



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPÍ

PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

RENATA LAÍS RODRIGUES DOS SANTOS FORTE

**O TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE EM
CRIANÇAS DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA**

**TERESINA
2014**

RENATA LAÍS RODRIGUES DOS SANTOS FORTE

O TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE EM CRIANÇAS
DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

Trabalho de Conclusão de
Mestrado – TCM apresentado à
Coordenação de Mestrado
Profissional em Saúde da Família
do Centro Universitário –
UNINOVAFAPI, como requisito
para a obtenção do título de Mestre
em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. José
Nazareno Pearce de Oliveira Brito

Área de Concentração: Saúde da
Família

Linha de Pesquisa: A Saúde da
Família no Ciclo Vital

TERESINA
2014

FICHA CATALOGRÁFICA

F738t

O transtorno de déficit de atenção e hiperatividade em crianças do programa saúde na escola / Renata Laís Rodrigues dos Santos Forte. Orientador: Prof. Dr. José Nazareno Pearce de Oliveira Brito. Teresina: Centro Universitário UNINOVAFAPI, 2014.

(Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família)

56. p.

1. Programa Saúde na Escola; 2. Transtorno de déficit de atenção;
3. Criança - hiperatividade . I. Forte, Renata Laís Rodrigues dos Santos . II. Título.

CDD 618.928 589

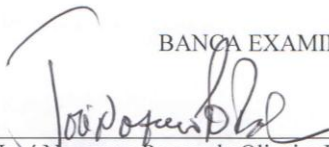
RENATA LAÍS RODRIGUES DOS SANTOS FORTE

O TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE EM CRIANÇAS
DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

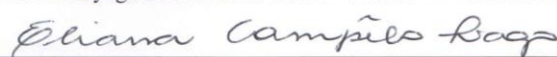
Trabalho de Conclusão de Mestrado – TCM
apresentado à Coordenação de Mestrado Profissional
em Saúde da Família do Centro Universitário –
UNINOVAFAPI como requisito para a obtenção do
título de Mestre em Saúde da Família.

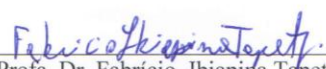
Data da aprovação 30/05/2014

BANCA EXAMINADORA


Prof. Dr. José Nazareno Pearce de Oliveira Brito – UNINOVAFAPI - Presidente


Prof. Dr. Dyego de Carvalho Costa – UESPI – 1º Examinador


Profa. Dra. Eliana Campêlo Lago – UNINOVAFAPI - 2ª Examinadora

X 
Profa. Dr. Fabricio Ibiapirã Tapety
UNINOVAFAPI - Suplente

Dedico este trabalho aos meus Guilhermes: meu filho amado, Guilherme, que nasceu junto com esse mestrado, que me ensinou a ser mãe e a fazer muitas coisas ao mesmo tempo. Você é a melhor coisa da minha vida, meu maior título. E ao meu esposo, Frederico Guilherme, por ser meu companheiro, por não me cobrar nada e acreditar no meu potencial, às vezes muito mais do que eu mesma.

AGRADECIMENTOS

Nada na vida fazemos sozinhos, essa conquista não é só minha, muitos foram atores ativos nessa construção, por isso, esse espaço é para os meus anjos que me apoiaram nessa produção.

A Deus, meu tudo e meu Ideal. Por me dar forças e por me amar em todos os momentos.

Aos meus pais, por investirem sempre em mim, por abraçar meus sonhos e fazerem deles o seus, por me ensinarem o valor dos estudos, de fazer tudo bem feito, da melhor forma que eu possa. Sou fruto de vocês.

À minha irmã, Sanmya, minha segunda mãe, por ser minha grande incentivadora e por me ensinar a não desistir.

À família Santos, por todo apoio, incentivo e confiança. Cito aqui nosso patriarca Benedito Catarino, por nos incentivar sempre a estudar. E um obrigada especial à Aline que, mesmo longe fisicamente, me ajudou, comprou livros e baixou artigos e participou da escolha do tema da minha pesquisa.

À família Sobral, por todos os momentos, por todas as ajudas, vocês são cheios de dons.

À família Forte, por compreenderem as ausências e reconhecerem os esforços.

