismo, causando uma tensão que o indivíduo precisa solucionar, sendo a solução a satisfação da necessidade. Desta forma, deve-se procurar criar situações desafiadoras, que causem uma necessidade de o educando em buscar solucionar problemas, levando o mesmo a ter automotivação.

Existem casos em que a criança verdadeiramente tem uma doença de caráter biológico, que pode causar dificuldades acadêmicas e por isso diferentes formas de tratamentos se fazem necessárias. Porém, julgar que até a falta de motivação está centrada na própria criança por conta da doença, é não enxergar a importância do ambiente escolar para suscitar o desejo em aprender. Pontuamos novamente que o objetivo deste trabalho não é a negação de tais transtornos, doenças e dificuldades pelas quais as crianças passam, e sim o questionamento do aumento do número de “doentes” na escola, muitos dos quais são falsos diagnósticos de uma sociedade que busca solucionar tudo na base da normatização, da regulação e da medicação.

A falta de distinção entre a real causa dos diferentes comportamentos, a questão do rótulo e das visíveis dificuldades de aprendizado de tais crianças, podem ser decorrentes do fato de não estar incluso no currículo de formação de professores um estudo e aprofundamento teórico sobre os “Distúrbios de Aprendizagem”, onde se pode incluir o TDAH como uma das “causas”. Os professores acabam chegando à sala de aula sem terem passado por um estudo acerca desse tema, de certa maneira, não dispõe de nenhum tipo de padrão de medida para que consigam determinar qual é o tipo de atraso da criança e também não conseguem ser estritamente objetivos quando vão classificar um comportamento que é social. Sobre isso, Schneider afirma que “o que constitui o patológico deve ser uma avaliação subjetiva porque não lidamos com uma ciência exata – não dispomos de padrões de “saúde” no domínio do social” (1977, p. 58).

Além disso, o aumento de crianças “doentes” na escola pode ser decorrente da crise no sistema educativo, pelo fato de o mesmo não acompanhar as transformações das gerações, utilizando de meios ultrapassados para lidar com uma juventude cada vez mais independente,

movida pela tecnologia e sedenta por informações que lhes serão úteis no momento presente e não somente algo que – como dizem nas escolas – será útil no futuro.

Esta questão sobre a falta de informações nos cursos de graduação de pedagogia e licenciaturas coloca outro fator de extrema importância, porém pouco debatido e argumentado, que é a falta de informações que os educadores têm sobre o funcionamento do cérebro como um todo. Podemos dizer que o neurodesenvolvimento faz parte do crescimento dos seres humanos; desta forma, o sistema nervoso influencia – e muito – em como se dão os processos de aprendizagem. Quando existem falhas ou deficiências no funcionamento deste sistema, no organismo humano, diversos aspectos do indivíduo afetado poderão criar condições mais favoráveis às dificuldades acadêmicas, às dificuldades de convívio social, entre outras. Da mesma forma, o que hoje a medicina explica como as causas de tais “Distúrbios de Aprendizagem” deveriam poder ser melhor compreendidas pelos que trabalham na área da educação, sendo necessário um maior conhecimento acerca do desenvolvimento neurológico do ser humano. Assim, devemos começar a pensar também na importância do estudo do funcionamento cerebral na formação de futuros atuantes na área da educação, para que possam debater com seriedade sobre os distúrbios que a medicina tem colocado como causas de fracasso escolar.

Como vimos anteriormente, grande parte dos que trabalham no sistema escolar não entendem o porquê de crianças que apresentam um comportamento incomum, não tem uma base teórica para poderem debater a respeito das afirmações médicas sobre o fracasso escolar, pensando que estas devem com certeza ter algum “problema” e tais comportamentos serem oriundos de doenças de caráter biológico. Desta forma os professores

Que deveriam ser também os responsáveis por analisar e resolver problemas educacionais, assumem uma postura acrítica e permeável a tudo; transformam-se em mediadores, apenas triando e encaminhando as crianças para os especialistas da Saúde. (COLLARES, C.; MOYSÉS, M. 1994, p. 30).

Assim, professores, diretores e coordenadores não vêem sua possível contribuição para o fracasso escolar, desviando quaisquer responsabilidades, levados pela crença de que o problema está no aluno; acabam não tomando iniciativas de rever suas propostas pedagógicas, reformular didáticas, analisar os problemas educacionais e tentar buscar soluções para os mesmos. Logo, o espaço clínico vai permeando as escolas e tentando amenizar os conflitos causados pela não-aprendizagem, fazendo intervenções muitas vezes através de medicamentos. O aluno, no centro do problema, acaba se sentindo doente; a doença pela qual

foi diagnosticado passa a ser parte de sua personalidade, ou seja, um rótulo que vai carregar ao longo da vida, apoiado pela aceitação daqueles que estão a sua volta.

A biologização da sociedade diz respeito a essa linha de pensamento que aponta o indivíduo como grande causador de seu destino, como o único responsável por seus sucessos e fracassos, e no caso do fracasso escolar, coloca a criança no centro do problema. Logo, o olhar de crianças que fogem às normas da escola é feito com base em questões biológicas, buscando um fundamento científico e alternativas de tratamento. De acordo com o senso comum, aqueles que são “fracos” na aprendizagem devem ser doentes, e os doentes só irão aprender se tratados com especialista. Como formas de tratamento e acompanhamento dessas crianças com “problemas” surgem uma ampliação de campos de conhecimentos, novas áreas de atuações com profissionais envolvidos no processo, cria-se uma nova demanda por psicólogos, fonoaudiólogos, enfermeiros, psicopedagogos, psiquiatras, neuropediatras e pediatras especializados em distúrbios infantis (Ibidem).

Com toda esta nova gama de profissionais dispostos a trabalhar com crianças que têm dificuldades acadêmicas, “a patologização da aprendizagem constitui um processo em expansão, que se dissemina rapidamente, com grande aceitação geral” (Ibidem, p. 29). Esse conjunto de fatores legitima as doenças que impedem a criança de aprender, e assim as famílias, escolas e outros envolvidos na formação da mesma, culpabilizam a vítima e desviam certas responsabilidades inerentes a eles.

Schneider coloca de forma sintetizada que

O desvio é criado pela sociedade; isto é, tal pessoa é desviante porque o rótulo do desvio foi a ela sobreposto com êxito. O desvio não é uma característica que seja encontrada no indivíduo, mas um veredicto enunciado acerca desse indivíduo por um grupo social. (1977, p. 60)

Desta forma, podemos ver que o déficit – o comportamento desviante – é criado pela sociedade, é um fenômeno sociológico, e como tal, o desvio se torna institucionalizado na escola. Como fator ainda mais preocupante neste retirada de responsabilidade do sistema educacional pelo mau aproveitamento acadêmico de alguns alunos, existe ainda a medicalização daqueles que vão muito além do não-esperado, do que foge as regras. As regras, normas, normalizações, normatizações, enfim, todas estas ações que delimitam as ações dos indivíduos, que unificam, transmitem valores, exprimem discriminações, que existem em meio à vivência social e que foram se alterando e constituindo ao longo da história, ao mesmo tempo em que são necessárias para a coletividade, devem ser pensadas e

analisadas. Todas elas têm o intuito de reabsorver uma diferença e colocam os comportamentos que não são socialmente aceitáveis como frutos de Doenças Mentais.

Devemos ter uma análise crítica ao nos depararmos com questões sobre o que é considerado “normal”, para identificar quais são os antivalores que caminham junto, se estamos de acordo com a discriminação e caracterização daquilo que é o anormal, do que é visto como uma infração. Segundo Canguilhem, “quando a regra é seguida sem consciência de uma superação possível, qualquer satisfação é simples” (2000, p. 214). Portanto, para que não fiquemos no simples devemos ir além da aceitação desta regra de que a criança que não aprende na escola tem algum problema de caráter biológico ou emocional.

Devemos analisar a regra criticamente e tentar observar, por exemplo, que valores estão atrelados ao culpar a criança por seu insucesso escolar, quem está ganhando com esta visão individualista de questões que deveriam ser coletivas e quais são as consequências deste modo de ver o fracasso escolar. Estas indagações podem gerar grandes debates e longos questionamentos, portanto ficam aqui como idéias propulsoras para novas pesquisas e estudos acerca do fracasso escolar e da questão da normalização da sociedade. Por hora vamos nos ater à questão das patologias na escola e a medicalização que se faz presente, acompanhada por uma aceitação social e individual.

4.1 – O uso de medicamentos na escola

Como vimos anteriormente, existe uma crescente – e não tão recente – aproximação entre o ambiente escolar com o espaço clínico, de forma que não é incomum nos dias de hoje perceber cada vez mais professores, coordenadores e diretores aconselhando pais a levarem seus filhos em clínicas, ou aconselhando-os que seus filhos necessitam de diagnóstico médico para poderem tratar destas “crianças-problema”. Assim, quando é o caso da criança passar por exames diagnósticos e ser constatada alguma anomalia, o medicamento muitas vezes aparece como o grande solucionador dos conflitos e o que faltava para a criança poder se concentrar nas aulas, diminuir suas dificuldades acadêmicas e agir com normalidade.

Para o tratamento do Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade, o fármaco mais utilizado é o cloridrato de metilfenidato, conhecido como Ritalina (vide anexo 01), um estimulante que age no sistema nervoso central aumentando a capacidade de concentração. Existem também outros fármacos que são utilizados, normalmente antidepressivos tricíclicos como a Imipramina, a Nortriptilina e a Bupropiona são indicados em casos em que não há

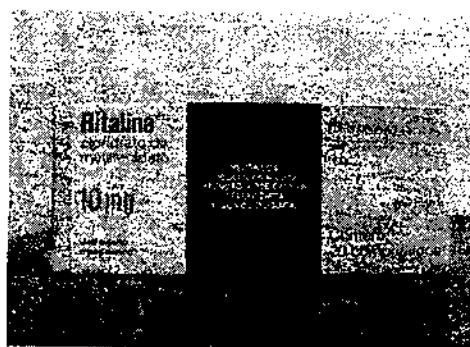
resposta aos estimulantes e também na presença de comorbidades (ROHDE, 2000). Como a Ritalina é o medicamento que está atualmente mais associado ao TDAH e o mais utilizado, vamos nos ater a este estimulante, não dando ênfase aos antidepressivos.

A bula da Ritalina é grande e traz as mais diversas informações (anexo 1), com uma leitura crítica a respeito da mesma, buscando encontrar comprovações de sua legitimidade e eficácia no tratamento do TDAH, nos deparamos com o seguinte dado:

O metilfenidato é um fraco estimulante do sistema nervoso central, com efeitos mais evidentes sobre as atividades mentais do que nas ações motoras. Seu mecanismo de ação no homem ainda não foi completamente elucidado, mas acredita-se que seu efeito estimulante é devido uma inibição da recaptação de dopamina no estriado, sem disparar a liberação de dopamina. 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, 2007, grifo nosso)

Desta forma, podemos julgar que este é um medicamento que está sendo prescrito para crianças, mas que não tem um mecanismo de ação no ser humano totalmente desmembrado e esclarecido. Além disso, a estrutura de atuação cerebral do remédio nas crianças não é devidamente situada. Estes são fatores preocupantes, se formos pensar que muitas crianças diagnosticadas utilizam um fármaco cujos aspectos de ação no meio cerebral humano ainda não foram completamente analisados.

Ainda colocando as características do medicamento Ritalina, podemos analisar sua embalagem, como forma de elucidar a importância do debate a respeito de seu crescente uso por crianças pequenas. A caixa – tarja preta – mostra que este é um medicamento controlado, ou seja, um medicamento cuja receita médica deve ser apresentada e uma via desta fica retida na farmácia, pelo fato do uso descontrolado da substância poder causar dependência química.



Detalhe da caixa tarja preta: “venda sob prescrição médica. Atenção: pode causar dependência física ou psíquica”.

Figura 4 – Caixa do remédio.
Fonte: Medicamento, 2009.

Os remédios de tarja preta são comumente associados pelas pessoas como muito fortes para o organismo; no caso do medicamento em questão, faz parte do grupo de psicotrópicos, que possuem substâncias capazes de alterar o estado da mente e da psique. As drogas envoltas pela tarja preta são aquelas que devem ser utilizadas por um curto período; quando usadas continuamente por semanas ou meses, correm o risco de não causar o efeito inicial, levando a um aumento da dose e consequentemente podendo causar dependência.

No caso do Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade, o uso de fármacos está crescendo de forma acelerada e este tema aparece cada vez mais nas notícias do Brasil e do mundo. Existe um grande debate acerca do uso de medicamentos pelas crianças, desta forma o crescimento na venda desses não é bem visto por todos, alguns acreditam que exista um excesso de prescrições, enquanto outros afirmam que o aumento no número de usuários se deve ao fato da crescente demanda por diagnósticos.

Como mostrado em janeiro de 2006 em uma notícia do jornal Folha de São Paulo,

Em apenas quatro anos, a venda dos medicamentos aumentou 940%. Em 2000, foram vendidas 71 mil caixas. Em 2004, 739 mil. Os dados são do Instituto Brasileiro de Defesa dos Usuários de Medicamentos, levantados com base no "IMS-PMB" -- publicação suíça que contabiliza dados do mercado farmacêutico mundial. Os números são confirmados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, a Anvisa, que controla as vendas, já que o remédio exige receita. Segundo a agência, o número de caixas vendidas entre 2003 e 2004 cresceu 51%. (TÓFOLI, 2006, grifo nosso)

De acordo com uma reportagem ainda mais recente do Jornal Nacional, veiculado pela TV Globo, as vendas do metilfenidato – também conhecido como “droga da obediência” – cresceram 1600 % em apenas oito anos. Um número preocupante se considerarmos que os especialistas na área acreditam que pelo menos 90% das vendas do medicamento são destinadas às crianças e adolescentes em fase escolar (MEDICAMENTOS, 2009). Estes usam o medicamento normalmente por consequências de atitudes e comportamentos mostrados na escola, desencadeando preocupações de professores, diretores, coordenadores e pais – e posteriormente psiquiatras, psicólogos, neurologistas, entre tantos outros conhecedores do assunto.

