

O USO INADEQUADO DE MEDICAMENTOS PARA O TRATAMENTO DO TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE

Nelson Rafael Soares da Crus¹, Fernanda Marconi Roversi^{1,2}, Douglas Wekerlin Filho¹.

¹ Universidade São Francisco, Bragança Paulista, São Paulo, Brazil

² Hemocentro/Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, Brasil.

Autor correspondente: Nelson Rafael Soares da Crus
Alameda das Figueiras, 221
Itatiba, SP, Brasil
13257633
karateca2.0@hotmail.com

RESUMO

O Transtorno de Déficit de Atenção ou Hiperatividade (TDAH), transtorno neurobiológico que aparece na infância, é um dos grandes problemas na área médica, principalmente, na Pediatria. O TDAH é caracterizado por sintomas de desatenção, de inquietude e de impulsividade. O diagnóstico é realizado por médicos psiquiatras ou neurologistas, abrangendo entrevistas, testes psicológicos, questionários e relatos de pais e professores. O diagnóstico preciso e criterioso do TDAH é de suma importância, a fim de possibilitar uma melhor prescrição medicamentosa e reduzir as chances de haver tratamento desnecessário. Atualmente, o fármaco utilizado é um estimulante do sistema nervoso central, atuando em regiões cerebrais ativas em crianças em formação, o que pode acarretar problemas no desenvolvimento. O tratamento farmacológico deve ser associado ao alternativo (comportamental ou psicossocial), visando diminuir o uso de fármacos e ajudar a criança a exercitar a atenção e controlar a hiperatividade. O uso desse medicamento por longos períodos ou de forma cíclica pode resultar num efeito negativo semelhante aos dependentes de psicoativos ilícitos, fazendo com que a criança fique dependente deste fármaco. Além disso, devido ao aumento na atenção, o metilfenidato tem sido usado para melhorar o desempenho acadêmico independente da condição clínica, do diagnóstico preciso de uma psicopatologia e da faixa etária, aumentando o número de crianças e adolescentes que podem estar utilizando indevidamente.

Palavras-chave: Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade; Medicalização; Metilfenidato.

ABSTRACT

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), a neurobiological disorder that occurs in childhood, is one of the major problems in the medical field, especially in Pediatrics. For the treatment of children with ADHD, it is necessary to use a psychoactive drug. However, the more accurate and judicious diagnosis of ADHD is of paramount importance in order to allow better drug prescription, to decrease the prolonged and inefficient use with consequent dependence of these drugs as well as to reduce the chances of unnecessary treatment. Currently, the drugs used to treat ADHD are central nervous system stimulants, targeting brain regions that are active in children in formation, which can lead to problems in development. In view of the above, this work sought to perform a review of the literature on the topic Attention Deficit Disorder, concepts, diagnosis and treatment, mainly medicated by virtue of effects that can result if administered improperly.

Keywords: Attention Deficit Hyperactivity Disorder; Medicalization; Methylphenidate.

1. INTRODUÇÃO

O TDAH é um transtorno bastante frequente em crianças, com prevalência de 5%, sendo caracterizado por três tipos de sintomas. Inicialmente predomina a desatenção, seguida de hiperatividade/impulsividade e, então, pode ocorrer a junção desses dois fatores (SNGPC, 2012).

O aumento gradativo de atividades realizadas pelas crianças ao longo dos anos as mantém estressadas demais, influenciando no bom desempenho de suas tarefas e na forma de lidar com todas elas ao mesmo tempo (ARMSTRONG, 2017). A consequência disso é que elas se tornem hiperativas e a probabilidade de ficarem desfocadas é muito alta, com possível desenvolvimento de TDAH.

“As crianças nascem já inseridas em um mundo marcado pela velocidade, pelo imediatismo, pelo utilitarismo. As crianças e adolescentes possuem agendas de “mini executivos” e, quando estão em grupos, não optam mais pelas brincadeiras que envolvem uma agilidade corporal, como correr na rua, subir em árvores. Preferem jogar individualmente nos seus tablets.” (SALVADOR *et.al.*, 2015).

O diagnóstico é realizado por médicos psiquiatras ou neurologistas, embasado em critérios estabelecidos pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Americana (DSM-V) e CID-10, abrangendo entrevistas, testes psicológicos, questionários e relatos de pais e professores. O diagnóstico é dificultado devido ao fato da associação ou presença de outras síndromes, além do que não existem marcadores laboratoriais de TDAH. O médico analisará os aspectos gerais relacionados ao TDAH, juntamente com o auxílio de pais e professores, para concluir o diagnóstico final e iniciar o tratamento. Esse tratamento pode ser farmacológico, terapia comportamental ou combinação de ambos. O medicamento mais usado para o tratamento de TDAH é o Metilfenidato, conhecido com o nome fantasia Ritalina, um psicoestimulante do sistema nervoso central que auxilia no controle da liberação de catecolaminas (dopamina e noradrenalina). O tratamento comportamental ou psicossocial é utilizado como tratamento alternativo, visando diminuir o uso de fármacos e ajudar a criança a exercitar a atenção e controlar a hiperatividade.

