

O DIREITO À SAÚDE DE CRIANÇAS E DE ADOLESCENTES COM DIAGNÓSTICO DE TDAH E O USO DO METILFENIDATO: UMA ABORDAGEM A PARTIR DA LEI 8.069/90

THE RIGHT TO HEALTH OF CHILDREN AND TEENAGERS WITH DIAGNOSIS OF ADHD AND THE USE OF METHYLPHENIDATE: AN APPROACH FROM THE PERSPECTIVE OF THE LAW 8.069/90

MARLI MARLENE MORAES DA COSTA*
LETÍCIA THOMASI JAHNKE**

RESUMO: As crianças e os adolescentes pertencem a um grupo de direitos especiais, tendo em vista o seu estado de desenvolvimento. Porém, o entendimento de que se tratavam de sujeitos de direitos em fase especial de desenvolvimento obteve êxito com a Constituição Federal de 1988 e, especialmente, com a Lei 8.069/90 - o Estatuto da Criança e do Adolescente, que passaram a reconhecer que esse grupo de direitos estava sob a égide de uma Doutrina da Proteção Integral. Nesse sentido, as crianças e os adolescentes devem ser pro-

ABSTRACT: Children and teenagers belong to a Special Rights group, in view of their development state. However, the understanding that they were subjects of rights in special development phase was successful with the Federal Constitution of 1988 and especially with the Statute of Children and Adolescents which has come to recognize that this group of rights was under the aegis of a Doctrine of Integral Protection. In this sense, children and adolescents should be protected, supported and stimulated for their best development for

* Professora da Graduação e Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Direito - Mestrado e Doutorado da UNISC. Doutora em Direito pela Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, com pós-doutoramento em Direito pela Universidade de Burgos - Espanha, com bolsa CAPES. Coordenadora do Grupo de Estudos Direito, Cidadania e Políticas Públicas na mesma Universidade. Especialista em Direito Privado. Professora do Curso de Direito da FEMA. Psicóloga com Especialização em Terapia Familiar.
E-mail: marlimmdacosta@gmail.com.

** Aluna do Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Direito na Universidade de Santa Cruz do Sul, na linha de pesquisa Diversidade e Políticas Públicas. Mestre em Direito pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - Campus Santo Ângelo. Líder do Grupo de Pesquisa Políticas Públicas e Direitos Especiais (ULBRA), registrado pelo CNPq. Professora Adjunta do Curso de Direito na Universidade Luterana do Brasil - Campus Santa Maria.
E-mail: leticia.thomasi@hotmail.com.

tegidos, amparados e estimulados para o seu melhor desenvolvimento pela família, pelo Estado, pela escola e por toda sociedade, conforme a Constituição Federal de 1988. Assim, por vezes, pode-se notar que algumas crianças possuem comportamentos que se salientam frente aos demais. Desse modo, o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade entrou para a realidade da sociedade contemporânea, como uma justificativa para o comportamento julgado como não ideal de crianças e adolescentes. O Transtorno é tratado com fármacos a base do princípio ativo de metilfenidato, que no Brasil tem o seu uso controlado. Assim, o trabalho objetiva demonstrar a importância do direito, enquanto instituição a fim de garantir e salvaguardar os direitos das crianças e dos adolescentes frente ao fenômeno social da medicalização infantil, principalmente no que tange o respeito quanto a sua existência com dignidade, assegurando o seu direito à saúde de forma responsável. Desse modo, tomou-se como base o uso do metilfenidato, bem como as taxas de uso, tendo como cerne a garantia das crianças e adolescentes como sujeitos de direito e não objetos de outrem em busca de comportamentos, tidos como, ideias. O método de abordagem utilizado consiste no dedutivo, com o apoio do método de procedimento histórico e estruturalista.

PALAVRAS-CHAVE: Criança e Adolescente. Direito à Saúde. Metilfenidato. Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade.

the family, the state, the school and throughout society. So, sometimes, it can be noted that some children have behaviors that stand out compared to the others. Thus, Deficit Disorder Attention and Deficit Hyperactivity Disorder joined the reality of contemporary society, as a justification for behavior judged as not ideal for children and adolescents. The disorder is treated with drugs with base of the active ingredient of methylphenidate, which in Brazil has controlled of use. Thus, the study aims to demonstrate the importance of law as an institution in order to guarantee and safeguard the rights of children and teenagers in the face of the social phenomenon of child's medicalization, especially regarding respect for their existence with dignity, ensuring their right to health in a responsible way. So, the study takes as base the use of methylphenidate, as well as the usage rates, with the core of the guarantee of children and adolescents as subjects of rights, and not others objects in seeking behaviors, taken as ideals. The approach method used is the deductive, with the support of the method of historical and structuralist procedure.

KEYWORDS: Child and teenager. Right to health. Methylphenidate. Attention-deficit hyperactivity disorder.

SUMÁRIO: 1 Introdução. 2 A importância da inter-relação da família e da escola em prol dos direitos das crianças e dos adolescentes. 3 O uso do metilfenidato frente ao direito à saúde da criança e do adolescente. 4 Conclusão. Referências.

1 INTRODUÇÃO

A criança e o adolescente foram considerados objetos de direito, ao longo da história, carecendo de toda atenção e salvaguarda de seus direitos, tendo em vista a sua condição peculiar de desenvolvimento. Ainda assim, se não considerados objetos de direito, a sociedade valia-se de crianças e adolescentes como adultos em miniatura, o que estava longe de ser o ideal. No Brasil, o reconhecimento da criança e do adolescente como sujeito de direito

se deu com base na Constituição Federal de 1988. Nesse sentido, a Constituição Federal de 1988 assegurou direitos aos indivíduos integrantes da sociedade, incluindo às crianças e aos adolescentes, esses amparados também pela Lei 8.069/90 – o Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA. Ainda assim, foi assegurado que, além da família, a sociedade e o Estado também são responsáveis pela salvaguarda e promoção do bem-estar relacionado a crianças e adolescentes, em especial o direito à saúde, ao respeito e à dignidade, enquanto sujeitos de direitos.

O processo de reconhecimento aconteceu, crianças e adolescentes tiveram seus direitos contemplados também em legislação especial, ou seja, o Estatuto da Criança e do Adolescente - o ECA fez com que as diretrizes expostas na Constituição Federal de 1988 fosse bem mais específica. Desse modo, o ECA abordou desde os direitos fundamentais desse grupo, já observados pela Constituição Federal de 1988, dando ênfase ao direito à vida, à saúde, à liberdade, à dignidade, à educação, à cultura, ao esporte e ao lazer. Outras questões são abordadas no ECA, com a finalidade de que a criança e o adolescente tenham todos os direitos assegurados observando a sua titularidade enquanto sujeito de direitos. Assim, o direito à convivência familiar e comunitária também é contemplado pelo ECA.

Por meio de estudos, atualmente, considera-se que a importância da família na vida de um indivíduo como sendo uma das estruturas fundamentais para nortear e apresentar os primeiros princípios e indicações sociais para toda a vida, sendo que inclusive no texto constitucional e no Estatuto da Criança e do Adolescente a “família” está presente. Dessa forma, compreende-se que, nesse caso, as crianças de primeira infância tendem a absorver questões de forma mais tranquila, no seu inconsciente, sendo importante para sua saúde psíquica. A repetição de modelos, portanto, se dará de forma mais corriqueira, e, assim, a criança repetirá gestos, palavras e atitudes das pessoas que estão mais próximas a ela com uma facilidade e rapidez considerável.