Com a observação dessas e outras reportagens divulgadas para a população, podemos começar a perceber que o crescimento do número de pessoas que tomam medicamento para tratar do TDAH está começando a ter espaço na mídia, mas devemos ficar atentos ao tipo de informação que está sendo transmitida. No caso da notícia da Folha de São Paulo, existe uma breve explicação sobre o remédio e comentários de pessoas que vêem o mesmo de maneiras

opostas, uma que acredita não haver excesso de diagnóstico em crianças, enquanto outra diz ser preocupante o fato de existirem até crianças de quatro anos tomando um remédio que é para maiores de sete. Na reportagem transmitida pelo Jornal Nacional (18/06/2009), também são apresentados diferentes pontos de vista em relação ao uso do medicamento; dito isso percebemos que pessoas defendem diferenciadas teorias em relação ao uso de fármacos.

A respeito do tratamento com medicamentos estimulantes para o TDAH, uma das teorias é a de que

Os centros do cérebro com conexão pobre integram as informações lentamente, causando falhas de comunicação entre os vários centros cerebrais e levando a uma lentidão generalizada da integração da percepção e dos dados. Supostamente, os medicamentos estimulantes corrigem a transmissão neural. (KARAHASAN, 1996, p. 38, grifo nosso)

Devemos enfatizar que o uso do termo “supostamente” não deve ser desconsiderado, já que os estudos sobre o assunto ainda não conseguem provar com determinação científica as reais causas do transtorno, assim como não conseguem localizar com exatidão onde estariam as áreas cerebrais afetadas (COLLARES; MOYSÉS, 1992).

Diversos textos mostram, até a própria bula da Ritalina, que existem inúmeros efeitos colaterais decorrentes do uso do medicamento que são comuns no início do tratamento, como: irritabilidade, dor de cabeça, pressão sanguínea variável, alterações cardíacas, estimulação ocasional de perda de peso, dor abdominal, náuseas e vômitos, sonolência, febre, alucinações, problemas de pele, convulsões, entre tantos outros; existindo também efeitos colaterais mais sérios e “raros” como tendências suicidas, coma hepático e retardamento do crescimento (RITALINA, 2007).

A lista de efeitos colaterais é grande e assustadora, pois envolve problemas em diferentes níveis do corpo (físico, mental e emocional), além de apresentar ocorrência de casos graves que podem levar a morte. De modo geral, todos os estimulantes causam alterações ocasionais de humor e a Ritalina, sendo um deles, também apresenta essa característica. Desta forma, estão utilizando um remédio para tratar do humor e comportamento de crianças, induzindo a outros tipos de comportamentos e humores que não necessariamente são melhores e menos prejudiciais do que aqueles que as crianças apresentavam inicialmente.

Como forma de ilustrar negativamente o uso desses remédios por crianças, temos a seguinte tirinha baseada no famoso “Calvin e Hobbes” (Em português Calvin e Haroldo), criado pelo cartunista Bill Watterson, que ilustra um menino de seis anos – Calvin – em

situações com seu companheiro Hobbes, um tigre de pelúcia que para ele é real e um grande amigo. Esta é uma tira que não foi feita por Watterson, mas foi baseada em sua criação para ilustrar algumas consequências do uso da droga em um personagem famoso no Brasil e no mundo.



Figura 5 – Calvin e Ritalina
Fonte: CALVIN, 2009.

Calvin tem muita imaginação, forte personalidade e é cheio de fantasias, fugindo às vezes da realidade para se aventurar com as imaginações. Esta tira, que não é de Bill Watterson e sim de alguém que usou de suas idéias, coloca criticamente o uso de Ritalina por crianças, ilustrando Calvin – um menino cheio de vida, com imaginações, personalidade marcante, etc – totalmente transformado após ingerir as pílulas. Esta imagem é um tanto radical, mas se formos observar os efeitos do remédio, não se distancia totalmente da realidade. Leva-nos a pensar se o que realmente queremos na escola são alunos cheios de energia, com talvez alguns comportamentos considerados inadequados, mas que têm originalidade, imaginação, vontades; ou se queremos alunos-robôs, que como diz Moyses em entrevista ao JN, agem como zumbis e aparentam como se estivessem amarrados dentro de si próprios (MEDICAMENTOS, 2009).

O abuso de Ritalina tem o custo da individualidade, pois a pessoa medicada perde certas características que são próprias de sua personalidade, além de passar a se enxergar como doente, transformando sua auto-imagem para o de uma pessoa com incapacidades e comportamentos que são negativos e que devem ser extintos. Outro fator negativo do uso desta droga, é que a explosão do uso de Ritalina pode levar muitas crianças a terem outros vícios quando adultos, já que ela é similar às anfetaminas e pode causar dependência.

Mais um fator preocupante que liga a Ritalina com a educação vem da polêmica do uso, sem prescrição médica, de alunos para melhorar seu desempenho acadêmico. Chamado de Doping Cerebral (ALBUQUERQUE, 2009), o uso de remédios a base de anfetamina e

metilfenidato – também conhecidos como Smart Drugs ou Drogas Inteligentes – por adolescentes e universitários com o objetivo de aumentar a concentração e diminuir o cansaço do cérebro, está crescendo cada vez mais. Tais indivíduos ingerem os fármacos por esses produzirem melhoras no rendimento cognitivo, pois mantém o estado de alerta; seria uma espécie de anabolizante cerebral (BUCHALLA, 2004).

Quando nos deparamos com questões como esta do Doping Cerebral, causadas pela ansiedade e sobrecarga de adolescentes e universitários em períodos de stress por conta de provas, devemos observar além do uso de fármacos por tais pessoas, e adentrar um olhar no sistema educacional. Se as escolas e universidades estão exigindo tanto dos educandos a ponto dos mesmos recorrerem a drogas para poderem acompanhar os estudos, exames, trabalhos, vestibulares, enfim, para poderem se concentrar; será que a questão cai novamente sobre o indivíduo? O aluno que está errado em abusar de anfetaminas para tentar obter sucesso no mundo acadêmico, ou a rede de sistemas educacionais está utilizando de meios que não estão contemplando os desejos, vontades e curiosidades do aluno a ponto do mesmo precisar de drogas para ter motivação para estudar?

Estas e outras questões devem ser analisadas de forma crítica, fazendo um mapeamento do que está dando certo e errado nos diferentes níveis de educação no país, para podermos pontuar aspectos que necessitam de reformulação. Veremos no próximo capítulo uma abordagem mais profunda acerca dos problemas de aprendizagem – centrados no aluno, e os problemas de ensino – centrados no sistema educacional.

5 – Problemas de aprendizagem X problemas de ensino

Pelo fato do TDAH ser visto na atualidade como um dos grandes determinantes para os problemas de desempenho escolar, a questão desse fracasso acadêmico não poderia deixar de ser citada neste trabalho. O Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade não é considerado como um Distúrbio de Aprendizagem, mas é citado por muitos autores como um possível causador de problemas na escola, por envolver aspectos como memória, concentração, desatenção, entre outros fatores que acarretam a má aprendizagem de acordo com os padrões buscados pelos envolvidos nas atividades educativas. Logo, para muitos autores o TDAH é visto como um possível causador de Distúrbios de Aprendizagem, portanto faz-se importante uma breve discussão a respeito deste termo. Assim, iremos mostrar neste capítulo alguns dos pontos defendidos por autores que colocam o fracasso escolar da criança com TDAH como fruto de seu problema, ou seja, como algo centrado no aluno; mas também colocaremos aspectos defendidos por aqueles que veem o fracasso escolar como fruto de problemas de ensino, do sistema educacional, vendo a questão de forma mais macro do que micro.

Como mostrado anteriormente, existem conflitos sobre as causas do fracasso escolar, normalmente em relação à questão de ensinar e aprender, ou seja, se o fracasso está mais ligado aos problemas de ensino ou aos problemas de aprendizagem. Como o processo de ensino-aprendizado possui diversas facetas, não deveríamos ver o fracasso acadêmico como algo estático e procurar um único sujeito para ser culpabilizado pelo mesmo. Deveríamos observar todos os aspectos que estão envolvidos no processo deste fracasso e buscar formas de prevenção do mesmo, e não somente formas de se lidar com ele após seu surgimento.

Logo, não seria culpa nem de quem aprende e nem de quem ensina, pois envolveria tanto o processo de ensino como o de aprendizagem. Assim, vemos que o problema de crianças que não aprendem na escola não é somente um problema restrito e exclusivo delas, pois as ações de ensinar e aprender estão interligadas, colocando todos os sujeitos envolvidos nesse processo – como as estratégias utilizadas nesta relação – responsáveis para uma troca eficiente entre os mesmos, ou para o fracasso desta experiência complexa e coletiva.

Dessa maneira, se já se sabe que a questão do problema de aprendizagem tem muitas vezes relação com o problema de ensino, porque então este segundo continua a ser mascarado e ignorado?

Quando pensamos em educação, acabamos nos deparando com os diversos problemas que podem afetar, de alguma forma, a aquisição de conhecimento. Mas, se há alguns anos os alunos eram plenamente responsabilizados pelas dificuldades que enfrentavam, hoje sabemos que a questão é muito mais complexa e que, ao problematizarmos os distúrbios de aprendizagem, precisamos considerar três aspectos fundamentais: o conhecimento que se deseja ensinar, o desejo do aluno de aprender tal conhecimento e o papel do professor enquanto facilitador do processo de aprendizagem. (QUEIROZ, 2006, p. 18)

Estes aspectos são analisados pela autora quando ela apresenta as diferentes visões a respeito da aquisição do conhecimento ao longo do tempo; a questão do desgosto por aprender vista de forma não-centrada no educando, ou seja, como a questão dos temas a serem ensinados pode interferir para esse desgosto; e o papel do educador nesse processo. Podemos refletir sobre alguns desses aspectos.

Os conhecimentos que são transmitidos aos educandos passam por um processo de seleção de acordo com a importância, estando em grande parte associados com interesses e carregados de ideologias. Assim, são criadas as Propostas Curriculares e posteriormente os Parâmetros Curriculares, que contêm temas sugeridos para serem ensinados nas séries do Ensino Fundamental em âmbito nacional. Pelo fato da Secretaria do Estado e do Ministério da Educação não terem o poder para centralizar o currículo, para impor um currículo nacional, eles só podem propor e sugerir; sendo assim, o currículo não é obrigatório. Tais documentos são elaborados por órgãos que são voltados à Educação e que fazem “cumprir” a regra; além disso, estas propostas curriculares são documentos políticos e intencionais, pois têm uma intenção posta.

Existe uma vasta gama de assuntos, pessoas, datas, locais que estes documentos sugerem para ser ensinados pelo professor e se supõe que os alunos terão interesse suficiente para assimilá-los. Entretanto, sempre existem educandos que não têm o desejo, o interesse, a curiosidade em aprender aquilo que é proposto pela escola, seguindo as regras dos parâmetros ou simplesmente seguindo a proposta adotada pela escola, e estas crianças acabam sendo vistas como crianças com dificuldade, distúrbios de aprendizagem, entre outras formas de justificativa pelo pensamento diferente do esperado.

A escola, desde sempre, se organizou como espaço para juntar crianças e as disciplinar, ensinar, moldar. Atualmente o mesmo sistema arcaico de seriação por idade, uso de currículos pouco flexíveis, meios de avaliação usados para classificar e corrigir os anormais, atividades preenchendo todos os momentos para não sobrar tempo ocioso, todas essas estratégias de limitantes do comportamento humano ainda estão em uso em praticamente todas as escolas do Brasil; com exceção de poucas que resolvem reestruturar seus meios para um ensino menos autoritário e um pouco mais flexível, ou outras que – novas – chegam ao mercado escolar com idéias inovadoras e um tanto diferentes daquele modelo escolar tradicional e exageradamente normativo.

Em sua tese de doutorado, Nascimento escreve um interessante capítulo denominado “O lugar da norma no espaço escolar”³ no qual diversos aspectos de âmbito normativo dentro desta instituição são apresentados, de forma que a autora aborda o tema com pensamentos e ideias de autores que falam a partir de diferentes locais, em diferentes períodos históricos. Interessante perceber, como a partir da fala de Foucault, a autora debate sobre as similaridades presentes entre as escolas, as prisões, os hospitais, as fábricas, enfim, em como o desejo pela ordem, por disciplinar, ajustar e enquadrar se faz presente em todos estes diferentes – porém mais similares do que gostaríamos de percebê-los – locais.

A escola se utiliza de diferentes estratégias para atingir seus objetivos disciplinares, porém existem crianças que não correspondem de maneira almejada. Com relação aos currículos e a questão da criança que não os segue como esperado, Nascimento diz que

São esses mesmos conceitos (normal e anormal) que permeiam o cotidiano escolar, definidos, principalmente, pelo currículo e pela avaliação, os dois principais instrumentos da escola na tarefa de disciplinamento dos alunos. (2007, p. 43)

Como vimos anteriormente a respeito do normal e do patológico, esta dicotomia deve ser abandonada para podermos pensar a respeito da diferença no ambiente escolar. Como aponta Canguilhem, “o patológico deve ser compreendido como uma espécie de normal, já que o anormal não é aquilo que não é normal, e sim aquilo que é um normal diferente”. (2000, p. 164). Assim, ao invés de serem destacados sempre os erros cometidos por essas crianças que não aprendem, se os outros pudessem ver a criança em sua totalidade, enxergar suas

³ NASCIMENTO, Lilian Cristine Ribeiro. *Memórias da infância: ressignificações do fracasso escolar*. Tese (doutorado). Universidade Estadual de Campinas – Faculdade de Educação. Campinas, 2007.

infinitas possibilidades, passariam a ver que existem outras formas de se aprender, que não somente a defendida e esperada dentro da instituição escolar.