Através dessa revisão, buscou-se abordar algumas informações sobre o Transtorno do Déficit de Atenção ou Hiperatividade no que diz respeito ao seu conceito, diagnóstico e tratamento bem como ao uso inadequado de medicamento, procurando orientar professores e pais no cuidado de crianças com TDAH, principalmente na fase escolar.

2. REVISÃO / DESENVOLVIMENTO

1. Definição de Transtorno de Déficit de Atenção ou Hiperatividade (TDAH)

O Transtorno de Déficit de Atenção ou Hiperatividade (TDAH) corresponde a um transtorno neurobiológico que aparece na infância e frequentemente acompanha o indivíduo por toda a sua vida. O TDAH é caracterizado por sintomas de desatenção, de inquietude e de impulsividade. Cientificamente foi constatado que no TDAH as funções de neurotransmissores dopaminérgicos na área frontal (pré-frontal, frontal motora, giro cíngulo), nas regiões subcorticais (estriado, tálamo médiodorsal) e na região límbica cerebral (núcleo acubens, amígdala e hipocampo) possuem um grau alto de disfunção (COUTO, 2010). A região frontal é uma das mais desenvolvidas nos seres humanos e está relacionado com a inibição comportamental, a capacidade de prestar atenção, o autocontrole e o planejamento para o futuro. Modificações nessa região geralmente são decorrentes de alterações no funcionamento dos sistemas de neurotransmissores, principalmente a dopamina e a noradrenalina.

Os fatores genéticos e riscos biológicos são os mais conhecidos por desencadear alterações nas funções de neurotransmissores dopaminérgicos nas regiões corticais, resultando em TDAH (Estanislau & Bressan, 2014, SNGPC, 2012). Fatores ambientais, como desentendimento familiar e a presença de transtornos mentais dos pais, classe social baixa, família muito numerosa, criminalidade dos pais e colocação em lar adotivo, também apresentam correlação positiva com TDAH. Outra associação importante com o desenvolvimento de TDAH está relacionada com mães que apresentaram complicações na gestação (eclampsia, duração prolongada do parto, má saúde materna) e adversidades durante a gravidez (uso de álcool, nicotina e drogas em geral) (MOREIRA, 2011).

Numa escala de 0-9 pais com TDAH tem 8,2 mais chances de transmitir essa característica para os filhos, em seguida temos adversidade psicossocial (4,0), baixo peso ao nascer da criança (3,2), uso de tabaco na gravidez (2,9), uso de álcool na gravidez (2,3), transtorno de conduta dos pais (1,3), uso de outras drogas na gravidez (1,2), nível socioeconômico (1,15), idade da mãe (1,05) e quociente intelectual dos pais (1,05). (SNGPC, 2012).

2. Classificação do Transtorno de Déficit de Atenção ou Hiperatividade (TDAH)

O TDAH pode ser classificado em três subtipos (ESTANISLAU & BRESSAN, 2014):

- TDAH com predomínio de desatenção (20 a 30% dos casos);
- TDAH com predomínio de hiperatividade/impulsividade (até 15% dos casos);
- TDAH com sintomas combinados (50 a 75% dos casos).

3. Diagnóstico do Transtorno de Déficit de Atenção ou Hiperatividade (TDAH)

O diagnóstico médico é iniciado ao observar a criança e seu comportamento social, atividades na escola e no lar, e as influências do meio em que vive. A avaliação clínica deve abranger todos os aspectos da vida do paciente, observando rendimento pedagógico com auxílio dos professores. Além disso, é importante observar características do transtorno que afeta o comportamento dentro do lar através dos pais (COUTO,2010).

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Pediátrica Americana (DSM-V-TR), o diagnóstico baseia-se na observação dos seguintes fatores:

Desatenção – a criança não consegue prestar atenção em detalhes e comete erros por descuido; tem dificuldade de manter a atenção na tarefa ou na brincadeira; não ouve quando alguém lhe dirige diretamente a palavra; não consegue terminar as tarefas escolares, os afazeres domésticos ou os deveres do trabalho; tem dificuldade em organizar atividades; evita atividades que requerem esforço mental prolongado; perde coisas; distrai-se facilmente; é esquecida.

Hiperatividade - fica inquieta ou se contorce na cadeira; sai do lugar quando se espera que permaneça sentada; corre de um lado para o outro ou escala coisas em situações em que isso é inadequado; tem dificuldade de brincar em silêncio; age como se fosse “movido à pilha”; fala em excesso.

Impulsividade - responde antes que a pergunta seja completada; tem dificuldade de esperar sua vez; interrompe os outros ou se intromete.

O Distúrbio do Déficit de Atenção (DSM-V) contempla 18 sintomas do TDAH, e dividem em 9 de Desatenção, 6 de Hiperatividade e 3 de Impulsividade. Para diagnosticar, a criança deve se encaixar em até 6 dos sintomas propostos para ter TDAH, enquanto que para adulto diminui para 5. O limite mínimo para diagnosticar é de 12 anos. A classificação dos sintomas pode ser considerada Leve, Moderado e Grave (BONADIO & MORI, 2013).

