

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

DAYANE DUTRA SIMÕES

**MEDICALIZAÇÃO X EDUCAÇÃO:  
REFLEXÕES SOBRE O USO DA RITALINA/METILFENIDATO NO BRASIL**

MARINGÁ

2016

DAYANE DUTRA SIMÕES

## **MEDICALIZAÇÃO X EDUCAÇÃO:**

### **REFLEXÕES SOBRE O USO DA RITALINA/METILFENIDATO NO BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como parte dos requisitos para obtenção do grau de licenciatura em Pedagogia, da Universidade Estadual de Maringá.

Orientadora: Profa. Dra. Erica Piovam de Ulhôa Cintra

MARINGÁ

2015

DAYANE DUTRA SIMÕES

## **MEDICALIZAÇÃO X EDUCAÇÃO:**

### **REFLEXÕES SOBRE O USO DA RITALINA/METILFENIDATO NO BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como parte dos requisitos para obtenção do grau de licenciatura em Pedagogia, da Universidade Estadual de Maringá, sob apreciação da seguinte banca examinadora:

Aprovado em \_\_/\_\_/\_\_

---

Profa. Dra. Erica Piovam de Ulhôa Cintra – Orientadora  
Universidade Estadual de Maringá

---

Profa. Dra. Ivone Pingoello - Banca  
Universidade Estadual de Maringá

---

Profa. Dra. Tânia dos Santos Alvarez da Silva - Banca  
Universidade Estadual de Maringá

Maringá 01 de Fevereiro de 2016

## SUMÁRIO

<b>Resumo</b> .....	5
<b>Introdução</b> .....	5
1.Diagnóstico e tratamento do TDAH.....	7
2.Indústria Farmacêutica.....	15
<b>Considerações Finais</b> .....	23
<b>Fonte</b> .....	24
<b>Referências</b> .....	25

## MEDICALIZAÇÃO X EDUCAÇÃO: REFLEXÕES SOBRE O USO DA RITALINA/METILFENIDATO NO BRASIL<sup>1</sup>

Dayane Dutra Simões<sup>2</sup>

### RESUMO

Esse artigo tem como objetivo refletir sobre o uso da ritalina/metilfenidato no tratamento de crianças suspeitas de terem Transtorno de Déficit de Atenção - TDAH, e o papel da indústria farmacêutica, e da educação nesse processo. Para isso selecionamos livros, artigos, sites e boletins sobre a temática, com destaque aos documentos oficiais da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA/BR. Entendemos que se trata de um assunto de grande importância, pois o medicamento usado é de tarja preta, de uso contínuo, por crianças em idade escolar ou seja entre os 6 anos de idade, com um acompanhamento médico que poderia ser mais efetivo. Nas reflexões sobre a temática, utilizaremos os textos clássicos da área - de nomes reconhecidos na UNICAMP -, e ainda outros. A pesquisa aponta para o excesso de dispensação medicamentosa da Ritalina – nome comercial do metilfenidato e reflete que muitas crianças diagnosticadas com TDAH poderiam se beneficiar antes do trabalho pedagógico do que o medicamentoso.

Palavras – chaves: TDH, metilfenidato, ritalina, indústria farmacêutica

### ABSTRACT

This article aims to reflect on Deficit Disorder Attention - ADHD, as it is diagnosed, treatment - usually with methylphenidate whose trade name is Ritalin - and the role of the pharmaceutical industry, and schools in this process. For this we select books, articles, websites and newsletters on the subject, highlighting the official documents of the National Health Surveillance Agency - ANVISA / BR. We understand that it is a matter of great importance, because the drug used is black stripe of continuous use by children of school age ie between 6 years old, with a medical follow-up that could be more effective. The reflections on the subject, we will use the classic texts of the area - names recognized in Campinas -, and others. Research points to excess drug dispensation of Ritalin and reflects that many children diagnosed with ADHD could benefit with the pedagogical workfirst instead of the drug.

Key - words: TDH, methylphenidate, Ritalin, pharmaceutical industry

### Introdução

Buscamos aqui problematizar a discussão sobre a medicalização de crianças em idade escolar, preferencialmente as matriculadas nas séries iniciais do Ensino Fundamental, especificamente aquelas diagnosticadas com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, e que fazem o tratamento

---

<sup>1</sup> Trabalho de Conclusão de Curso – TCC, apresentado ao Curso de Pedagogia da Universidade Estadual de Maringá do ano de 2015, como requisito parcial para obtenção do grau de licenciado em Pedagogia, sob orientação da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Erica Piovam de Ulhôa Cintra, professora do Departamento de Teoria e Prática da Educação (DTP), Mestre e Doutora em Educação (História e Historiografia da Educação) pela Universidade Federal do Paraná (UFPR).

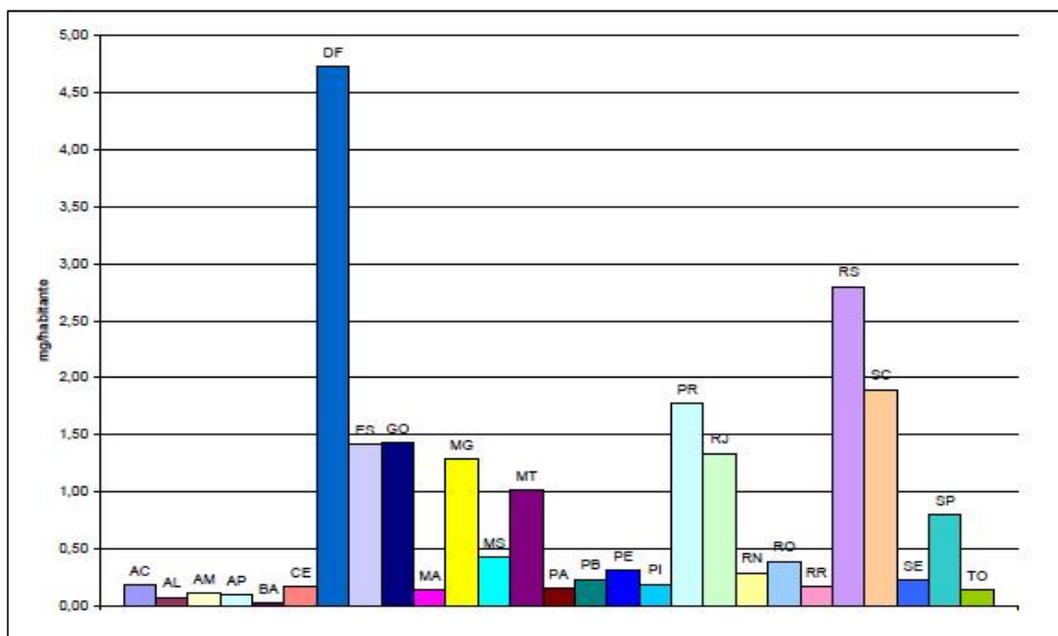
<sup>2</sup> Acadêmica do Curso de Pedagogia, da Universidade Estadual de Maringá (UEM) - Paraná.