Aos meus alunos, por me motivarem sempre a buscar mais e por confiarem em mim.

À família Focolare, por todas as orações e pela unidade.

Agradeço ao Colégio Diocesano, por confiar em mim e no meu trabalho e por estarem sempre abertos às minhas necessidades durante minha pesquisa.

Aos amigos por tudo, apoio, confiança e aceitação dos momentos distantes.

À minha turma de mestrado e as amigas maravilhosas, que sempre estavam ajudando umas às outras.

Ao meu orientador, Prof Nazareno Brito, por acolher as minhas ideias e levá-las à frente comigo.

Agradeço à minha banca, Prof. Fabrício, Prof. Dyego e à Profa. Eliana Lago pela atenção e pelas orientações valiosas.

Ao corpo docente do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família da UNINOVAFAPI, pela dedicação e aprendizado oportunizado.

RESUMO

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade é uma síndrome de etiologia multifatorial, dependente de fatores genéticos familiares, adversidades biológicas e psicossociais, caracterizada pela presença de um desempenho inapropriado nos mecanismos que regulam a atenção, a flexibilidade e a atividade motora. A prevalência entre crianças e adolescentes foi estimada em 5,29%. O Programa Saúde na Escola (PSE) é uma estratégia de integração da saúde e educação para o desenvolvimento da cidadania e da qualificação das políticas públicas brasileiras. O objetivo deste estudo é avaliar os casos diagnosticados de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade do ensino municipal do Programa Saúde na Escola. O estudo foi realizado em escolas da Rede Estadual de ensino do estado do Piauí, que participam do Programa Saúde na Escola. Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa do tipo descritiva e exploratória. Os participantes foram alunos de 7 até 10 anos indicados pela escola como portadores do transtorno. Foi utilizado um questionário para coleta das informações junto aos pais/responsáveis. Confirmou-se a prevalência maior do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade no sexo masculino, numa proporção de sete meninos para três meninas, não foi apresentado elevado índice de fracasso escolar e não houve a confirmação do diagnóstico da totalidade da amostra, as crianças não passaram por uma avaliação diagnóstica, indicando uma rotulação erroneamente dos alunos nestas escolas e estes não possuíam o tratamento médico e acompanhamento multidisciplinar necessário, ainda apresentou contradições nos dados sobre o uso de medicação no estado, inferindo-se que as escolas não contam com o suporte necessário para a identificação dos sintomas e não realizam o encaminhamento dos alunos para a avaliação pertinente. O Programa Saúde na Escola foi encontrado somente no papel de instituições gestoras, em alguns colégios não havia a implantação e nem o funcionamento do programa. E nas escolas que possuem o Programa o mesmo não atua de forma eficiente na garantia de promoção de saúde e avaliação psicológica dos alunos.

Palavras-chave: Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. Crianças. Programa saúde na escola.

ABSTRACT

Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is a multifactorial etiology disorder that depends on genetical factors – family, biological and psychosocial adversities, characterized by the presence of an inappropriate performance of the mechanisms that regulate attention, reflexivity and the motor activity. The prevalence among children and adolescents was estimated at 5.29%. The School Health Program (PSE) is a strategy of integration of health and education for citizenship and qualification of Brazilian public policy. The objective of this study is to evaluate the diagnosed cases of Attention Deficit Disorder and Hyperactivity the municipal education of the School Health Program. The study was conducted in State Network of schools in the Piauí state of education, participating in the School Health Program. This is a quantitative study in the descriptive and exploratory. Participants were students from 7 to 10 years indicated by the school as having the disorder. A questionnaire was used to collect the information from the parent / guardian. The higher prevalence of Attention Deficit Disorder and Hyperactivity in males was confirmed by a ratio of seven boys to three girls, was not presented high school failure rate and there was no confirmation of the diagnosis of the entire sample, children do not underwent a diagnostic evaluation, indicating erroneously labeling students in these schools and they did not have the necessary medical treatment and multidisciplinary approach also presented contradictions in the data on medication use in the state, the conclusion was that schools do not have the support necessary to identify the symptoms and do not refer to the students meaningful evaluation. The School Health Program was found only in the role of managing institutions in some schools there was the implementation and not the operation of the program. And in schools that have the program it does not work efficiently in health promotion guarantee and psychological assessment of students.

