



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE PEDAGOGIA

ELIZABETE DE JESUS PRIMO

**TDAH E ESPAÇO ESCOLAR: MEDICALIZAÇÃO NÃO É SOLUÇÃO PARA
PROBLEMAS EDUCACIONAIS**

MARINGÁ

2014

ELIZABETE DE JESUS PRIMO

**TDAH E ESPAÇO ESCOLAR: MEDICALIZAÇÃO NÃO É SOLUÇÃO PARA
PROBLEMAS EDUCACIONAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso – TCC – apresentado ao Curso de Pedagogia da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial obtenção do grau de licenciada em Pedagogia.

Orientadora: Prof^a Dr^a Solange Franci Raimundo Yaegashi

MARINGÁ

2014

ELIZABETE DE JESUS PRIMO

**TDAH E ESPAÇO ESCOLAR: MEDICALIZAÇÃO NÃO É SOLUÇÃO PARA
PROBLEMAS EDUCACIONAIS**

Artigo apresentado à Universidade Estadual de Maringá como requisito parcial para obtenção do título de Pedagoga, sob a orientação da Prof. Dr^a Solange Franci Raimundo Yaegashi.

Aprovado em: __/__/2014

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Solange Franci Raimundo Yaegashi
(Universidade Estadual de Maringá)

Prof^a Dr^a Érica Piovam De Ulhôa Cintra
(Universidade Estadual de Maringá)

Prof^a Dr^a Regina Lúcia Mesti
(Universidade Estadual de Maringá)

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus, o centro e fundamento de tudo em minha vida, por renovar a cada momento a minha força e disposição, pelo discernimento concedido ao longo dessa caminhada;

Em segundo lugar, ao meu pai Agenor e a minha mãe Nadir, exemplo de vida e perseverança, apoio e incentivo nas horas difíceis de desânimo e cansaço, por suas preces em favor de mim, me fazendo confiar que tudo é possível para aquele que crê;

Obrigada aos meus filhos Gregory, Guilherme e Nickolas, por colaborarem e me incentivarem a não desistir, e sim a ir em frente alcançar minha meta em concluir o curso;

Ao meu irmão Eliezer, minha cunhada Rosângela, meus sobrinhos Rafael e Melissa, que sempre me apoiaram, dando segurança para a realização do meu sonho;

Aos meus irmãos Itamar e Israel, que mesmo distantes acompanharam meu caminhar, me incentivando a ir até o fim;

A meus tios, tias, primos e primas que torceram para que eu alcançasse meus objetivos, em especial ao meu tio Izaías, pelo ombro amigo, pelas palavras de ânimo e por dizer sempre “qual a sua meta”, fazendo com que eu prosseguisse;

A minha amiga Marinalva de São Paulo, que mesmo estando longe já participou das várias fases de minha vida e sempre acreditou que eu conseguiria;

As minhas amigas paranaenses Edinéia, Fátima e Márcia, que são boas ouvintes de minhas dúvidas, incertezas e sempre estão me lembrando da importância de persistir, seguir em frente;

Aos docentes do curso de Pedagogia, pela troca de conhecimentos e experiências que foram tão importantes na minha vida acadêmica, contribuindo para um novo olhar profissional na educação;

Aos colegas da turma 01/2011, que me proporcionaram aprendizado e experiências, construindo laços de amizade. Peço a Deus que os abençoe grandemente, preenchendo seus caminhos com muita paz, amor, saúde e prosperidade;

Nesse caminhar, construí laços de amizade que levarei para sempre em minha memória e em meu coração: Angelina, Ione, Camila Defendi, Camila Izepe, Mônica, Suzanir, Daniely, Raquel, Thaynara, Marília, Carla;

Meu agradecimento à Profª Drª Érica Cintra e à Profª Drª Regina Mesti, que prontamente aceitaram participar de minha banca examinadora.

A minha orientadora, Profª Drª Solange Yaegashi, que no pouco tempo que lhe coube, por suas correções e incentivo;

Enfim, a todos os que, direta ou indiretamente, contribuíram para que meu sonho de concluir um curso universitário se realizasse.