utilizando-se do metilfenidato, componente químico mais conhecido como Ritalina. Esse assunto tem sido causa de preocupação tanto de especialistas do campo médico como do educacional que é o nosso caso. Nosso interesse sobre o tema partiu de aulas no curso de graduação em Pedagogia na Universidade Estadual de Maringá (UEM) quando foi exposta a situação vivenciada nas escolas do município e região. Por que uma criança em idade escolar precisa ser medicalizada para aprender era a questão que não saía de nossa mente, por isso o trouxemos como proposta de Trabalho de Conclusão de Curso.

A esse específico respeito, na página *online* do Conselho Regional do Estado de São Paulo (CRF SP) encontramos dados de uma tese de doutorado feita pela psicóloga Denise Barros, em 2014, pelo Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) que chama a atenção, pois ela ressalta em sua pesquisa que o consumo do metilfenidato cresceu 775% nos últimos dez anos, isso é um dado preocupante para nós, pois nos fez refletir sobre o alto número de prescrição desse medicamento, sobretudo se pensarmos a dispensação medicamentosa às crianças.

No ano de 2009 a ANVISA fez um levantamento sobre o consumo de diversos medicamentos entre eles o metilfenidato (composto da *Ritalina*, nome comercial) nos estados brasileiros, mostrando a diferença no consumo por mg:

**Tabela 1 – Metilfenidato no Brasil.**



Fonte: ANVISA, Resultados 2009, p.41.

Com esses dados, podemos observar que o Distrito Federal tem se destacado no consumo de Ritalina e, logo atrás, toda a região sul do país na seguinte posição: Rio Grande do Sul, Santa Catarina e o Paraná. Alguns autores tem estudado e se destacado por suas pesquisas na área da medicalização, entre eles a pediatra Maria Aparecida Affonso Moysés e a psicóloga Cecília Azevedo Lima Collares, ambas fazem parte do corpo docente da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), e tem se dedicado a produções que abordem o tema em conexão com a educação. Nos apoiaremos em algumas de suas publicações como referencial teórico para as nossas reflexões sobre a temática, visto que são consideradas autoras de referência nacional e internacional por seus trabalhos e de atuação combativa nos espaços políticos e instrucionais da sociedade.

O presente estudo investe, portanto, na pesquisa bibliográfica, e sobre isso, Lima e Mito (2007, p.38) definem que esse tipo de pesquisa se caracteriza como um conjunto ordenado de procedimentos, que, para responder as questões propostas, é necessária uma investigação do assunto, sendo assim nos apoiamos em artigos, livros e boletins que trabalham com a temática de estudo.

## **1.Diagnóstico e tratamento do TDAH**

Atualmente, tem sido bastante comum reportagens e artigos que demonstram que muitas crianças em idade escolar vêm sendo diagnosticadas com Transtorno por déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). Entretanto, como é feito o diagnóstico? E o tratamento, há acompanhamento contínuo do médico? Para respondermos a estas questões recorreremos aos textos de Moysés e Collares, entre outros, mas antes vamos entender o que é o TDAH. Para explicar esse transtorno utilizaremos o Manual de Diagnóstico e Estatística da Associação Norte Americana de Psiquiatria (DSM – IV) disponível *online* – recentemente saiu o DSM V, com um ampliado leque de especificações de ainda outras doenças/tratamentos, mas uma versão traduzida e mesmo original *online* deste documento não foi localizado, e por isso nos atentaremos à sua versão anterior.

Esse documento (DSM IV) informa que a pessoa rotulada com esse transtorno tem um “padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade, mais frequente e severo do que aquele tipicamente observado em indivíduos em nível equivalente de desenvolvimento”. Tem dificuldade em concentrar-se na elaboração de tarefas, começa uma atividade mas não termina, parece que está sempre com a mente em outro local, não se lembra do que foi dito recentemente, se distrai facilmente com outros estímulos, fala em excesso, está sempre a “todo vapor”, interrompem a fala dos outros, tem dificuldade em prestar atenção em detalhes como, por exemplo, regras de jogos, tem dificuldade em manter-se sentados, balançam braços e pernas constantemente, entre outros.

Além desses elementos que tem definido - e também rotulado – quem apresenta sintomas do TDAH (OLIVER, 2011, p.79), o Manual destaca ainda que esse transtorno “possa ser genético/hereditário e/ou seja por alterações nos neurotransmissores, afetando a atenção e a coordenação motora”. Outro aspecto que o documento traz é que existe uma classificação para o TDAH que seria o combinado quando os sintomas são de desatenção, de hiperatividade e de impulsividade. O desatento que é como o próprio nome já diz, configura um quadro desde a desatenção simples até muito severa; e o hiperativo-impulsivo, combinados os sintomas da hiperatividade e da impulsividade.

Folquitto ressalta que são as crianças o maior público que vem recebendo esse tipo de diagnóstico. Porém, o fato de elas apresentarem um certo comportamento não quer dizer que elas tenham de fato TDAH, pois expressam um comportamento que pode ser assim compreendido, mas perfeitamente comum para o universo infantil, como o destacado a seguir:

A maioria das crianças já sentiu um “frio na barriga” antes de uma competição esportiva ou durante a apresentação de um trabalho, ou estava “no mundo da lua” enquanto ouvia a explicação da professora, ou, ainda, estava tão agitada que nada podia acalmá-la, mas nem por isso dizemos que elas possuem um Transtorno de Ansiedade ou um TDAH. (FOLQUITTO,2010, pg. 139)

Quando professores e equipe pedagógica observam os sintomas descritos acima, eles tendem, pelos dados observados do aumento da dispensação medicamentosa e dos relatos de diagnósticos discutidos pela

bibliografia do tema, a direcionar esses casos suspeitos, geralmente, a um especialista da saúde ou ao médico para serem diagnosticadas. O problema é que nesse processo as crianças acabam sendo sumariamente diagnosticadas por exames muito breves e com base em relatórios genéricos, e acabam envolvidas no fenômeno da medicalização, na qual se confunde a orientação a aspectos pedagógicos com tratamentos médicos. Moyses e Collares (2011, p.3), destacam que:

A medicalização da vida de crianças e adolescentes articula-se com a medicalização da educação na invenção das doenças do não – aprender. A medicina afirma que os graves - e crônicos – problemas do sistema educacional seriam decorrentes de doenças que ela, medicina, seria capaz de resolver, cria, assim, a demanda por seus serviços, ampliando a medicalização.

