



A RITALINA COMO FORMA DE TRATAMENTO EM CRIANÇAS COM TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (TDAH): UM ESTUDO DE CASO

Ana Paula de Oliveira¹
João Carlos Pereira de Moraes²

Resumo: O presente artigo tem por intuito apresentar maiores esclarecimentos sobre a utilização desse medicamento em crianças que apresentam TDAH, pois como se sabe este pode trazer como benefício maiores possibilidades de aprendizagens, má também pode trazer efeitos negativos como a robotização das crianças. O objetivo principal para a realização de este artigo dar-se a pela necessidade em conhecer melhor sobre o Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, bem como suas causas e consequências e também conhecer melhor sobre o medicamento utilizado como uma das formas de tratamento sendo neste caso a ritalina. A metodologia utilizada para a realização deste artigo ocorreu a partir de pesquisa bibliográfica onde se buscou através de livros e artigos conhecer melhor sobre o TDAH e o uso da ritalina e também por meio de entrevista com uma professora que trabalha com aluno com TDAH na rede pública de ensino e com os pais do aluno que apresentam esse transtorno e com o próprio aluno. Os resultados alcançados por meio da pesquisa e da entrevista mostram que o medicamento é fundamental no tratamento de crianças com TDAH pelo fato de proporcionar aos alunos uma aprendizagem mais significativa, além de fazer com que os mesmos tenham uma socialização com os demais alunos da escola. Considera-se esta pesquisa relevante para os acadêmicos, professores e a todos que se interessarem pelo assunto tratado nessa pesquisa.

Palavras-chaves: TDAH. Ritalina. Medicalização. Educação Inclusiva.

RITALIN AS A FORM OF TREATMENT IN CHILDREN WITH ATTENTION AND HYPERTABILITY DEFICIT (ADHD) TRANSTORN: A CASE STUDY

Abstract: The purpose of this article is to provide further information about the use of this medication in children with ADHD, because as it is known, it can bring greater possibilities of learning as a benefit, it can also have negative effects such as robotization of children. The main objective for the accomplishment of this article is the need to know better about Attention Deficit Hyperactivity Disorder, as well as its causes and consequences and also to know better about the medicine used as one of the forms of treatment being in this case of ritalin. The methodology used for the accomplishment of this article was based on a bibliographical research where one searched

¹ Licenciada em Pedagogia pela Faculdade Estácio de Sá de Ourinhos – FAESO.

² Mestre em Educação Científica e Tecnológica (UFSC). Professor da Faculdade Estácio de Sá de Ourinhos – FAESO.



through books and articles to know better about ADHD and the use of ritalin and also through an interview with a teacher who works with students with ADHD in the public network with the student's parents who have this disorder and with the student himself. The results obtained through the research and the interview show that the medication is fundamental in the treatment of children with ADHD because it provides students with a more meaningful learning, as well as having them have a socialization with the other students of the school. This research is considered relevant for academics, teachers and all who are interested in the subject of this research.

Palavras-chaves: ADHD. Ritalin. Medicalization. Inclusive education.

INTRODUÇÃO

Nos dias atuais, a Ritalina é um dos estimulantes mais consumidos no Brasil no âmbito escolar e seu uso está vinculado para auxílio de tratamento ao Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade – TDAH. Segundo a Organização das Nações Unidas – ONU, o crescimento da produção mundial do medicamento de 1990 a 2006 representa um aumento de mais de 1200% (ONU, 2008). No Brasil, seguindo a tendência, o uso vem crescendo ao longo dos anos, principalmente no interior das escolas públicas.

Com tanta informação, ainda nos faltam dados de investigação sobre o processo pós-uso da Ritalina. Há discussões entre médicos e leigos se o medicamento pode causar dependências ou não. Mesmo com o uso constante do metilfenidato (ritalina) no cotidiano escolar, o medicamento ainda é visto ora como milagroso por uns, ora como perigoso por outros.

Nesse sentido, essa pesquisa visa analisar os benefícios e malefícios do tratamento de TDAH com Ritalina por uma aluna de sete anos de idade, que faz o uso do medicamento há um ano e meio, a partir da visão de seus pais, professor e da própria criança.