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por iluminar meu caminho mesmo quando não conseguia ver a luz, aos meus pais Agenor e Nadir, e aos meus filhos Gregory, Guilherme e Nickolas, que estiveram comigo em todo esse percurso, incentivando, apoiando para que eu chegasse ao final. Minha gratidão eterna a vocês.

TDAH E ESPAÇO ESCOLAR: MEDICALIZAÇÃO NÃO É SOLUÇÃO PARA PROBLEMAS EDUCACIONAIS?

Elizabete de Jesus Primo¹
Solange Franci Raimundo Yaegashi²

Resumo: O objetivo do presente estudo foi investigar as críticas feitas ao processo de medicalização das crianças que supostamente possuem o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH). Para tanto, realizamos uma pesquisa bibliográfica sobre o assunto. Sendo o ambiente escolar um lugar no qual estão presentes alunos de diversos contextos sociais, é delicado afirmar que todas as crianças que apresentam comportamento irrequieto, que não conseguem dar continuidade às atividades propostas em sala de aula tenham o diagnóstico de TDAH, devendo fazer uso de medicamentos para controlar esse comportamento. Verificamos, por meio da literatura consultada, que o medicamento mais prescrito para o tratamento do TDAH é o metilfenidato, mais conhecido como Ritalina. Todavia, os efeitos colaterais do uso dessa droga causam danos (físicos e psicológicos) a algumas crianças. Chegamos à conclusão de que a medicalização sem o devido acompanhamento do neurologista e de outros profissionais da saúde, e sem uma reflexão necessária por parte dos profissionais da educação tem se mostrado um grave problema social, pois o fracasso escolar é um problema que poderia e deveria ser de encaminhamento pedagógico na escola.

Palavras-chave: Educação, TDAH, medicalização, fracasso escolar.

Abstract: The aim of this study is to investigate the criticisms that are done to the medicalization of children who supposedly have the Attention Deficit Disorder/Hyperactivity (ADHD). Thus, we performed a literature research on the subject. Being the school environment a place where students of many different social contexts are present, it is delicate to say that all children with restless behavior, those that cannot give continuity to the activities proposed in the classroom have a diagnosis of ADHD and should make use of medications to have this behavior controlled. We checked through the consulted literature that the most commonly prescribed medication to treat ADHD is methylphenidate, known as Ritalin. Nevertheless, the side effects of using this drug bring harm (physical and/or psychological) to some children. We concluded that the medicalization without proper monitoring from the Neurologist and other healthcare professionals as well as without a necessary reflection by the education professionals has been a serious social problem as school failure is diverted to the student, that is, a problem that could be of pedagogic treating at the school.

Key words: Education, ADHD, medicalization, school failure.

¹ Acadêmica do Curso de Pedagogia da Universidade Estadual de Maringá.

² Professora Doutora do Departamento de Teoria e Prática da Educação da Universidade Estadual de Maringá (orientadora)

Introdução

Suposto estudo da medicina vem sendo utilizado como solução de problemas comportamentais de alunos em idade escolar. Com a medicalização, questões sociais são tratadas como se tivesse origem biológica, sendo explicadas como desequilíbrio de um ou mais neurotransmissores do cérebro, e com essa explicação, instituições como a escola podem facilmente ser isentas de algumas responsabilidades, como a de oferecer ensino de qualidade. Nesse sentido, a questão que nos fazemos é a seguinte: Por que se utilizam medicamentos em crianças como resposta para os problemas de aprendizagem?

Para Dupaul e Stoner (2007), as crianças com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) frequentemente apresentam problemas de desatenção e dificuldade de controle dos impulsos em diferentes contextos (em casa, na escola e na comunidade). Essas crianças podem apresentar dificuldades nos relacionamentos com outras crianças, desobediência frequente em relação a pessoas que representam autoridade e problemas de conduta, como mentir e furtar, bem como pouca conclusão nos deveres escolares e habilidades de estudo. O uso do tratamento com medicamentos como a Ritalina para problemas de desatenção, hiperatividade e impulsividade dessas crianças é alvo de controvérsias. Será que todas as crianças tratadas com medicamentos estimulantes são beneficiadas? Que tipo de reações causam essas medicações de uso contínuo?