Exames laboratoriais também são realizados para verificar alguma doença do sistema nervoso central, podendo constatar a diminuição de neurotransmissores. Porém, é um exame pouco solicitado, por ser inespecífico. Além disso, há a realização de hemograma para acompanhar a quantidade de células sanguíneas, visto que o uso prolongado do Metilfenidato pode diminuir a quantidade dessas células. Exames da função da Tireoide são realizados para a exclusão de outras doenças nas quais os sintomas possam ser parecidos com o TDAH. Exames clínicos, como aferição da pressão sanguínea e frequência cardíaca, são feitos para o acompanhamento periódico (NOVARTIS, 2017). A *American Heart Association* (AHA) recomenda a realização de anamnese e exames físicos além do eletrocardiograma (ECG) para o diagnóstico de TDAH (ANDRADE, 2011).

O diagnóstico de uma criança com Transtorno de Déficit de Atenção ou Hiperatividade (TDAH) deve seguir alguns parâmetros estabelecidos por órgãos de referência para classificar o paciente como tendo ou não o transtorno, podendo ser Transtorno de Déficit de Atenção ou Hiperatividade ou com ambos (ARMSTRONG, 2017; COLOMBANI, 2010; SWARZ, 2012; MEIRA, 2012).

Um questionário, disponível pela Associação Brasileira do Déficit de Atenção, é utilizado para uma primeira avaliação de uma criança ou adolescente, sendo que as perguntas analisam qualitativamente as características das crianças, através de uma abordagem simples e de fácil aplicação, e o grau de cada sintoma, como “Nenhum pouco; Só um pouco; Bastante; Demais”. Dois exemplos de perguntas que estão disponíveis neste questionário são: “1. Não consegue prestar muita atenção a detalhes ou comete erros por descuido nos trabalhos da escola ou tarefas; 14. Não para ou frequentemente está a “mil por hora”“. Em seguida constatadas várias características de TDAH, a criança deve ser encaminhada a um especialista, que pode ser um Psiquiatra, Neurologista e Neuropediatra (ABDA, 2017).

O diagnóstico final é emitido pelo médico, juntamente com o instrumento qualitativo de pesquisa, que deve abordar aspectos clínicos e sociais, informações que possam ser coletadas dos pais, familiares e professores mais próximos (FRANCO, 2012; PEREIRA, 2013). A criança deve encaixar-se adequadamente no padrão estabelecido para TDAH. Deve-se observar se a criança possui comorbidades e estes sinais podem sugerir outro problema que não o TDAH.

De acordo com Pereira, o diagnóstico de TDAH é um alívio para pais e professores, facilitando o tratamento.

“A sociedade como um todo tem demonstrado um alívio ao ver todas as “dores da alma” como resultantes de desordens no funcionamento cerebral. No caso do TDA/H o diagnóstico é percebido em muitas famílias e nos ambientes escolares como “um alívio, uma solução, uma possibilidade de sucesso ou, no mínimo, como um paliativo diante de um futuro desastroso” (PEREIRA, 2013).

Questões relacionadas com o modelo para diagnóstico é subjetivo, devido ao fato de caracterizar, por exemplo, se a criança é desatenta em um ambiente que a ela não deseja estar. Isso ocorre porque o ambiente não a satisfaz e, portanto, procura outras atividades que a agradam e que prendam a atenção dela. As análises dos outros fatores devem ser feitos na mesma medida de reflexão, ou seja, entender o que está causando os sintomas do transtorno se é um problema biológico ou social (MOYSÉS, 2013).

4. Possíveis falhas no Diagnóstico

A diferença entre uma criança com o transtorno e a que não tem é a intensidade das características de desatenção, hiperatividade e impulsividade, sendo, no caso do TDAH, mais exacerbado.

O Transtorno do Espectro Autista, por exemplo, possui semelhanças com o TDAH. (ESTENISLAU & BRESSAN, 2014) (MOREIRA, 2011). As crianças com um ou outro transtorno podem apresentar comorbidades semelhantes, como irritabilidade, raiva e problemas comportamentais como déficit de atenção. Devido à presença de sintomas de distúrbios hipercinéticos em ambos, o TDAH e o Autismo, o diagnóstico de autismo é muitas vezes atrasado e algumas crianças com o autismo são inicialmente diagnosticadas com TDAH. É importante ressaltar que no Autismo há foco de atenção em algo, impulsividade e hiperatividade. No Transtorno do Espectro Autista podem ocorrer alterações em algumas características, genes ou neurotransmissores, da TDAH (MAYES *et.al.*, 2012).

Mayes e colaboradores demonstraram que cerca de 53,1% das crianças estudadas possuíam sintomas de TDAH, e que 75% das crianças autistas entram nos critérios do DSM-V para TDAH (MAYES *et.al.*, 2012), sugerindo que o aumento de crianças encaminhadas para especialistas decorre de mitos estabelecidos na sociedade.

“O que a escola observa como falta de atenção, comportamento de indisciplina ou inquietude em seus alunos é visto como provável doença incorrendo em encaminhamento para os profissionais da saúde e na prática da medicalização.” (BONADIO & MORI, 2013).