Com esta dinâmica mencionada no extrato acima, muitas crianças vem sendo rotuladas como uma doença que, na grande maioria, não tem e que, psicologicamente, vai atrapalhar a aprendizagem, e a função da escola fica comprometida. É preciso tentar outras formas de alcance pedagógico com o aluno, na escola, antes de encaminhá-lo aos profissionais da saúde. Moyses e Collares (1994, p.29) observam que tem se tornado rotina esse movimento defensivo das escolas:

Para os professores, representa um desviador de responsabilidades - "Eu faço o que posso, mas eles não aprendem". A instituição escolar, parte integrante do sistema sociopolítico, legitima suas ações e suas não-ações, pois o problema decorreria de doenças que impedem a criança de aprender.

Quando a escola não encontra meios para lidar com esse problema, muitas vezes, por falta de tempo e de uma política interna de ajuste de condutas, e em meio a uma rotina tão agitada ceder à medicina o papel de diagnosticar esse aluno tem sido a opção mais segura de confirmação das suspeitas. Mas seria a melhor ou mais adequada do ponto de vista pedagógico? Na clínica, é feito um teste conhecido como SNAP com 18 perguntas gerais. O médico as faz aos responsáveis pela criança, e depois

avalia as respostas para a confirmação do diagnóstico. MOYSÉS e COLLARES (2011, p.10-11) nos mostram estas questões em uma tabela incluído o critério para responder a estas questões, que fazemos constar a seguir:

### Quadro 1. Critérios para responder o questionário

- B) Alguns desses sintomas devem estar presentes antes dos 7 anos de idade;
- C) Existem problemas causados pelos sintomas acima em pelo menos 2 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 um outro problema (tal como depressão, deficiência mental, psicose, etc.), os sintomas não podem ser atribuídos exclusivamente a ele.

Fonte: MOYSÉS e COLARES, 2011, p.10-11.

### Quadro 2. As questões.

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 pára ou freqüentemente está a “mil por hora”.
15. Fala em excesso.
16. Responde as perguntas de forma precipitada antes delas terem sido terminadas
17. Tem dificuldade de esperar sua vez
18. Interrompe os outros ou se intromete (p.ex. mete-se nas conversas / jogos).

Fonte: MOYSÉS e COLARES, 2011, p.10-11.

Ao observarmos as questões constantes dos Quadros 1 e 2, logo nos vem a seguinte indagação: qual é a criança que não se enquadra nesses “sintomas”? A nosso ver, as escolas ainda se mantêm na crença de um ambiente padrão de aprendizagem que corresponderia a seguinte situação: crianças quietas, que apenas respondem o que o professor pede, disciplinadas e que veem a figura do professor como autoridade na sala, não perturbam a ordem, tiram boas notas, etc. Porém a realidade é outra, as crianças de hoje – e talvez de sempre – são agitadas, querem conversar a todo momento, pedem para tomar água, ir ao banheiro, interferem na dinâmica da sala de aula e das rotinas pedagógicas, e como consequência os professores não conseguem dar aula com a tranquilidade esperada e desejam, por exemplo, que os alunos com idade entre 5 a 10 anos se comportem como adultos durante quatro horas (que é a média do tempo das aulas) dentro do espaço de sala de aula – e até mesmo esse condicionamento, estar parado em sala, numa carteira escolar, é aprendido. (PUCHTA, 2007, p. 17-25). Mas quantos desses, e até mesmo, quantos adultos conseguem se conter num espaço e tempo prolongado da forma desejada pela escola. Não estaríamos, enquanto professores, exigindo que crianças deixem de se comportar como crianças, ao invés de usarmos toda essa energia que elas carregam para auxiliar no aprendizado delas próprias.

E ainda, não devemos desconsiderar, que vivemos em plena época do consumo, numa sociedade volátil, desejosa de respostas imediatas para os problemas do cotidiano, que não sinta dor (e, nesse caso, a ampliação das especificações de novas doenças/tratamentos como sugere o atual DSM V, não se justificaria?), como bem destaca o sociólogo polonês Zygmunt Bauman, 2001, e em seus vários trabalhos no decurso deste novo século.

Uma das consequências diretas de todo esse movimento é a *biologização* ou *patologização* dos problemas de várias ordens que podem ser classificadas como, sociais, psicológicas e pedagógicas. Ao considerá-los como problemas biológicos temos como consequência ‘o rótulo’, ou seja, um nome para os sintomas apresentados e um medicamento que promete resolver o problema – mas também, um indivíduo que é, por isso, rotulado e o internaliza, o que se torna um grande problema, aparentemente, pouco considerado pela educação, de modo geral.

Collares e Moyses (1994, p.26) analisam esse problema como medicalização dos problemas sociais:

Um exemplo gritante de como se medicalizam as grandes questões sociais constitui o próprio processo saúde-doença, que vem sendo transformado em um problema médico, referente a cada indivíduo em particular. Esse processo de medicalização ocorre em escala crescente nas sociedades ocidentais e, na maior parte das vezes, representa a pura biologização dos conflitos sociais.

Entendemos que alguns comportamentos sociais, como destacado nesse extrato, têm sido tratados geralmente de forma medicamentosa, temos como exemplo o diagnóstico do TDAH. O fato de uma criança apresentar um comportamento “agitado” tem tido como solução geralmente a conduta medicamentosa, mas há outras condutas, como a pedagógica que tem sido muito pouco investida, e também a psicopedagógica (YAEGASHI e CAETANO, 2014), sobretudo, se não investir demasiado numa visão puramente clínica dos casos. Porém entendemos que, no caso pedagógico, muitas vezes, o fato de professores e equipe pedagógica viverem uma rotina tão sobrecarregada, tendo que cuidar de situações várias, acabam não tendo a possibilidade de trabalhar com esses alunos da forma como gostariam, com mais investimento em estudo, em acompanhamento dos casos e situações, e nesse sentido, que resultaria, a priori, em mais encaminhamentos pedagógicos e não com o remédio.

E o recurso medicamentoso, como qualquer outro, tem seus efeitos. Para tratarmos desse medicamento consideraremos, um pouco mais a frente, alguns dados da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, a ANVISA, que tem publicado boletins sobre o uso de metilfenidato, seus efeitos e o consumo do medicamento. Agora vamos entender um pouco desse medicamento consultando o primeiro documento constante do mesmo: a bula.