Ponderando a repetição de modelos, salienta-se que se as crianças repetem os exemplos ainda quando pequenas. Sob essa ótica, existem grandes chances de que alguns modelos se tornem fixos à personalidade das crianças, atentando para o desenrolar

desses modelos na fase da adolescência e quando na fase adulta. Assim sendo, a família e as pessoas próximas possuem grande responsabilidade em relação ao ser em desenvolvimento que acompanham, pois, muitas vezes, comportamentos violentos, tranquilos, permissivos, abusivos e estressados dos pais ou responsáveis deixam traços naquele indivíduo que está em formação.

Além da importância dos pais e/ou responsáveis, o ambiente também consiste em um dos pilares fundamentais para o desenvolvimento das crianças e dos adolescentes. Da mesma forma que a criança é exposta a determinados comportamentos que podem ser transportados ao inconsciente, o ambiente também pode ter papel significativo, mesmo que por vezes não determinante, no desenvolvimento dos indivíduos desse grupo. Todavia, o ambiente que não proporciona segurança e aconchego, cumulado com atitudes e ações que o complementam, tende a ter importância na formação do ser humano.

Para tanto, um dos locais preferidos ou temidos pelas crianças ou adolescentes à primeira vista é onde o relacionamento social explode, ou seja, a escola. A troca diária que acontece entre a família e a escola são essenciais para que a criança e o adolescente se sintam seguros nas suas relações. Nos últimos anos, porém, nota-se que o indivíduo tende a seguir padrões, como beleza, comportamento ou educação. Nessa procura por padrões, por vezes o ambiente escolar deixa evidente que determinados indivíduos em desenvolvimento não se enquadram nesses parâmetros, e claro, nota-se algo, como o comportamento, diferente em relação aos demais colegas.

Nesse afastamento ao tipo de comportamentos ou atitudes ideais, tendo em vista determinadas atividades, é que o Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade – TDAH vem tomando espaço das discussões e reuniões entre a escola, os professores e os pais e/ou responsáveis. O diagnóstico do TDAH, como é conhecida tal ordem, está evoluindo consideravelmente nos últimos anos e, como é considerado um transtorno, deve ser tratado inclusive como fenômeno social em razão da aproximação com o direito à saúde das crianças e dos adolescentes.

O tratamento busca o melhor bem estar dos indivíduos, no caso em tela, crianças e adolescentes que foram diagnosticados com

o TDAH. Esse tratamento, no entanto, é feito com medicamentos à base do metilfenidato, que utilizam os nomes comerciais de Ritalina®, Ritalina LA® e Concerta®. O problema que se apresenta é em relação ao aumento e à real necessidade do uso da droga da obediência, tendo em vista que o uso do medicamento poderia fazer com que a criança que não possui o TDAH retornasse a um estado de concordância maior, deixando de lado seus ímpetos, vontades e pro-atividades relativas à faixa etária, influenciando assim no seu sadio desenvolvimento, em razão na inobservância do direito à saúde, à dignidade e ao respeito ao seu estado especial de desenvolvimento.

2 A IMPORTÂNCIA DA INTER-RELAÇÃO DA FAMÍLIA E DA ESCOLA EM PROL DOS DIREITOS DAS CRIANÇAS E DOS ADOLESCENTES

A transformação da criança de objeto para sujeito de direito é uma conquista considerada recente no Brasil. A infância e a adolescência, por um longo período, não eram reconhecidas como sujeitos de direitos. Em tempos onde a sociedade era, basicamente, patriarcal, as mulheres, as crianças, os adolescentes e os escravos não tinham direitos, viviam no anonimato, às margens da sociedade. Em meados do século XIX, a figura da infância surgiu com mais ênfase nas legislações brasileiras. Todavia se faz notável o caráter que abrigava as referências à infância nas legislações. O caráter não era em tom protetivo, mas, sim, em relação às replicações de uma não regulamentação ligada à infância. Porém, nos séculos XX e XXI, as crianças e os adolescentes passaram a compor, de fato, as legislações brasileiras.

Salienta-se que as terminologias utilizadas para referenciar as crianças e os adolescentes repousam, durante certo período, em expressões como delinquentes, abandonados, expostos, além de a mais referenciada, os menores. Em análise, essas expressões carregam um cunho negativo no que tange o tratamento de crianças e adolescentes, que, com a evolução social, o direito passou a reconhecer como sujeitos de direito em desenvolvimento. Ou seja, em tempos que se reconhecia as crianças e adolescentes como abandonados, delinquentes e demais terminologias, configurava-se

a essência de uma situação de objeto, sendo esse de propriedade da família ou do Estado.

Essas expressões estavam atreladas, geralmente, à condição de pobreza, bem como a de abandono, considerando essas crianças e adolescentes um risco iminente à sociedade. Outrossim, assumindo a carga de submissão da expressão “menores” juntamente com o “conceito de incapacidade, a opinião da criança fazia-se irrelevante, e a ‘proteção’ estatal frequentemente violava ou restringia direitos, na medida em que não era concebida desde a perspectiva dos Direitos Fundamentais.”¹

A compreensão da expressão “menor em situação irregular”, de acordo com Josiane Veronese, “menor de 18 anos de idade que se encontrava abandonado materialmente, vítima de maus-tratos, em perigo moral, desassistido juridicamente, com desvio de conduta e ainda autor de infração penal.”² Em colaboração com esse conceito, o Instituto Interamericano da Criança e Adolescente, órgão da Organização dos Estados Americanos - OEA, afirma que a imagem da criança e do adolescente como objeto de compaixão e repressão é típica da Doutrina da Situação Irregular.³

Abandonando essa conotação, a Constituição Federal de 1988 trouxe referências para a alteração no reconhecimento, bem como no tratamento das crianças e dos adolescentes brasileiros. No Título II, *caput* do Artigo 5º, uma das primeiras referências, ou seja, não haverá distinção de qualquer natureza, sendo todos iguais perante a lei.⁴ Desse modo, analisa-se que, todos sendo iguais perante a lei, todos são titulares de direitos, sendo esses respeitados pelo Estado e, também, pela sociedade, ou seja, todos são sujeitos de direitos. Além dessa referência abrangente, referenciando um critério de igualdade de tratamento e reconhecimento, é possível identificar no texto constitucional que, independente de contribuição à seguridade social, as crianças e adolescentes carentes possuem o

1 COSTA, 2012, p. 130.

2 VERONESE, 1999, p. 35.

3 OEA, SI., p. 4.

4 BRASIL, 1988.

direito ao amparo prestado pela assistência social. Igualmente, outra referência se faz presente no decorrer do Artigo 208, prevendo, como prestações positivas do Estado, o direito a educação para as crianças e adolescentes.