5. Tratamento farmacológico do Transtorno de Déficit de Atenção ou Hiperatividade (TDAH)

Na maioria das vezes, o fármaco com princípio ativo de cloridrato de Metilfenidato, com nome fantasia Ritalina, aprovado pela ANVISA no ano de 1998 para uso no Brasil é o fármaco de escolha. Esse medicamento é usado desde 1955, quando o psiquiatra Charles Bradley, ao administrar anfetaminas, um potente psicoanaléptico, para crianças para tratar dores de cabeça, observou uma melhora na atenção dessas crianças (BONADIO & MORI, 2013).

A ação desse medicamento ocorre no sistema nervoso central através da ligação a receptores alfa e beta adrenérgicos localizados em transportadores da dopamina e norepinefrina na membrana do neurônio pré-sináptico, impedindo a recaptação desses neurotransmissores, e, conseqüentemente, mantendo uma alta concentração deles na fenda sináptica e causando a não interrupção do estímulo neuronal (GILDO, 2016) (Figura 1).

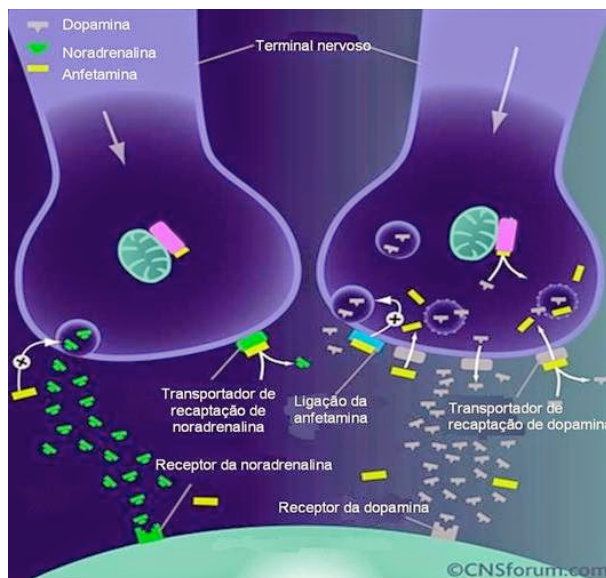


Figura 1. Mecanismo de ação do metilfenidato. O retângulo amarelo representa o metilfenidato, o qual bloqueia o transportador de catecolaminas, dopamina e norepinefrina.

Os efeitos do medicamento são estimulação locomotora, euforia, insônia, aumento de disposição e anorexia. Ao longo do tratamento, ocorre uma adequação às demandas do ambiente, melhorando o rendimento escolar e a relação com as pessoas, além de auxiliar na memória, atenção e autoestima. No entanto, podem haver efeitos adversos diretamente ligados à dose da medicação (COUTO, 2010).

A dose diária a ser administrada ao paciente é definida pelo médico de acordo com as necessidades de cada um. Geralmente, o médico inicia o tratamento com doses baixas e aumenta, gradativamente, em intervalos semanais. Deve-se ressaltar que, de acordo com a ANVISA, a dose diária máxima para crianças é de 60mg (NOVASTIS-ANVISA, 2012). Os médicos prescrevem o medicamento e indicam que a ingestão seja interrompida nos finais de semana, momento em que as atividades não compreendem estresse excessivo. Não é recomendado administrar o medicamento para menores de 6 anos de idade, pois não existem testes laboratoriais realizados para essa faixa etária.

Tabela 1. Posologia da Ritalina a partir dos 6 anos de idade

	Dose	Tempo
Ritalina (comprimido)	5 mg a 10 mg	1 ou 2 vezes ao dia
Ritalina LA (cápsula de liberação modificada)	20 mg	1 vez ao dia

Fonte: NOVASTIS-ANVISA.

O tratamento farmacológico deve ser associado ao tratamento alternativo (comportamentais ou psicossociais), visando diminuir a dose do fármaco e ajudar a criança a exercitar a atenção e a controlar a hiperatividade. Dessa forma, o paciente é ensinado a conviver com os problemas e superá-los na medida do possível.

“As terapias comportamentais têm apenas reduzido efeito nos sintomas ou desempenho da criança com TDAH, mas, ao se combinar terapia comportamental e medicação, o seu desempenho melhora e a quantidade necessária de medicação estimulante diminui.” (ANDRADE, 2011).

Os anseios dos adultos para melhorar os sintomas das crianças ou o alívio da mente adulta quanto aos problemas que enfrentam, este pensamento está atrelado a medicalização.

“As crianças também têm jornadas intensas: devem responder aos anseios dos(as) adultos(as) – familiares e educadores(as) – de que possam se tornar adultos(as) inteligentes, experientes, comportados(as), inventivos(as), livres, organizados(as), competentes e habilidosos(as).” (MOYSÉS, 2013).

Para diminuir o impacto do TDAH na vida cotidiana da criança, é sugerida a terapia comportamental desta criança, não limitando somente ao uso de medicamento.