A indústria farmacêutica responsável por esse medicamento é a NOVARTIS. Nas informações da bula o medicamento é apresentado como um estimulante do sistema nervoso central. O composto químico é o metilfenidato, para uso adulto e em crianças a partir dos 6 anos de idade. Mais adiante destaca-se que esse medicamento não pode ser consumido sem o

conhecimento do médico e que é usado para o tratamento de DAH (antigo nome usado para definir o TDAH), no qual a própria bula coloca que “a etiologia (estudo das causas das doenças) específica dessa síndrome é desconhecida e não há teste diagnóstico específico. O diagnóstico adequado requer ambos os recursos, médicos e psicológicos especiais, educacionais e sociais.” Alerta importante a considerar, no nosso entendimento. Porém destacamos o que vem mais adiante na parte da informação técnica do medicamento:

RITALINA é um estimulante do sistema nervoso central. Seu mecanismo de ação no homem ainda não foi completamente elucidado, mas presumivelmente ele exerce seu efeito estimulante ativando o sistema de excitação do tronco cerebral e o córtex. **O mecanismo pelo qual ele produz 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.** (Grifos nossos)

Tal informação nos parece muito preocupante e passível de bastante ponderação em vista do excesso de dispensação desse medicamento às crianças em idade escolar. Para que usar tal medicamento em crianças a partir dos 6 anos de idade para melhorar o seu desempenho escolar, sendo que a própria bula diz que “o mecanismo pelo qual ele produz seus efeitos psíquicos e comportamentais” no diz respeito a esse público “não está claramente estabelecido”? E ainda, que “não há evidência conclusiva que demonstre como esses efeitos se relacionam com a condição do sistema nervoso central”, ou seja, não há evidências que demonstrem como o remédio funciona no lugar em que se pauta a maior parte dos argumentos para dispensação do seu uso. A qualquer leigo no assunto, e mesmo sendo um remédio liberado pela ANVISA, um aparente contrassenso.

Outro ponto a refletir é a série de efeitos colaterais informados na bula e que estão divididas entre ocasionais, raras e casos isolados. Destacaremos a seguir os efeitos colaterais ocasionais, isto é, os que ocorrem com maior frequência nas pessoas que fazem seu uso:

O nervosismo e a insônia são as reações adversas mais comuns. Ocorrem no início do tratamento e são usualmente controlados pela redução da dose e pela omissão da dose da tarde ou da noite. A diminuição de apetite é também comum, mas geralmente transitória.

Sistema nervoso central e periférico. Ocasionais: Cefaléia, sonolência, tontura, discinesia.

Trato gastrointestinal. Ocasionais: dor abdominal, náusea, vômito. Ocorrem usualmente no início do tratamento, podendo ser aliviados pela ingestão concomitante de alimentos. Boca seca.

Sistema cardiovascular. Ocasionais: taquicardia, palpitação, arritmias, alterações da pressão arterial e do ritmo cardíaco (geralmente aumentado).

Pele/hipersensibilidade. Ocasionais: rash, prurido, urticária, febre artralgia, alopecia.

Quando observamos os efeitos colaterais ocasionais, de maior recorrência que os raros e isolados, vemos alguns sintomas que atrapalham a atenção da criança no momento em que ela está na escola. Como é possível se concentrar sentindo sonolência e dores estomacais, por exemplo? Pode haver, pensando a situação de excitabilidade das crianças supostamente com TDAH, uma redução desse quadro com o uso do medicamento. Porém, do ponto de vista pedagógico, é realmente isso o que se quer na escola?

No boletim da ANVISA de 2014 (p.1), a própria agência reafirma, em seus textos, o que diz a bula do medicamento - aparentemente, reforçando um alerta:

Em relação à segurança, anorexia, insônia, enxaqueca, dor de estômago e tonturas foram frequentemente associadas ao metilfenidato. Apesar de não avaliada, a eficácia de metilfenidato comparado ou associado às intervenções não farmacológicas é de interesse para os serviços de saúde. Devido às limitações metodológicas dos estudos, a avaliação do efeito do metilfenidato para TDAH deve ser cautelosa.

O metilfenidato faz parte do grupo fármaco das anfetaminas, e por isso é considerado um estimulante para o sistema nervoso central. Refletindo isso, e antevendo os perigos que pode representar o seu uso, Moyses e Collares (2013, p.16) fazem a seguinte reflexão:

O mecanismo de ação do metilfenidato 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. Lembre-se que a dopamina é o neurotransmissor responsável pela sensação de prazer. Como consequência desse aumento artificial, o cérebro torna-se dessensibilizado a situações comuns da vida que provocam prazer, como alimentos, emoções, interações sociais, afetos, o que leva à busca contínua do prazer artificial provocado pela droga, culminando na drogadição. Além disso, especula-se se aumentos desnecessários da dopamina durante a infância poderiam alterar o desenvolvimento do cérebro. Como a medicação costumava ser retirada em torno dos 18 anos, esses jovens podem se tornar aditos a cocaína na vida adulta, como modo de substituir a droga legal que tomaram por anos.

Percebemos nisso o risco que esse medicamento pode trazer para nossas crianças, e as consequências prováveis que poderão refletir na vida adulta, por isso o necessário cuidado na prescrição desse tipo de droga. Refletindo o uso dos psicofármacos, o autor BRASIL (2000, p.35) alerta que “na decisão de se usar um psicofármaco é preciso ponderar se a relação risco-benefício potencial da droga justifica seu emprego e se outros recursos foram devidamente explorados”. Para a área da Pedagogia esse alerta é de fundamental importância, pois lidamos com crianças/jovens em fase de desenvolvimento e a Biologia nos informa dos sensíveis sistemas que agem no corpo humano em crescimento/desenvolvimento (FONSECA, 2007) - e que podem vir a ser alterados com o uso do fármaco? Não sabemos.

A dúvida principal é a seguinte: será que as questões de risco-benefício têm sido realmente levadas em conta diante da alta dispensação desse fármaco observada atualmente? Quando observamos o aumento geral do uso da Ritalina, e isso tem impacto direto no espaço escolar, temos a impressão que não se tem refletido o suficiente a respeito, mesmo porque tem sido poucas as vezes que, na escola, se buscam outros recursos ou alternativas aos casos de TDAH para além do medicamento, como destacam Franco e Cintra (2014, p.116) que chamam novamente o papel de autoridade da escola nesse processo de “refrear o fenômeno da medicalização de crianças no espaço escolar”.