Para tanto, serão abordaremos os seguintes temas: 1) Conhecendo o TDAH; 2) Causas e características do TDAH; 3) Intervenção precoce e ritalina. Para finalizar o trabalho, apresentamos ainda as entrevistas realizadas com os pais, professor e a própria criança sobre o tratamento com ritalina.

O TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (TDAH)



Em uma visão ampla, o Transtorno de déficit de Atenção e hiperatividade (TDAH) é um transtorno neurobiológico ocorrido por causas genéticas que tem como consequências provocar a desatenção e agitação nas pessoas acometidas pelo transtorno (BARKLEY; ROIZMAN, 2002). Tal comprometimento acaba prejudicando a vida dos mesmos, principalmente em ambientes escolares onde a atenção deve estar mantida nos conteúdos escolares que são trabalhados em sala de aula.

Durante anos, os cientistas afirmavam que a principal causa decorrente do TDAH era devida há uma lesão cerebral (CALIMAN, 2009). A partir de pesquisas realizadas pelos cientistas foram notando semelhanças entre pessoas que sofreram lesões cerebrais na porção frontal do cérebro e crianças com o transtorno. Porém, há mais de 20 anos, os cientistas concluíram que a maioria das crianças com o TDAH não possuíam lesões cerebrais (MOYSÉS, 2011, p.31).

Diversas pesquisas sobre o transtorno foram realizadas com a finalidade de se chegar a um diagnóstico preciso para que fossem ofertados os melhores meios de ser tratado ou pelo menos amenizar os sintomas de desatenção e impulsividade (CALIMAN, 2009). A partir de estudos com essa magnitude, chegou-se a resultados onde se entende também que o TDAH, apresenta causas baseadas nos fatores ambientais (ROMAN et al, 2003).

Conforme destacam Roman et al (2003), os agentes psicossociais que atuam no funcionamento adaptativo e na saúde emocional geral da criança, tais como desentendimentos familiares e presença de transtornos mentais nos pais, parecem ter participação no surgimento e manutenção da doença.

Atualmente, o TDAH é visto como um distúrbio biopsicossocial, ocasionados por fatores genéticos, biológicos, sociais e vivenciais (ROHDE; MATTOS, 2003). Este é um distúrbio muito comum na atual infância e traz como características predominantes a desatenção, hiperatividade e, também, impulsividade, ocasionando várias consequências para a criança em idade escolar.

Estudos clínicos apontam que a proporção de incidência do TDAH ocorre em sua maioria em meninos sendo uma proporção de 9:1, ou seja, para cada 9 meninos com esse transtorno existe apenas 1 menina com o mesmo, entretanto cientificamente, esses estudos apontam que ocorrem uma proporção de 2:1, a cada 2 meninos com essa psicopatologia existe apenas 1 menina, sendo essas as principais causas dos encaminhamentos de crianças ao sistema de saúde. A compreensão do que acontece



a nível biológico, e comportamental da criança que induz ela ao transtorno, facilitam a implantação do tratamento de forma mais eficaz e efetiva, ou seja, mais preciso (SANTOS; VASCONCELOS, 2010, p.76).

Acredita-se que o maior problema das crianças com TDAH seja a dificuldade em inibir e controlar o comportamento. Os portadores desse transtorno não se beneficiam com advertências sobre o que ocorrerá mais tarde, baseando seu comportamento no momento presente, sem planejamentos futuros. Geralmente, apresentam lentidão no entendimento linguístico, matemático e no raciocínio moral (BARKLEY; ROIZMAN, 2002).

Segundo Freitas (2011), as crianças que apresentam esse transtorno muitas vezes são tachadas como bagunceiros, mal educados, dentre outros defeitos. Tal visão ocorre pela desinformação em relação a este assunto, o que acaba prejudicando o diagnóstico precoce, pois quanto mais cedo for diagnosticado o TDAH, maiores são as chances para o desenvolvimento educacional dessa criança.

Cabe ainda ressaltar que, conforme afirma Mattos (2011), o TDAH é um transtorno com forte influência genética, em que existem alterações no sistema nervoso capaz de causar prejuízos social e comportamental devido as manifestações de comportamento desapropriadas contidos nesse transtorno.

Referente às informações atuais do transtorno, Rohde e Mattos (2003) ressaltam que o TDAH acomete cerca de 3 a 6% das crianças, desde a tenra idade e persistindo na vida adulta em mais da metade dos casos. O TDAH é a principal causa de encaminhamento de crianças para serviços especializados e, provavelmente, também seja aquele com maior incidência de autodiagnóstico na vida adulta (ROHDE; MATTOS, 2003).