Atualmente apesar de já termos a noção de que devemos considerar a visão de mundo do aluno, ainda existem aspectos que deveriam ser mais debatidos. Na realidade, como diz Nascimento,

O não desejo em aprender o que o professor quer ensinar acontece porque as pessoas são diferentes. Não é a escola que tem alunos diferentes, mas a sociedade. Ser heterogênea é característica da sociedade humana. Então, se há um responsável por aquilo que a escola chama de fracasso escolar, esse responsável seriam as singularidades humanas. (2007, p. 23)

Apesar dessa diversidade, a escola continua perseguindo uma homogeneização dos alunos, buscando contornar essas diferenças, pensando como se todos aprendessem com igual velocidade, intensidade e vontade. Assim, como instituição normatizadora, a escola tem encaminhado para médicos e outros profissionais crianças que não aprendem, como se fossem doentes, esquecendo de observar os aspectos do fracasso acadêmico além daqueles centrados no indivíduo, não olhando para o sistema escolar e seus métodos.

Aparentemente, existe muito o que dizer sobre os problemas de aprendizagem, sobre o fracasso, surgindo muitos especialistas no assunto, assim como meios de classificação para identificar aquele que fracassa, estratégias de controle e cada vez mais formas de procurar resolver o problema desse aluno que não tem um bom acompanhamento acadêmico. Porém, apesar de haver muito a ser falado desses problemas no aprendiz, pouco se fala sobre os problemas no ensino, falhas dos ensinantes, erros no sistema educacional como um todo.

Como forma de ilustrar esta afirmação, veremos a respeito de um livro feito como forma de guia para pais de crianças com doenças mentais ⁴, neste existe um capítulo que diz respeito à educação dessas crianças e a questão delas na escola, que abre caminho para importantes pontos a serem refletidos sobre o sistema educacional. Neste capítulo, são colocados alguns pontos de dificuldade da criança com doença mental na escola (como seria o caso de uma com TDAH), como o fator de auto-estima prejudicada, motivação reduzida, distração e irritabilidade, a necessidade de uma rotina estruturada, o tempo de atenção limitado e de relações sociais inadequadas.

⁴ McELROY, Evelyn (Org.). *Crianças e adolescentes com doença mental: Um guia para pais*. Série educação especial. Campinas/ SP: Papirus, 1996.

Em cada ponto o autor coloca como a escola deve se estruturar para que o processo de aprendizagem dessas crianças se dê da melhor forma possível. Falam a respeito de como esta escola deve ser para melhor receber tais crianças; além de outros fatores dizem que “professores, salas de aula e conteúdo curricular devem refletir e enfatizar a confiança na habilidade do aluno para aprender. Essa confiança gera sucesso e acentua o autorrespeito do aluno” (McELROY, 1996, p.164). Mas então paremos para refletir, não seria essa uma característica que deveria existir em todas as escolas? Todos os educadores não deveriam acreditar na capacidade cognitiva de seus educandos? Se o livro propõe certas mudanças, quer dizer que este tipo de atitude não está sendo observado nas escolas?

Neste capítulo, se fala de coisas básicas como uma sala de aula com um nível razoável de previsibilidade, bem organizada, um ambiente não estressante. Estressante! Como se isso fosse um fator que não deveria ter nas escolas por conta dos doentes mentais, mas e as outras crianças ditas “normais”? Elas também têm problemas em conviver em uma sala de aula estressante, pois isso contamina o processo de ensino-aprendizagem, fazendo da escola um local abominável para todos os envolvidos no processo de produção de conhecimentos.

Além disso, como resposta à facilidade de frustração dos doentes mentais, o autor coloca como resposta educacional um currículo bem estruturado, de forma a ajudar a criança a aprender, com objetivos definidos. Isso não teria que existir em todas as escolas, independente desta ter alunos com doenças? Sobre a questão da autoestima prejudicada, o autor coloca que “A escolarização pode ser um dos principais instrumentos para reconstruir a autoestima da criança” (McELROY, 1996, p.164), mas será que isso realmente funciona? A escola está realmente preocupada com a autoimagem que as crianças têm de si próprias? Ou estará mais preocupada em cumprir com seu cronograma e por fim acaba esquecendo as individualidades, com o propósito de fazer uma homogeneização dos estudantes?

Estas questões são algumas entre um universo de problemáticas que devem ser analisadas em relação ao ambiente escolar e suas relações interpessoais. São questões que nos fazem refletir sobre até que ponto o sistema educacional está funcionando e até que ponto ele possui brechas que devem ser analisadas, com o intuito de se buscar uma solução.

Pelo fato de termos como foco principal as crianças com Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade, procuraremos desenvolver as questões que se relacionam com este tema. Deste modo, utilizando a questão do TDAH na escola, poderemos refletir sobre alguns aspectos dos problemas de aprendizagem que muitas vezes acompanha a pessoa diagnosticada com o transtorno, da mesma maneira que observamos alguns problemas de

ensino no Brasil. Veremos como em uma pesquisa acadêmica aparecem alguns aspectos importantes na análise do fracasso escolar das crianças.

Em pesquisa apresentada à Faculdade de Educação da Unicamp como forma de obter o título de livre-docente, Cecília Collares mostra em seu projeto alguns aspectos ligados a patologização do ensino, a partir de uma pesquisa realizada em nove escolas na cidade de Campinas (1994). Em entrevistas, oito diretores das escolas tiveram participação, enquanto quarenta professores de 1ª série concordaram em participar das mesmas.

A partir das entrevistas com diretores e professores, a autora categorizou o que estes pensavam a respeito das causas do fracasso escolar, e como poderemos ver a seguir, é confirmada a idéia apontada anteriormente de que o fracasso está atualmente centrando-se no sujeito que não aprende.

CAUSAS DO FRACASSO ESCOLAR	DIRETORAS		PROFESSORAS	
	N	%	N	%
CRIANÇA	8	100,0	40	100,0
FAMÍLIA	8	100,0	40	100,0
PROFESSOR	8	100,0	14	35,0
ESCOLA	0	0,0	3	7,5
SISTEMA ESCOLAR	3	37,5	9	22,5

Tabela 2 – Distribuição das opiniões por categorias.

Fonte: Collares, 1994, p. 45.

A partir desta tabela podemos perceber o que professores e diretores pensam a respeito do fracasso escolar e das dificuldades acadêmicas de seus alunos, colocando toda a responsabilidade na criança e em seus familiares. Desta forma a criança com TDAH se encaixaria em uma das justificativas apresentadas por estes profissionais, de que o fracasso acadêmico provém de desvios neurológicos. Assim, eximem a escola e o sistema educacional da culpabilidade de existirem crianças que estão na escola e que não aprendem.

Analisando a tabela vemos que há uma concordância em relação a apontar a criança como principal justificativa por fracassar, como se a individualidade e o núcleo familiar fossem suficientes para causarem a não-aprendizagem na escola. Como diz a própria pesquisadora em relação aos dados obtidos,

Se a aprendizagem não constitui um processo intimamente relacionado ao ensino, transformando ambos em um outro processo muito mais complexo e indissociável, é vista como algo isolado, que ocorre internamente ao aluno, dependente de 'estalos', ao existirem falhas, coerentemente só podem se localizar 'em quem aprende'. (COLLARES, 1994, p. 46)

Este é um aspecto que a pesquisadora ressalta em sua tese, colocando esta individualização de problemas coletivos como um dos fatores a serem considerados na patologização do ensino. Esta dissociação entre ensino e aprendizagem se mostra presente na maneira como se fala sobre o fracasso do aluno, e não o relaciona com o fracasso do sistema escolar.

Existem muitos autores que discordam de Collares, achando que realmente o fracasso acadêmico existe por conta de deficiências neurológicas, psicológicas, emocionais, físicas e até devido ao meio social em que a criança está inserida. Entretanto, existem autores que concordam com Collares, como Queiroz que fala a respeito do aumento do número de pesquisadores, que também concordam com a ideia de que as falhas no sistema escolar estão mascaradas pelo apontamento de que o problema se encontra no educando.

Dentro desse aspecto, muitos educadores e pesquisadores defendem que os distúrbios ou dificuldades da aprendizagem, com exceção dos casos patológicos graves, não são passíveis de diagnósticos, sendo apenas desculpas formais utilizadas para justificar as falhas do sistema escolar. (QUEIROZ, 2006, p. 21)

Esta forma de justificativa para os problemas de ensino é muito complicada pelo fato de transferir para as crianças uma questão que não é somente sua, e estas crianças acabam sendo rotuladas como incapazes ou deficientes – isso acontece por conta de leituras parciais da realidade, ou seja, visão da criança em partes e não como um todo, um ser complexo e múltiplo.

De forma a sintetizar esta temática sobre os problemas de aprendizagem na escola, Araújo afirma que

Para superar esse quadro, o trabalho com problemas de aprendizagem na escola e com o déficit cognitivo passa necessariamente pela busca de uma não homogeneização da escola, ou seja, pela tomada de consciência de que se devem transformar os princípios sobre os quais se assentam as relações no interior da escola, aqui incluído o seu *modus operandi* e a formação de seus profissionais. O que está sendo dito é que ela precisa abandonar um modelo no qual se esperam alunos homogêneos, tratando como iguais os diferentes, e incorporar uma concepção que considere a diversidade tanto no âmbito do trabalho com conteúdos escolares quanto no das relações interpessoais” (ARAÚJO, p. 44)

Desta maneira, com algumas mudanças no interior da escola, as pessoas poderiam passar a reconsiderar as justificativas das dificuldades de aprendizado. Com uma

reestruturação na forma como os educandos são vistos dentro da escola, muito provavelmente passariam a ter menos crianças com reclamações dos professores, pois a singularidade do ser humano estaria preservada, sem a constante busca por uma perfeição, por um “molde” humano, por uma homogeneização de características, pensamentos, comportamentos e ações.

O sistema educacional, ao invés de prevenir estes problemas de aprendizagem, o fracasso escolar, a evasão escolar e os mais diversos problemas que acontecem com frequência nesta instituição, está atualmente agindo somente quando a situação já está muito complicada, difícil, quando se atinge uma condição indesejável, quando as metas e expectativas não foram atingidas. Logo, aqueles profissionais que estão envolvidos no sistema educacional deveriam procurar analisar, repensar, refletir em suas práticas e nos diferentes pontos que constituem a estrutura educacional, a fim de criar meios de prevenção para a continuidade e desencadeamento de problemas, como a questão do mau acompanhamento escolar.

A questão da criança com TDAH na escola, e os possíveis problemas acadêmicos que ela enfrentará durante seu período de escolarização, são fatores que despertam questionamentos nos modelos escolares atuais. Isso acontece pelo fato de muitos autores, quando falam sobre o TDAH na escola, listarem inúmeros aspectos que envolvem o processo de ensino como fatores que deveriam ser transformados, adaptados para que o sucesso da criança doente seja possível. Estes apontamentos dos autores trazem uma visão crítica em relação ao que eles estão propondo como mudança, ao que eles identificam como fator escolar que precisa ser repensado. Muito do que é falado por esses especialistas constitui em fatores que já deveriam ser existentes dentro de uma sala de aula, dentro de uma instituição educativa. Aspectos que não servem somente para crianças “doentes” – como uma rotina estruturada e um ambiente escolar sem stress – são necessário para todas as crianças, para que estejam em um local apropriado, que estimule sua vontade por conhecer, por descobrir novas coisas, por querer aprender constantemente, enfim, para despertar o desejo de forma que isso aconteça.

Os profissionais que trabalham na instituição escolar devem começar a perceber que as crianças não são todas iguais, e se conformar que cada uma aprende de um jeito, de acordo com aquilo que sentem desejo em aprender. Entretanto, “o sistema de ensino atual desconsidera que cada educando é um ser singular, com suas limitações, potencialidades, motivações e interesses diferenciados” (QUEIROZ, 2006, p. 21). Isso é algo que deve ser transformado, para que existam cada vez menos crianças consideradas com insucesso na vida acadêmica.

Ao invés de sempre se dar ênfase à questão dos problemas dos alunos, das inúmeras dificuldades de aprendizagem e de todo o conjunto de fatores internos à criança que levam a seu fracasso acadêmico, deveríamos passar a ver que existem também fatores externos à criança, e que hoje em dia estão sendo ignorados por conta da concentração em um único indivíduo – a própria vítima. Como diz Leal, “ao invés de falar em ‘problemas de aprendizagem’, então, poder-se-ia falar em problemas de ensino, decorrentes de problemas de formação dos professores” (1991, p. 82). Não que todos os problemas estejam centrados no profissional de educação e em sua formação, mas além de outros problemas no sistema educacional brasileiro, a falta de informações a respeito do Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade e dos conseqüentes Distúrbios de Aprendizagem, nos cursos de Pedagogia e Licenciaturas, podem ser um dos importantes fatores que contribuem para a visão de que o problema se encontra sempre – e unicamente – no próprio aluno. Com isso os docentes, sem questionamentos, têm uma aceitação imediata na afirmação de que seu aluno apresenta patologias.

Enfim, por conta de um espaço limitado dentro deste trabalho, um capítulo não é o suficiente para debater sobre as inúmeras questões que permeiam a escola e o fracasso escolar, de modo que buscamos fazer uma pequena abordagem para explicitar a importância em se definir que existem tanto problemas de aprendizagem, que são sim fatores intrínsecos ao indivíduo (que podem ser decorrentes de problemas neurológicos, tal como o TDAH), mas que além deles existem os problemas de ensino, que são extrínsecos ao indivíduo e acabam sendo mais uma forma de rotular aqueles que não acompanham a escola como o socialmente esperado. Desta forma, novamente o olhar crítico e um maior conhecimento docente a respeito das estratégias utilizadas atualmente para rotular alunos, fazem-se necessários para que o professor não se engane com a complexa questão das dificuldades acadêmicas e dos problemas de ensino. Assim, os educadores poderão compreender que muitas vezes “com a expressão ‘Distúrbios de Aprendizagem’, pretende-se justificar uma deficiência da escola e do sistema escolar” (Ibidem, p.81).