## **2. Indústria Farmacêutica**

O metilfenidato, patenteado em 1954, foi sintetizado por Leandro Panizzon, farmacêutico da antiga empresa CIBA, atualmente Novartis S/A, na Suíça. Nesse mesmo ano, passou a ser comercializado como um psicoestimulante leve. Na Alemanha, por exemplo, não havia necessidade de prescrição médica para a compra. Em 1956 teve entrada nos EUA, em 1979 no Canadá e, no Brasil, somente em 1998 - e desde então vem crescendo vigorosamente esse consumo.

Segundo dados oficiais da ANVISA (2014), em 2011 foram dispensadas, em nosso país, 1.212.850 caixas do medicamento, elevando-o ao posto do psicoestimulante sintético mais consumido no Brasil assumindo, por isso, o 2º lugar no ranking mundial de consumo desse medicamento – o posto de 1º lugar é dos Estados Unidos<sup>2</sup>. Esse mesmo boletim destaca que entre 2002 e 2006, no Brasil, a produção do metilfenidato passou de 40Kg para 226Kg anuais. Ao observarmos esses dados nos vem a seguinte indagação: quais são os principais especialistas que indicam esse medicamento? O boletim da ANVISA (2012), apresenta uma tabela com esses profissionais e que reproduzimos a seguir:

**Tabela 2 – As especialidades médicas dos principais prescritores de metilfenidato pelos Estados brasileiros mais consumidores do fármaco.**

**Tabela 5 – Distribuição dos 10 maiores prescritores com especialidades médicas de metilfenidato no Brasil nos anos de 2009 a 2011.**

Ano	Especialidades (UF)	UFD/ Mês*	UFD/ 1.000 crianças	mg/ 100 crianças
2009	NÃO INFORMADA (PR)	713	4,3	95,02
	MEDICINA DO TRABALHO/NEUROLOGIA (DF)	448	10,7	268,17
	NEUROLOGIA/NEUROLOGIA PEDIÁTRICA (PR)	336	2,0	57,68
	PEDIATRIA (MG)	268	0,9	22,56
	PEDIATRIA (SP)	239	0,4	10,67
	NÃO INFORMADA (SP)	233	0,4	10,39
	NÃO INFORMADA (SP)	222	0,7	16,13
	NEUROLOGIA (RJ)	216	0,9	21,48
	NEUROFISIOLOGIA CLÍNICA (DF)	212	5,1	134,27
	NÃO INFORMADA (GO)	199	2,1	75,38
2010	NÃO INFORMADA (PR)	900	5,7	130,30
	MEDICINA DO TRABALHO/NEUROLOGIA (DF)	625	16,0	395,08
	NEUROLOGIA/NEUROLOGIA PEDIÁTRICA (PR)	604	3,8	126,05
	NÃO INFORMADA (SP)	387	0,7	20,32
	NEUROFISIOLOGIA CLÍNICA (DF)	364	2,4	58,83
	NÃO INFORMADA (GO)	330	3,5	95,48
	NEUROLOGIA/NEUROLOGIA PEDIÁTRICA/PEDIATRIA (PR)	301	1,9	75,88
	PEDIATRIA (SP)	297	0,5	14,78
	NEUROFISIOLOGIA CLÍNICA (DF)	293	7,5	230,86
	NÃO INFORMADA (MG)	286	1,0	21,10
2011	NÃO INFORMADA (PR)	1.070	6,7	161,97
	MEDICINA DO TRABALHO/NEUROLOGIA (DF)	675	17,0	383,16
	NEUROLOGIA/NEUROLOGIA PEDIÁTRICA (PR)	615	3,8	149,07
	NEUROFISIOLOGIA CLÍNICA (DF)	512	3,4	90,97
	NÃO INFORMADA (SP)	371	0,6	23,00
	PEDIATRIA/NEUROLOGIA PEDIÁTRICA/NEUROFISIOLOGIA CLÍNICA (RS)	358	2,4	85,31
	NÃO INFORMADA (SP)	352	0,6	15,49
	NEUROLOGIA/NEUROLOGIA PEDIÁTRICA/PEDIATRIA (PR)	329	2,1	78,81
	NÃO INFORMADA (PR)	328	2,1	50,63
	NEUROLOGIA (SP)	327	0,6	19,19

\* O ranking dos maiores prescritores obedece ao número de Unidades Físicas Dispensadas (UFD) por ano.  
Fontes: SINGPC/CSGPC/NUVIG/Anvisa; Portal do Conselho Federal de Medicina (<http://portal.cfm.org.br/>). Acesso em: 25 out 2012.

Fonte: ANVISA, Resultados 2012, p.11

A tabela 2 nos mostra que os profissionais que mais prescrevem o metilfenidato são, em geral, neurologistas e neuropediatras, e a categoria de especialidade “não informada” é também muito representativa principalmente no Estado do Paraná e em aumento paulatino de 2009 a 2011. E a esse respeito específico, se estamos considerando que para tal uso é necessário acompanhamento durante todo o tratamento, identificamos nessa categoria de especialidade “não informada” um problema, pois se o profissional não é informado como é possível sugerir e garantir que o acompanhamento ocorre?...

Outro apontamento importante é o custo/valor que as famílias desembolsam para arcar com os gastos do tratamento. Ainda segundo o boletim da ANVISA (2014), segue o valor conforme a dosagem do medicamento:

**Tabela 3 – Custo anual do uso da Ritalina/comprimido e Ritalina LA/cápsula.**

<b>Quadro 01 - Custo anual do tratamento com metilfenidato para TDAH considerando vários cenários distintos.</b>				
<b>Ritalina<sup>®</sup></b>				
	<b>Cenário 1: Baixa dose</b>	<b>Cenário 2: Média dose</b>	<b>Cenário 3: Alta dose</b>	<b>Cenário 4: Aumento gradativo da dose</b>
Posologia	10 mg/dia	30 mg/dia	60 mg/dia	10mg/dia + 5mg a cada 1º dia do mês
Apresentação*	10 mg x 20**	10 mg x 20**	10 mg x 20**	10 mg x 20**
PMC R\$	20,57	20,57	20,57	20,57
Nº de caixas	18,25	54,75	109,5	62,3
Custo do tratamento (R\$)	375,40	1.126,21	2.252,42	1.281,51
<b>Ritalina<sup>®</sup> LA</b>				
	<b>Cenário 1: Baixa dose</b>	<b>Cenário 2: Média dose</b>	<b>Cenário 3: Alta dose</b>	<b>Cenário 4: Aumento gradativo da dose</b>
Posologia	10 mg/dia	30 mg/dia	60 mg/dia	10 mg/dia + 10mg a cada 1º dia do mês
Apresentação *	10 mg x 30	30 mg x 30	40 mg x 30 + 10 mg x 30	10 mg x 30 + 30 mg x 30 + 40 mg x 30
PMC R\$	78,69	220,25	388,61***	-
Nº de caixas	12,17	12,17	36,51****	*****
Custo do tratamento (R\$)	957,65	2.680,44	4.729,38	3.717,74