Na sociedade contemporânea, é cada vez mais frequente o encaminhamento feito pelas escolas, aos profissionais da saúde, de crianças com dificuldades no ensino e aprendizagem, com baixo rendimento escolar, sendo o médico neurologista responsável por avaliar e receitar uma possível medicação. É certo que algumas crianças precisam utilizar medicação estimulante, mas no tocante às que não precisam, indagamos: o que está sendo feito para melhorar seu desenvolvimento escolar do ponto de vista pedagógico?

Partindo desses pressupostos, no presente estudo objetivamos investigar as críticas que são feitas ao processo de medicalização das crianças que supostamente possuem o TDAH. Para tanto, realizamos uma pesquisa de natureza teórica, buscando discutir a temática a partir do ponto de vista de diversos autores. O interesse em realizar este estudo surgiu a partir do trabalho como estagiária em diferentes instituições escolares, nas quais foi possível presenciar situações que evidenciavam essa problemática.

Segundo Silva (2009), o transtorno do déficit de atenção e hiperatividade, TDAH, é

caracterizado por três sintomas básicos: a hiperatividade física e mental, a impulsividade e a desatenção. Esses sintomas costumam se manifestar ainda na infância e tendem a continuar durante a vida adulta em 70% dos casos. O TDAH é descrito por Lima (2005) como uma síndrome caracterizada por comportamento hiperativo e inquietude motora, desatenção marcante, falta de envolvimento persistente nas tarefas e impulsividade.

Barkley (2002), por sua vez, explica que as pessoas que têm TDAH reagem impulsivamente e não têm a capacidade de se acalmar e refletir, não usam as funções executivas que incluem a memória operacional de manter fatos relevantes na mente, elas não falam consigo mesmas, não são capazes de se acalmar ou se motivar, ou de criar uma solução ou resposta útil. Mas será que o uso medicamentoso é a solução para tais sintomas?

Conforme Belli (2008), a melhor ajuda que um portador de TDAH pode ter é procurar saber mais sobre esse transtorno, procurando sempre extrair informações de pessoas conceituadas sobre o assunto, pois são extraídas muitas informações errôneas e equivocadas de pessoas e da mídia relativas ao TDAH. Belli (2008) ressalta que pode existir mais de um caso desse transtorno na família, por ele ser hereditário. Esse distúrbio está presente em todas as culturas, e é bidimensional, pois envolve a atenção e a hiperatividade. E nesse aspecto, o que a escola tem feito?

Tomando por preceito que o TDAH existe e que o papel pedagógico do educador no que tange ao desempenho do aluno é crucial no processo de desenvolvimento, inquirimos: o que tem sido feito? Habitualmente, ouve-se dizer que a profissão do educador é, antes de tudo, uma missão, uma doação, para a qual é necessário praticar o “olhar” e o “escutar”, a fim de reconhecer o outro como ser pensante, dar atenção ao outro. Todavia, Freire (2011) criticava essa visão simplista do trabalho pedagógico. Nesse âmbito, de acordo com Belli (2008), o educador deve explorar a atenção e a admiração dos alunos, para isso existem diversos recursos visuais que podem reter a atenção dos alunos em geral, mas em especial o aluno com TDAH, que possui mais facilidade de aprender visualmente.

Belli (2008) cita ainda que é importante para o educador promover a sinergia entre os alunos com TDAH e os demais, tendo em vista que alguns professores reforçam o sentimento de rejeição que os alunos com TDAH sofrem diante dos colegas, discriminando-os, colocando-os na condição de mal-educados. Isso se dá porque os professores estão sendo preparados para ministrar o conteúdo e ser o mediador na formação de conceitos e não para pensar nessa questão específica do TDAH.