Com um olhar diferenciado daqueles envolvidos no processo educativo, a escola poderia passar a ser menos um lugar de colocar rótulos e identificar doenças, e mais um local próprio para o desenvolvimento de diferentes habilidades, onde se dá valor às diferenças e singularidades. Deixando de lado a busca por alguém para culpabilizar pelo fracasso escolar, seria aberto um espaço maior para a visão de que os atos de ensinar e aprender na escola estão interligados, colocando professor e aluno como trabalhadores em conjunto.

Para finalizar, Osti nos apresenta importantes considerações a respeito da postura do professor frente a essas dificuldades de aprendizagem, quando diz que

É imprescindível ao professor conhecer a dificuldade de aprendizagem de seu aluno, buscando verificar através de observações constantes em sala de aula, entrevistas com os pais e relatório de outros profissionais, se há efetivamente um problema na aprendizagem, para que a criança não seja rotulada nem estigmatizada como portadora de uma dificuldade de aprendizagem. Somente investigando a fundo o problema será possível levantar o verdadeiro motivo dessa não aprendizagem e buscar solução. É fundamental que professores não convertam problemas de ensino em dificuldades de aprendizagem, pois esse primeiro revela a necessidade de um olhar mais crítico, analítico e cuidadoso no que diz respeito ao ensino, ao currículo e a metodologia empregada na instituição educacional, não sendo portanto, o aluno portador de algum déficit ou patologia. (2004, p.62)

Assim, finalizamos o debate sobre os problemas de aprendizagem e os problemas de ensino, com a noção de que o conhecimento docente e uma postura crítica do mesmo são fatores imprescindíveis para um novo olhar sobre o TDAH e as conseqüentes dificuldades acadêmicas. Além disso, esta problemática deve ter mais presença dentro das instituições educativas, para que as crianças deixem de ser rotuladas muitas vezes por conta de fatores não ligados a elas como indivíduos, e sim ligados a contribuições do próprio sistema escolar para o fracasso vivenciado por algumas crianças.

6 – Considerações finais

O objetivo desta pesquisa bibliográfica foi evidenciar a questão da criança com Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade na escola, de modo a ressaltar as interações entre a criança e o professor. Para tanto, buscamos ao longo deste trabalho destacar dentro desta problemática algumas importantes questões como as diferentes definições trazidas por variados autores, assim como outras questões que acompanham esta temática, como a crescente aproximação da escola com um espaço clínico e a dificuldade em se enxergar além das dificuldades de aprendizagem de forma a perceber problemas no ensino.

A concepção de diferentes autores sobre o TDAH, vista durante a leitura do material sobre o assunto, quase que majoritariamente está ligada em tudo o que “falta” para o indivíduo, ou seja, em todas as coisas que ele não consegue fazer, todos os seus defeitos e aspectos que o distingue das pessoas ditas “normais”. Assim, na literatura específica (neurologia, psiquiatria e psicopedagogia), fala-se muito das incapacidades do indivíduo, em todas as negatividades que podem acompanhar o transtorno. Isso se deve em parte pelo que Sacks (1997) aponta como uma ciência que se esquia do específico, do apreciativo, do pessoal e somente se preocupa com o abstrato e o computista, em outras palavras, das ciências se desprenderem do fato de trabalharem com seres humanos únicos, complexos e diferentes, buscando analisar as doenças de maneira muito rígida e pouco flexível, analisando os homens como se fossem homogêneos e buscando um modelo de ser humano perfeito.

Vale dizer que apesar da importância do conhecimento sobre os prejuízos que o transtorno causa, não é estudado o que permanece intacto na pessoa, o que a pessoa possui de positivo e o quanto o transtorno pode ou não influenciar na personalidade da mesma. Assim, como afirma Thomas Armstrong, é preocupante “o fato de que a literatura sobre o TDAH tenha tanto a dizer sobre o que essas crianças não sabem fazer, mas quase nada sobre o que elas sabem fazer” (2002, p. 47).

Outro aspecto que pode ser levantado durante a revisão bibliográfica, é o fato de a grande parte dos autores concordarem com uso de medicamentos para o tratamento deste transtorno. Como visto anteriormente, o uso de metilfenidato (mais conhecido por Ritalina) é a alternativa medicamentosa mais comum para o TDAH, mas existe um leque de outras formas de tratamentos, aos quais nem sempre é dada a devida importância. Este

psicoestimulante – Ritalina – possui um tempo de efeito e durante este período a pessoa fica com a atenção mais focada, auxiliando na concentração. Muitos autores defendem tanto o uso deste fármaco estimulante do sistema nervoso central, que acabam se esquecendo de mencionar outras formas de tratamentos. Desta forma, os pais que lêem estes livros e artigos, passam a ver o uso de fármacos como a única opção.

Segundo Paul e Esther Wender (1934)⁵, podemos notar a mais pura aceitação e indicação de que para os autores o uso de fármacos para o tratamento de TDAH é o mais indicado e poderoso. Os autores defendem o uso de remédios a tal ponto que dizem que em muitos casos o remédio basta, ou seja, deve ser o único método de tratamento. A posição dos autores chega a ser tão extrema, a ponto de eles sugerirem que quando uma criança com TDAH vai participar de um evento social a noite, é aconselhável dar uma pequena dose do remédio, como se fosse uma forma da criança “não causar problemas e se comportar”. Isto é terrível, pois a que ponto chegamos se temos que drogar uma criança para que ela conviva em sociedade com os “mais velhos”? De que maneira os pais deixam suas responsabilidades de lado para que o remédio dê um jeito e eles próprios não tenham que impor limites e disciplinarem seus filhos? A que ponto chegamos se em nossa sociedade não se aceita mais a vivência da infância em suas inúmeras formas?

Alguns autores (ARMSTRONG, 2003; COLLARES, 1994; ESCUDEIRO, 2009; GIL, 2004; MALUF, 2006; MOYSÉS, 1992;) defendem a idéia de que atualmente existe um excesso de diagnóstico de TDAH e por vezes um exagero na prescrição de remédios, muitas vezes por pressão de instituições normatizadoras – como a escola – para mascarar individualidades e diferenças, com o intuito de ter uma sociedade homogênea e conformada; outras vezes por pressão dos próprios pais, por não conseguirem disciplinar seus filhos na dinâmica familiar. Outro tipo de tratamento que é comentado por alguns autores e pode ser muito eficaz é a terapia psicológica, especialmente a cognitivo-comportamental. Esse tipo de terapia está mais indicado, pois a partir dela a criança pode começar a se perceber e tentar controlar seu próprio comportamento, ou seja, ela passa a ter um maior autoconhecimento, reconhecendo suas fraquezas e pontos fortes.

Como observado previamente, muitos autores (CONDEMARÍN, 2006; MATTOS, 2003; McELROY, 1996; SILVA, 2003; WENDER, 1934) concordam com a afirmação de que o Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade significa uma deficiência em

⁵ WENDER, P. H.; WENDER, E. H. *The hyperactive child and the learning disabled child: a handbook for parents*. New York: Crown publishers inc., 1934.

determinado conjunto de habilidades neuropsicológicas e essas deficiências trazem sérios prejuízos para a maioria de seus portadores. Segundo estes, a evidência atual indica que os déficits na inibição do comportamento e da atenção sustentada, são o centro deste transtorno. Para que os prejuízos sejam amenizados durante a vida do indivíduo é ideal a avaliação e o diagnóstico precoce, feitos por uma equipe multidisciplinar, com opiniões do psiquiatra, do neurologista, do professor, da família e relatos do próprio indivíduo. Entretanto, a falta de uma distinção clara entre crianças que realmente apresentam necessidade de diagnóstico, daquelas vistas como problemáticas por não deixarem se enquadrar facilmente acaba levando a um excesso diagnóstico e às vezes levando a falsos positivos.

Os comportamentos da pessoa com o transtorno são prevalentes em vários locais e diferentes ambientes, além disso, os sinais devem aparecer por mais de seis meses pelo menos, e têm que estar causando prejuízo na vida da criança e da família. Desta forma, vemos que esta patologia interfere com a qualidade de vida, com o meio social com a dinâmica familiar, enfim, com diversos aspectos da vida. Mas isso, quando a criança realmente tem o transtorno, ficando claro novamente a importância de uma percepção crítica para analisar os comportamentos, sendo essa análise muito subjetiva por se basear em ideais e convicções pessoais de cada um.

O TDAH afeta uma pequena parcela dos alunos. No Brasil a incidência é de 3 a 5% (ARMSTRONG, 2003, p 46) da população, mas esta taxa varia de acordo com o critério de classificação utilizado. Apesar de ser uma pequena parcela da população, é bem provável que a maioria dos professores se depare com crianças hiperativas, desatentas e impulsivas ao longo de suas carreiras profissionais.

Assim, existe uma grande importância no fato de a família e a escola aprenderem a lidar com a criança com TDAH e a terem uma boa comunicação entre si, pois ela responde muito melhor ao reforço positivo do que à punição, e o trabalho conjunto de pais e professores pode amenizar as dificuldades escolares enfrentadas pela criança com o transtorno. A criança com TDAH na escola, na família e na sociedade, aparece sempre como se estivesse "fora do contexto", não acompanhado as regras e fazendo muitas coisas de maneira diferente. Devemos analisar até que ponto esta diferença é realmente negativa, ou até que ponto a patologia já faz parte da personalidade do indivíduo, de forma que a extinção de certas características por conta de tratamentos medicamentosos tiraria em partes a individualidade deste ser humano.

Voltando à questão da revisão bibliográfica, vimos que na literatura é apontado o fato de o TDAH não fazer com que a pessoa seja menos inteligente, muito pelo contrário, elas

possuem inteligência normal e a criatividade pode ser muitas vezes uma característica de pessoas com este diagnóstico. O que muitas vezes causa dificuldades na vida acadêmica é que a pessoa com TDAH se distrai mais facilmente e, por isso, ela pode demorar até o dobro de tempo para realizar atividades quando comparada com uma pessoa que não tenha este diagnóstico.

É muito comum, portanto, que crianças com TDAH não gostem da escola, pois sabem que mesmo com um grande esforço não conseguem bons resultados, e acabam associando a escola com a rejeição e o fracasso. Além disso, a criança com TDAH pode apresentar grandes problemas de adaptação na escola.

Crianças que são muito punidas e criticadas na escola se tornam completamente desmotivadas, com baixa autoestima e seu rendimento escolar se torna pobre. Se isso acontece com crianças que têm a capacidade de se moldar e acompanhar tudo aquilo que lhe é proposto pela escola, fica fácil perceber realmente a dificuldade que a pessoa com o Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade pode presenciar cotidianamente nas escolas, pois têm uma enorme dificuldade em seguir o padrão normativo do sistema escolar, sendo seu comportamento avaliado pelos outros como desviante.

Este comportamento desviante na realidade não deveria ser tomado como uma ameaça, como algo que pode desestruturar a sociedade, pois certos comportamentos vistos como desviantes podem ter um caráter inovador e trazer questionamentos e até respostas para a própria permanência de determinado sistema (VELHO, 1977). Esta “é a idéia de que ‘o desviante’ de hoje pode ser o herói civilizador de amanhã” (Ibidem, p. 15). Em outras palavras, poderíamos ver a dificuldade de certas crianças em se enquadrarem na escola não como algo totalmente negativo, e sim como a expressão de que não estão satisfeitas com os moldes escolares atuais, porém arcaicos, e que novas formas de trabalho, relações interpessoais e visão do papel dos alunos são necessárias nas escolas. Assim, veríamos estas crianças desatentas, hiperativas e impulsivas como indivíduos que nos mostram as imprescindíveis mudanças que o sistema escolar deve passar para receber as crianças desta nova geração, crianças do século 21.

O comportamento humano pode variar amplamente, mas a sociedade coloca até onde o comportamento pode chegar, impõe limites de acordo com as diferentes culturas. Nas escolas existem duras e rígidas regras a respeito do comportamento e do deslocamento físico, de forma que uma criança que queira expandir seus movimentos físicos além do que é permitido de acordo com as normas, aparece nesta instituição como se estivesse causando

problemas e por mostrar este comportamento desviante deve ter alguma doença para justificar o mesmo.

A criança com o transtorno tem que ser envolvida, motivada, para que ela mostre todo o seu potencial; além disso, é preciso lhes dar chance para se desenvolver e observar as suas deficiências. É preciso desenvolver um método educativo adequado às capacidades e limitações da criança com o transtorno. O professor deve procurar se informar sobre o mesmo e é essencial que tenha acesso aos profissionais que diagnosticam e trabalham no tratamento de seus alunos, para poderem entendê-los e ajudá-los da melhor forma possível, trocando informações e tirando dúvidas.

As crianças portadoras de TDAH não se adaptam bem a instituições de ensino tradicionais e que tenham um código disciplinar extremamente rígido. Nestas escolas, castigos e suspensões por problemas disciplinares são recorrentes. Assim, as escolas mais indicadas para crianças com TDAH são as menos rígidas em questão de regras, que encorajam o valor individual de cada pessoa e que utilizam mais o reforço positivo do que a punição. Em geral, os funcionários da escola devem procurar maiores informações para que possam fazer intervenções que ajudem o desenvolvimento da criança e no seu sucesso escolar, já que existe uma falha na formação docente por não debater sobre o assunto.

A partir deste ponto é necessária uma reflexão sobre o atual sistema de ensino. O sistema educacional tradicional penaliza muito quem tem TDAH, pelo fato de exigir dos alunos o cumprimento de diversas regras que os indivíduos com o transtorno são incapazes de cumprir, por exigir uma homogeneização que os indivíduos com TDAH mostram ser inexistente. Outro fator que também chama a atenção é que muitas crianças que tomam algum tipo de medicamento para o TDAH precisam do mesmo apenas para ficar na escola, parando de tomá-los nos finais de semana e férias. Isso coloca em questão se o problema está mesmo nas crianças ou nas escolas, pois algumas aulas são realmente cansativas e tediosas, onde aprendemos coisas que são memorizadas e logo depois esquecidas e nunca mais utilizadas.