Keywords: Attention deficit hyperactivity disorder. Children. Health school program.

RESUMEN

Trastorno de déficit de atención y hiperactividad es una síndrome multifactorial, depende de factores genéticos de la familia, la adversidad biológica y psicosocial, que se caracteriza por la presencia de un mecanismo de inadecuado de regular la atención, la actividad motora y la reflexividad. La prevalencia entre los niños y adolescentes se estimó en 5,29%. El Programa de Salud Escolar (PSE) es una estrategia de integración de la salud y la educación para la ciudadanía y la cualificación de la política pública brasileña. El objetivo de este estudio es evaluar los casos diagnosticados de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad la educación municipal del Programa de Salud Escolar. El estudio se realizó en la red estatal de las escuelas en el estado de Piauí, de la educación, la participación en el Programa de Salud Escolar. Se trata de un estudio cuantitativo de los descriptivos y exploratorios. Los participantes eran estudiantes de 7 a 10 años indicados por la escuela como tener el trastorno. Se utilizó un cuestionario para recoger la información de los padres / tutores. La mayor prevalencia del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en los hombres fue confirmada por una proporción de siete niños y tres niñas, no se presentó alto índice de fracaso escolar y no hubo confirmación del diagnóstico de toda la muestra, los niños no lo hacen se sometió a una evaluación de diagnóstico, lo que indica el etiquetado erróneamente los estudiantes en estas escuelas y que no tienen el tratamiento médico necesario y enfoque multidisciplinario también presentó contradicciones en los datos sobre el uso de medicamentos en el estado, la conclusión fue que las escuelas no cuentan con el apoyo necesario identificar los síntomas y no se refieren a los alumnos de evaluación significativa. El Programa de Salud Escolar se encontró sólo en el papel de la gestión de las instituciones en algunas escuelas no fue la aplicación y no el funcionamiento del programa. Y en las escuelas que tienen el programa no funciona eficientemente en garantía de promoción de la salud y evaluación psicológica de los estudiantes.

Palabras clave: Trastorno de déficit de atención y hiperactividad. Niños. Programa de salud.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAAE - Certificado de Apresentação para Apresentação Ética

DSM – IV - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

PSE – Programa Saúde na Escola

TDAH – Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

UFD – Caixa de remédio vendida separadamente.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 Contextualização do problema	10
1.2 Objetivos	11
1.3 Justificativa	12
2 REFERENCIAL TEÓRICO	13
2.1 O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.....	13
2.2 Programa Saúde na Escola	18
3 METODOLOGIA.....	20
3.1 Tipo de pesquisa	20
3.2 Cenário da pesquisa	20
3.3 População e amostra.....	20
3.4 Coleta de dados.....	21
3.5 Análise dos dados	21
3.6 Aspectos éticos da pesquisa.....	21
4 RESULTADOS	22
4.1 Manuscrito 1 – Artigo - O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade em Crianças do Programa Saúde na Escola	22
4.2 Produto: Cartilha - O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade: Cartilha de Orientação para Educadores.....	39
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	44
REFERÊNCIAS	45
APÊNDICES	48
ANEXO.....	53

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização do problema

A saúde humana contempla vários aspectos: biológico, emocional, social e comportamental. Estudar o desenvolvimento do ser humano é também buscar saúde, pois pesquisa a compreensão do homem em todas as suas fases, englobando aspectos desde o nascimento até a maturidade.

O estudo do desenvolvimento da criança investiga cada vez mais os atrasos, distúrbios e transtornos na infância, com o objetivo de um diagnóstico e intervenção precoce. Um desses distúrbios, que conta com um considerável percentual de investigação, é o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), o qual aqui vamos abordar.

O TDAH está classificado na categoria de transtornos hipercinéticos, descritos como grupos de transtornos caracterizados pelo início precoce – habitualmente durante os cinco primeiros anos de vida – pela falta de perseverança nas atividades que exigem envolvimento cognitivo e tendência a passar de uma atividade a outra sem concluir nenhuma, associada a uma atividade global desorganizada, incoordenada e excessiva (CID 10, 1997).