Os psicólogos que atuam nas escolas e principalmente os profissionais da educação

são os que melhor podem defender o tratamento apropriado para crianças TDAH, pois têm oportunidades para melhor observar o comportamento dos alunos em um contexto em que ocorrem os maiores problemas com desatenção, impulsividade e hiperatividade. A decisão quanto ao uso de medicamentos estimulantes precisa ser realizada com cautela, sendo feita em conjunto com o médico (e outros profissionais da saúde, quando for o caso) e os pais da criança, porque os efeitos benéficos não ocorrem para todas as crianças tratadas (DUPAUL; STONER, 2007). Mas, por outro lado, nem todas as crianças com tais sinais de Transtorno de Déficit de Atenção (TDA) ou mesmo de TDAH devem ser medicadas, pois existem outras possibilidades que devem ser investigadas, como a pedagógica.

Partindo dessas premissas e visando atingir o objetivo proposto para este estudo, organizamos este texto em três partes. Na primeira, buscamos definir o conceito de TDAH. Na segunda, abordamos o tratamento do TDAH e, por fim, na terceira parte, tecemos algumas reflexões sobre a medicalização do fracasso escolar.

1 Conceituando o TDAH

Belli (2008, p.19) afirma que, a partir de 1980, o nome TDA passou a ser pronunciado quando o DSM-III (Manual Diagnóstico e Estatístico dos Distúrbios Mentais – Terceira edição) analisou que o ponto central desse transtorno é a dificuldade de se concentrar e manter a atenção. Em 1987, então, o Transtorno de Déficit de Atenção foi renomeado para TDAH, com ênfase na hiperatividade e na impulsividade.

Lima (2005, p.73) assinala que o TDAH é descrito como “uma síndrome caracterizada por comportamento hiperativo e inquietude motora, desatenção marcante, falta de envolvimento persistente nas tarefas e impulsividade”. Barkley (2002), por sua vez, argumenta que o TDAH é um déficit na capacidade da pessoa de se auto-regular ou de se autocontrolar. As pessoas com TDAH comportam-se impulsivamente e não têm a habilidade para se acalmar e refletir, não usam as funções executivas que incluem a memória operacional (manter fatos relevantes em mente), o discurso interno (falar consigo mesma), a regulação emocional (acalmar-se ou motivar-se) e a reconstituição (criar uma solução ou resposta útil).

De acordo com a Associação Brasileira do Déficit de Atenção (ABDA), os transtornos que se associam mais frequentemente com o TDAH são:

1. Transtornos do Aprendizado (dos quais os mais comuns são os transtornos de

leitura, de escrita e de matemática);

2. Transtorno de Desafio e Oposição e Transtorno de Conduta;

3. Tiques;

4. Transtornos Ansiosos (Pânico, Fobia Social, Transtorno de Ansiedade Generalizada);

5. Transtornos do Humor (Depressão, Distímia, Transtorno Bipolar);

6. Abuso de Drogas e Alcoolismo.

Até recentemente, de acordo com Silva (2009), havia uma postura de consenso na comunidade médica em se adotar o sistema americano de diagnóstico conhecido pela sigla DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). O DSM-IV, segundo Moysés e Collares (2010), segue critérios que levam um indivíduo a ser qualificado como portador de TDAH. O critério A faz menção aos seguintes sintomas:

1. Não consegue prestar muita atenção a detalhes ou comete erros por descuido nos trabalhos da escola ou tarefas;

2. Tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades de lazer;

3. Parece não estar ouvindo quando se fala diretamente com ele;

4. Não segue instruções até o fim e não termina deveres de escola, tarefas ou obrigações;

5. Tem dificuldade para organizar tarefas e atividades;

6. Evita, não gosta ou se envolve contra a vontade em tarefas que exigem esforço mental prolongado;

7. Perde coisas necessárias para atividades (p. ex: brinquedos, deveres da escola, lápis ou livros);

8. Distrai-se com estímulos externos;

9. É esquecido em atividades do dia a dia;

10. Mexe com as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira;

11. Sai do lugar na sala de aula ou em outras situações em que se espera que fique sentado;

12. Corre de um lado para outro ou sobe demais nas coisas em situações em que isto é inapropriado;

13. Tem dificuldade em brincar ou envolver-se em atividades de lazer, de forma calma;

14. Não para ou frequentemente está a “mil por hora”;

15. Fala em excesso;
16. Responde às perguntas de forma precipitada antes de elas terem sido terminadas;
17. Tem dificuldade de esperar sua vez;
18. Interrompe os outros ou se intromete (p.ex. mete-se nas conversas / jogos).