Além das dificuldades apresentadas, os Transtornos de Aprendizagem (TA) em crianças diagnosticadas com TDAH são relativamente comuns (BENCZIK, 2008). Esta presença pode ser justificada em virtude do processo de atenção ser essencial e primordial para a adequada aprendizagem na fase de aquisição e desenvolvimento de linguagem.

Sendo assim, isso evidencia a necessidade de preparar professores capacitados para receber essas crianças no contexto escolar (REIS et al, 2006). Só se adequando a realidade dessas crianças e compreendendo as dificuldades que esse transtorno provoca na vida delas é que se podem traçar estratégias metodológicas que terão por intuito beneficiar a



aprendizagem e o desenvolvimento social dessa criança.

CAUSAS E CARACTERÍSTICAS DO TDAH

As causas do TDAH ainda são desconhecidas, embora haja um grande número de casos de crianças com este transtorno. Algo que não impede os vários estudos realizados para descobrir a sua causa. Os mais aceitos são fatores que apontam causas ambientais, sociais e, até mesmo, relativas à hereditariedade, pois se acredita que esta pode apresentar grandes influências no desenvolvimento da criança, afetando a forma como esta se relaciona com a sociedade (MISSAWA; ROSSETTI, 2014).

As características mais comuns encontradas em pessoas com TDAH são a desatenção, impulsividade e hiperatividade, como aponta Santos e Vasconcelos (2010).

A desatenção, impulsividade e hiperatividade podem ser resultados de muitos problemas na vida da criança (relação com pais/ e colegas) de sintomas educacionais impróprios, ou em outras situações de outros transtornos relacionados a transtornos da fase de criança e adolescência. Contudo, existem vários fatores que levam as crianças a se comportarem de forma sintomatológica do TDAH, portanto deve haver cautela e conhecimento tanto ao transtorno, e quanto ao histórico do paciente, para que esse possa a ser considerado como portador dessa psicopatologia (SANTOS; VASCONCELOS, 2010, p. 13).

5

Na criança com TDAH, a desatenção esta fortemente presente. Ela parece não ouvir, aparenta estar sempre distraída com coisas que não deviam prender tanto a sua atenção, apresentando-se dispersa com a fala da professora e sempre perdendo material didático ou esquecendo-o com muita facilidade seus pertences (REIS et al, 2006).

Lima (2011), corroborando a Reis et al (2006), ressalta que o aluno com TDAH tem dificuldades para atender às solicitações ou instruções de comandas de exercícios, não conseguindo completar, muitas vezes, o trabalho escolar, tarefas domésticas ou outras atividades. Elas são injustamente acusadas de mal criadas, quando na verdade elas possuem um transtorno que simplesmente as faz agir de maneira impulsiva, desatentas e excessivamente agitadas (LIMA, 2011).

Outra característica é a hiperatividade (SANTOS; VASCONCELOS, 2010). Nesta, a criança parece sempre estar elétrica, não conseguem manter-se quieto na carteira, participar da aula em silêncio, visto que estão sempre bem falantes e se movendo com



muita intensidade. Este fator traz como consequência certo tumulto no contexto escolar, pois este aluno acaba atrapalhando o andamento da aula, por isso faz-se necessário o uso de metodologias diferenciadas para ocupar o tempo dessa criança com atividades extras (MACHADO; CÉZAR, 2008).

As crianças com TDAH também são muito impulsivas, quando lhes são perguntados algo esta sempre vai atropelando quem está falando e respondendo até mesmo antes de saber o que a outra pessoa deseja. Muitas vezes, interrompem assuntos alheios e se intrometem em coisas que não dizem respeito a ela, essas crianças têm muitas dificuldades em saber esperar sua vez de falar, de brincar (SANTOS; VASCONCELOS, 2010).

Lima (2011) destaca que a impulsividade consiste em agir sem pensar, fazer o que venha à cabeça sem se preocupar com as consequências. Os atos impulsivos podem variar das situações mais elementares às situações altamente perigosas, sem controle de suas ações. Logo TDAH pode ser considerado como um déficit na capacidade da pessoa de se autorregular ou de se autocontrolar.