Fonte: ANVISA, Resultados 2014, p.8-9

A Tabela 3 evidencia o alto custo/anual do tratamento com metilfenidato; o que nos sugere haver algo maior nessa questão mercadológica. MOYSÉS e COLLARES (2011, p.28), alfinetam a respeito:

Essa espiral viciosa em que o presente repete o passado e ameaça o futuro lança uma teia sobre todos nós. Apropria-se de profissionais de diferentes áreas: alguns, reféns de sua formação inadequada; outros muitos, voluntários em sua cela de luxo, da qual detêm a chave e os códigos; a maioria, em uma espécie de servidão voluntária, em que se permitem um único horizonte, ocupado pelas planilhas de atendimentos e cifrões. Apropriados, passam a constituir e serem constituídos pela própria teia, pronta a aprisionar qualquer um de quem outro alguém afirme não se enquadrar nas normas esperadas...

Analisando o que as autoras destacam, podemos pensar que, muitas crianças, que fogem das “normas esperadas” desejadas ou impostas pela escola podem ser vítimas dessa “teia”, pois supostamente seriam atendidas por alguns profissionais que se preocupam mais com o lucro, do que com o efetivo benefício - e custo/benefício no sentido de previsão de risco anteriormente mencionado -, e assim ter o cuidado de observar se determinados tratamentos por eles propostos são os melhores, e se realmente, os necessários. Ainda nessa reflexão, Moyses e Collares (2011) informam que o atendimento deva ser feito por uma equipe multidisciplinar, isto é, pedagogos, psicólogos e outros, o que encarece ainda mais o tratamento, e que sustentando essa “equipe invisível” existe a real “estrutura que a mantém”, ou seja, a indústria farmacêutica.

Essa realidade do aumento vertiginoso do consumo do metilfenidato no Brasil, do atendimento precário do sistema público de saúde e dos altos custos para o tratamento, tem gerado uma série de discussões em alguns municípios brasileiros, fazendo com que alguns estados criem mecanismos de controle na prescrição desse medicamento, exemplo disso é o Estado de São Paulo (SP). Recentemente, o Núcleo de Farmacovigilância do Centro de Vigilância Sanitária da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SESSP) publicou um documento intitulado Alerta terapêutico em Farmacovigilância 01/2013 – Metilfenidato: Indicações terapêuticas e reações adversas. Nesse documento,

há um breve resumo sobre o TDAH, o uso do metilfenidato para o seu tratamento, e alguns dados sobre o crescimento da prescrição do medicamento a nível nacional e no estado de SP. Para se ter ideia dessa dinâmica em São Paulo:

Considerando-se o indicador DDD (dose diária definida)/1000 crianças entre 6 e 16 anos/dia, o aumento no consumo do fármaco foi de 164% entre 2009 e 2011. Segundo a Agência, tem havido um aumento no consumo de metilfenidato no país com um comportamento aparentemente variável, **com destaque para redução do consumo nos meses de férias e aumento no segundo semestre dos anos estudados**. Os dados mostraram ainda que o estado de São Paulo apresentou aumento percentual real no consumo de metilfenidato de 111,89% no mesmo período, considerando-se a quantidade de unidades físicas dispensadas. (ALERTA..., SESSP/SP, 2013, p.1 *grifos nossos*)

Ainda nesse documento, fica evidente a vinculação entre a dispensação medicamentosa do metilfenidato e o seu uso no ambiente escolar quando se condiciona a redução do medicamento aos dias de férias escolares e o consumo no segundo semestre letivo, momento em que os alunos tem de recuperar as notas anuais para progressão de ano. Outro dado levantado foi o de reações adversas. Foram avaliados 553 casos, entre dezembro/2004 até junho/ 2013 e que envolviam as seguintes situações:

- a) O uso indevido de metilfenidato em crianças menores de 06 anos, faixa etária para a qual o uso está expressamente contraindicado em bula. As reações adversas relatadas incluíram sonolência, lentidão de movimentos e atraso no desenvolvimento;
- b) Em 11% dos relatos analisados observou-se a prescrição para indicações não aprovadas pela Anvisa, como depressão, ansiedade, autismo infantil, ideação suicida entre outras condições;
- c) Associação entre o uso do medicamento e o aparecimento de reações adversas graves, com destaque para os eventos cardiovasculares (37,8%) como taquicardia e hipertensão, transtornos psiquiátricos (36%) como depressão, psicose e dependência, além de distúrbios do sistema neurológico como discinesia, espasmos e contrações musculares involuntárias;
- e) O uso do metilfenidato pode ter contribuído para o óbito de cinco pacientes em tratamento, considerando-se que o medicamento pode causar ou agravar distúrbios psiquiátricos como depressão e ideação suicida. (ALERTA..., SESSP/SP, 2013, p.1)

Com essas informações observamos conduções equivocadas no tratamento, como a prescrição de metilfenidato para crianças menores de 6 anos, indicações inapropriadas de associação medicamentosa causando reações adversas graves, e, o mais grave, a nosso ver: que o uso do medicamento “pode ter contribuído” no óbito de 5 pacientes no estado de São Paulo. Isso nos leva a questionar algo tido como senso comum nas escolas, de que o medicamento é algo inofensivo, “como uma aspirina infantil” alguns dizem – e até mesmo a aspirina requer cuidado. Portanto, se é um medicamento que exige cautela na prescrição e no seu acompanhamento e tratamento, não se trata de um fármaco qualquer, ou supostamente inofensivo como erroneamente se imagina. E mais, fica a questão: quem tem lucrado com a dispensação sem controle do metilfenidato?