Contudo, segundo Collares e Moysés (2010), além do critério A, os critérios B, C, D e devem ser analisados em conjunto. De acordo com esses critérios:

- B) Alguns desses sintomas devem estar presentes antes dos sete anos de idade;
- C) Existem problemas causados pelos sintomas acima em pelo menos dois contextos diferentes (por ex., na escola, no trabalho, na vida social e em casa);
- D) Há problemas evidentes na vida escolar, social ou familiar por conta dos sintomas;
- E) Se existe outro problema (tal como depressão, deficiência mental, psicose, etc.), os sintomas não podem ser atribuídos exclusivamente a ele.

Todavia, alguns desses critérios foram revistos e ampliados no DSM-5 (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), recém-publicado no Brasil em 2014. De acordo com o DSM-5 (2014), existem **cinco critérios** diagnósticos para o TDAH; o primeiro deles (critério A) menciona um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere no funcionamento e no desenvolvimento.

No que se refere à **desatenção**, seis ou mais dos sintomas abaixo devem persistir por pelo menos seis meses, causando impacto negativo nas atividades sociais e acadêmicas/profissionais:

- a. Frequentemente não presta atenção em detalhes ou comete erros por descuido em tarefas escolares, no trabalho ou durante outras atividades (p. ex., negligencia ou deixa passar detalhes, o trabalho é impreciso);
- b. Frequentemente tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas (p. ex., dificuldade de manter o foco durante aulas, conversas ou leituras prolongadas);
- c. Frequentemente parece não escutar algo quando alguém lhe dirige a palavra diretamente (p. ex., parece estar com a cabeça longe, mesmo na ausência de qualquer distração óbvia);
- d. Frequentemente não segue instruções até o fim e não consegue terminar trabalhos escolares, tarefas ou deveres no local do trabalho (p. ex., começa tarefas, mas rapidamente perde o foco e facilmente perde o rumo);
- e. Frequentemente tem dificuldade para organizar tarefas e atividades (p. ex., dificuldade em gerenciar tarefas sequenciais; dificuldade em manter materiais e objetos pessoais em ordem; trabalho desorganizado e desleixado; mau gerenciamento do tempo; dificuldade em cumprir prazos);
- f. Frequentemente evita, não gosta ou reluta em se envolver em tarefas que exijam esforço mental prolongado (p. ex., trabalhos escolares ou lições de casa; para adolescentes mais velhos e adultos, preparo de relatórios, preenchimento de formulários, revisão de trabalhos longos);
- g.

Frequentemente perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (p. ex., materiais escolares, lápis, livros, instrumentos, carteiras, chaves, documentos, óculos, celular); h. Com frequência é facilmente distraído por estímulos externos (para adolescentes mais velhos e adultos, pode incluir pensamentos não relacionados); i. Com frequência é esquecido com relação a atividades cotidianas (p. ex., realizar tarefas, obrigações; para adolescentes mais velhos e adultos, retornar ligações, pagar contas, manter horários agendados) (DSM-5, 2014, p. 59).