É necessário observar muito as características de uma criança para que o diagnóstico seja feito com mais rapidez. Nesse sentido, Rohde e Halpern (2004) ressaltam que é necessário sempre estar atento à criança, principalmente, os pais, visto que o histórico familiar e social é essencial no diagnóstico. Além destes elementos, devem ser levadas em consideração a duração dos sintomas de desatenção e hiperatividade, frequência e intensidade dos sintomas, sua persistência em vários locais.

Para alguns autores, como Rohde et al (2003), os sintomas do TDAH já podem aparecer logo nos primeiros anos de vida, pois se percebe alterações no desenvolvimento neurológico e emocional do indivíduo. Alguns estudos mostram que as mães de crianças com o transtorno dizem que elas costumam mexer muito, quando ainda são fetos, nos primeiros meses demonstram ser irritadas, choronas, e se movem muito durante o sono.

Nesse sentido, os pais e a escola devem sempre observar se a criança vem apresentando os sintomas característicos do TDAH para que seja diagnosticado o mais rápido possível e, também, para que a intervenção pedagógica e clínica comecem a ser realizada. Quando mais cedo e preciso o diagnóstico é feito, melhor será a chance do aprendizado e do desenvolvimento social dessa criança.



INTERVENÇÃO PRECOCE E RITALINA.

O diagnóstico para a detecção do TDAH é realizado em clínicas, por médicos preparados e especializados para dar um laudo preciso do transtorno que afeta a criança. No entanto, para que se chegue a uma decisão, o médico conta com a colaboração da escola, dos professores e da família, pois estes poderão transmitir informações detalhadas que o auxiliarão no diagnóstico correto.

A avaliação clínica com médico deve coletar informações não apenas da observação da criança durante a consulta, mas também realizar entrevista com os pais e/ou cuidadores desta criança, solicitar informações da escola que a criança frequenta sobre seu comportamento, sociabilidade e aprendizado, além da utilização de escalas de avaliação da presença e gravidade dos sintomas. Além desta avaliação clínica com um médico, a criança ou adolescente deverá passar por uma avaliação psicopedagógica, que começa com uma entrevista inicial com os pais, onde eles trazem o motivo da consulta e a "queixa" principal, bem como falam um pouco sobre o histórico familiar do sujeito (STROH, 2010, p.7).

7

Sendo assim, entende-se que o diagnóstico deve ser realizado através de uma investigação ampla e profunda, devendo envolver todos que tem uma ligação direta com a criança. Para isso, devem ser analisados relatórios emitidos pela escola, pelo professor, entrevistas realizadas com os pais, etc.

O diagnóstico clínico é dividido em cinco etapas, conforme destaca Cordeiro (2011):

Etapa I – Avaliação com pais ou responsáveis: é uma entrevista realizada com os pais da criança, sem a presença da mesma, onde abrange toda sua história desde a gestação até o presente momento.

Etapa II – Avaliação da escola: Será solicitado do professor o máximo de informações sobre a criança. Recomenda-se uma avaliação escrita e dissertativa.

Etapa III – Avaliações complementares: esta avaliação abrange outros profissionais que tenham contato com a criança. Exemplo: professor de natação, psicólogos, psicopedagogos, entre outros.

Etapa IV – Aplicação complementar de escalas padronizadas para o TDAH: Essas escalas são ferramentas para investigação do TDAH recomendado pela Academia Americana de Psiquiatria da Infância e da adolescência. Nesta determina que os sintomas do TDAH sejam divididos em dois grupos: os sintomas de desatenção e os sintomas de hiperatividade/impulsividade.



Etapa V – Avaliação da criança/adolescente: Esta é a etapa final para avaliação e fechamento do diagnóstico com o objetivo de investigar outros possíveis transtornos mentais que possam estar interferindo no seu desenvolvimento (CORDEIRO, 2011, p.23).

O diagnóstico precoce com alunos com TDAH é um fator muito importante para que a intervenção seja mais efetiva e que proporcione a ela uma melhor qualidade de vida, pois como se sabe as características presentes nessas crianças tende a atrapalhar o seu rendimento escolar, fazendo-o com que venha a fracassar na escola e também no seu desenvolvimento emocional.