“Os professores, compreendendo a situação do aluno, devem favorecer a permanência dele nas primeiras carteiras, em turmas menores e até mesmo em classe individual, caso seja necessário. A elaboração de rotinas para a execução das tarefas escolares, as aulas de reforço, a reestruturação dos horários ou das atividades não acadêmicas e o aumento do tempo para concluir as atividades e as provas, é importante para favorecer a aprendizagem dos alunos com TDAH.” (MOYSÉS, 2013).

6. Uso inadequado de medicamento para o tratamento do Tratamento do Transtorno de Déficit de Atenção ou Hiperatividade (TDAH).

O termo medicalização no Brasil teve início no século XX, quando médicos higienistas trabalhavam para relacionar a saúde com o desenvolvimento infantil nas escolas, onde o acesso a esse público é

mais fácil e a efetividade dos projetos tem maior sucesso. A partir de 1970, os problemas de aprendizagem e comportamento das crianças na fase educacional, bem como a necessidade de um bom desenvolvimento político social, incentivaram a medicalização para tratar possíveis transtornos psíquicos (LERNER, 2014).

Existe uma discussão entre as áreas biológicas e as ciências sociais, buscando encontrar limites entre quando algum problema mental deve ser tratado com medicamento e quando não é necessário o uso de medicamento. Moysés e colaboradores dizem o seguinte:

“Essa redução da vida, em toda sua complexidade e diversidade, a apenas um de seus aspectos – células e órgãos, tornados estáticos e deterministas – tem sido chamada de biologização da vida”; [Reduzida a vida a um substrato antibiológico, o futuro ficaria irremediável e irreversivelmente determinado desde o início; está pronto o terreno para a medicalização” (MOYSÉS, 2013).

Outra informação que se deve atentar é que os profissionais da educação que convivem diariamente com as crianças devem observar as atitudes dessas dentro de sala de aula, buscando discernir quando é um comportamento aceitável ou quando está influenciando no aprendizado, na ordem e na disciplina. Os professores sentem-se incomodados quando seus alunos não conseguem ter um bom desempenho e “atrapalham” a aula. Assim, na esperança destes profissionais em solucionar o problema rapidamente, muitas vezes, incentivam os pais a procurarem um médico.

“O diagnóstico de TDA/H tornou-se banal nas escolas, pois os critérios propostos pelo DSM IV e misturam ao comportamento de qualquer criança. Além disso, tais critérios são amplamente veiculados pela mídia e internet, fazendo com que professores se apropriem dessa lógica diagnóstica simplificada. Após esse processo prévio, os professores levantam suspeitas sobre os alunos que apresentam alguma diferença e fazem os devidos encaminhamentos para os médicos. Depois passam a depositar todas as fichas na instauração do diagnóstico e a chegada do laudo nas escolas.” (PEREIRA, 2013).

Os pais, na tentativa de um melhor desempenho acadêmico dos filhos, transferem a responsabilidade do tratamento à médicos neurologistas e psicólogos, e retiram a sua própria

responsabilidade em ajudar no que for possível sem que se utilizem medicamentos. Os pais acreditam estar medicando corretamente seus filhos, mas não medem a responsabilidade que é administrar a uma criança um psicoativo no intuito de melhorar a atenção e o autocontrole, mesmo sabendo que dentro da sala de aula a criança não apresenta um retorno positivo quanto ao desempenho (PEREIRA, 2013).

“A investigação da história de vida é fundamental para buscar informações de como aconteceu a constituição psíquica dessa criança: como ocorreram os primeiros vínculos? De quem essa criança recebeu atenção? Para ter “atenção” a criança precisa se sentir “atendida”. Ela foi olhada? Houve uma falta ou excesso de olhar do outro? Como se dá o seu processo de pensamento? Como ela se relaciona com a alteridade? De acordo com Fernández (2012, p78) “O primeiro ato de amor é também o primeiro ato de conhecimento e o primeiro movimento da atenção”.” (SALVADORI, 2015).

O tratamento farmacológico à base de metilfenidato deve ser realizado até se constatar a estabilização dos sintomas. Após esse período, o medicamento deve ser suspenso.

“O tratamento do TDAH deve ser focado no controle dos sintomas, na educação em classe, na melhoria do relacionamento interpessoal e na transição para a vida adulta, a fim de propiciar “alívio do sofrimento causado pelos sintomas, e não apenas melhora das notas escolares.” (ANDRADE, 2011).

Todavia, tem sido observado que a descontinuidade do tratamento farmacológico em crianças com TDAH levam a um retorno súbito e mais exacerbado dos sintomas. Assim, a criança é reavaliada e, geralmente, há a nova prescrição do medicamento (SCHWARZ, 2012; MEIRA, 2012). Essas atitudes cíclicas de uso de medicamento podem resultar num efeito negativo a longo prazo, semelhantes aos dependentes de psicoativos ilícitos, fazendo com que a criança fique dependente deste fármaco (MEIRA, 2012). Embora ainda não se saiba com precisão o que pode ocorrer a longo prazo, já foram descritas alterações em relação às emoções. A administração do fármaco por tempo indeterminado pode levar a problemas futuros, principalmente ao medicar crianças com estimulantes do sistema nervoso central.