No que diz respeito à **hiperatividade-impulsividade**, seis ou mais dos sintomas abaixo devem persistir por pelo menos seis meses, causando impacto negativo nas atividades sociais e acadêmicas/profissionais:

a. Frequentemente remexe ou batuca as mãos ou os pés e se contorce na cadeira; b. Frequentemente levanta da cadeira em situações em que espera que permaneça sentado (p. ex., sai do seu lugar em sala de aula, no escritório ou em local de trabalho ou em situações que exijam que permaneçam em um mesmo lugar); c. Frequentemente corre ou sobe nas coisas em situações em que isso é inapropriado (Nota: Em adolescentes ou adultos, pode se limitar a sensações de inquietude); d. Com frequência é incapaz de brincar ou se envolver em situações de lazer calmamente; e. Com frequência “não para”, agindo como se estivesse “com o motor ligado” (p. ex., não consegue ou se sente desconfortável em ficar parado por muito tempo, com em restaurantes, reuniões; outros podem ver o indivíduo como inquieto ou difícil de acompanhar); f. Frequentemente fala demais; g. Frequentemente deixa escapar uma resposta antes que a pergunta tenha sido concluída (p. ex., termina frases dos outros, não consegue aguardar a vez de falar); h. Frequentemente tem dificuldade para esperar a sua vez (p. ex., aguardar em uma fila); i. Frequentemente interrompe ou se intromete (p. ex., mete-se nas conversas, jogos ou atividades; pode começar a usar coisas de outras pessoas sem pedir ou receber permissão; para adolescentes e adultos, pode intrometer-se ou assumir o controle sobre o que os outros estão fazendo) (DSM-5, 2014, p. 60).

Quanto aos demais critérios diagnósticos (B, C, D e E), o DSM-5 faz os seguintes esclarecimentos:

B) Vários sintomas de desatenção ou hiperatividade-impulsividade estavam presentes antes dos 12 anos de idade.

C) Vários sintomas de desatenção ou hiperatividade-impulsividade estão presentes em dois ou mais ambientes (p. ex. em casa, na escola, no trabalho; com amigos ou parentes; em outras atividades).

D) Há evidências claras de que os sintomas interferem no funcionamento social, acadêmico ou profissional ou de que reduzem sua qualidade.

E) Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de esquizofrenia ou outro

transtorno psicótico e não são mais bem explicados por outro transtorno mental.

É importante destacar que, segundo o DSM-5 (2014, p. 63), o TDAH está associado aos seguintes fatores:

[...] desempenho escolar e sucesso acadêmico reduzidos, rejeição social e, nos adultos, a piores desempenho, sucesso e assiduidade no campo profissional e a maior probabilidade de desemprego, além de altos níveis de conflito interpessoal.

Por fim, essa descrição detalhada nos leva pensar que, muitas vezes, crianças que são ativas podem ser facilmente diagnosticadas como sendo portadoras de TDAH.

Nesse contexto, Collares e Moysés (2010, p.146) asseguram que “sob o cientificista algoritmo de criança que não aprende e/ou criança com problema de comportamento + exames laboratoriais normais, esconde-se, de fato, a criança que incomoda”.

2. O Tratamento do TDAH

A primeira iniciativa no tratamento do TDAH seria o conhecimento, por meio de publicações que abordem o tema em livros, artigos, sites, diálogo com aqueles que vivenciam esse problema no cotidiano. De acordo com Belli (2008, p.17), a melhor ajuda que se “pode dar a um portador de TDAH é procurar saber mais sobre esse transtorno”.

De maneira geral, o tratamento para as crianças diagnosticadas como portadora do TDAH é a prescrição de medicamentos, geralmente psicotrópicos, encaminhamento para psicoterapia, orientação familiar e ocasionalmente tentativas de intervenção na escola.

Silva (2009, p.60) enfatiza que “o principal instrumento de um médico, de um psicólogo ou de outro profissional habilitado que queira avaliar a possibilidade de uma criança ser TDAH é pura e simplesmente a observação”.

De acordo com DuPaul e Stoner (2007, p. 109), “o tratamento mais estudado e indicado para TDAH em crianças em idade pré-escolar tem sido aquele realizado com medicamentos psicotrópicos; especificamente compostos psicoestimulantes”.