Rohde et.al (2003) ressaltam que a intervenção precoce pode minimizar o impacto negativo que o transtorno traz a vida das crianças, dos pais e dos professores, principalmente porque, quando não tratado, pode estar associado a experiências negativas de ordem social, pessoal, familiar, escolar, permanecendo durante a adolescência e a vida adulta. Existem casos em que o TDAH é diagnosticado tardiamente, o que pode vir acarretar na vida da pessoa consequências como: falta de convívio social, evasão escolar, brigas constantes, etc (SANTOS; VASCONCELOS, 2010).

8

Atualmente, quando se fala no medicamento Metilfenidato, popularmente conhecido como ritalina, geralmente este vem associado ao tratamento de pessoas com TDAH. Este é um agente potencializador para o tratamento do transtorno, contribuindo principalmente para o desenvolvimento da aprendizagem nas instituições de ensino, devido aos seus efeitos, como foco da atenção para o aprendizado dos conteúdos trabalhados cotidianamente em salas de aulas (SILVA et al, 2017).

Relata-se que este estimulante passou a ser comercializado em meados dos anos de 1950, na Suíça, na Alemanha e, também, nos EUA. A princípio não havia um diagnóstico específico para seu uso, visto que este tipo de medicamento era usualmente prescrito para o tratamento do cansaço em pessoas idosas (ORTEGA et al, 2010).

No entanto, nos dias atuais, a Ritalina vem sendo a primeira opção em tratamento ao TDAH, em crianças, jovens e adultos. Se, nos anos 50, a Ritalina era um medicamento que não tinha um diagnóstico como destinação certa, hoje, o valor do uso terapêutico da droga está fundamentado no diagnóstico de TDAH. A ampliação do uso do medicamento e sua confiabilidade passaram a servir como referência para legitimar o diagnóstico (ORTEGA et al, 2010).



Como se sabe a Ritalina é um dos tipos de tratamento utilizado com pessoas com TDAH, embora todos os tratamentos pudesse surtir algum tipo de efeito ainda assim um dos mais usuais, esse medicamento é conhecido por proporcionar uma melhora significativa na aprendizagem e no convívio da criança com transtorno, fazendo com que ela venha a se concentrar e adquirir maiores habilidades nas atividades que são propostas no contexto da sala de aula.

O Metilfenidato - Ritalina é o psicoestimulante mais prescrito para o tratamento do distúrbio de déficit de atenção e hiperatividade, que é caracterizado por concentração reduzida, distração, hiperatividade e impulsividade. Como um análogo da anfetamina, o metilfenidato aumenta a concentração extracelular de dopamina e noradrenalina no cérebro, principalmente por inibir a receptação dessas catecolaminas por meio dos seus respectivos transportadores (PEREIRA, 2010).

Há várias críticas entorno da utilização desse tipo de medicamento, dentre as maiores destaca-se problemas relativos ao sono, falta de apetite e o fato de ser considerada uma droga que robotiza as crianças enquanto ainda esta fazendo efeito no seu corpo.

9

A Ritalina tem a fama de ter efeito de “droga”, além de retardar o crescimento de crianças e adolescentes, fator esse que é um equívoco, pois essa medicação não causa dependência quando usada nas doses prescritas. Portanto não pode ser chamado de droga. Em relação ao retardo de crescimento está associado apenas ao ganho de peso e não de estatura (TEIXEIRA, 2008, p.26).

Existem ainda vários outros tipos de medicamentos utilizados para crianças com TDAH, todos agem como estimulantes e antidepressivos. No Brasil, o mais usual é a Ritalina, pois é conhecida por proporcionar a criança uma maior concentração nas tarefas que se deve realizar, diminui a impulsividade e também a hiperatividade fazendo com que a criança fique mais calma e também melhora a ansiedade fazendo com que ela tenha o controle de si própria diante de diversas situações que enfrentará no dia-a-dia.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Realizou-se uma pesquisa qualitativa, um estudo de caso, para fim de uma coleta de dados, visando a opinião de cada entrevistado, para assim analisar o todo material coletado.



Sujeitos

Os sujeitos entrevistados foram os pais, professor e a criança com TDAH, todos investigados a partir da sua relação com a criança. A criança é inquieta, na sua entrevista não esperava o término das perguntas e já as respondia.