Assim, como medida para diminuir a prescrição do medicamento, a SESSP, em 2014, instituiu um protocolo para o uso do metilfenidato, além de novas regras para a dispensação do mesmo:

A dispensa do medicamento está condicionada ao preenchimento de formulário de acompanhamento do caso clínico. Para os pacientes acompanhados nos serviços próprios da SMS, CAPS Infantil, o formulário preenchido pela equipe multiprofissional deve ficar arquivado em prontuário e, após a prescrição, o usuário deve se dirigir às farmácias de referência para dispensação de metilfenidato de sua região. Para os pacientes acompanhados pelas instituições com vínculo com o SUS no município de São Paulo, o formulário preenchido pela equipe multiprofissional deve ser encaminhado para o profissional responsável pela avaliação dos documentos, definido por cada Coordenadoria Regional de Saúde. A dispensa do medicamento, pelas farmácias de referência para dispensação de metilfenidato da região, está vinculada à autorização recebida do profissional responsável pela avaliação. A autorização será concedida por um período máximo de 6 meses. Após este período, há necessidade de nova autorização. Observação: O metilfenidato está incluído na Portaria 344/98 e RDC nº 22 de 15/02/2001- Lista A3 (substâncias psicotrópicas), sendo prescrito em receituário especial (talonário do tipo A, amarelo). A quantidade prescrita deve ser para 30 dias. (DIÁRIO OFICIAL PORTARIA Nº 986/2014, SESSP/SP, 2014, p 4.)

Além da mobilização no estado de São Paulo, encontramos encaminhamentos também a nível nacional, que foram elaborados no dia 6 de julho de 2015, em Brasília, que foi a 26ª Reunião de Altas Autoridades em Direitos Humanos do Mercosul, que resultou no documento “Recomendações do Ministério da Saúde para adoção de práticas não medicalizantes e para publicação de protocolos municipais e estaduais de dispensação de metilfenidato para prevenir a excessiva medicalização de crianças e adolescentes” no qual foi firmada a “importância de garantir o direito de crianças e adolescentes a não serem excessivamente medicados e recomenda o estabelecimento de diretrizes e protocolos clínicos sobre o tema” Além disso esse mesmo documento nos traz uma publicação feita pelo Conselho Federal de Psicologia que apresenta a possibilidade de tratamentos não medicalizantes 2015, p. 6.:

“Recomendações para práticas não medicalizantes para profissionais e serviços de educação e saúde” e se propõe a favorecer a compreensão das necessidades relativas à educação, saúde e vida de crianças, adolescentes, familiares e seus grupos sociais, a partir de uma perspectiva não medicalizante; Apoiar a abordagem não medicalizante dessas necessidades de indivíduos e coletivos no trabalho de profissionais e serviços de educação e saúde; Fornecer instrumentos potencializadores de práticas de educação e cuidados em saúde que contemplem a diversidade nas formas de ser e aprender, respeitando os direitos das crianças e dos adolescentes.

Não encontramos documentos oficiais sobre a dispensa de ritalina no estado do Paraná, porém existem ações de discussão sobre o alto consumo em alguns municípios. Recentemente, na cidade de Maringá, o Núcleo Regional da Secretaria de Educação, juntamente com o Centro Municipal de Apoio Especializado (CEMAE), realizaram um seminário intitulado “A medicalização da infância no estado do Paraná: possíveis intervenções e ações pedagógicas na rede municipal de ensino de Maringá”. O intuito desse evento foi debater a crescente prática de medicalização na área da educação no município e contou com a presença de professores da Universidade Estadual de Maringá que trabalham o tema, além de médicos, farmacêuticos e

psicólogos. É a sinalização de que outros caminhos são possíveis, mais pedagógicos inclusive.

Da mesma forma o que aconteceu no município de Campo Mourão. Em 2014 foi organizada uma audiência pública com o médico neurologista Everton Dezan que tratou sobre o tema “Consumo de medicamentos em crianças com sintomas de hiperatividade”, participando à ocasião vários profissionais da saúde interessados de modo geral, como médicos, vereadores, professores, diretores de escola, psicólogos, conselheiros da saúde, farmacêuticos, Conselho Tutelar, Secretários Municipais de Saúde e Educação, pais de crianças com TDAH, profissionais da imprensa, etc. Durante o encontro discutiu-se que é necessário refletir o consumo da Ritalina, e que muitos universitários e concurseiros estão usando o medicamento achando que vão ficar mais atentos. Outro ponto destacado foi a necessária valorização da estrutura da educação, do professor e do ensino, o que ajudasse a refrear o impulso medicalizador, esses dados encontramos no site do Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná CRM-PR.

Se pensarmos nos sérios encaminhamentos dos documentos oficiais, de especialistas e nas mobilizações de municípios aqui citados, que significam uma breve mostra do que ocorre num cenário mais amplo, já se observam evidências de apontamentos para outras ações que não a medicalização. Os órgãos públicos tem fundamental papel na virada desse fenômeno medicalizador. Que a dispensação do metilfenidato deve ser muito mais cautelosa do que se tem observado, e refletir que, certamente, uma demanda importante de crianças vem sendo medicalizadas até indevidamente. E a indústria farmacêutica é quem continua, no silêncio dos debates e na ausência das reflexões necessárias, crescendo e enriquecendo até que medidas de contenção como as sucitadas em São Paulo aconteçam. Por isso, pelo menos nós, da área da educação, temos o dever de fazer o que nos cabe, desenvolvendo atitudes pedagógicas e um olhar mais humanizador e menos pretensiosamente “clínico” com os nossos alunos, pois como ressalta MOYSÉS e COLLARES (1994, p.31): “o trabalho pedagógico, desqualificado, cede terreno para o trabalho de outros profissionais, estimulados pela necessidade de mercado de trabalho”. Reflexões urgentes e necessárias precisam ser feitas.

## Considerações Finais

Acreditamos que a melhor forma de evitar o tratamento medicamentoso, é desenvolvendo um bom trabalho pedagógico. Para isso, professores e equipe pedagógica, mesmo com todas as dificuldades enfrentadas no cotidiano escolar, precisam encontrar momentos de reflexão e de partilha de experiência positiva e pedagógica para enriquecer e melhor desenvolver seus alunos. Problemas escolares precisam ser resolvidos sob a ótica pedagógica e não médica. É preciso olhar os nossos alunos com refletido olhar, de outra forma.

A esse respeito, Moyses e Collares (1997, p. 86) dizem claramente:

Ao invés de buscar o defeito, a carência da criança, o olhar procura o que ela já sabe, o que tem, o que pode aprender a partir daí. O profissional tenta, mais que tudo, encontrar o prisma pelo qual a criança olha o mundo, para ajustar seu próprio olhar. Sabendo que existem limites para seu olhar, que está sujeito a erros, pois não está lidando com verdades absolutas.