O metilfenidato (MPH) é o psicotrópico mais usado ultimamente, e a cada dia há um aumento acentuado em sua prescrição. Moysés e Collares apontam que “o MPH (metilfenidato), é a droga mais usada, comercializada no Brasil com os nomes Ritalina e, mais recentemente, Concerta”.

A Ritalina é um derivado anfetamínico e, não por acaso, é vendido somente sob prescrição médica, receituário próprio e com rígido controle da vigilância sanitária.

O mecanismo de ação do MPH e das anfetaminas é exatamente o mesmo da cocaína: poderosos estimulantes que aumentam a atenção e a produtividade. Com estrutura química semelhante, essas substâncias aumentam os níveis de dopamina no cérebro, pelo bloqueio de sua receptação nas sinapses. (COLLARES; MOYSÉS, 2010, p. 175).

Outro aspecto preocupante apontado pelas autoras é que

[...] especula-se se aumentos desnecessários da dopamina durante a infância poderiam alterar o desenvolvimento do cérebro. Como a medicação costuma ser retirada em torno dos 18 anos, esses jovens podem se tornar aditos à cocaína na vida adulta, como modo de substituir a droga legal que tomaram por anos (COLLARES; MOYSÉS, 2010, p.176).

Diante do exposto, Moysés e Collares salientam que

[...] isso é o que acontece com o uso de MPH ou D-anfetamina em pessoas rotuladas como portadoras de TDAH. Os efeitos terapêuticos tão divulgados, sempre apresentados como benéficos, constituem na verdade sinais de toxicidade das drogas (COLLARES; MOYSÉS, 2010, p.185).

As reflexões trazidas por Moysés e Collares nos remetem ao que discutimos no próximo item deste artigo.

3. A Medicalização do Fracasso escolar: algumas reflexões

Nas escolas da sociedade contemporânea são cada vez mais frequentes os encaminhamentos das crianças que têm dificuldades de aprendizagem para diferentes profissionais da saúde e da educação, com a queixa de que são irrequietas, apresentam baixo rendimento escolar e muitas vezes agressividade.

Boarini e Borges (2009, p.123) apontam que, “[...] em geral, os professores não entendem que atuar no sentido de levar seu aluno a superar suas dificuldades escolares é o seu trabalho, e não o seu problema”. A esse respeito, Belli (2008, p.50) pondera que: “É sabido que alguns professores reforçam o sentimento de rejeição que os alunos com TDAH sofrem diante dos colegas, discriminando-os, colocando-os na condição de mal-educados”.

Nesse contexto, a escola tem sido pouco questionada quanto a seus métodos e condições oferecidas para a aprendizagem e escolarização. A criança é responsabilizada, rotulada e se busca em áreas de seu cérebro e em seu comportamento as causas para suas

dificuldades de leitura e escrita, cálculos e acompanhamento dos conteúdos escolares. Sendo assim, essas crianças são diagnosticadas, procurando-se as causas biológicas e apresentando o diagnóstico seguido, na maioria dos casos, de medicação ou acompanhamento terapêutico.

DuPaul e Stoner (2007, p. 22) alegam que esse transtorno inicia-se antes do tempo, pois a criança geralmente recebe esse diagnóstico quando começa sua alfabetização escolar. Como resultado, “[...] a criança com TDAH demonstra dificuldades com o adiamento da resposta ao ambiente, o desenvolvimento do autocontrole e a manutenção do desempenho constante no trabalho ao longo do tempo”.

Em todo esse processo, o que nos leva à reflexão é que os defensores das instituições escolares se explicam defendendo a patologização da criança que não aprende e não se comporta na escola. Todavia, para Garrido e Moysés (2010), o que está em jogo é um violento processo de medicalização de crianças cujo desempenho na escola não corresponde exatamente ao padrão esperado.

Belli (2008) destaca que os portadores de TDAH recebem inúmeros rótulos até serem diagnosticados: “mal-educados, preguiçosos, desinteressados, sem limites, os ‘capetas’, os que vivem no ‘mundo da lua’, os loucos, os problemáticos, os atrevidos, os vagabundos...” (p.14). O que chama atenção da autora é o fato de quanto isso influencia a autoestima e o desempenho social e escolar das crianças e adolescentes.