Entretanto, no Capítulo VII, do Título VIII, da Constituição Federal (1988), há referência expressa acerca dos interesses das crianças, dos jovens e dos adolescentes. Nesse sentido, podemos identificar raízes para o surgimento de grupos com direitos especiais, ou seja, apesar da igualdade prevista no próprio texto constitucional, alguns grupos de indivíduos possuem peculiaridades em razão da sua própria existência ou da fase pela qual estão atravessando. Assim, amparados por legislação específica, a Lei n. 6980/90, conhecida como Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, trouxe uma nova diretriz doutrinária no que tange os interesses e direitos das crianças e dos adolescentes, por compreender que o indivíduo necessita de uma atenção especial, com caráter prioritário, em razão do seu estágio de desenvolvimento enquanto ser humano.⁵

Sendo assim, a doutrina que passou a reger o sistema é a Doutrina da Proteção Integral, transformando as crianças e adolescentes em sujeitos de direito. Dessa forma, o primordial será a proteção, salvaguarda e melhor bem estar dos seres que se encontram em fase de desenvolvimento. Reconhece-se que as crianças e adolescentes não são pequenos adultos e, sim, se encontram nas primeiras fases de seu desenvolvimento social, físico e psicológico. Assim, a Doutrina da Proteção Integral pautou-se em pilares de sustentação que dariam amparo à aplicação dessa diretriz como valores e normativas que tivessem como foco os direitos e garantias das crianças e adolescentes. A fim de corroborar com esse entendimento:

A ideia central da proteção integral à criança e ao adolescente foi capaz de articular uma teoria própria em determinado momento histórico, porque conseguiu ao mesmo tempo conjugar necessidades sociais prementes aos elementos complexos que envolveram mudança de valores, princípios, regras e neste contexto conviver com a perspectiva

5 BRASIL, 1990.

emancipadora do reconhecimento dos direitos fundamentais à criança e ao adolescente.⁶

O fato da criança e dos adolescentes serem considerados objetos pela sociedade retira dos mesmos o ímpeto da tomada de decisão em situações correspondentes à idade e o papel de serem protagonistas das suas relações, tornando-os seres manipuláveis, que, por consequência, se tornarão adultos com facetas, muitas vezes, incompreensíveis, podendo caracterizar um desvio social.

Cabe ressaltar a importância de manter o reconhecimento da criança e do adolescente como sujeitos de direitos, proporcionando-lhes maiores possibilidades de inserção, bem como de adequar o comportamento. Porém, essa adequação deve acontecer de forma conjunta na tríade família - escola - Estado, respeitando a individualidade de cada ser humano dentro das proporções aceitáveis, evitando uma padronização de comportamento da infância e da adolescência.

De acordo com o viés protecional, a compreensão dimensional que a figura da criança e do adolescente assume, principalmente nos últimos 28 anos, fez com que olhares mais atentos se direcionassem a esse ser em desenvolvimento. Relações e interesses antes afastados do vínculo: criança e adolescente, escola e família, tomaram ciência da importância relacional, a fim de proporcionar o melhor bem estar físico, mental e psíquico, aspirando um sadio desenvolvimento. Sabe-se que todo o ser humano possui uma diferente carga genética, gerando comportamentos ímpares. Dessa forma, através de diferentes personalidades e temperamentos, as crianças e adolescentes serão oriundos das mais diferentes formações familiares, sendo ainda, expostos ao fator ambiental, culminando em indivíduos com comportamentos únicos, por vezes parecidos, mas ainda assim respeitando a individualidade de cada um.

Tendo em vista que os seres humanos tendem a repetir modelos, esses referenciais são extremamente importantes nos primeiros anos de vida. A união de eixos estruturantes, ao qual o ser humano é exposto, pode contribuir, e muito, para a constitui-

6 CUSTÓDIO, 2008, p. 30.

ção daquele enquanto um ser adulto. Ou seja, as pré-disposições genéticas individuais são submetidas à exposição comportamental e emocional tanto da família quanto do ambiente ao qual o ser humano está exposto. Entende Passos que “somos herdeiros do encontro de histórias familiares que nos antecedem e nos marcam psiquicamente. Valores e referências sociais nos são passados de geração em geração”,⁷ configurando uma marca na singularidade de cada um.

Os primeiros referenciais das crianças serão aquelas pessoas que possuem um maior contato com ela. Assim, nos casos das crianças que possuem uma família, os primeiros referenciais serão os pais, principalmente, a figura da mãe. A ênfase na figura da mãe consiste na relação de proteção e confiabilidade do bebê para com a mãe, criados em momentos como a amamentação, pelo fato do bebê sentir-se bem e seguro. O ato de amamentar ou fornecer o leite à criança demonstra tal que:

Todo processo de evolução, tanto de natureza física como psíquica, inicia-se com o ato de sugar o leite fornecido por seu cuidador e, este ato, quanto mais sereno e sossegado for ao bebê, melhor será a decodificação por este. O sugar feliz e despreocupado pode ser considerado como ato primal, pois tem em sua gênese a coordenação motora, o contato sensorial e a primeira ação de dependência, até então desconhecidos neste ambiente extra-uterino.⁸

É importante salientar que o amadurecimento dos filhos, em muito, depende do comportamento e das atitudes dos pais e/ou cuidadores, tendo em vista o desenvolvimento sadio, com base em referenciais fortes que deixaram a criança segura das decisões e atitudes proporcionais à sua idade. Nesse sentido, Lacasa afirma que a família é o contexto mais importante nos primeiros anos de vida da criança, pois é nesse ambiente que o indivíduo aprende a rir, a brincar, alimentar-se e se relacionar com outras pessoas, ou seja, de transforma em um ator social, um sujeito de direito dentro

7 PASSOS, 2006, p. 14.

8 JAHNKE, 2013, p. 26.

das suas necessidades.⁹ Contudo, o processo educacional inicia na família, mas não se finda nela.

Nessa questão, alguns comportamentos futuros, por exemplo, o primeiro contato com a escola, colegas e professores, podem vir a ter explicações anteriores. Ou seja, a segurança que a criança possui de que seus pais e/ou cuidadores irão voltar à escola para buscá-la não depende muito da afirmação dos responsáveis naquele momento propriamente dito e, sim, em razão de uma construção durante a primeira infância, demonstrando que a criança pode confiar e sentir-se segura. Essa construção depende da formação do chamado apego seguro. O comparativo que se utiliza é claro:

O apego seguro provém da confiança; o apego inseguro reflete desconfiança. Bebês com apego seguro aprenderam a confiar não apenas em seu cuidador como também em sua própria capacidade de conseguir o que querem. [...] Quanto mais seguro é o apego da criança a um adulto responsivo, mais fácil parece ser para ela tornar-se independente desse adulto. O relacionamento entre apego e as características que aparecem anos depois salienta a continuidade do desenvolvimento e o inter-relacionamento do desenvolvimento emocional, cognitivo e físico.¹⁰

A escola, assim como a família, possui papel fundamental na formação e lapidação do indivíduo. Essa importância existe porque a instituição familiar e a sociedade representada, nesse caso, pela escola formam juntamente com o Estado a rede protetional e garantidora dos direitos das crianças e dos adolescentes, dentre eles direito como a saúde e a educação, pautando-se pelo princípio da dignidade. Como afirma Magalhães, a “educação não é apenas o ato de informar. Educação é a conscientização, ultrapassando o simples ato de reproduzir o que foi ensinado, preparando o ser humano para pensar, questionar.”¹¹

Diante desse viés, a educação deve ser compreendida como um dos pilares de sustentação para a sociedade, pois atua como um sistema complexo que, através da construção do saber, os

9 LACASA, 2004.

10 PAPALIA; OLDS, 2000, p. 163-164.

11 MAGALHÃES, 2000, p. 279.

indivíduos se apropriam de tais conhecimentos, proporcionando impactos sociais através desse empoderamento educacional em busca da concretização dos seus direitos enquanto sujeitos. Conforme referenciado, as crianças e os adolescentes são sujeitos de direitos, porém para esse reconhecimento seja real, a sociedade, a família e o Estado devem proporcionar instrumentos e oportunidades a fim de assegurar tal reconhecimento. Assim, a educação consiste em um dos direitos primordiais para que haja o empoderamento futuro, ou seja, na fase adulta, dessas crianças e adolescentes que, por estarem em um período especial de desenvolvimento, carecem da proteção de outros.