Precisamos de mais sensibilidade para entender os nossos alunos e suas necessidades, ao invés de darmos aulas que ao invés de despertar a curiosidade soterram essa curiosidade. Muitas vezes, nos preocupamos tanto em dar conta dos conteúdos a ministrar que não analisamos a forma como ensinamos e como melhorar. É preciso atentar ainda para o desenvolvimento biológico, psicológico e neurológico da criança, já nos assevera Vitor da Fonseca (2007), e como destacam ainda Moyses e Collares (1997, p. 86):

Profissionais mais competentes, com conhecimentos mais sólidos e profundos sobre o desenvolvimento da criança, sobre o conceito de normalidade, profissionais que não se satisfaçam com visões parciais, estanques, que não tenham medo de suas próprias angústias. Profissionais que considerem que todos os homens são de fato iguais, tornados desiguais por uma sociedade dividida em classes, profissionais que compartilhem o respeito por cada homem, por seus valores, por sua vida. Sem dúvida, é mais difícil de ser aplicada do que um teste padronizado; porém, também sem dúvida, restitui ao profissional sua condição de sujeito, capaz de enxergar a criança como outro sujeito.

Voltamos nosso olhar ao professor. E a tarefa de ser professor não é fácil, pois dentro da sala de aula existem vários alunos, cada um com sua individualidade, e sua forma de aprender. Mas antes de lançar o pretensioso olhar clínico sobre o aluno, lancemos o olhar humanizador, que acolhe as diferenças, reconhece suas debilidades e avança apesar disso com vistas à superação. Finalizando, podemos dizer também que nesse século, a Ritalina surgiu e sinalizou, para a escola de modo geral, para muitos pais e até para o mundo, um avanço até então inquestionável no controle das mazelas do aprender. Mas seu súbito aumento da dispensação medicamentosa deflagrou, no Brasil em alguns municípios, o alerta, e abriu várias questões. Terá, a dispensação do metilfenidato, contribuído, de fato, a seu propósito? Pensemos mais uma vez.

#### **Fonte**

ALERTA TERAPÊUTICO EM FARMACOVIGILÂNCIA 01/2013 - Metilfenidato: Indicações terapêuticas e reações adversas Núcleo de Farmacovigilância do Centro de Vigilância Sanitária da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2013. Disponível em:  
[http://www.cvs.saude.sp.gov.br/zip/ALERTA%20TERAP%20C3%8AUTICO%2010%20Metilfenidato\\_010813\\_final.pdf](http://www.cvs.saude.sp.gov.br/zip/ALERTA%20TERAP%20C3%8AUTICO%2010%20Metilfenidato_010813_final.pdf) Acesso em: 04/01/2016

::**BRASIL. ANVISA.** Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resultados 2009, p. 40-41. Acesso em: <[http://www.anvisa.gov.br/sngpc/relatorio\\_2009.pdf](http://www.anvisa.gov.br/sngpc/relatorio_2009.pdf)> 23/10/2014.

BRATS Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde Ano VIII nº 231 março de 2014 Disponível em:  
<<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/f9021b8047aad12aa094af917d786298/brats23.pdf?MOD=AJPERES>> Acesso em: 25/03/2015

Manual de Diagnóstico e Estatística da Associação Norte Americana de Psiquiatria (DSM – IV). Disponível em:  
[http://www.psiquiatriageral.com.br/dsm4/sub\\_index.htm](http://www.psiquiatriageral.com.br/dsm4/sub_index.htm); Acesso em: 21/11/15

**Portaria nº 986/2014** da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo que institui Protocolo de Uso de Metilfenidato Disponível em:  
[ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe\\_eletronico/2014/iels.jun.14/Iel\\_s110/M\\_PT-SMS-986\\_2014.pdf](ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe_eletronico/2014/iels.jun.14/Iel_s110/M_PT-SMS-986_2014.pdf) Acesso em: 04/01/2016

**RECOMENDAÇÕES** do Ministério da Saúde para adoção de práticas não medicalizantes e para publicação de protocolos municipais e estaduais de dispensação do metilfenidato para prevenir a excessiva medicalização de crianças e adolescentes. Disponível em:  
<http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/Repositorio/33/Documentos/Recomenda%C3%A7%C3%B5es%20para%20Prevenir%20excessiva%20Medicaliza%C3%A7%C3%A3o%20de%20Crian%C3%A7a%20e%20Adolescentes.pdf> Acesso em: 04/01/2016

## Referências

BAUMAN, Zygmunt. **Modernidade Líquida**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar , 2001.

BRASIL, A. H. H; Princípios do emprego de psicofármacos. **Rev. Bras. Psiquiatria**. v. 22, n.2 São Paulo-SP. Dez. 2000.

Collares, C. L., & Moysés, M. A. A. (1994). **A transformação do espaço pedagógico em espaço clínico (A Patologização da Educação)**. Série Ideias (23), São Paulo, FDE, 25-31.

COLLARES, C. A. L.; MOYSÉS, M. A. A. **O lado escuro da dislexia e do TDAH**. Disponível em:

<[https://www.academia.edu/10650848/O\\_LADO\\_ESCURO\\_DA\\_DISLEXIA\\_E\\_DO\\_TDAH](https://www.academia.edu/10650848/O_LADO_ESCURO_DA_DISLEXIA_E_DO_TDAH) Acesso em: 10/05/2015

FONSECA, Vitor da. **Cognição, neuropsicologia e aprendizagem**. 7 ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2007.

FRANCO, L. C; CINTRA, E. P. de U. Medicalização de crianças: questionamentos necessários. In: YAEGASHI, S. F. R; CAETANO, L. M (Orgs.). **A psicopedagogia e o processo de aprendizagem**: da Educação Infantil ao Ensino Superior. Curitiba: Editora CRV, 2014, p.101-116.

LIMA, Telma CS; MIOTO, Regina Célia Tamaso. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. **Revista Katálysis**, v. 10, n. 1, p. 37-45, 2007.

MOYSES, Maria Aparecida Affonso e COLLARES, Cecília Azevedo Lima. Controle e TESTE medicalização da infância. **Desidades** [online]. 2013, vol.1, pp. 11-21. ISSN 2318-9282.

MOYSES, Maria Aparecida Affonso; COLLARES, Cecília Azevedo Lima. Inteligência abstraída, crianças silenciadas: as avaliações de inteligência. **Psicol. USP** [online]. 1997, vol.8, n.1, pp. 63-89. ISSN 1678-5177. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-65641997000100005>. Acesso em: 10/10/2014.

OLIVIER, Lou de. **Distúrbios de aprendizagem e de comportamento**. 6 ed. Rio de Janeiro: Wak, 2011.

PUCHTA, Diogo. R. **A formação do homem forte: educação física e gymnastica no ensino público primário paranaense (1882-1924)**. Dissertação (Mestrado), Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2007.

YAEGASHI, S. F. R; CAETANO, L. M (Orgs.). **A psicopedagogia e o processo de aprendizagem:** da Educação Infantil ao Ensino Superior. Curitiba: Editora CRV, 2014.