Por fim, Boarini e Borges (2009) argumentam que a crítica que se faz ao processo de medicalização não significa oposição ao uso do psicotrópico ou desvalorização da sua eficácia e necessidade. Contudo, não podemos fazer desse o único recurso possível ou fazermos dos demais recursos algo de menor importância, perdendo-se de vista os limites e as contradições da psicofarmacologia. Além de que, “[...] existem pessoas com doenças reais, que levam a deficiências que podem comprometer seu desenvolvimento cognitivo” (MOYSÉS; COLLARES, 2011, p.133).

Considerações finais

Neste artigo, nosso objetivo não foi expor ideias inéditas, mas sim investigar as críticas empreendidas ao processo de medicalização das crianças que supostamente possuem o Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade (TDAH). Essa discussão se faz pertinente

no meio acadêmico, especialmente no curso de Pedagogia, uma vez que em breve os alunos deverão atuar como profissionais na educação, lidando em seu cotidiano com situações que envolvem um posicionamento criterioso (como professor), nos encaminhamentos que serão feitos.

A realização deste estudo nos levou a refletir sobre a sociedade na qual vivemos. Nas últimas décadas, ocorreram fortes mudanças e o tempo se tornou cada vez mais veloz; em decorrência, o ritmo de vida tem se tornado acelerado e as relações afetivas superficiais.

Precocemente, as crianças vão para a escola, as brincadeiras e o aprender de forma criativa são trocados por tarefas a serem cumpridas. O bom aluno é aquele que cumpre o que foi exigido em menos tempo, dessa maneira, se torna difícil a elaboração do pensamento e a realização de experiências. Logo, como resultado surge a medicalização como solução para as crianças que não acompanham a velocidade exigida no mundo atual. Porém, esse não é o caminho. Justamente por isso, novas pesquisas devem ser desenvolvidas no sentido de que busquem alternativas de intervenção pedagógica no interior das escolas, evitando, assim, a indicação e o uso de medicamentos talvez desnecessários no processo de aprendizagem.

Referências

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5**. Porto Alegre: Editora Artmed, 2014.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE DEFICIT DE ATENÇÃO- ABDA. **Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade – TDAH**. Disponível em: < <http://www.tdah.org.br/br/sobre-tdah/cartilhas-sobre-tdah.html> >. Acesso 15 de setembro de 2014.

BARKLEY, Russell A. **Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: guia completo e atualizado para os pais, professores e profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

BELLI, Alexandra A. **TDAH! E agora?!**: A dificuldade da escola e da família no cuidado e no relacionamento com crianças e adolescentes portadores de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. São Paulo: STS, 2008.

BOARINI, M. L.; BORGES, R. F. **Hiperatividade, higiene mental, psicotrópicos: enigmas da Caixa de Pandora**. Maringá: EDUEM, 2009.

DUPAL, George; STONER, Gary. **TDAH nas escolas**. São Paulo: MBooks, 2007.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia:** saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

GARRIDO, J.R.; MOYSÉS, M. A. A. Um panorama nacional dos estudos sobre a medicalização da aprendizagem de crianças em idade escolar. In: Conselho Regional de Psicologia de São Paulo; Grupo Interinstitucional Queixa Escolar (Orgs.). **Medicalização de crianças e adolescentes:** conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doença de indivíduos. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010, p. 149-162.

LIMA, R. C. **Somos todos desatentos?** O TDA/H e a construção de bioidentidades. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2005.

COLLARES, C. A. L.; MOYSÉS, M. A. A. Dislexia e TDAH: uma análise a partir da ciência médica. In: Conselho Regional de Psicologia de São Paulo; Grupo Interinstitucional Queixa Escolar (Orgs.). **Medicalização de crianças e adolescentes:** conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010, p. 193-214.

SILVA, Ana Beatriz B. **Mentes inquietas:** TDAH: desatenção, hiperatividade e impulsividade. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.