Entendendo a educação como um dos mais importantes direitos sociais fundamentais expostos na Constituição Federal de 1988, em seu Artigo 6º, o Estado demonstra uma atenção especial à consagração desse direito. Tendo em vista que o grupo em questão são as crianças e aos adolescentes, o ECA também salientou em seu rol de artigos, afirmando que é dever da família, comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à educação.¹² Assim, refere-se, mais uma vez, que a educação envolve todo um ambiente propício de aprendizagem, vindo a ser lapidado com o desenvolvimento do ser humano.

A educação deve favorecer a aptidão natural da mente em formular e resolver problemas essenciais e, de forma correlata, estimular o uso total da inteligência geral. Este uso total pede o livre exercício da curiosidade, a faculdade mais expandida e a mais viva durante a infância e a adolescência, que com frequência a instrução extingue e que, ao contrário se trata de estimular ou, caso esteja adormecida, de despertar.¹³

Assim, o eixo educacional e o eixo familiar irão complementar-se e relacionar-se em fases importantes da vida da criança e do adolescente na busca de um completo desenvolvimento biopsicossocial em atenção à dignidade humana destes sujeitos de direitos. Para tanto, observa-se a necessidade de diálogo, bem como inteiração

12 BRASIL, 1990.

13 MORIN, 2000b, p. 39.

dos pais e/ou responsáveis no que tange a vida escolar da criança. A extensão da vida, no eixo escolar, não faz referência somente à eficiência do indivíduo enquanto aluno, mas, sim, uma esfera de abrangência muito maior, como por exemplo a sociabilidade com colegas, professores e funcionários, a capacidade de interação, o respeito às decisões divergentes, a atenção às regras do colégio e de professores e também, por óbvio, a capacidade de compreensão e desenvolvimento frente aos conteúdos apresentados.

Em se tratando de um local onde diversas personalidades e temperamentos se encontram, é comum observar que alguns alunos sobressaem-se perante aos demais. Essa identificação pode ocorrer com base em alguns parâmetros, os alunos mais ou menos inteligentes, os mais ou menos conversadores, os que preferem as práticas esportivas em detrimento à permanência na sala de aula, entre outros. Porém, por vezes, essa saliência se torna bastante evidente e perceptível aos demais colegas, bem como ao professor.

A figura do professor/educador possui um caráter essencial enquanto observador das relações sociais e de aprendizagem. Em análise, as terminologias possuem, por vezes, entendimentos diversos, ou seja, professor e educador não são sinônimos. Com extrema propriedade, Edgar Morin, seguindo Freud, afirma que existem três funções impossíveis por definição, além de psicanalisar e governar, cita a função de educar. Diz ele que essas funções “são mais que profissões. O caráter funcional do ensino leva a reduzir o professor ao funcionário. O caráter profissional do ensino leva a reduzir o professor ao especialista [...] o ensino deve voltar a ser uma tarefa de saúde pública. Uma missão de transmissão.”¹⁴ Assim, o professor estaria restrito ao fato de repassar o conhecimento, como forma de profissão. Já o educador seria uma forma mais completa. Ou seja, educador repassa valores morais e sociais, sendo mais um dom do que uma profissão.

Nesse sentido, a escola não deve ser um local de pensamentos monoculturais, ou ainda em busca de um padrão comportamento ou de ideias dos indivíduos em desenvolvimento. A escola recebe, em

14 MORIN, 2000a, p. 101.

tese, o indivíduo sozinho e, através de um “processo de socialização e de educação, transforma a pessoa em um ser mais sociável”.¹⁵ Porém, na busca de padrões sociais, as crianças e adolescentes podem desenvolver estresses. Entende-se que o estresse, atualmente, não é identificado apenas em indivíduos adultos, mas também em crianças e adolescentes.

Na sociedade globalizada, de consumo e também da alta concorrência, as crianças e adolescentes entram nesse processo através dos seus pais, mas também das relações que possuem na escola. O desejo dos pais, por óbvio, concentra-se na esfera de que os filhos sejam bem sucedidos, que aprendam as coisas de forma rápida para que estejam aptos a enfrentarem os desafios da vida. Nisso, refere-se o aprendizado escolar, notas altas, boas referências, sucesso no vestibular, curso superior e um bom emprego. Todavia, aventa-se que “a criança de hoje tornou-se vítima involuntária e não-intencional de um estresse avassalador – o estresse nascido de uma mudança social rápida e desconcertante e de expectativas sempre crescentes.”¹⁶

Nessa perspectiva, o processo funcionaria da seguinte forma, os pais escolheriam as escolas, em que acreditam serem as melhores para os seus filhos, tendo em vista o futuro dos mesmos. Por vezes, essa escolha está pautada em resultados, ou seja, o nível de aprovação para o ensino superior. Por consequência, as escolas devem demonstrar um nível alto de aprovação, dessa forma exigindo dos alunos resultados. Salienta-se que não consiste no objetivo de que as escolas não exijam dos alunos, porém o nível e a forma de exigência, bem como o custo na busca dos resultados, devem ser acompanhados de forma próxima tanto pela família quanto pelos professores/educadores e diretores.

Muitas vezes, a busca desse resultado traz consigo outras consequências que no momento não são calculadas. O fato de querer que a criança ou o adolescente ultrapassem a fase infantil e que amadureçam logo, tornando-se adultos, não fará com que ele seja

15 LAPIERRE, 2003, p. 21.

16 ELKIND, 2004, p. 29.

melhor que os outros indivíduos de mesma idade, que tiveram o seu momento de desenvolvimento respeitado. Desrespeitando, nesse caso, o direito da criança de gozar de brincadeiras, de comportamento, dentre outros lazeres próprios da fase de desenvolvimento enquanto sujeito a qual se encontram. Assim, as pressões e responsabilidades dadas às crianças e adolescentes tanto na escola como frente à família devem corresponder à faixa de desenvolvimento em que o mesmo se encontra. Cabe referenciar ainda que o lar tende a ser o ambiente mais importante para o ser humano. Lá ele deve se sentir seguro, tranquilo e amado pelos seus, pois esses sentimentos farão com que ele trabalhe, melhor, com as pressões encontradas no seu dia-a-dia, tanto o adulto, como a criança e o adolescente. Sublinha-se o pensamento de David Elkind:

Os pais contemporâneos vivem em uma panela de pressão de demandas de concorrência, transições, mudanças de papel, inseguranças pessoais e profissionais sobre as quais exercem pouco controle. Sempre que podemos, buscamos alívio do estresse, e, em geral, o único âmbito seguro do nosso controle é o lar. [...] Se criar um filho necessariamente envolve esse estresse, quando pressionamos as crianças para crescer ou quando as tratamos como adultos, esperamos remover uma parte da nossa carga de preocupação e ansiedade [...]. Não pretendemos prejudicar nossos filhos agindo dessa maneira – ao contrário, como sociedade passamos a imaginar que é bom para os jovens amadurecer rapidamente. Mas **prejudicamos nossos filhos quando os pressionamos desde a infância.**¹⁷ (Grifo nosso).