O TDAH é uma síndrome heterogênea, de etiologia multifatorial, dependente de fatores genéticos familiares, adversidades biológicas e psicossociais, caracterizada pela presença de um desempenho inapropriado nos mecanismos que regulam a atenção, a flexibilidade e a atividade motora, seu início é precoce e sua evolução tende a ser crônica (RHODE, HALPERN, 2004).

Os primeiros estudos sobre desordens de atenção surgem ainda no século XIX, em 1775, com o médico alemão Melchior Adam Weikard. Há descrições de comportamentos de crianças que são chamadas de idiotas, inaptas, instáveis e hiperativas (BARKLEY, PETERS 2012). O histórico de TDAH está relacionado diretamente com os critérios diagnósticos (CALIMAN, 2010).

A prevalência do TDAH estimada pelo DSM-IV¹ é de 3 a 5% entre as crianças em idade escolar, porém esses números variam de acordo com cada autor, associação e país. Estudos epidemiológicos americanos estimam que 3 a 7% das crianças em idade escolar tenham TDAH (DUPAUL, STONER, 2007).

¹ DSM-IV – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais- 2002

Segundo Polanczyk, Rhode (2008) a prevalência de indivíduos em todo o Brasil foi de 5,8%. Entre crianças e adolescentes foi estimada em 5,29%, a taxa de confirmação diagnóstica foi de 7,6% para indivíduos entre 14 e 17 anos, 5,2% para indivíduos entre 18 e 44 anos e 6,1% para indivíduos maiores de 44 anos. A proporção do transtorno em meninos e meninas é de 3:1, em estudos populacionais, e de até 6:1, em estudos clínicos (DUPAUL, STONER, 2007).

Os distúrbios do desenvolvimento devem ser estudados nas áreas de educação e saúde. A primeira por ser onde as manifestações dos comportamentos são mais evidentes e a segunda por ser responsável pelo diagnóstico e tratamento.

O Programa Saúde na Escola – PSE, instituído pelo Decreto Presidencial nº 6.286/2007, surgiu como uma política intersetorial entre os Ministérios da Saúde e da Educação, na perspectiva da atenção integral (prevenção, promoção e atenção) à saúde de crianças, adolescentes e jovens da educação básica da rede pública de ensino, no âmbito das escolas e unidades básicas de saúde, realizadas pelas equipes de saúde e educação de forma integrada. O projeto tem como objetivo principal desenvolver ações de promoção da saúde e prevenção de agravos que permitam, entre outros, melhoria do rendimento escolar, recuperação da autoestima e da autoconfiança e diminuição dos níveis de absenteísmo e repetência escolar (BRASIL, 2011).

1.2 Objetivos

Objetivo Geral: Avaliar os casos diagnosticados de TDAH do ensino municipal do Programa Saúde na Escola.

Objetivos Específicos:

- Identificar os critérios diagnósticos que foram utilizados;
- Identificar o perfil das crianças com essa hipótese diagnóstica;
- Verificar as formas de tratamento realizadas com as crianças diagnosticadas com TDAH;
- Verificar a intervenção do Programa Saúde na Escola na rede municipal;
- Elaborar uma cartilha de orientação às escolas na condução de alunos diagnosticados com TDAH.

1.3 Justificativa

Em estudos sobre o conhecimento dos professores sobre esse transtorno, constatou-se que os mesmos possuem conhecimentos inconsistentes, desconhecimento de causas e tratamentos e as escolas não oferecem subsídios aos professores, havendo a necessidade de oferecer às escolas mais informações (GOMES et al, 2007; LANDSKRON, SPERB, 2008; JOU, 2010).

O diagnóstico do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade deve acontecer através de um processo que demanda dos profissionais envolvidos experiência e conhecimento teórico, pois as escolas, a cada dia que passa, envolvem-se em uma tendência de explicar o mau desempenho de seus alunos pela presença do TDAH (GRAEFF, VAZ, 2008).

Essa realidade leva ao questionamento da necessidade da existência de diagnósticos médicos e/ou de equipes multidisciplinares para orientar e assistirem as crianças que a escola indica possuir esse transtorno, bem como verificar quais os tipos de acompanhamento são realizados com as mesmas, como forma de suporte aos sintomas.