Enfim, os professores têm um papel fundamental no bom desenvolvimento de todas as crianças, especialmente daquelas que têm o transtorno. Para auxiliar tais crianças estes profissionais podem ter a iniciativa de elaborar um programa próprio para estas crianças ditas “doentes”, partindo do diagnóstico feito pela equipe e pelas dificuldades que o indivíduo possui.

Como é mostrado na própria Lei de Diretrizes e Bases da Educação, nº 9.394, capítulo V:

“Art. 58. Entende-se por educação especial, para os efeitos desta Lei, a modalidade de educação escolar, oferecida preferencialmente na rede regular de ensino, para educandos portadores de necessidades especiais. § 1º Haverá, quando necessário, serviços de apoio especializado, na escola regular, para atender às peculiaridades da clientela de educação especial. (...) Art. 59. Os sistemas de ensino assegurarão aos educandos com necessidades especiais: I - currículos, métodos, técnicas, recursos educativos e organização específicos, para atender às suas necessidades; (...). III - professores com especialização adequada em nível médio ou superior, para atendimento especializado, bem como professores do ensino regular capacitados para a integração desses educandos nas classes comuns” (BRASIL, 1996).

Desta forma, fica claro que a escola tem a obrigação de proporcionar aos alunos com o Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade, tarefas modificadas que se encaixem melhor dentro da capacidade dos alunos, levando em consideração suas deficiências e capacidades. Todas as crianças, especialmente as que têm TDAH, se beneficiam com uma rotina estruturada, previsível e descomplicada. Portanto, os professores devem seguir rotinas previamente estabelecidas, apresentarem suas expectativas de maneira simples, reduzir tarefas muito longas, e estimularem os estudantes a não desistirem de concluir as tarefas. Além disso, é importante estabelecer regras simples, ter firmeza e ser coerente, para que os educandos passem a ser mais organizado e consigam controlar melhor suas ações.

De forma a se desenvolver plenamente e integralmente, todas as crianças precisam de interesse, envolvimento e atenção de adultos, desta forma o professor tem o dever de se preocupar verdadeiramente pelo desenvolvimento pleno de seu aluno, mostrando-se interessado e acreditando que o mesmo é capaz. Além disso, os professores devem reconhecer que o desempenho das crianças varia em diferentes áreas, ou seja, o aluno que é excelente em matemática pode ter muita dificuldade com a língua portuguesa. Percebemos assim, que a escola atualmente faz força para que a atuação dos alunos seja excepcional em todas as áreas, o que na realidade não é possível, pois a mesma varia de acordo com habilidades e interesses pessoais.

A fraca performance de uma criança com o transtorno pode levar a críticas do professor, o que por sua vez acarreta em baixa autoestima da criança. Também é capaz de acontecer, em muitos casos, da criança tentar dar o seu melhor, não atingir as expectativas do professor e ouvir críticas pouco construtivas que afetam o indivíduo em seu aspecto emocional. Já que o hiperativo possui um nível mais baixo de tolerância à frustração, as constantes punições e interferências negativas do professor podem encadear desde reações violentas do

aluno, até a total falta de interesse e motivação do mesmo para questões acadêmicas. Assim, se a criança se frustra muito nesta instituição, vai acabar criando uma imagem pavorosa da mesma. A estrutura social nas escolas, em grande parte delas, não facilita nem um pouco amenizar os problemas das crianças com TDAH.

As crianças com TDAH são cheias de energia, possuem uma curiosidade e necessidade de explorar surpreendentes e aparentemente infinitas, então porque ver isso como um defeito, como algo que as faz serem mais propensas a se machucar e quebrar coisas? Deveríamos mudar o jeito de olhar, e ver estas características como positivas, pois ao contrário do que a escola faz hoje as crianças deveriam ser estimuladas a explorarem o mundo, a desenvolver sua curiosidade, a escola deveria usar isso para desenvolver os projetos, buscar a partir da curiosidade das crianças temas que fossem desafiadores, usar a curiosidade para obter interesse nas atividades.

De acordo com Queiroz,

O ser humano aprende através da experiência, observando e explorando o ambiente, buscando respostas para os fatos novos e alternativas para as questões cotidianas. Assim, quando o educador consegue explorar devidamente as problemáticas apresentadas por seus alunos, abre caminho para que eles desenvolvam sua criatividade, sensibilidade, intuição, senso crítico, bem como a capacidade de análise, de síntese, de formulação e de resolução de problemas, ferramentas fundamentais para o processo de aprendizagem. (2006, p. 21)

Desta forma, estas características inerentes a forma de aprender do ser humano não deveria ser desconsideradas no meio escolar, mas infelizmente por conta do método conteudista isso está caindo no esquecimento.

Nestas considerações finais, ficam aqui alguns debates sobre a teoria existente a respeito da criança com TDAH, principalmente durante sua fase escolar, e ficam também algumas dúvidas, questionamentos, indagações que podem futuramente desencadear novas discussões a respeito deste tema tão importante e atual nas escolas do Brasil e do mundo. Este tema da criança com hiperatividade na escola desencadeia reflexões a respeito do sistema educacional e de como ele deveria ser transformado para que tanto as crianças com TDAH como todas as outras pudessem crescer como seres humanos, como seres individuais e ao mesmo tempo coletivos; inseridos em uma cultura determinada, mas com respeito às outras existentes; seres mais solidários e amorosos.

Como diz a frase de D'Ambrosio utilizada na epígrafe deste projeto,

A educação é a estratégia mais importante para levar o indivíduo a estar em paz consigo mesmo e com o seu entorno social, cultural e natural e a se localizar em uma realidade cósmica. Isso significa atingirmos o estado de paz total. (2006, p. 61)

Não devemos nos esquecer disso, tendo em mente que a educação é uma ação transformadora que atua diretamente com as novas gerações. Assim, devemos pensar se o que queremos no futuro são crianças doentes, em escolas cheias de patologias, com professores autoritários e um sistema educacional castrador de criatividade; ou crianças que têm a liberdade para vivenciar sua infância, em escolas libertadoras, com professores amorosos e um sistema educacional que leve em conta as múltiplas facetas do ser humano, dando lugar às diferenças e a individualidade de cada um.

7 – Bibliografia

7.1 - Referências

- ALBUQUERQUE, Carlos. *Doping cerebral: Cresce polêmica sobre o uso de remédios para melhorar o desempenho na escola*. O Globo. Rio de Janeiro, Caderno Ciência, Saúde, p. 33. 11 de outubro de 2009.
- AMBRÓSIO, Ubiratan D'. *Uma proposta curricular de educação para a paz*. Pátio - Revista pedagógica. Editora Artmed. Ano 10, nº 39, p. 59-61, ago/out 2006.
- ARAÚJO, Ulisses Ferreira de. *O déficit cognitivo e a realidade brasileira*. In: AQUINO, Julio Groppa (Org.). *Diferenças e preconceito na escola: Alternativas teóricas e práticas*. São Paulo: Summus, 1998.
- ARMSTRONG, Thomas. *Transtorno do Déficit de Atenção/ Hiperatividade*. Ponto de Vista. Revista Pátio, nº 24, p. 46-47, Nov. 2002 / Jan. 2003.
- BECKER, Howard (1963) apud SCHNEIDER, Dorith. *"Alunos excepcionais": Um estudo de caso de desvio*. In: VELHO, Gilberto (Org.). *Desvio e divergência – uma crítica da patologia social*. Rio de Janeiro: Zahar editores, 1977.
- BOGDAN, R. C.; BIKLEN, S. K. *Investigação qualitativa em Educação – Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora, p. 47– 51, 1999.
- BRASIL. Senado Federal. *Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional -9.394/96*. Brasília – DF, 1996.
- BUCHALLA, Anna Paula. *Ritalina, usos e abusos: O remédio para hiperativos ganha adeptos entre executivos, estudantes e moças que querem emagrecer*. Saúde. Revista Veja: Editora Abril. São Paulo, Edição 1877, ano 37, nº 43, p. 68 - 70. 27 de outubro de 2004.

- CALVIN + *Ritalin*. Disponível em:
<http://images.google.com.br/imgres?imgurl=http://www.geocities.com/rnseitz/Calvin-Ritalin.gif&imgrefurl=http://www.geocities.com/rnseitz/Kearneys_Calvin.html&usg=CpU3toVmDwm6gWR1nZKHFMNa8ZE=&h=269&w=728&sz=8&hl=pt-R&start=70&tbnid=cImBJl56FX2zqM:&tbnh=52&tbnw=141&prev=/images%3Fq%3Dritalin%26gbv%3D2%26ndsp%3D20%26hl%3Dpt-BR%26sa%3DN%26start%3D60>.
Acesso em 03 de setembro de 2009. (Figura)
- CANGUILHEM, Georges. *Fisiologia e patologia*. In. O normal e o patológico. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.
- COLLARES, Cecília Azevedo Lima. *O cotidiano escolar patologizado: Espaço de preconceitos e práticas cristalizadoras*. Tese (livre-docência). Universidade Estadual de Campinas – Faculdade de Educação. Campinas, 1994.
- COLLARES, C. A. L.; MOYSÉS, M. A. A. *A história não contada dos distúrbios de aprendizagem*. Caderno Cedes, Campinas: Papirus/ Cedes. nº 28, 1992.
- _____ *A transformação do espaço pedagógico em espaço clínico - A patologização da educação*. Série Idéias, nº 23. São Paulo: FDE, p.: 25- 31, 1994. [artigo científico].
- CONDEMARÍN, M.; GOROSTEGUI, M.; MILICIC, N. *Transtorno do déficit de atenção: Estratégias para o diagnóstico e a intervenção psicoeducativa*. São Paulo: Editora Planeta do Brasil, 2006.
- ESCUDEIRO, Monica Lavoyer. *A medicalização da infância: Um mercado em expansão*. Instituto de psicologia, UFRJ. Nipiac (Núcleo interdisciplinar de pesquisa e intercâmbio para a infância e adolescência contemporâneas). Disponível em: <<http://www.psicologia.ufrj.br/nipiac/blog/?p=70>>. Acesso em 23 de junho de 2009.

- GIL, Anna Maria Vieira Pires. *"DDA" e outras novas siglas associadas a limitações de ensino e aprendizagem escolar*. Revista da Associação Brasileira de Psicopedagogia. vol. 21. nº 65. São Paulo. p. 164 – 176. 2004.
- GOUVEIA, Denise da Cruz. *Uma visão psicanalítica do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade*. Revista da Associação Brasileira de Psicopedagogia. vol. 21. nº 64. São Paulo. p. 69-71. 2004.
- GUIMARÃES, Sueli Édi Rufini. *Motivação intrínseca, extrínseca e o uso de recompensas em sala de aula*. In. BORUCHOVITCH, Evely; BZUNECK, José Aloyseo (Orgs.). *A motivação do aluno: Contribuições da psicologia contemporânea*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.
- HIPERATIVIDADE: *Como reconhecer se meu filho/parente/amigo/aluno tem TDAH?* Orientação. 15 de novembro de 2006.
Disponível em: <<http://www.hiperatividade.com.br/article.php?sid=9>>. Acesso em abril de 2009.
- JÚNIOR, João Baptista de Almeida. *O estudo como forma de pesquisa*. In. CARVALHO, Maria Cecília M. de (Org.). *Construindo o saber – Metodologia científica: fundamentos e técnicas*. Campinas: Papirus, 1995.
- JUNQUEIRA, Paulo. *O impacto do TDAH na sala de aula*. Notícia, Educação. IG Educação. Disponível em:
<http://educacao.ig.com.br/noticia/2008/06/10/o_impacto_do_tdah_na_sala_de_aula_1349173.html>. Acesso em 12 outubro de 2006
- KARAHASAN, Alp. *Quadros comuns de doença mental: Sintomas e tratamento*. In: McELROY, Evelyn (Org.). *Crianças e adolescentes com doença mental: Um guia para pais*. Série educação especial. Campinas/ SP: Papirus, 1996.
- LEAL, Maria Alejandra Iturrieta. *Distúrbios e dificuldades de aprendizagem na aquisição da escrita: reflexões sobre seu diagnóstico na sala de aula*. Tese

(mestrado). Universidade Estadual de Campinas – Faculdade de Educação. Campinas, 1991.

- MALUF, Maria Irene. *Transtorno mental na infância e adolescência: Um caso muito sério*. Revista Direcional Escolas. Ano 2, edição 17, pag. 11, junho de 2006
- MATTOS, Paulo. *No Mundo da Lua: Perguntas e Respostas sobre Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade em crianças, adolescentes e adultos*. São Paulo: Lemos Editorial, 2003.
- McELROY, Paul. *Serviços educacionais*. In: McELROY, Evelyn (Org.). Crianças e adolescentes com doença mental: Um guia para pais. Série educação especial. Campinas/ SP: Papyrus, 1996.
- MEDICAMENTOS – o uso indiscriminado em crianças. Jornal Nacional, Rio de Janeiro: Rede Globo, 18 de junho de 2009. (programa jornalístico)
- MEDICAMENTO, *Ritalina*. Disponível em:
<<http://images.google.com.br/imgres?imgurl=http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/3/37/Ritalina.JPG&imgrefurl=http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Ritalina.JPG&usq=tOvogieJNVjLTE-9RIIq7Acudk=&h=768&w=1024&sz=246&hl=ptBR&start=1&tbnid=FBC2FevGwJqIWM:&tbnh=113&tbnw=150&prev=/images%3Fq%3DRitalina+%2B2009%26gbv%3D2%26hl%3Dpt-BR>>. Acesso em 03 de setembro de 2009. (Figura)
- MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso. *Fracasso escolar: Uma questão médica?*. Série Idéias, nº 06. São Paulo: FDE, p.: 29- 31, 1992. [artigo científico].
- NASCIMENTO, Lilian Cristine Ribeiro. *Memórias da infância: Ressignificações do fracasso escolar*. Tese (doutorado). Universidade Estadual de Campinas – Faculdade de Educação. Campinas, 2007.