Instrumentos

Foram utilizados três entrevistas, uma com os pais, uma com a professora, e outro com a criança. Para os pais foi perguntado sobre a participação da criança em casa, da hora de lazer, do comportamento, da aprendizagem, e da relação com a família e demais. Para a professora foi perguntado sobre as atividades realizadas em grupo ou sozinha, da participação em atividades, do comportamento na escola e em sala, do ensino aprendizagem, e da sua relação com os amigos de classe. Para a criança foi perguntado sobre o que ela sente quando usa o medicamento, o pensamento dela antes e depois do remédio, se tem mais amigos hoje, ou antes.

10

Procedimentos

A entrevista com os pais e a criança foi realizada em sua casa, uma semana antes pedi uma autorização para os pais e expliquei o motivo das perguntas. Na outra semana foi realizada a coleta de dados. Primeiramente, chamaram-se os pais e realizou-se a entrevista com eles, em seguida a criança e a, consecutiva, entrevista. Já a professora foi entrevistada na respectiva escola, perante autorização da diretora.

Análise dos Resultados

Os resultados foram analisados conforme as seguintes categorias: concentração, participação, comportamento, aprendizado e interação, comparando a fala dos três sujeitos (pais, professor e aluno). Tais categorias foram criadas a priori, considerando elementos importantes a serem discutidos nas entrevistas com os sujeitos.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram entrevistados os pais, professor e a própria aluna com TDAH, como resultados obtemos os seguintes elementos:



a) Concentração

Sujeito	Resposta
Pais	Sem o medicamento nas atividades em casa é muito agitada, enrola para não fazer , sempre arruma desculpa. Na hora do lazer é teimosa, desobediente , quando se junta com outra criança, á mesma hora que está brincando já briga, vive sem calçado. Com medicamento, realiza todas as atividades e, até mais do que é para fazer, se concentra. Na hora do lazer, é mais calma, gosta de ler, ver televisão, atividades mais tranquilas.
Professor	Sem o uso a atividade sozinha não rende, levanta toda hora da carteira, não presta atenção, fica sempre na duvida , faz e apaga, faz e apaga, (tem medo de fazer as coisas). Em grupo não muda muito, procura tirar a atenção do grupo, continua a sair da carteira, fica pegado os lápis dos amigos. Com o uso, ela fica mais calma realiza as atividades , mais mesmo assim ainda tem um receio em certas coisas, escreve e apaga, mais fica mais quieta, não conversa tanto. Em grupo, consegue realizar o que lhe foi estipulado.
Criança	Eu me sinto melhor, não fico tão cansada , à noite não sinto dor nas pernas, não faço tanta bagunça pego meu dever para fazer.

Tabela 1: Concentração

Fonte: a pesquisa

11

Segundo os sujeitos, a criança obteve melhoras com o uso do medicamento, consegue se concentrar e realizar as atividades sugeridas. Entretanto, a partir das falas, não percebemos a criação de estratégias de nenhum dos entrevistados para a formação de mecanismos de concentração. Essa não intervenção, como aponta Rohde et al (2013), pode não gerar a transformação real da concentração sujeito. Ou seja, assim que a criança deixar de tomar o remédio, mesmo que isso já seja na vida adulta, sua concentração não terá se modificado. Para tanto, faz-se necessário o acompanhamento psicoterapêutico (MUNHOZ, 2011).

b) Participação

Sujeito	Resposta
Pais	Com o uso do medicamento ela ajuda nos afazeres de casa , arruma sua cama, junta seus brinquedos, lava louça. Sem o uso ela é completamente desorganizada , tira as roupas da gaveta, come exageradamente, e faz sacolas de coisas de comer para as amigas que vem em casa.



Professor	Com o uso do medicamento ela é participativa, mais calma, aparenta entender melhor , mais fica na dúvida às vezes com suas respostas. Sem o uso parece não se interessar, conversa muito, escreve e apaga tudo que fez.
Criança	Fico melhor, pego livro para ler, não fico levantando do lugar, gosto de fazer todas as atividades.