Nesse sentido, compreende-se que a união na educação e o desenvolvimento das crianças e dos adolescentes dependem de esforços conjuntos entre a escola, a família e a sociedade de maneira geral. Sabe-se que as crianças e adolescentes irão repetir modelos aprendidos no lar, principalmente com a família, contudo a escola possui papel fundamental na formação desse ser. As crianças e os adolescentes que vivem em um ambiente de pressão, de qualquer natureza, possuem uma grande probabilidade de não atingirem êxito em todas as suas propostas. Dessa forma, terão que trabalhar o sentimento do fracasso. Quanto ao fracasso, deve-se ter em vista que qualquer questão que se proponha a fazer possui um índice

17 ELKIND, 2004, p. 29.

de fracasso, mesmo que baixo. O que preocupa é a exposição aos altos níveis de pressão, identificados na sociedade contemporânea, e assim, uma maior possibilidade de fracasso.

Entende-se que a escola deve ser um local de troca de conhecimento e aprendizagem onde a educação impera na busca de seres capazes de resolverem seus próprios dilemas e ainda, obterem sucesso enquanto seres adultos. O sucesso, aqui, não significa ter o melhor trabalho com um salário alto, e sim, o sucesso está na satisfação de cada ser humano, pois é através da educação que se pode preparar os homens para participarem ativamente na criação de um novo mundo.¹⁸

As crianças e os adolescentes devem ser protagonistas do seu crescimento e evolução biológica, psicológica e social enquanto sujeitos de direitos, sob o olhar atento da família e da escola, nesse caso. Assim, para um melhor desenvolvimento, as cobranças e as pressões devem corresponder à faixa de desenvolvimento do indivíduo respeitando a sua dignidade enquanto ser humano. As relações no ambiente escolar devem ser acompanhadas pelos professores/educadores, tendo em vista a lapidação e o fomento em busca da socialização. E, por fim, numa visão macro, a escola deve ser o ambiente em que há o contato de forma mais palpável à diversidade de pensamento, de culturas, de constituições familiares, afastando a padronização de comportamento, fazendo com que a criança e o adolescente saibam conviver com a diferença de maneira saudável, proporcionando, assim, o desenvolvimento de uma vida saudável individualmente e socialmente, com o suporte da família e da escola.

3 O USO DO METILFENIDATO FRENTE O DIREITO À SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

A relação que envolve o desenvolvimento do indivíduo é bastante complexa. Além da esfera familiar, existem outras, que precisam ser inseridas no processo de desenvolvimento, tendo em vista a melhor formação do indivíduo, enquanto ser humano. Assim, a esfera educacional, representada pela escola, abarca relações que

18 GORCZEWSKI; MARTÍN, 2015, p. 25.

serão bases para a formação e desenvolvimento futuros das crianças e adolescentes. O compartilhamento das informações entre a escola e a família é fundamental para que uma rede de atenção com caráter protecional seja formada.

Sabendo que, de acordo com o texto constitucional, é dever da família, da sociedade e do Estado garantir, nesse caso, à criança, com extrema prioridade, os direitos à saúde, à dignidade e ao respeito¹⁹ enquanto sujeito de direito, o comportamento da criança, enquanto sob os cuidados da escola, deve ser informado aos pais e/ou responsáveis a fim de que os mesmos possuam total conhecimento sobre a evolução e possíveis percalços enfrentados pela criança ou pelo adolescente.

Porém, o que preocupa pais e educadores, atualmente, são os casos em que as crianças e adolescente não conseguem manter a atenção direcionada e necessária em uma explicação ou tarefa, durante um período mais extenso, distraem-se com facilidade, interrompem a fala de terceiros abruptamente, entre outros exemplos. Não são raros os casos em que os pais são chamados, com indicação escolar, para consultarem um psicólogo ou, ainda, um neurologista, em razão de uma suspeita de TDAH – Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. De acordo com Centros para el Control y la Prevención de Enfermidades, as crianças podem:

Tener dificultad para prestar atención y pasar mucho tiempo soñando despierto; parecer que no escucha a los demás; distraerse fácilmente al hacer tareas o al jugar; olvidar las cosas; moverse constantemente o ser incapaz de permanecer sentado; retorcerse o ser inquieto; habla mucho; ser incapaz de jugar calmadamente; actuar y hablar sin pensar; tener dificultad para esperar su turno; interrumpir a otros.²⁰

Com o intuito de tratar o transtorno, melhorar a qualidade de vida da criança, bem como de sua família, e na expectativa de trazer a criança à normalidade, tida como ideal, o tratamento indicado para esse diagnóstico repousa no uso de uma substância química, o metilfenidato - MTF. Tendo em vista a importância da regulação do fármaco, o Ministério da Saúde tornou pública a Nota Técnica

19 BRASIL, 1988.

20 CDC, Sai.

n. 38²¹ que trata de medicamentos que possuem como princípio ativo o metilfenidato. A Nota foi elaborada por profissionais da área médica e farmacológica que integram o corpo técnico e consultivo do Ministério da Saúde e conceitua o metilfenidato como:

um fraco estimulante do sistema nervoso central, com efeitos mais evidentes sobre as atividades mentais do que nas ações motoras. Seu mecanismo de ação no homem ainda não foi completamente elucidado, mas acredita-se que seu efeito estimulante é devido a uma inibição da recaptação de dopamina no estriado, sem disparar a liberação de dopamina. O mecanismo pelo qual ele exerce seus efeitos psíquicos e comportamentais em crianças não está claramente estabelecido, nem há evidência conclusiva que demonstre como esses efeitos se relacionam com a condição do sistema nervoso central.²²

Para a ANVISA, de acordo com o relatório de 2009, a substância consiste em um “estimulante central e simpaticomimético de ação indireta com ações e usos similares a dexanfetamina. É utilizado no tratamento do transtorno de déficit de atenção (TDAH), narcolepsia, assim como para desordens de hiperatividade em crianças.”²³ À vista disso, salienta-se que altas doses podem provocar sinais de estimulação generalizada do Sistema Nervoso Central – SNC, podendo alcançar acontecimentos como convulsões. (Brunton *et. al.*, 2012). Os fármacos que possuem o metilfenidato como princípio ativo recebem nomes comerciais de Ritalina®, Ritalina LA® e Concerta®, sendo desenvolvidos respectivamente pelos laboratórios Novartis Biociências e Janssen-Cilag Farmacêutica.

O uso desse medicamento é bastante restrito e controlado, em razão dos possíveis efeitos que podem ocorrer através do uso indevido. Salienta-se que as propriedades farmacológicas do metilfenidato “são essencialmente idênticas às das anfetaminas. O metilfenidato também compartilha o potencial de uso abusivo das anfetaminas, sendo considerado como substância controlada da classe II nos EUA.”²⁴

21 BRASIL, 2012.

22 BRASIL, 2012.

23 BRASIL, 2009, p. 40.

24 BRUNTON *et. al.*, 2012, p. 299.

Cabe salientar ainda que, a substância é rapidamente absorvida pelo organismo após a ingestão oral, chegando na sua concentração máxima do plasma em torno de 2 horas.²⁵ Para tal, a ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária possui uma legenda para o uso de medicamentos, ou seja, medicamentos sem tarja, com tarja vermelha, amarela e preta.

A Ritalina®, Ritalina LA® e Concerta® possuem tarja preta, ou seja, “por serem a base de princípios ativos que agem no sistema nervoso central ou por possuírem efeitos colaterais graves, como a dependência física ou psicológica, esses medicamentos são sujeitos a controle especial”.²⁶ Além da dependência, o uso de fármacos a base de metilfenidato podem causar riscos durante o período gestacional, ou seja, deve-se atentar ao fato de que os benefícios para a mãe justificam a possibilidade de risco para o bebê. Sendo um medicamento controlado que pode vir a causar euforia, nervosismo, agressividade e alterações visuais, por exemplo, pode afetar a capacidade do indivíduo em relação à condução de veículos.²⁷ A venda desses medicamentos é feita através de uma receita especial para que o governo possua o controle e as referências do paciente e do médico que receitou. Dessa forma, uma via da receita fica retida no local de venda.