A avaliação cuidadosa de uma criança com suspeita desse transtorno é necessária frente à popularização das informações. O desconhecimento ou pouco conhecimento sobre esse transtorno gera dificuldades, uma vez que crianças podem receber, equivocadamente, o rótulo de TDAH, assim como muitos indivíduos que o possuem podem passar despercebidos e ficar sem tratamento.

Portanto, é importante investigar a atuação do Programa Saúde na Escola como ação de atenção integral às crianças e também como avaliação deste programa recente e pouco divulgado para a população.

Assim, considerando a relevância do tema, decidiu-se por averiguar o TDAH nas escolas públicas municipais. Servirá de fonte de informação e subsídios de formação aos professores e aos profissionais da saúde pública, retornando em benefícios aos alunos como formas de: adoção de encaminhamentos necessários e corretos, critérios diagnósticos precisos e acompanhamento e tratamento adequado.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

Barkley e Peters (2012) apontam o início de pesquisas nessa área em 1790, com o alemão Melchior Weikard que em seu livro *Der Philosophische Arzt* já descreve um capítulo sobre desordens de atenção. Em 1789, o inglês Alexander Crichton também escreve sobre déficit de atenção e, em 1865, o médico Heinrich Hoffman faz referências a crianças hiperativas em seus textos.

Mas, por muito tempo, os créditos para a primeira descrição do Transtorno de Déficit de Atenção foram para George Still, pois, em 1902, apresentou uma série de palestras em que descreveu o caso de 43 crianças com problemas de manter a atenção e autorregulação.(CALIMAN, 2010).

Caliman (2010) afirma que o histórico do TDAH está diretamente relacionado com seu diagnóstico e nomenclatura. Segundo Santos e Vasconcelos (2010) na década de 40, surgiu a designação "lesão cerebral mínima" que, já em 1962, foi modificada para "disfunção cerebral mínima". Na atualidade, são utilizados manuais de classificação usados na psiquiatria, que são CID-10 e DSM-IV. Estes apresentam mais similaridades do que diferenças nas diretrizes diagnósticas para o transtorno, embora utilizem nomenclaturas diferentes (transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, no DSM-IV, e transtornos hipercinéticos, na CID-10).

A prevalência do TDAH estimada pelo DSM-IV² é de 3 a 5% entre as crianças em idade escolar, porém, esses números variam de acordo com cada autor, associação e país. Estudos epidemiológicos americanos estimam que 3 a 7% as crianças em idade escolar tenham TDAH (DUPAUL, STONER, 2007). A ANVISA (2012) aponta que 8 a 12% crianças no mundo possuem esse transtorno, sendo este o motivo mais frequente de consulta aos serviços de saúde mental.

A prevalência de indivíduos em todo o Brasil foi de 5,8%; entre crianças e adolescentes foi estimada em 5,29%. A taxa de confirmação diagnóstica foi de 7,6% para indivíduos entre 14 e 17 anos, 5,2% para indivíduos entre 18 e 44 anos e 6,1% para indivíduos maiores de 44 anos (POLANCZYK, RHODE 2008). A proporção do transtorno em meninos e

² DSM-IV – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.

meninas é de 3:1, em estudos populacionais, e de até 6:1, em estudos clínicos (DUPAUL, STONER, 2007).

A desatenção, também chamada de dispersão ou distração, é o sintoma básico e primordial para qualquer diagnóstico. É caracterizada pela dificuldade de prestar atenção a detalhes ou errar por descuido em atividades escolares e profissionais, dificuldade de manter a atenção, não seguir instruções e não terminar atividade, dificuldade de organização, desinteresse por atividades que exijam esforço mental constante, distração por estímulos alheios à tarefa desempenhada e esquecimento de suas rotinas (KNAPP et al, 2002).

Mas, é importante destacar que o termo Transtorno de Déficit de Atenção (TDA) não traduz com precisão o que ocorre com a função da atenção. Em algumas situações, as crianças com TDAs têm dificuldades em se concentrar em assuntos específicos, mas há momentos que se apresentam hiperconcentrados em outros temas e atividades que lhes despertem interesse espontâneo ou paixão. Sugere-se, então, o uso do termo “instabilidade de atenção”, por não trazer consigo a ideia de uma deficiência incurável (SILVA, 2009).