- NUCLEUS, Medical Art Inc. *Prefrontal CórteX – Medical Illustration, Human Anatomy Drawing*. 2008. Disponível em:
<<http://catalog.nucleusinc.com/generateexhibit.php?ID=4031&ExhibitKeywordsRaw=&TL=&A=2>>. Acesso em 26 de outubro de 2009.
- OSTI, Andréia. *As dificuldades de aprendizagem na concepção do professor*. Tese (mestrado). Universidade Estadual de Campinas – Faculdade de Educação. Campinas, 2004.
- QUEIROZ, Tânia. *Distúrbios da aprendizagem ou dificuldades no ensino*. Revista Direcional Escolas. Ano 2, edição 17, pag. 18 – 23, junho de 2006
- RECUPERAÇÃO exige uma didática diferenciada: *Acompanhamento individualizado durante as aulas evita a repetência*. Correio Popular, Campinas, 21 de setembro de 2008. Ensino Fundamental e Médio, p. E 15.
- RITALINA: *Comprimidos*. Farmacêutico Responsável: Marco A. J. Siqueira. Taboão da Serra: Novartis Biociências S.A. 2007. Bula de remédio.
- ROHDE, Luis Augusto. et al. *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade*. Revista Brasileira de Psiquiatria. vol.22 s.2 São Paulo, Dezembro de 2000.
- SACKS, Oliver W. *O homem que confundiu sua mulher com um chapéu*. São Paulo: Companhia das Letras, 1997.
- SCHNEIDER, Dorith. *“Alunos excepcionais”: Um estudo de caso de desvio*. In: VELHO, Gilberto (Org.). *Desvio e divergência – uma crítica da patologia social*. Rio de Janeiro: Zahar editores, 1977.
- SILVA, Ana Beatriz Barbosa. *Mentes Inquietas: Entendendo melhor o mundo das pessoas distraídas, impulsivas e hiperativas*. Rio de Janeiro: Napades, 2003.
- STAHLER, Jeff. *Ritalin cartoon*.

Disponível em: <<http://cache.gawker.com/news/ritalin.jpg>>. Acesso em 10 de setembro de 2009. (Figura)

- TÓFOLI, Daniela. *País vive febre da “droga da obediência”*. Folha Online, São Paulo, 15 de janeiro de 2006. Cotidiano. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/cotidiano/ult95ul17301.shtml>>. Acesso em 07 de outubro de 2009.
- TOLEDO, Márcia Maria. *Levantamento de sinais de desordem déficit de atenção / hiperatividade em crianças com queixa de dificuldade de aprendizagem acadêmica*. Campinas, 1999. Tese (mestrado). Universidade Estadual de Campinas – Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, 1999.
- VELHO, Gilberto (Org.). *Desvio e divergência – uma crítica da patologia social*. Rio de Janeiro: Zahar editores, 1977
- WAJNSZTEJN, Rubens. *Como identificar e conduzir pacientes com TDAH*. Disponível em: <<http://www.universoautista.com.br/materia/tdah.ppt#642,1>>, “Como identificar e conduzir pacientes com TDAH”. Acesso em 01 de setembro de 2009. (Figura)

7.2 - Bibliografias consultadas

- ARMSTRONG, Thomas. *The Myth of Attention Deficit Disorder*. Disponível em: <http://www.thomasarmstrong.com/myth_add_adhd.htm>. Acesso em 04 de agosto de 2009.
- CARVALHO, Maria Cecília M. de. *Construindo o saber: Metodologia científica fundamentos e técnicas*. Campinas: Papirus, 1995.

- COOPER, Paul; O'REGAN, Fintan J. *Educating children with AD/HD: A teacher's manual*. Londres: Routledge Falmer. 2001.
- GARCIA, Jesus Nicasio. *Manual de Dificuldades de Aprendizagem: Linguagem, leitura, escrita e matemática*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.
- GOLDSTEIN, Sam e Michael . *Hiperatividade: Como desenvolver a capacidade de atenção da criança*. Campinas: Papirus. 1994.
- PERES, Lúcia Maria Vaz. *Os dramas do "não-aprender": Fracasso, distúrbios ou oscilações cognitivas?*. In ABRAMOWICZ, A., MOLL, J. (Orgs.). Para além do fracasso escolar. São Paulo: Papirus, 1997.
- PRIMEIRA Jornada dos Transtornos da Atenção e da Hiperatividade (Capítulo Paulista – ABENEPI), Setembro de 2008, Santos.
- SARAVALI, Eliane Giachetto. *Dificuldades de aprendizagem e interação social*. Taubaté: Cabral. 2005.
- THIOLLENT, Michel. *Metodologia da pesquisa-ação*. São Paulo: Cortez: autores associados, 1986.
- WENDER, P. H.; WENDER, E. H. *The hyperactive child and the learning disabled child: A handbook for parents*. New York: Crown publishers inc., 1934.

Anexo 01

RITALINA®LA

cloridrato de metilfenidato

Novartis

Forma farmacêutica e apresentações

Cápsula gelatinosa dura com microgrânulos de liberação modificada.

Embalagens contendo 30 cápsulas de 20, 30 ou 40 mg.

USO ADULTO E EM CRIANÇAS A PARTIR DE 6 ANOS

Composição

Cada cápsula contém 20, 30 ou 40 mg de cloridrato de metilfenidato.

Excipientes:

- *cápsula de 20 mg:* esferas de açúcar, copolímero de metacrilato de amônio, copolímero de ácido metacrílico, talco, citrato de trietila, macrogol, gelatina e dióxido de titânio.

- *cápsula de 30 mg:* esferas de açúcar, copolímero de metacrilato de amônio, copolímero de ácido metacrílico, talco, citrato de trietila, macrogol, gelatina, dióxido de titânio e óxido de ferro amarelo.

- *cápsula de 40 mg:* esferas de açúcar, copolímero de metacrilato de amônio, copolímero de ácido metacrílico, talco, citrato de trietila, macrogol, gelatina, dióxido de titânio, óxido de ferro amarelo, óxido de ferro preto e óxido de ferro vermelho.

INFORMAÇÕES AO PACIENTE

Ação esperada do medicamento: RITALINA LA tem como substância ativa o cloridrato de metilfenidato, que atua como um estimulante no sistema nervoso central. RITALINA LA é indicada para o tratamento do Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade (TDAH), em crianças a partir de 6 anos de idade e deve ser administrada uma vez ao dia pela manhã.

Cuidados de conservação: O produto deve ser conservado em temperatura ambiente (entre 15 e 30°C). Proteger da umidade.

Gravidez e lactação: Gestantes não devem tomar RITALINA LA, a menos que o benefício potencial supere o risco potencial ao feto. Não se sabe se a substância ativa de RITALINA LA (metilfenidato) e/ou seus metabólitos passam para o leite materno, mas por razões de segurança, as mães que estejam amamentando não devem utilizar RITALINA LA. Antes de iniciar o tratamento com RITALINA LA, converse com seu médico caso esteja grávida ou com planos de engravidar. Informe ao seu médico sobre a ocorrência de gravidez ou lactação na vigência do tratamento ou após o seu término. Informe ao seu médico se está amamentando.

Cuidados de administração: Siga a orientação do seu médico, respeitando sempre os horários, as doses e a duração do tratamento. RITALINA LA deve ser tomada diariamente pela manhã, com ou sem alimento. As cápsulas devem ser engolidas inteiras com água. O seu conteúdo não deve ser triturado, mastigado ou dividido. Se o medicamento for administrado no final do dia, os pacientes com dificuldade para dormir devem tomar a última dose antes das

18 horas. Se o paciente esquecer de tomar uma dose de RITALINA LA, ele deve tomá-la assim que se lembrar. Não devem ser tomadas doses dobradas de RITALINA LA para compensar a dose esquecida. Em caso de dúvidas, o médico deve ser consultado.

Interrupção do tratamento: Não interrompa o tratamento sem o conhecimento do seu médico. Ao ser retirado o medicamento, poderá aflorar um quadro depressivo que estava mascarado pelo uso da droga.

Reações adversas: Informe ao seu médico o aparecimento de reações desagradáveis. RITALINA LA pode causar alguns efeitos indesejáveis em algumas pessoas. Estes efeitos são, normalmente, de leves a moderados e, geralmente, são transitórios. As reações mais comuns com o uso da RITALINA LA são nervosismo, dificuldade para dormir e perda do apetite.

Algumas reações adversas podem ser sérias:

- febre alta repentinamente;
- dor de cabeça grave ou confusão, fraqueza ou paralisia dos membros ou face, dificuldade de falar (sinais de distúrbios dos vasos sanguíneos cerebrais);
- batimento cardíaco acelerado; dor no peito; movimentos bruscos e incontroláveis (sinal de discinesia);
- equimose (sinal de púrpura trombocitopênica);
- espasmos musculares ou tiques;
- garganta inflamada e febre ou resfriado (sinais de distúrbio no sangue);
- movimentos contorcidos incontroláveis do membro, face e/ou tronco (movimentos coreatetóides);
- alucinações;
- convulsões;
- bolhas na pele ou coceiras (sinal de dermatite esfoliativa);
- manchas vermelhas sobre a pele (sinal de eritema multiforme);
- deglutição dos lábios ou língua ou dificuldade de respirar (sinais de reação alérgica grave).

Se ocorrer alguma destas reações, o médico deve ser avisado imediatamente.

Outras possíveis reações são:

- erupção cutânea ou urticária;
- febre, transpiração;
- náusea, vômito, dor no estômago, tontura;
- dor de cabeça, desânimo, cansaço;
- câibra muscular, boca seca, visão borrada, perda de peso, mudanças na pressão sanguínea, perda de cabelo.

Se um desses efeitos ocorrerem, o médico deve ser avisado.

TODO MEDICAMENTO DEVE SER MANTIDO FORA DO ALCANCE DAS CRIANÇAS.

Ingestão concomitante com outras substâncias: Informe ao seu médico sobre qualquer medicamento que esteja usando, antes do início ou durante o tratamento. Não tome bebida alcoólica, enquanto estiver usando RITALINA LA. O médico pode achar necessário alterar a dose ou, em alguns casos, interromper a administração de um dos medicamentos. Por isso, é

particularmente importante avisar o médico se o paciente estiver tomando algum dos seguintes medicamentos:

- aqueles que aumentam a pressão sanguínea;
- inibidores da MAO ou antidepressivos tricíclicos (utilizados no tratamento da depressão);
- anticoagulantes orais (usados na prevenção de coágulos no sangue);
- alguns anticonvulsivantes (usados no tratamento de crises convulsivas);
- fenilbutazona (usado para tratar dor ou febre);
- medicamentos que influenciam o sistema dopaminérgico (usados para o tratamento da Doença de Parkinson ou psicoses).

Contra-indicações e precauções: RITALINA LA não deve ser usada em pacientes:

- alérgicos (hipersensíveis) ao metilfenidato ou a qualquer outro ingrediente de RITALINA LA listado no início desta bula;
- que tenha batimento cardíaco irregular ou angina grave (dor no peito);
- que tenha tireóide hiperativa;
- portadora de glaucoma (pressão ocular aumentada);
- com ansiedade, tensão ou agitação;
- que tenham tiques motores ou se qualquer outro membro da família tenha tiques;
- portadores de síndrome de *Tourette* ou se qualquer outro membro da família seja portador desta síndrome;
- que tenham um tumor na glândula adrenal chamado feocromocitoma.

RITALINA LA deve ser utilizada com cuidado em pacientes:

- com histórico de abuso de álcool ou droga;
- com epilepsia ou outras crises convulsivas;
- com pressão sanguínea alta (hipertensão);
- com qualquer anormalidade cardíaca (por exemplo, anormalidade cardíaca estrutural);
- com qualquer outro problema cardíaco corrente ou passado.
- que tenham ou tiveram qualquer distúrbio dos vasos sanguíneos cerebrais (ex. aneurisma, acidente vascular cerebral, vasculites)
- que tenham psicoses graves, mania grave – seu médico dirá se você apresenta estas doenças
- com sintomas psicóticos como alucinações (ver ou sentir coisas que não estão presentes)
- com comportamento agressivo
- com pensamentos ou comportamentos suicidas

Caso o paciente esteja dentro de uma destas condições, o médico deverá ser avisado. Ele decidirá se o paciente pode começar/continuar a tomar RITALINA LA.

RITALINA LA não é recomendada para crianças com menos de 6 anos de idade.

RITALINA LA pode causar tonturas e problemas de concentração. Se o paciente sentir estes sintomas, ele deve ter cuidado ao dirigir veículos ou operar máquinas, ou em qualquer outra atividade em que ele precisa estar atento.

Atenção diabéticos: contém açúcar.

NÃO TOME REMÉDIO SEM O CONHECIMENTO DO SEU MÉDICO. PODE SER PERIGOSO PARA SUA SAÚDE.

INFORMAÇÕES TÉCNICAS

Farmacodinâmica

Classe terapêutica: psicoestimulante.

A RITALINA LA é um composto racêmico que consiste de uma mistura 1:1 de d-metilfenidato e l-metilfenidato. O metilfenidato é um fraco estimulante do sistema nervoso central, com efeitos mais evidentes sobre as atividades mentais do que nas ações motoras. Seu mecanismo de ação no homem ainda não foi completamente elucidado, mas acredita-se que seu efeito estimulante é devido uma inibição da recaptação de dopamina no estriado, sem disparar a liberação de dopamina. 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. O l-enatiômero parece ser farmacologicamente inativo.

Farmacocinética

Absorção

Após a administração oral de RITALINA LA (cápsulas de liberação modificada) em crianças diagnosticadas com TDAH e adultos, o metilfenidato é rapidamente absorvido e produz perfil bimodal de concentração-tempo no plasma (ou seja, dois picos distintos separados por aproximadamente 4 horas). A biodisponibilidade relativa de RITALINA LA administrada uma vez ao dia é comparável à mesma dose total de RITALINA comprimidos de metilfenidato, duas vezes ao dia) em crianças e em adultos. As flutuações entre o pico e a depressão das concentrações de metilfenidato no plasma são menores para RITALINA LA administrada uma vez ao dia comparada com comprimidos de RITALINA, duas vezes ao dia.