Após o diagnóstico de TDAH, o paciente pode dar início ao tratamento à base de metilfenidato. O primeiro uso aprovado pela ANVISA, na Nota Técnica 38 de 2012, é a indicação para crianças a partir dos 6 anos e em sequência para o tratamento de narcolepsia. Salienta-se que está presente no documento da ANVISA que a Nota Técnica está baseada em 200 ensaios clínicos objetivando a comprovação de que o uso de metilfenidato é eficiente para pacientes diagnosticados com TDAH. Nessa sinalização, consta que, dos 200 estudos, tiveram como público-alvo a população infantil e adolescente com TDAH. Assim, houve diversas indicações de que a utilização de tal substância química era eficaz, porém, “muitos dos estudos incluídos eram limitados, pois eram pequenos, não

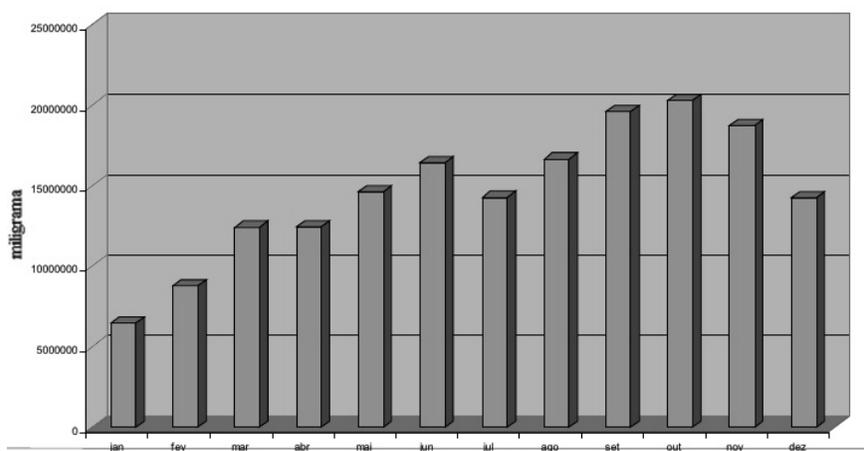
25 BRUNTON *et. al.*, 2012, p. 300.

26 POMBO, 2017, p. 22.

27 BRASIL, 2012, p. 2.

descreviam adequadamente a randomização,²⁸ o cegamento ou não contavam com a retirada de desistentes.”²⁹

Em razão do maior acesso à saúde, a procura por respostas e um maior domínio acerca do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade pelos profissionais pondera-se que haveria um certo aumento quanto ao diagnóstico de TDAH e, por consequência, um maior uso de medicamentos relacionados ao transtorno. Em razão disso, para que o estudo seja considerado correspondente às sociedades, algumas questões devem ser analisadas, de maneira prévia, a fim de que se alcance o melhor resultado acerca da discussão. O primeiro ponto é a relação quantidade de miligrama *versus* períodos do ano, em relação à população em geral. Conforme o Relatório 2009 da ANVISA que versa acerca dos Produtos Controlados, é possível notar que nos períodos próximos a recessos e férias, de uma maneira geral, o uso do fármaco com o princípio ativo de metilfenidato representou uma diminuição considerável.



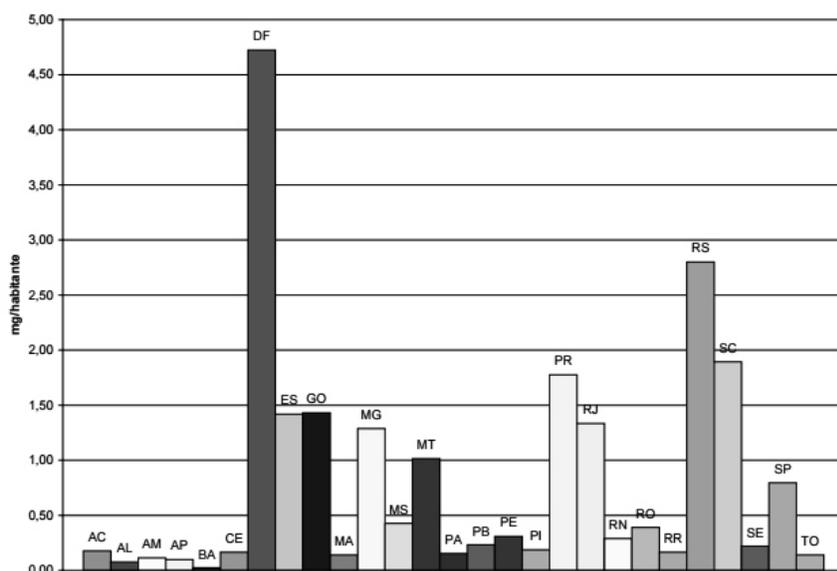
FONTE: BRASIL. ANVISA. Relatório 2009. Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados. Brasília: ANVISA, p. 40.

28 O estudo clínico randomizado (ECR) consiste basicamente em um tipo de estudo experimental, desenvolvido em seres humanos e que visa o conhecimento do efeito de intervenções em saúde. Pode ser considerado como uma das ferramentas mais poderosas para a obtenção de evidências para a prática clínica. Associada a esse poder, encontra-se a simplicidade em seu desenho, quando comparado a outros tipos de estudos. (SOUZA, 2009).

29 BRASIL, 2012.

Sendo assim, os meses que representaram menores índices de concentração de miligramas foram os meses de janeiro e fevereiro, no primeiro semestre de 2009. Já em relação ao período concentrado no segundo semestre de tal ano, o mês com menor taxa registrada foi o mês de dezembro. Ainda, em relação ao gráfico, foi registrado um crescente no uso de miligramas de metilfenidato entre os meses de abril e junho, porém, no mês de julho, que geralmente consiste em algum tipo de recesso, ou ainda férias escolares, é possível notar uma considerável redução no uso da substância e que, posteriormente, volta a evoluir.

Outrossim, se o gráfico for analisado em dois períodos, 1º e 2º semestres, fica evidente o uso maior no 2º semestre do ano. Destaca-se que, no decorrer do ano, houve um aumento no que tange o acesso da sociedade ao sistema, podendo não demonstrar o consumo real, porém importa considerar a média alcançada. Outra questão importante a ser considerada corresponde à proporção de cada estado do Brasil, em relação ao uso do metilfenidato por miligrama, *per capita*. Em relação aos estados da federação, cabe referenciar que todos os estados presentes nas regiões norte e nordeste não alcançam o percentual de 0,50 miligramas *per capita*.



FONTE: BRASIL. ANVISA. Relatório 2009. Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados. Brasília: ANVISA, p. 40.

Em contrapartida, os índices mais altos são encontrados nas regiões sul e sudeste, porém o Distrito Federal, na região Centro-Oeste, é o índice mais alto do Brasil. Ou seja, os entes federados que mais utilizam os fármacos a base de metilfenidato são, além do Distrito Federal que quase atinge a proporção máxima de miligrama por habitante da pesquisa de 5,00 mg, Rio Grande do Sul com uso próximo a 3,00 mg, seguido por Santa Catarina com referência perto de 2,00 mg, 1,80mg é o uso do Paraná.