Tabela 2: Participação
Fonte: a pesquisa

Segundo sujeitos, houve uma melhora significativa tanto em casa quanto na escola no que se refere à participação. Porém, os sujeitos pouco falam de uma real participação. Os pais focam a fala na organização, já a professora e a criança relatam mais as atitudes individuais da aluna. Por outro lado, vemos um elemento significativo para a participação no dito pelos entrevistados, a questão do interesse. Nesse sentido, a ritalina possibilitou à aluna a criação de interesses sobre as atividades cotidianas. Algo que, segundo Santos e Vasconcelos (2010), somente é possível perante a rápida intervenção.

c) Comportamento

12

Sujeito	Resposta
Pais	Sem o uso gosta de chamar a atenção de todos, quando as pessoas vêm em casa , pega o cachorro para mostrar e quer que a pessoa pegue também, desobediente, come todo tempo . Com o uso do medicamento é mais calma, comportada, carinhosa, tanto com a família quanto com amigos.
Professor	Com o uso do medicamento é comportada, quer sempre ajudar, quieta, às vezes sente moleza, sono . Sem o uso, não obedece, parece não ouvir o que falo com ela , vive em outro mundo.
Criança	Não chama mais minha atenção , não grita mais, chama mais nem tanto como chamava.

Tabela 3: Comportamento
Fonte: a pesquisa

Segundo relatos, a criança está se desenvolvendo melhor, aprendeu a ler, faz todas as atividades, gosta de ajudar, mais quieta, mais sente muito sono e moleza. A professora e os pais não precisam chamar tanto a atenção da criança. Nesse sentido, mesmo com a evolução da aluna, a “moleza” e o “sono” podem ser elementos preocupantes. Lima e Coelho (2016) apresentam a letargia (sono e cansaço em excesso) como característica do TDAH, mas que, também, podem significar um uso irregular do remédio.



d) Aprendizado

Sujeito	Resposta
Pais	Com o uso melhorou muito, para quem não gostava de fazer as tarefas de casa, faz, e lê também , não preciso implorar para fazer suas atividades, esta mais dedicada. Sem, não gosta de fazer as atividades , não lê não desenvolvia, só gostava de brincar e fazer arte.
Professor	Com o uso o seu desenvolvimento melhorou, depois que aprendeu a ler seu desenvolvimento está ainda melhor , faz todas as atividades, mas sempre tem duvidas. Sem o uso, não se desenvolvia, não gostava de fazer nada , era muito complicado, tinha muito medo de fazer as coisas.
Criança	Eu gosto da minha escola, não tem diferença, gosto de tudo, só que antes minha professora ficava me chamando sempre.

Tabela 4: Aprendizado

Fonte: a pesquisa

Segundo os pais e a professora, a criança está se desenvolvendo melhor, aprendeu a ler, seu desempenho também, pois antes não gostava de fazer nada, não gostava de ler, não obedecia. A criança não percebeu diferenças no seu aprendizado, mas que a professora chama menos a sua atenção. Torna-se difícil avaliar o aprendizado da aluna, uma vez que o aluno com TDAH não medicado possui dificuldades nos registros (REIS et al, 2006). Assim, percebemos que pais e professora ressalta o realizar atividades como aprendizado.

e) Interação

Sujeito	Resposta
Pais	Sem o uso era mais estúpida, corria demais, jogava as coisas em cima dos outros, empurra. Com o uso é mais calma, carinhosa , atenciosa, delicada.
Professor	Sem o uso era muito elétrica, corria muito , andava pela sala o tempo todo, vivia no mundo da lua. Com o uso é mais calma, fica na sua carteira, não preciso chamar sua atenção toda hora.
Criança	Tenho o mesmo tanto de amigos , são os mesmo da creche, que estudam comigo.

Tabela 5: Interação

Fonte: a pesquisa

Analisando todas as respostas, notamos que pais e professora compreendem comportamento calmo como interação. Não há falas sobre a relação da aluna com os



colegas. Já a criança considera ter o mesmo número de amigos. Ou seja, o TDAH não tem afetado as relações da criança, nem a ritalina as melhorado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o presente estudo, concluímos que a ritalina tem tido melhoras altas quanto à concentração e ao comportamento da aluna e médias no que refere a participação. Já no que tange a interação e o aprendizado, no primeiro não se vê diferenças e no segundo a pesquisa tornou-se inconclusiva.