Outro ponto questionável do uso indiscriminado do metilfenidato está relacionado aos benefícios no âmbito educacional (SCHWARZ, 2012; LUCCA, 2012). Em decorrência de um aumento significativo na atenção, o metilfenidato tem sido usado para melhorar o desempenho acadêmico independente da condição clínica, do diagnóstico preciso de uma psicopatologia e da faixa etária, aumentando o número de crianças e adolescentes que usam metilfenidato indevidamente (GILDO, 2016; SCHWARZ, 2012; ORTEGA, 2010). Nos Estados Unidos, de 1987 a 1997, houve um aumento de cerca de três vezes na prescrição de metilfenidato para menores de 18 anos. No Brasil, a venda desse medicamento para a mesma faixa etária passou de 71.000 caixas no ano de 2000 para 739.000 caixas em 2004, um aumento superior a 1000%. Em escala mundial, o aumento da prescrição de metilfenidato em adolescentes foi de 400% entre 1993 e 2003.

“Os avanços psicofarmacológicos também participam da construção do lugar polêmico ocupado pelo diagnóstico do TDAH. A farmacologia do transtorno da atenção e da hiperatividade se confunde e por vezes se identifica com as drogas cosméticas que buscam melhorar a *performance* cerebral. Estimulantes são drogas que prometem aumentar as capacidades de concentração, de memória e de atenção, necessárias ao desenvolvimento da *performance* produtiva.” (CALIMAN, 2008).”

Além disso, as indústrias farmacêuticas tem grande interesse na produção e no desenvolvimento de fármacos, principalmente psicoativos para o tratamento de crianças com transtornos psíquicos. Em virtude da dificuldade de obtenção desses medicamentos, poucas empresas os produzem e acabam lucrando muito. A indústria farmacêutica responsável pela produção de Ritalina tem arrecadado mais de 30 milhões de reais por ano na venda desse medicamento (FRANÇA, 2012; BONADIO, 2013; ALAMAR, 2016).

“O marketing desenvolvido pelas indústrias tem aumentado e muito o consumo de drogas com base em anfetaminas, as chamadas “tarja-preta” por atuarem diretamente no Sistema Nervoso Central e apresentarem graves efeitos colaterais. Os supostos distúrbios e transtornos têm se proliferado chegando ao ponto de que ações como as apresentadas por adolescentes de caráter contestador, crítico são consideradas como Transtornos de Oposição Desafiadora (TOD).” (FÓRUM, 2014).”

Ao buscarem soluções para os seus problemas, os pais, levam seus filhos aos médicos, e encontram a solução, mas buscam ainda mais:

“Os defensores das explicações organicistas no campo da educação afirmam que é um direito da família saber o problema que esta criança tem e mais do que isso, que cabe ao Estado brasileiro arcar com as despesas do diagnóstico, do tratamento e da medicação. Esse argumento vem ganhando os espaços legislativos de grande parte de cidades e estados brasileiros por meio de inúmeros projetos de lei que visam criar serviços sejam nas Secretarias de Educação, seja na Secretaria de Saúde, para atender as crianças com Problemas escolares.” (FÓRUM, 2014).”

As relações da vida cotidiana da criança tem impacto direto em suas emoções, alterando seu caráter, sua moralidade, seu desejos, suas emoções de um modo geral, e na escola isso é onde mais se aparenta, pois neste local a criança se relacionará com várias pessoas que não de seu vínculo familiar, e isso traz um impacto muito grande em como os adultos enxergam a criança. É possível acreditar ajudar a criança nas dificuldades ao ponto de usar um medicamento psicoativo para pular a fase dos problemas comportamentais dela, comparativamente ao ajudar um borboleta sair de seu casulo.

“Estes aspectos deixam jovens e crianças em uma situação de desamparo, pois os adultos não conseguem ajudá-los a processar e a organizar toda a gama de informações e sentimentos que invadem o seu psiquismo, não encontrando uma forma adequada de resolução de seus anseios. Então buscam na medicalização a contenção dos sentimentos, substituindo o limite afetivo, pelo químico.” (FÓRUM, 2014).”

Bonadio apresenta um estudo que possibilita investigar a relação entre alterações funcionais, relacionadas, por exemplo, às dificuldades de aprendizado, com os resultados dos exames ENE.

“No Brasil, Lefèvre (1976) ganha destaque ao desenvolver o Exame Neurológico Evolutivo (ENE), que envolve a aplicação de provas relativas aos exames da Fala, Equilíbrio Estático, Equilíbrio Dinâmico, Coordenação Apendicular, Coordenação Tronco-Membros, Sincinesias, Persistência Motora, Tono Muscular, Motricidade Reflexa e Sensibilidade, cujo objetivo era estabelecer os padrões normais das várias funções neurológicas da criança dos três aos sete anos de idade, faixa etária considerada pelo autor como período propício à adoção de medidas profiláticas, evitando-se ou reduzindo-se o surgimento de problemas escolares próprios da DCM.” (BONADIO, 2013).”

Este exame abriu margem para ampliar a visão que temos do processo de medicalização.