De acordo com o Boletim Farmacoepidemiológico da ANVISA, acerca da “Prescrição e consumo de metilfenidato no Brasil: identificando riscos para o monitoramento e controle sanitário”, o TDAH atinge de 8 a 12% das crianças em nível mundial.³⁰ Entre um comparativo, o Brasil possui uma taxa bastante variável de 0,9% podendo chegar a 26,8% de crianças e adolescentes com TDAH. Todavia, através de um estudo recente da ANVISA, no lapso temporal de 2009 até 2011, percebe-se que o aumento foi de 75% em um público concentrado com idades entre 6 e 16 anos.³¹ Quando o país analisado é os Estados Unidos da América, constata-se que, aproximadamente, 11% das crianças e adolescentes de 4-17 anos de idade, correspondendo a 6,4 milhões, foram diagnosticados com TDAH a partir de 2011.³²

Em uma análise específica, com crianças e adolescentes de 4-17 anos, o estado americano que possui mais diagnósticos de TDAH é Kentucky, com uma média de 18,7%; seguido por Arkansas, com 17%; Luisiana, com 15,8%; e, com 15,7%, os estados de Indiana e Carolina do Sul. Já em relação ao uso de fármacos para tratamento do TDAH, em crianças e adolescentes de 4-17 anos, a média americana em 2011 foi de 6,1%, porém o público alvo da pesquisa constatou que a média dos estados corresponde a Lousiana, 10,4%; Kentucky, 10%; Arkansas e Indiana 9,9%.³³

30 BRASIL, 2012b.

31 BRASIL, 2012b.

32 VISSER *et. al.*, 2016.

33 CDC, 2011.

Tendo em vista esse comparativo, nota-se que há uma curva considerável evolutiva quanto ao uso, bem como ao diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade em relação às crianças e adolescentes. O uso do fármaco à base de metilfenidato traz consigo o equilíbrio forçado em relação ao comportamento do indivíduo, potencializando a concentração e o foco. Cabe salientar que esse artigo não é uma crítica desenfreada ao uso do medicamento, mas a ponderação em relação a esse aumento considerável e o uso exacerbado de medicamentos para crianças e adolescentes, que, por vezes, se seguirem um acompanhamento psicológico seria suficiente, evitando, assim, a utilização do fármaco por crianças e adolescentes.

4 CONCLUSÃO

As crianças e adolescentes tiveram uma evolução considerável no que tange às questões relacionadas ao seu reconhecimento, bem como aos seus direitos. As antigas legislações brasileiras ancoravam-se na doutrina da situação Irregular, onde a criança e o adolescente eram tratados como menores delinquentes e/ou abandonados. Essa teoria, por si só, já demonstra a fragilidade do tema.

Para tanto, a doutrina da proteção integral tomou forma com a promulgação da Constituição Federal de 1988, onde trouxe o rol de direitos fundamentais extensos a todos os grupos de direitos, e não mais a determinados grupos da sociedade. Assim, a criança e o adolescente abandonaram o *status* de objeto de direito, passando a ser sujeitos de direitos. Ainda assim, o Estatuto da Criança e do Adolescente, de 1990, corroborou o entendimento diluído na Constituição Federal de 1988.

Assim, os integrantes desse grupo de direitos especiais passaram a ter um rol de direitos assegurados, dentre eles, a convivência sadia com a família e com a comunidade. Dessa forma, notou-se que a instituição familiar possui papel fundamental no processo de desenvolvimento do ser humano, bem como é seu dever, juntamente com a sociedade e o Estado garantir os direitos fundamentais observando o princípio da dignidade da pessoa humana. Entendeu-se que as crianças tendem a repetir modelos,

assim, os pais, familiares e responsáveis mais próximos, serão os primeiros modelos a serem copiados.

Além da família, considerou-se que o ambiente também possui papel importante na vida das crianças e adolescentes. A relação da escola com a família forma uma das redes protetoras compreendidas como necessárias para o bom desenvolvimento biopsicossocial das crianças e dos adolescentes à luz do princípio da proteção integral das crianças e adolescentes. Porém, é na escola que alguns comportamentos se fazem mais evidentes, ou ainda assim, são disparados através de determinados gatilhos, como por exemplo, uma palavra, um gesto, um comportamento. Nesse ambiente, a sociabilidade começará a ser mais desenvolvida pelas crianças e adolescentes.

Ambientes e relações estressadas tendem a ser incorporados pelo grupo em questão, ainda mais em uma sociedade globalizada com relações líquidas e bastante rápidas, a busca pela eficiência e alta qualidade, por vezes, ultrapassa alguns vieses. Em atenção aos comportamentos, ditos *normais*, alguns comportamentos são considerados, por vezes, *anormais*. Esses comportamentos, muitas vezes, sobressaem-se no convívio escolar, local onde a criança possui momento de euforia, mas também é exposta a momentos de concentração e obediência. A taxatividade que acontece pelos professores e educadores, colegas e pais e/ou responsáveis não é salutar.

Porém, o TDAH pode dar sinais mais específicos no ambiente da sala de aula, assim o professor e educador se torna um dos observadores mais constantes das crianças e adolescentes em relação ao comportamento. O procedimento ideal para esses casos consiste em que a escola, na figura do professor/educador, converse com os pais e/ou responsáveis, na ausência do aluno, para informar a eles o que está acontecendo e, se necessário, procurar o médico especializado para que os exames e o acompanhamento sejam feitos de forma a não prejudicar a criança, ou seja, incutindo nela que a mesma precisará tomar um medicamento para controlar alguns impulsos e atitudes, sem a palavra final do médico.

A preocupação que vem tomando conta das discussões acadêmicas paira na questão do grande aumento no uso dos medicamentos à base do metilfenidato, como a Ritalina®, a Ritalina

LA® e o Concerta® em crianças e adolescente, na fase escolar. Cabe salientar que as propriedades de farmacologia do metilfenidato são iguais as das anfetaminas. Nos Estados Unidos da América medicamentos à base de metilfenidato possuem um controle classe II, já aqui no Brasil o controle é feito através das tarjas, sendo ele considerado tarja preta, ou seja, bastante controlado.

Em relação ao uso do metilfenidato foi possível perceber que os índices de consumo tendem a aumentar nos últimos meses do ano e também notou-se que existe uma diminuição considerável em período de férias. Pondera-se, então, que o uso de medicamento à base de metilfenidato é mais utilizado em períodos que, teoricamente, são de atividades laborativas e período escolar. Aventa-se a questão de que o uso desse medicamento está ligado às exposições que se necessita de uma maior atenção e concentração. Para tanto, sendo um medicamento controlado, a redução, em relação os miligramas, é de, praticamente, 75%, consistindo em uma diminuição considerável, entre o maior e menor pico de uso do medicamento.

Já com relação aos estados da federação, o Rio Grande do Sul é o segundo no *ranking* do uso de medicamentos à base de metilfenidato, ficando atrás do Distrito Federal e sendo seguido por Santa Catarina e Paraná. Ou seja, a região Sul do Brasil possui 3 posições entre os quatro primeiros quando o assunto é o uso do metilfenidato. Nota-se ainda que, em um lapso temporal de 2 anos, o aumento do diagnóstico em um grupo com idades entre 6 e 16 anos foi de 75% no Brasil, já nos Estados Unidos da América, em 2011, o marco era de 6,4 milhões de crianças e adolescentes diagnosticadas com TDAH.