Efeitos dos alimentos

RITALINA LA pode ser administrada com ou sem alimento. Não houve diferenças na biodisponibilidade de RITALINA LA quando administrada com o café da manhã leve ou rico em gorduras, em comparação com a administração em jejum. Não há evidências de flutuação de dose na presença ou ausência de alimento. Para pacientes incapazes de engolir a cápsula, o conteúdo pode ser espalhado em alimentos leves e administrado (veja "Posologia").

Distribuição

No sangue, o metilfenidato e seus metabólitos são distribuídos entre o plasma (57%) e os eritrócitos (43%). A ligação com as proteínas plasmáticas é baixa (10 a 33%). O volume de distribuição foi $2,65 \pm 1,11$ L/kg para d-metilfenidato e $1,80 \pm 0,91$ L/kg para l-metilfenidato.

Biotransformação

A biotransformação do metilfenidato pela carboxilesterase CES1A1 é rápida e extensiva. As concentrações plasmáticas máximas do principal metabólito diesterificado, o ácido alfa-fenil-2-piperidino acético (ácido ritalínico) são atingidas aproximadamente 2 horas após a administração e são 30 a 50 vezes mais altas do que as da substância inalterada. A meia-vida do ácido alfa-fenil-2-piperidino acético é cerca de duas vezes a do metilfenidato e seu *clearance* (depuração) sistêmico médio é de 0,17 L/h/kg. Apenas pequenas quantidades dos metabólitos hidroxilados (ex: idroximetilfenidato e ácido hidroxi-ritalinico) são detectáveis. A atividade terapêutica parece ser exercida principalmente pelo composto precursor.

Eliminação

O metilfenidato é eliminado do plasma com meia-vida média de 2 horas. A depuração sistêmica é $0,40 \pm 0,12$ L/h/kg para d-metilfenidato e $0,73 \pm 0,28$ L/h/kg l-metilfenidato. Após a administração oral, 78 a 97% da dose administrada são excretados pela urina e 1 a 3% pelas fezes sob a forma de metabólitos, em 48 a 96 horas. Apenas pequenas quantidades (<1%) de

metilfenidato inalterado aparecem na urina. A maior parte da dose é excretada na urina como ácido alfafenil- 2-piperidino acético (60-86%).

Características em pacientes

Não há diferenças aparentes na farmacocinética do metilfenidato entre crianças hiperativas e voluntários adultos saudáveis. Dados de eliminação de pacientes com função renal normal sugerem que a excreção renal do metilfenidato inalterado dificilmente seria diminuída na presença de redução da função renal. Entretanto, a excreção renal do metabólito ácido alfafenil- 2-piperidino acético pode ser reduzida.

Dados de Segurança Pré-Clínicos

Desenvolvimento embrionário/fetal

O metilfenidato é considerado ser possivelmente teratogênico em coelhos. Espinha bífida com má rotação nos membros posteriores foi observada em duas diferentes ninhadas em que foi administrada dose de 200 mg/kg/dia. Esta dose foi aproximadamente 116 vezes maior que a dose máxima recomendada em humanos (MRHD) de 60 mg. Um segundo estudo foi conduzido com uma dose alta de 300 mg/kg, o qual foi considerado matematicamente tóxico. No entanto, nenhuma espinha bífida foi verificada em 12 ninhadas (92 fetos) sobreviventes. O metilfenidato não é teratogênico em ratos. Toxicidade no desenvolvimento fetal foi observada em uma dose alta de 75 mg/kg (44 vezes maior que a MRHD) e consistiu de um aumento em instância de fetos com ossificação retardada do crânio e do hióide tão bem quanto de fetos com a costela supernumerária curta (veja "Gravidez e lactação").

Carcinogênese e mutagênese

Em um estudo de carcinogenicidade a longo prazo realizado em camundongos B6C3F1, o metilfenidato causou um aumento de adenomas hepatocelulares (tumor benigno) e, somente em machos, levou a um aumento de hepatoblastomas (tumor maligno), administrando-se doses diárias de 60 mg/kg/dia (cerca de 35 vezes maior que a MRHD). Não houve um aumento generalizado no número de tumores hepáticos malignos. A cepa de camundongo utilizada é particularmente sensível ao desenvolvimento de tumores hepáticos, e o significado destes resultados em humanos é ainda desconhecido. Estudos similares em ratos F344 não mostraram nenhuma evidência de carcinogenicidade. Em um teste *in vitro* com uma cultura de células ovarianas de hamsters observou-se um aumento nas aberrações cromossômicas e na troca das cromátides irmãs, mas não houve efeitos mutagênicos em outros dois testes *in vitro* realizados (teste de mutação reversa de Ames, teste de mutação progressiva de linfomas de camundongos). Não houve evidências de clastogenicidade ou efeitos aneugênicos em um estudo *in vivo* sobre o efeito do metilfenidato em células de medula óssea de camundongo (teste de micronúcleo), as quais foram administradas doses superiores a 250 mg/kg. Esta cepa utilizada no ensaio *in vivo* foi a de camundongos B6C3F1, que produziram resposta positiva no estudo de carcinogenicidade. O FDA (*Food and Drug Administration*) analisou as informações referentes ao Centro de Vigilância, Epidemiologia e Resultados Finais (CVERF), entre os anos de 1973 e 1991. Através das mesmas, obteve-se um índice de hepatoblastoma na população em geral de não mais que 1 em 10 milhões de pessoas por ano. Um total de 174 casos de hepatoblastoma foram relatados pelo CVERF para o período de 1973 a 1995. A taxa de incidência ajustada à idade foi bastante baixa (0,0382/100.000 pessoas-ano). A maioria dos casos (149 de 174) foram diagnosticados entre o grupo com faixa etária de 0 a 4 anos, o que está de acordo com a história natural da doença. Para o grupo com faixa etária de 5 a 24 anos, as taxas de hepatoblastoma foram muito baixas, com poucos ou nenhum casos relatados.

Baseando-se nos dados mercadológicos de RITALINA LA, não há evidência que esta incidência seja maior para os pacientes que utilizam este medicamento.

Desenvolvimento neuro-comportamental juvenil

Administração oral repetida de metilfenidato para ratos jovens identificados diminuiu a atividade locomotora espontânea a 50 mg/kg/dia (29 vezes maior que a MRHD), devido a uma atividade farmacológica exagerada de metilfenidato. Um déficit na aquisição de um aprendizado específico foi também observado, somente em fêmeas e na dose máxima de 100 mg/kg/dia (58 vezes maior que a MRHD). A relevância clínica destas descobertas é desconhecida. Diferentemente destas descobertas pré-clínicas, a administração durante longo tempo de metilfenidato em crianças com TDAH é bem tolerada e melhora o desempenho escolar. Consequentemente, a experiência clínica não sugere que esses resultados comportamentais e de aprendizagem em ratos sejam clinicamente relevantes.

Indicações

Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade (TDAH, DSM-IV).

O TDAH era anteriormente conhecido como distúrbio de *déficit* de atenção ou disfunção cerebral mínima. Outros termos utilizados para descrever essa síndrome comportamental incluem: distúrbio hipercinético, lesão cerebral mínima, disfunção cerebral mínima, disfunção cerebral menor e síndrome psicorgânica de crianças. RITALINA LA é indicado como parte de um programa de tratamento amplo que tipicamente inclui medidas psicológicas, educacionais e sociais, direcionadas a crianças estáveis com uma síndrome comportamental caracterizada por distractibilidade moderada a grave, *déficit* de atenção, hiperatividade, labilidade emocional e impulsividade. O diagnóstico deve ser feito de acordo com o critério DSM-IV ou com as normas na CID-10. Os sinais neurológicos não-localizáveis (fracos), a deficiência de aprendizado e EEG anormal podem ou não estar presentes e um diagnóstico de disfunção do sistema nervoso central pode ou não ser assegurado.

Considerações especiais sobre o diagnóstico de TDAH

A etiologia específica dessa síndrome é desconhecida e não há teste diagnóstico específico. O diagnóstico correto requer uma investigação médica, neuropsicológica, educacional e social. As características comumente relatadas incluem: história de *déficit* de atenção, distractibilidade, labilidade emocional, impulsividade, hiperatividade moderada a grave, sinais neurológicos menores e EEG anormal. O aprendizado pode ou não estar prejudicado. O diagnóstico deve ser baseado na história e avaliação completas da criança e não apenas na presença de uma ou mais dessas características. O tratamento medicamentoso não é indicado para todas as crianças com a síndrome. Os estimulantes não são indicados a crianças que apresentem sintomas secundários a fatores ambientais (em particular, crianças submetidas a maus tratos) e/ou distúrbios psiquiátricos primários, incluindo-se psicoses. Uma orientação educacional apropriada é essencial e a intervenção psicossocial é geralmente necessária. Nos locais em que medidas corretivas isoladas forem comprovadamente insuficientes, a decisão de se prescrever um estimulante deverá ser baseada na determinação rigorosa da gravidade dos sintomas da criança.

Contra-indicações

- ☐ *Hipersensibilidade ao metilfenidato ou a qualquer um dos componentes da formulação.*
- ☐ *Ansiedade, tensão.*
- ☐ *Agitação.*
- ☐ *Hipertireoidismo.*
- ☐ *Arritmias cardíacas.*

- └ Angina pectoris grave.
- └ Glaucoma.
- └ Feocromocitoma
- └ Diagnóstico de tiques motores ou irmãos com tiques motores.
- └ Diagnóstico ou história familiar de Síndrome de Tourette.

Precauções e advertências

Cardiovascular

Anormalidades cardíacas estruturais pré-existent: mortes súbitas têm sido relatadas associadas ao uso de estimulantes do sistema nervoso central em doses usuais em crianças com anormalidades estruturais cardíacas. Uma relação causal com medicamentos estimulantes não foi estabelecida, uma vez que algumas anormalidades cardíacas estruturais por si só podem levar a um maior risco de morte súbita. Estimulantes geralmente não devem ser usados em pacientes com anormalidades estruturais cardíacas conhecidas.

Condições cardiovasculares: RITALINA LA geralmente não deve ser usada em pacientes com hipertensão grave. RITALINA LA aumenta o batimento cardíaco e a pressão sanguínea sistólica e diastólica. Portanto, requer-se cautela no tratamento de pacientes cujas condições médicas submetidas podem estar conciliadas com o aumento da pressão sanguínea ou batimento cardíaco, por exemplo, aqueles com hipertensão pré-existent, parada cardíaca, infarto do miocárdio recente. Arritmia cardíaca e angina do peito grave são contra-indicadas (veja "Contra-Indicações"). A pressão sanguínea deve ser monitorada em intervalos apropriados em todos os pacientes que recebem RITALINA LA, especialmente aqueles com hipertensão.

Abuso e eventos cardiovasculares: o abuso de estimulantes do sistema nervoso central pode estar associado com mortes súbitas e outros eventos adversos cardiovasculares sérios.

Cerebrovascular

Condições cerebrovasculares: pacientes com anormalidades no SNC pré-existent, por exemplo, aneurisma cerebral e/ou outras anormalidades vasculares como vasculite ou acidente vascular cerebral pré-existente, não devem ser tratados com RITALINA LA. Pacientes com fatores de risco adicionais (histórico de doença cardiovascular, uso concomitante de medicamentos que elevam a pressão sanguínea) devem ser avaliados regularmente em relação aos sinais e sintomas neurológicos/psiquiátricos após o início do tratamento com RITALINA LA (veja acima, parágrafo sobre "Condições cardiovasculares", e "Interações medicamentosas").

Psiquiátrico

Comorbidade de distúrbios psiquiátricos em TDAH é comum e deve ser considerado em conta na prescrição de estimulantes. Tratamentos do TDAH com estimulantes incluindo RITALINA LA não deve ser iniciado em pacientes com psicose agudas, mania aguda ou tendência suicida aguda. Estas condições agudas devem ser tratadas e controladas antes de se considerar o tratamento para TDAH. Em casos de sintomas psiquiátricos emergentes ou exacerbação dos sintomas psiquiátricos pré-existent, RITALINA LA não deve ser administrada ao paciente a menos que o benefício supere o potencial de risco.

Sintomas psicóticos: sintomas psicóticos, incluindo alucinações visuais e táteis foram relatados em pacientes que receberam doses usuais prescritas de estimulantes, incluindo RITALINA LA (veja "Reações adversas"). Os médicos devem considerar a descontinuação do tratamento.

Comportamento agressivo: agressividade emergente ou uma exacerbação da agressividade normal foram relatados durante a terapia com estimulantes, incluindo RITALINA LA. Entretanto, pacientes com TDAH podem apresentar agressividade como parte da sua condição médica. Portanto, é difícil avaliar a associação causal com o tratamento. Médicos devem avaliar a necessidade do ajuste da posologia de tratamento em pacientes que apresentam estas mudanças comportamentais, tendo em mente que titulações da dose para cima ou para baixo podem ser apropriadas. A interrupção do tratamento pode ser considerada.

Tendência suicida: pacientes com idéias ou comportamentos suicidas emergentes durante o tratamento de TDAH devem ser avaliados imediatamente por seus médicos. O médico deve iniciar o tratamento apropriado da condição psiquiátrica básica e considerar a possibilidade da mudança do esquema de tratamento de TDAH.