“Houve, ainda, outra constatação: aquelas crianças com exame alterado, mesmo apresentando melhoras nas alterações, continuavam com dificuldades escolares. Isto indicava que as disfunções estariam relacionadas às dificuldades escolares, entretanto não se podia Explicações para o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade afirmar a correlação entre tais dificuldades e as áreas não funcionais encontradas pelo ENE (CYPEL, 2007). Podemos observar que muitas eram as pesquisas, porém as incertezas em relação aos comportamentos de hiperatividade, desatenção e impulsividade permaneciam em razão da pouca solidez dos métodos e do número reduzido de recursos utilizados na caracterização e diagnóstico do quadro.” (BONADIO, 2013).”

4. DISCUSSÃO

Por motivos variados e relacionados à ineficiência no diagnóstico correto das crianças, o número de casos de TDAH tem aumentado significativamente nos últimos anos. Pais e professores não tem conhecimento e informações suficientes quanto ao diagnóstico das crianças com TDAH (ARMSTRONG, 2017). O médico muitas vezes é pressionado a diagnosticar rapidamente e sem

embasamento, pois os relatos dos pais sobre a rotina dos filhos é deficiente e parcial. Instituições de ensino e de promoção à saúde tem se interessado no assunto e tem proposto reformas nos conceitos e no diagnóstico de TDAH, devido ao aumento no uso de psicoativos, por exemplo, nos Estados Unidos e no Brasil. Estas reformas trazem o conceito da biologização da vida das crianças, e incentivam o tratamento alternativo, abrangendo a responsabilidade de cuidar das crianças para pais e professores que auxiliarão na diminuição do uso de medicamentos.

“Os dados do SNGPC demonstraram uma tendência de uso crescente no Brasil. No entanto, a pergunta que precisa ser respondida é se esse uso está sendo feito de forma segura, isto é, somente para as indicações aprovadas no registro do medicamento e para os pacientes corretos, na dosagem e períodos adequados. O uso do medicamento metilfenidato tem sido muito difundido nos últimos anos de forma, inclusive, equivocada, sendo utilizado como “droga da obediência” e como instrumento de melhoria do desempenho seja de crianças, adolescentes ou adultos.” (SNGPC, 2012).”

O aumento do número de crianças diagnosticadas com TDAH tem aumentado bem como da quantidade do medicamento metilfenidato vendido, uma vez que esse fármaco é usado para desempenho intelectual. É evidente que o medicamento metilfenidato possui efeito positivo na diminuição dos sintomas do TDAH. O grande questionamento em torno do TDAH é se realmente a medicalização é o melhor caminho ou se tratamentos comportamentais, que permitam a diminuição do uso de medicamentos, constituem alternativas que possam ser efetivas no controle dos sintomas do TDAH. A medicalização tem grande impacto social, porque este medicamento oferece a oportunidade da melhora da vida social da criança e é o que interfere na decisão dos pais ao aceitarem esse tratamento, pois acredita que este método é mais efetivo.

É de extrema necessidade que seja seguido os critérios de avaliação do DSM-V, que pais e professores busquem mais informações na Associação Brasileira de Déficit de Atenção, e que procurem um médico especialista para acompanhar o caso. Se houver necessidade de tratamento, deve feito com responsabilidade e associar o tratamento comportamental. Acima de tudo isso, colocar na balança os motivos pelos quais a criança está com estes problemas, relacionar com os problemas vividos dentro de sala de aula e também e não menos importante dentro de casa, questionando a própria relação com os filhos.