Nesse sentido, é possível identificar que o direito é matéria transversal, tendo em vista que permeia o fenômeno social da medicalização infantil em razão de possuir normativas expressas de garantias dos direitos das crianças e dos adolescentes, como a saúde. Constatou-se que o direito possui papel fundamental na estruturação das sociedades futuras quanto à saúde, bem como garantir e salvaguardar o bem estar e a sadia qualidade de vida. Como o estudo aborda os interesses e direitos das crianças e dos adolescentes frente ao uso do fármaco a base do metilfenidato, se faz ainda mais urgente a atenção para a saúde e a sua, real, proteção integral. O

direito, enquanto instituição, deve balizar as questões, ou as possíveis interferências, que possam impactar em direitos assegurados, nesse caso, às crianças e aos adolescentes. Ainda assim, o direito preceitua que a família, a sociedade e o Estado constituam a rede de proteção e salvaguarda aos direitos e interesses desse grupo de direitos especiais.

Evidencia-se, nesse sentido, a preocupação com o aumento bastante considerável no uso de um fármaco que acaba por trazer um equilíbrio, dito forçado, às crianças e adolescentes em prol de atenção, concentração e comportamento maiores dos que apresentam sem o uso do medicamento. Por esse motivo o metilfenidato, representado pela Ritalina®, pela Ritalina LA® e pelo Concerta®, recebe o apelido de droga da obediência. O encaminhamento da criança e do adolescente ao médico especialista é fundamental para que ocorra o diagnóstico de maneira amplamente correta, garantindo a real proteção ao direito à saúde das crianças e dos adolescentes.

Entende-se, que as áreas das ciências devem se desenvolver de maneira inter-relacional com outras áreas científicas, em prol do melhor desenvolvimento dos indivíduos e da salvaguarda de direitos em atenção ao princípio da dignidade da pessoa humana, tendo em vista que a vida e o ambiente fazem parte de um sistema complexo de relações, ou seja, para se garantir o direito a saúde se faz necessário ter contato com as áreas como a medicina, a farmacologia, a psicologia e a química.

Alerta-se que o medicamento, porém, idealmente não deve ser utilizado para atingir um determinado padrão de comportamento, transformando a criança e o adolescente em um objeto vivo, no qual outros julgam aquele comportamento como fora do padrão, ou ainda para melhorar as notas escolares e/ou proporcionar uma potência maior em períodos determinados. Seu uso correto deve se orientar primordialmente pela promoção da saúde e do bem estar cognitivo da criança e do adolescente, proporcionando assim uma melhora na qualidade de vida e garantindo o respeito a sua dignidade enquanto sujeito de direito.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Relatório 2009**. SNGPC. Brasília: Anvisa, 2009. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/sngpc/relatorio_2009.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2016.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados – SNPC. Prescrição e consumo de metilfenidato no Brasil: identificando riscos para o monitoramento e controle sanitário. **Boletim de Farmacoepidemiologia**, Ano 2, n.2, Jul. – Dez. de 2012. Brasília: ANVISA, 2012b. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/sngpc/boletins/2012/boletim_sngpc_2_2012_corrigido_2.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2016.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm>. Acesso em: 03 abr. 2016.

BRASIL. **Lei n. 8.069 de 13 de Julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm>. Acesso em: 05 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica número 38 de maio de 2012**. Disponível em: <<http://u.saude.gov.br/images/pdf/2014/setembro/11/Metilfenidato--atualizada-em-29-10-2013-.pdf>> Acesso em: 21 jun. 2016.

BRUNTON, L. L; CHABNER, B. A; KNOLLMANN, B. C. **As bases farmacológicas e Terapêuticas de Goodman e Gilman**. Trad. Carla Vorsatz. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 2112.

CDC. Centers for Disease Control and Prevention. **State Profiles - Diagnosis and Medication Treatment Among Children Ages 4-17 Years (Survey Data)**. 2011. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/ncbddd/adhd/stateprofiles/index.html>>. SI. Acesso em: 26 jun. 2016.

CDC. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. **Hoja informativa sobre el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDA/H)**. SIa. Disponível em: <http://www.cdc.gov/NCBDDD/Spanish/actearly/pdf/spanish_pdfs/deficit_atencion.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2016.

COSTA, A. P. M. **Os adolescentes e seus direitos fundamentais: da invisibilidade à indiferença**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2012. p. 248.

CUSTÓDIO, A. V. Teoria da proteção integral: pressuposto para compreensão do direito da criança e do adolescente. **Revista do Direito**, Revista do Programa de Pós-Graduação Mestrado e Doutorado. ISSN: 19829957. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2008. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/direito/article/viewFile/657/454>>. Acesso em: 28 jun. 2016

ELKIND, D. **Sem tempo para ser criança: A infância Estressada**. Trad. Magda França Lopes. 3a ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 3. Edição. p. 256.

GORCZEWSKI, C; MARTÍN N. B. **Educar para os Direitos Humanos – Considerações, Obstáculos, Propostas**. São Paulo: Atlas, 2015. p. 160.

JAHNKE, J. R. R. **Como as marcas influenciam na estruturação psíquica do ser humano: uma visão sobre a rede de fast food Mc Donald's**. Dissertação de Mestrado. Santa Maria: UFSM, 2013.

LACASA, P. Ambiente familiar e educação escolar: a intersecção de dois cenários educacionais. In: COLL, C.; MARCHESI, A.; PALACIOS, J. (orgs.). **Desenvolvimento psicológico e educação**. Trad. Fátima Murad. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. v. 2.

LAPIERRE, J. W. **Qué es ser ciudadano**. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva, 2003.

MAGALHÃES, J. L. Q. **Direito Constitucional**. Belo Horizonte: Mandamentos, 2000.

MORIN, E. **A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. Trad. Eloá Jacobina. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000, p. 128.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. Trad. Catarina E. F. da Silva e Jeanne Sawaya. São Paulo: Cortez. Brasília, DF: UNESCO, 2000b. p.102.

OEA. Organização dos Estados Americanos. **Instituto Interamericano da Criança e do Adolescente**. Organismo Especializado da OEA. Disponível em: <<file:///C:/Users/Le/Downloads/INSTITUTO%20INTERAMERICANO%20DA%20CRIAN%20C3%87A%20E%20ADOLESCENTES%20Organismo%20Especializado%20da%20OEA.pdf>>.

PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W. **Desenvolvimento Humano**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000. p. 684.

PASSOS, M. C. Os pilares do sujeito. **Mente & Cérebro**. São Paulo: Duetto, 2006, v. 4, p. 6-15.

POMBO, F. M. Z. **Ensino de química na EJA na perspectiva CTS: a partir da automedicação**. Universidade de Tecnologia Federal do Paraná. Dissertação licenciada. Ministério da Educação. Curitiba, 2017.

SOUZA, R. **O que é um estudo clínico randomizado?** Disponível em: <http://revista.fmrp.usp.br/2009/vol42n1/Simp_O_que_e_um_estudo_clinico_randomizado.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2016.

VERONESE, J. R. P. **Os Direitos da Criança e do Adolescente**. São Paulo: LTr, 1999. p.208.

VISSER, S. N. *et. al.* **Vital Signs: National and State-Specific Patterns of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder Treatment Among Insured Children Aged 2–5 Years — United States, 2008–2014**. mai., 2016. Disponível em: <http://www.cdc.gov/mmwr/volumes/65/wr/mm6517e1.htm?s_cid=mm6517e1_w>. Acesso em 26 jun. 2016.

Recebido em 10/10/2016.

Aprovado em 20/06/2017.