Outros

RITALINA LA não deve ser utilizada em crianças com menos de 6 anos de idade, uma vez que a segurança e a eficácia nessa faixa etária não foram estabelecidas. A experiência clínica sugere que a administração de RITALINA LA pode exacerbar os sintomas comportamentais e as alterações de pensamento em crianças psicóticas. O abuso crônico de RITALINA LA pode conduzir à tolerância acentuada e dependência psicológica com graus variados de alterações comportamentais. Episódios de psicose franca podem ocorrer, especialmente com o abuso por via parenteral. Os dados clínicos indicam que as crianças que receberam RITALINA LA não possuem maior probabilidade de dependência do medicamento em relação aos adolescentes e aos adultos. O tratamento com RITALINA LA não é indicado em todos os casos de TDAH e deve ser considerado somente após levantamento detalhado da história e avaliação da criança. A decisão de prescrever RITALINA LA deve depender da determinação da gravidade dos sintomas e de sua adequação à idade da criança, não considerando somente a presença de uma ou mais características anormais de comportamento. Onde estes sintomas estiverem associados a reações de estresse agudo, o tratamento com RITALINA LA usualmente não é indicado. RITALINA LA deve ser usado com cautela em pacientes com epilepsia, já que a experiência clínica tem demonstrado que o medicamento pode causar um leve aumento na frequência das crises, em alguns destes pacientes. Se a frequência das crises aumentar, RITALINA LA deve ser descontinuada.

Tem sido relatado uma moderada redução no ganho de peso e um leve retardo no crescimento com o uso prolongado de estimulantes em crianças, embora não tenha sido confirmada uma relação causal. Recomenda-se cautela em pacientes emocionalmente instáveis, tais como aqueles com história de dependência de drogas ou alcoolismo, pois eles podem aumentar a dose por iniciativa própria. Os dados de segurança e eficácia a longo prazo sobre o uso de RITALINA LA não são completamente conhecidos. Conseqüentemente, os pacientes que necessitam de terapia a longo prazo devem ser cuidadosamente monitorados e submetidos, periodicamente, à contagem completa e diferencial de células sanguíneas e de plaquetas. É necessária supervisão cuidadosa durante a retirada do fármaco, uma vez que isso pode precipitar depressão, assim como conseqüências de hiperatividade crônica. O acompanhamento a longo prazo pode ser necessário em alguns pacientes.

Gravidez e lactação

Gravidez

Estudos para estabelecer o uso seguro de metilfenidato em mulheres grávidas não foram conduzidos. RITALINA LA não deve ser administrada a gestantes, a menos que o benefício potencial supere o risco ao feto (veja "Dados de Segurança Pré-Clinicos").

Lactação

Não há comprovação de que a substância ativa de RITALINA LA e/ou seus metabólitos passem ao leite materno, mas por razões de segurança, as mães que estejam amamentando não devem utilizar RITALINA LA.

Efeitos sobre a habilidade de dirigir veículos e/ou operar máquinas

RITALINA LA pode causar tontura e sonolência. Aconselha-se tomar os devidos cuidados ao dirigir, operar máquinas ou envolver-se em outras atividades de risco.

Interações medicamentosas

Interações farmacodinâmicas

RITALINA LA pode diminuir a efetividade do medicamento utilizado para o tratamento da hipertensão. RITALINA LA deve ser utilizada com cautela em pacientes tratados com medicamentos que aumentam a pressão sanguínea incluindo os inibidores da MAO (veja "Condições cerebrovasculares" em "Precauções e advertências"). O álcool pode exacerbar os efeitos adversos de fármacos psicoativos no SNC, inclusive de RITALINA LA. É portanto recomendável que os pacientes abstenham-se de álcool durante o tratamento. Como um inibidor de recaptação da dopamina, RITALINA LA pode estar associada com interações farmacodinâmicas quando co-administrada com agonistas dopaminérgicos direto e indireto (incluindo DOPA e antidepressivos tricíclicos) assim como os antagonistas dopaminérgicos (antipsicóticos, por ex., haloperidol). A co-administração de RITALINA LA com antipsicóticos não é recomendado devido ao mecanismo de ação contrário. Casos relatados sugeriram uma interação potencial da RITALINA LA com anticoagulantes cumarínicos, alguns anticonvulsivantes (por ex.: fenobarbital, fenitoína, primidona), fenilbutazona e antidepressivos tricíclicos, mas interações farmacocinéticas não foram confirmadas quando estudadas em amostras maiores. Pode ser necessária a redução da dosagem desses fármacos.

Interações farmacocinéticas

A RITALINA LA não é metabolizada pelo citocromo P450 em extensão clinicamente relevante. Não se espera que indutores ou inibidores do citocromo P450 tenham qualquer impacto importante na farmacocinética da RITALINA LA. Inversamente, o d- e l-enantiômero do metilfenidato na RITALINA LA não inibe de forma relevante o citocromo P450 1A2, 2C8, 2C9, 2C19, 2D6, 2E1 ou 3A. A coadministração de RITALINA LA não aumenta a concentração plasmática do substrato da desipramina CYP2D6. Uma interação com o anticoagulante etilbiscoumacetato em 4 pacientes não foi confirmado em um estudo subsequente com uma amostra maior (n=12). Não foram realizados outros estudos de interações específicas droga-droga com RITALINA LA *in vivo*.

Outros

O metilfenidato pode induzir a resultados falso-positivos de testes laboratoriais para anfetaminas, particularmente com testes de imunoensaio por triagem.

Reações adversas

O nervosismo e a insônia são reações adversas muito comuns que ocorrem no início do tratamento com RITALINA LA, mas podem usualmente ser controladas pela redução da dose e/ou pela omissão da dose da tarde ou da noite. A diminuição de apetite é também comum, mas geralmente transitória. Dores abdominais, náuseas e vômitos são comuns, e ocorrem usualmente no início do tratamento e podem ser aliviadas pela alimentação concomitante. As reações adversas do Quadro 1 são classificadas conforme as seguintes frequências estimadas: muito comuns > 10%; comuns > 1% e < 10%; incomuns > 0,1% e < 1%; raras > 0,01% e < 0,1%; muito raras < 0,01%.

Quadro 1

Distúrbios do sangue e sistema linfático

Muito raras Leucopenia, trombocitopenia, anemia.

Distúrbios do sistema imunológico

Muito raras Reações de hipersensibilidade.

Distúrbios do metabolismo e nutrição

Raras Redução moderada do ganho de peso durante uso prolongado em crianças.

Distúrbios psiquiátricos

Muito raras Hiperatividade, psicose (algumas vezes com alucinações visuais e tácteis), humor depressivo transitório.

Distúrbios do sistema nervoso

Comuns Cefaléia, sonolência, tontura e discinesia. Muito raras Convulsões, movimentos coreoatetóides, tiques ou exacerbação de tiques preexistentes e síndrome de Tourette, distúrbios cerebrovasculares incluindo vasculite, hemorragias cerebrais e acidentes cerebrovasculares.

Distúrbios visuais

Raras Dificuldades de acomodação da visão e visão embaçada.

Distúrbios cardíacos

Comuns Taquicardia, palpitação, arritmias, alterações da pressão arterial e do ritmo cardíaco (geralmente aumentado). Raras Angina pectoris.

Distúrbios gastrintestinais

Comuns Dor abdominal, náusea, vômito, boca seca.

Distúrbios hepatobiliares

Muito raras Função hepática anormal, estendendo-se desde um aumento de transaminase até um coma hepático.

Distúrbios da pele e tecidos subcutâneos

Comuns Rash (erupção cutânea), prurido, urticária, febre e queda de cabelo. Muito raras Púrpura trombocitopênica, dermatite esfoliativa e eritema multiforme.

Distúrbios dos tecidos músculo-esqueléticos e conectivos

Comuns Artralgia. Muito raras Câibras musculares

Distúrbios gerais

Raras Leve retardamento do crescimento durante o uso prolongado em crianças.

Há relatos muito raros de síndrome neuroléptica maligna (SNM) fracamente documentada. Na maioria destes relatos, os pacientes estavam também tomando outros medicamentos. O papel da RITALINA LA nestes casos é incerto.

Posologia

A dose de RITALINA LA deve ser individualizada de acordo com as necessidades e respostas clínicas dos pacientes. No tratamento do TDAH, procura-se adaptar a administração do medicamento aos períodos de maiores dificuldades escolares, comportamentais e sociais para o paciente. A RITALINA LA deve ser iniciada com doses menores, com incrementos em intervalos semanais. Doses diárias acima de 60 mg não são recomendadas. Se não for observada melhoria dos sintomas posterior à titulação da dose e após o período de um mês, o medicamento deve ser descontinuado. Se os sintomas se agravarem ou ocorrerem outras reações adversas, a dosagem deverá ser reduzida ou, se necessário, pode-se descontinuar o medicamento. Se o efeito do medicamento se dissipar muito cedo ao cair a noite, poderá ocorrer um retorno dos distúrbios comportamentais e/ou dificuldade para dormir. Uma pequena dose do comprimido convencional de Ritalina, ao anoitecer, poderá ajudar a resolver o problema. RITALINA LA deve ser periodicamente descontinuada a fim de se avaliar a criança. A melhora pode ser mantida, quando o fármaco é descontinuado temporária ou permanentemente. O tratamento medicamentoso não pode e não precisa ser indefinido. Pode, geralmente, ser descontinuado durante ou após a puberdade. Entretanto, o TDAH pode estender-se até a fase adulta e nestes casos, o tratamento com RITALINA LA pode ser continuado para beneficiar estes pacientes, mesmo após a puberdade.

Crianças a partir de 6 anos de idade

RITALINA LA (cápsulas de liberação modificada de cloridrato de metilfenidato) é destinada à administração oral, uma vez ao dia, pela manhã. A dose inicial de RITALINA LA recomendada é de 20 mg. As cápsulas de RITALINA LA podem ser administradas com ou sem alimento. Elas podem ser engolidas inteiras ou alternativamente, podem ser administradas espalhando o seu conteúdo sobre uma pequena quantidade de alimento (veja as instruções específicas abaixo). As cápsulas de RITALINA LA e/ou seu conteúdo não devem ser triturados, mastigados ou divididos. Administração das cápsulas de RITALINA LA espalhando o seu conteúdo sobre o alimento As cápsulas podem ser cuidadosamente abertas e o seu conteúdo espalhado sobre um alimento leve. O alimento não deve estar quente, pois isso pode afetar a propriedade de liberação controlada da formulação. A mistura do medicamento com o alimento deve ser consumida imediata e totalmente. Não deve ser guardada para consumo futuro. RITALINA LA, administrada como dose única, permite uma exposição total (AUC) de metilfenidato comparável à mesma dose total de Ritalina® (comprimidos) administrada 2 vezes ao dia.

Transferência de pacientes para o tratamento com RITALINA LA

A dose recomendada de RITALINA LA para pacientes em tratamento com metilfenidato duas vezes ao dia é apresentada abaixo.

Dose de metilfenidato anterior Dose recomendada de RITALINA LA

10 mg de metilfenidato duas vezes ao dia 20 mg uma vez ao dia

15 mg de metilfenidato duas vezes ao dia 30 mg uma vez ao dia

20 mg de metilfenidato duas vezes ao dia 40 mg uma vez ao dia

Para outros regimes posológicos de metilfenidato, o julgamento clínico deve ser utilizado, quando se seleciona a dose inicial. A dosagem de RITALINA LA pode ser ajustada em intervalos semanais com incrementos de 10 mg. Não se recomenda uma dose diária superior a 60 mg.

Superdose

Sinais e sintomas

Os sinais e sintomas de superdose aguda, causada principalmente pela superestimulação do sistema nervoso central e simpático, podem incluir: vômitos, agitação, tremores, hiperreflexia, espasmos musculares, convulsões (possivelmente seguidas por coma), euforia, confusão, alucinações, delírio, sudorese, rubor, cefaléia, hipertermia, taquicardia, palpitação, arritmias cardíacas, hipertensão, midríase e secura das membranas mucosas.

Procedimento

Nos casos de superdose, os médicos devem lembrar-se que a segunda liberação de metilfenidato da RITALINA LA (cápsulas de liberação modificada de cloridrato de metilfenidato) ocorre em aproximadamente quatro horas depois da administração. O procedimento no tratamento consiste na aplicação de medidas de suporte e tratamento sintomático dos eventos de risco à vida, por ex. crises hipertensivas, arritmias cardíacas, convulsões. Medidas de suporte incluem prevenir o paciente contra a auto-agressão e protegê-lo dos estímulos externos, que poderiam aumentar a hiperestimulação já presente. Se a superdose for oral e o paciente estiver consciente, o conteúdo gástrico deve ser esvaziado por indução de vômito, seguido da administração de carvão ativado. Lavagem gástrica com proteção do canal de ventilação é necessária em pacientes hiperativos ou inconscientes, ou aqueles com a respiração debilitada. Deve ser ministrado cuidado intensivo para se manter adequadas a circulação e as trocas respiratórias; procedimentos de resfriamento externo podem ser necessários para reduzir a hipertermia.

Não foi estabelecida a eficácia da diálise peritoneal ou da hemodiálise para se tratar a superdose de RITALINA LA.

VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.

ATENÇÃO: PODE CAUSAR DEPENDÊNCIA FÍSICA OU PSÍQUICA.

Reg. MS – 1.0068.0080

Farm. Resp.: Marco A. J. Siqueira – CRF-SP 23.873

Lote, data de fabricação e de validade: vide cartucho.

Fabricado por: Elan Holdings Inc., Gainesville, GA, EUA.

Embalado por: Novartis Pharmaceuticals Corp., Suffern, NY, EUA.

Importado e distribuído por: Novartis Biociências S.A.

Av. Ibirama, 518 – Complexos 441/3 – Taboão da Serra – SP. CNPJ: 56.994.502/0098-62 – Indústria Brasileira. ® = Marca registrada de Novartis AG, Basileia, Suíça. BPI 12.01.07 2006-PSB/GLC-0004-s

Fonte:

RITALINA: *Comprimidos*. Farmacêutico Responsável: Marco A. J. Siqueira. Taboão da Serra: Novartis Biociências S.A. 2007. Bula de remédio.

Disponível em: <[http://www4.anvisa.gov.br/base/visadoc/BM/BM\[26163-1-0\].PDF](http://www4.anvisa.gov.br/base/visadoc/BM/BM[26163-1-0].PDF)>