REFERÊNCIAS

- ABDA. Maior estudo já realizado no mundo revela novas alterações cerebrais no Transtorno do Déficit de Atenção. 2017. Disponível em:< <https://goo.gl/6X53W0> >. Acesso em: 29 mar. 2017.
- ALARMAR, M,F; FONTES, Y,M. Avaliação do uso prolongado do metilfenidato e suas principais consequências em crianças portadoras do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). Universidade São Francisco. Campinas-SP. 2016. Não publicado.
- ANDRADE, C,R,M; *et.al*. Transtorno de défiti de atenção e hiperatividade (TDAH). Revista Médica. Belo Horizonte-MG. 2011. ed.21. pg. 455-464. Disponível em:< <https://goo.gl/wFKz5h>>. Acesso em: 18 set. 2017.
- ARMSTRONG, Thomas. Why I bilieve thar Attention Deficit Disorder is a Myth. American Institute. Disponível em: < <https://goo.gl/EskDY9> >. Acesso em: 23 fev. 2017.
- BONADIO,R.A.A; MORI, N.R.R. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: diagnóstico da prática pedagógica. SCIELO. Maringá: Eduem, 2013, p.233-242. Disponível em:< <https://goo.gl/K62tTw> >. Acesso em: 05 mar. 2017.
- CALIMAN, Luciana Vieira. **O TDAH:** entre as funções, disfunções e otimização da atenção. Psicologia em Estudo. vol.13. núm. 3. pag. 559-566. Maringá-PR. 2008.
- COLOMBANI, Fabiola; CONSTANTINO, Elizabeth Piemonte. A vigilância punitiva: a postura dos educadores no processo de patologização e medicalização da infância. V CINFE. UNESP. Caxias do Sul-RS-Brasil. mai/2010. Disponível em:< <https://goo.gl/sboNNK> >. Acesso em: 05 mar. 2017.
- ARTMED. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V). ABDR. ed. 5. pag. 31-65. Porto Alegre-RS. 2014. Disponível em:< <https://goo.gl/fuw9L2>>. 22 ago. 2017.
- ESTANISLAU, G.M; MATTOS, P. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. Saúde Mental na Escola. ArtMed. 2014. p. 153-164.
- FRANÇA, Maria Thereza de Barros. **Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH):** ampliando o entendimento. Jornal de Psicanálise. vol.45. n.82. pag. 191-207. São Paulo-SP. 2011. Disponível em:< <https://goo.gl/bcbNzs>>. Acesso em: 25 ago. 2017.
- FRANCO, L.C; CINTRA, E.P.U. Medicalização da Infância: um tema para a educação. UEM. v.1 n.1. Maringá. 2012. Disponível em:< <https://goo.gl/WKES5H> >. Acesso em: 05 mar. 2017.
- FÓRUM SOBRE MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO E DA SOCIEDADE. Manifesto de Lançamento do Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade. 2014. Disponível em:< <https://goo.gl/bx3s5J>>. Acesso em: 05 mar. 2017.
- GILDO,M,G,P; *et.al*. **A relação do metilfenidato com o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade:** uma revisão bibliográfica. UniCatólica. Mostra Científica em Biomedicina. Quixadá-CE. vol.1. n.1. jun. 2016. Disponível em:< <https://goo.gl/pRK6A6>>. Acesso em: 05 set. 2017.

LERNER, Carine Eloísa; ROSA, Daiani Clesnei. A medicalização das crianças dos anos iniciais do ensino fundamental, a partir da percepção da gestão escolar e dos professores que atuam nesse nível. Univates. Lajeado. Nov/2014. Disponível em:< <https://goo.gl/SYhUab> >. Acesso em: 05 mar. 2017.

LUCCA, Marília. Por que dizer não à medicalização da Educação. Nova Escola. Disponível em:< <https://goo.gl/3M5yUg> >. Acesso em: 23 fev. 2017.

MAYES, S,D; *et.al.* **Autism and ADHD**:overlapping and discriminating symptoms. Elsevier. Research in Autism Spectrum Disorders. ed.6. pag. 277-285. Hershey-PA. Estados Unidos 17 jun. 2012. Disponível em:< <https://goo.gl/eDtug> >. Acesso em: 14 set. 2017.

MEIRA, Marisa Eugênia Melillo. Medicalização e a produção da exclusão na educação brasileira à luz da Psicologia Histórico-Cultural. Disponível em:< <https://goo.gl/RuiWSw> > Acesso em: 05 mar. 2017.

MOREIRA, Sandro Cezar. Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade: estratégias no processo de ensino aprendizagem em aulas de educação física. UniFoa. Volta Redonda-RJ. Rio de Janeiro. 2011. Disponível em:< <https://goo.gl/YKd5Sc> >. Acesso em: 26 ago. 2017.

MOYSÉS, M.A.A; COLLARES, C.A.L. Controle e medicalização da infância. PEPSIC. Scielo. vol.1. Rio de Janeiro-RJ. 2013. Disponível em:< <https://goo.gl/AHlr9X> >. Acesso em: 30 mar. 2017.

NOVARTIS. Ritalina e Ritalina LA. Cloridrato de metilfenidato). ANVISA Disponível em:< <https://goo.gl/xJfnYg> >. Acesso em: 27 fev. 2017.

ORTEGA, F; BARROS, D; *et. al.* A Ritalina no Brasil: produções, discurso e práticas-Interface-Comun, Saúde, Educ. v.14. n.34. p. 499-510. jul/set. 2010. Disponível em:< <https://goo.gl/KmlQTM> >. Acesso em: 30 mar. 2017.

PEREIRA, Josy Borges Gullo Ramos. A concepção de professores sobre a medicalização em alunos com os supostos transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. Brasília. Março/2013. UnB. Disponível em:< <https://goo.gl/MZDQAI> >. Acesso em: 05 mar. 2017.

SALVADORI,C,D; LUZ, R,V. **Transtorno Déficit de Atenção e Hiperatividade**: implicações psicológicas e psicopedagógicas. Cesuca. Faculdade INEDI. v.2 n.2. 2015. Disponível em:< <https://goo.gl/vm1MES> >. Acesso em: 05 ago. 2017.

SNGPC. **Prescrição e Consumo de Metilfenidato no Brasil**: identificando riscos para o monitoramento e controle sanitário. ed. 2. n. 2. jul./dez. 2012. ANVISA. Disponível em:< <https://goo.gl/cyC9Ki> >. Acesso em: 24 nov. 2017.

SCHWARZ,Alan. Estudantes pobres nos EUA tentam melhor notas com remédio para déficit de atenção. Disponível em:< <https://goo.gl/wXCMeS> >. Acesso em: 23 fev. 2017.