Sendo assim, ressaltamos que mais pesquisas necessitam ser realizadas sobre a relação TDAH, ritalina e sala de aula, uma vez que a maior parte respalda-se por discursos médicos, esquecendo-se de olhares para o processo de aprendizagem dos sujeitos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARKLEY, Russell A.; ROIZMAN, Luís Sérgio. **Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH)**. Artmed, 2002.
- BENZICK, E. B. P. **Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade: atualização diagnóstica e terapêutica: característica, avaliação, diagnóstico e tratamento: um guia de orientações para profissionais**. 2. Ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.
- CALIMAN, Luciana Vieira. A constituição sócio-médica do "fato TDAH". **Psicologia & Sociedade**, v. 21, n. 1, 2009.
- CORDEIRO, Suzy Maria Nunes. **As implicações do TDAH na aprendizagem escolar e desenvolvimento de crianças de 6 a 12 anos**. 2011. Trabalho de Conclusão de Curso – Universidade Estadual de Maringá (UEM), Maringá, 2011.
- FREITAS, Claudia Rodrigues de. **Corpos que não param: criança, "TDAH" e escola**. 2011. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2011.
- LIMA, F. A. A., **Transtorno do Déficit de atenção e Hiperatividade, entendo melhor a criança com TDAH no contexto da escola pública**. 2011. Monografia (Especialização em Desenvolvimento humano, educação e inclusão escolar) - UAB/UnB. Disponível em: http://bdm.bce.UnB.BR/bitstream/10483/2345/1/2011_Francedili naAlvesdeOliveiraLima.pdf. Acesso em: 26/08/2017.
- LIMA, Cristina Bruno; COELHO, Cristina Lúcia Maia. **Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade: fatos, mitos e outras coisas. Pontos de vista em diversidade e inclusão**, 2016.
- MACHADO, Ligia de Fátima Jacomini; CEZAR, M. J. C. **Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) em crianças–reflexões iniciais**. **Revista PsicopedagogiaOn-line**, 2008.
- MATTOS, Paulo. **No mundo da lua. Perguntas e respostas sobre o TDAH em crianças, adolescentes e adultos**. São Paulo: Lemos Editorial, 2011.



- MISSAWA, Daniela Dadalto Ambrozine; ROSSETTI, Claudia Broetto. Psicólogos e TDAH: Possíveis caminhos para diagnóstico e tratamento. **Construção psicopedagógica**, v. 22, n. 23, p. 81-90, 2014.
- MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso et. al. **A Transformação do espaço pedagógico em espaço clínico (Patologização da Educação)**, 2011. Disponível em: http://www.crmariocovas.sp.gov.br/pdf/ideias_23_p025-031_c.pdf Acessado em: 18/08/2017'.
- MUNHOZ, Déa Bertran. **Revisão de literatura das psicoterapias para crianças e adolescentes com Déficit de Atenção e Hiperatividade, TDAH**. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, 2011
- ONU. International Narcotics Control Board. **Psychotropic substances: statistics for 2006: assessments of annual medical and scientific requirement**. 2008.
- ORTEGA, Francisco et al. Ritalin in Brazil: production, discourse and practices. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 14, n. 34, p. 499-512, 2010.
- PEREIRA, Juliana Garrido . **A crítica à medicalização da aprendizagem na produção acadêmica nacional**. 2010.
- REIS, Maria das Graças Faustino et al. **A teia de significados das práticas Escolares: Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) e formação de professores**. 2006.
- ROHDE, Luis Augusto et al. **Princípios e práticas em transtorno de Déficit de atenção e Hiperatividade**. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- Rohde, L. A.; Halpern, R. Transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade: atualizado. *Journal de Pediatria*, 80(2), 61-70, 2004.
- ROMAN T, Schmitz M et al. **Princípios e Práticas em TDAH**. Porto Alegre: Artes Médicas; 2003.
- SANTOS, L. F; VASCONCELOS, L. A. Transtornos de déficit de atenção com hiperatividade em crianças: uma revisão interdisciplinar. **Psicologia: teoria e pesquisa**, Brasília. Outubro/ dezembro, 2010.
- SILVA, Ana Carolina Pereira et al. A explosão do consumo de Ritalina. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 11, n. 2, p. 44-57, 2017.
- STROH, Juliana Bielawski. TDAH-diagnóstico psicopedagógico e suas intervenções através da Psicopedagogia e da Arteterapia. **Construção psicopedagógica**, v. 18, n. 17, p. 83-105, 2010.
- TEIXEIRA, VSSL. Entendendo os portadores de TDAH. **São Paulo: Centro de Referência em Distúrbios de Aprendizagem**, 2008.