A impulsividade é a falha no controle dos impulsos. É baseada em atos de impulsão, que acontecem antes de serem pensados e analisados, como dar respostas precipitadas, interromper a fala de outras pessoas, dificuldade em esperar a vez, impaciência e sentimento de arrependimento, após ação sem pensar (DSM –IV, 2002).

A hiperatividade é o aumento da atividade motora. Pode ser apresentada tanto na forma física quanto mental. Na hiperatividade física a pessoa hiperativa é inquieta e está constantemente em movimento. É caracterizada pelo agitar das mãos, pés ou remexer-se na cadeira; pelos rabiscos constantes em papéis; correr ou escalar, quando isso é inapropriado; roer as unhas; dificuldade de realizar atividades silenciosas; mexer constantemente no cabelo; não conseguir ficar sentada por muito tempo; falar sempre e muito (DSM – IV,2002).

Já a mental pode ser entendida como um “chiado” cerebral, que prevalece em situações de não dormir à noite, porque o cérebro fica tão agitado que não consegue desligar; os pensamentos são intensos (SILVA, 2009, p.27).

Apesar do grande número de estudos já feitos, as causas do TDAH ainda são desconhecidas. A ideia mais aceita pelos estudiosos do tema é que existem fatores genéticos e ambientais que influenciam no desenvolvimento da doença (BRZOZOWSKI, BRZOZOWSKI, CAPONI, 2010, p. 898). Segundo Barkley (1997), a desatenção no TDAH decorre do mau funcionamento das funções executivas do cérebro, caracterizando-se por uma dificuldade em inibir comportamentos e de controlar as interferências. As consequências da falha neste processo inibitório seriam responsáveis pelas características de baixa tolerância à

espera, falta de um comportamento governado por regras e emissão de respostas rápidas, muitas vezes incorretas.

O diagnóstico do TDAH não é um fato médico e científico, mas um constructo baseado na mistura de expectativas pessoais, sociais, morais e econômicas (CALIMAN, 2008). O diagnóstico é essencialmente clínico, não há exames laboratoriais ou de imagem que possam auxiliar. O especialista conta apenas com seus conhecimentos técnicos, os critérios do DSM-IV ((BRZOWSKI, BRZOWSKI, CAPONI, 2010, p. 901) e a ajuda da família para obter informações sobre a história de vida da pessoa.

O diagnóstico do TDAH é determinado mediante a satisfação dos critérios estabelecidos pelo DSM –IV. Esses sintomas são observados considerando-se a persistência de sua manifestação e sua severidade (LARROCA, DOMINGOS, 2012, p. 560).

Vários critérios devem ser cumpridos para que ocorra o diagnóstico do TDAH–DSM-IV(1995), eles são: a presença imperativa de seis (ou mais) sintomas de desatenção e/ou seis (ou mais) sintomas de hiperatividade-impulsividade, que persistiram por pelo menos seis meses, em grau inadequado para o seu nível de desenvolvimento, e que influencia negativamente nas atividades sociais e acadêmico-ocupacionais. O prejuízo causado pelos sintomas deve estar presente em dois ou mais contextos (escola, trabalho, casa, vida social) e deve haver clara evidência de prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional.

O DSM–IV (2002) apresenta duas listas, cada uma com nove sintomas. A primeira inclui manifestações da Desatenção: não presta atenção a detalhes; comete erros em atividades escolares, trabalho e outros; dificuldade em manter atenção em atividades lúdicas e tarefas; parece não ouvir quando chamado; não segue instruções/não termina seus deveres escolares/tarefas domésticas; dificuldade para organizar-se; evita ou reluta em envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante; perde objetos necessários para realização das tarefas; é facilmente distraído por estímulos externos; apresenta esquecimento.

A segunda lista é composta por seis sinais de Hiperatividade e mais três de Impulsividade: remexe-se ou agita as mãos ou pés na carteira; dificuldade em permanecer sentado; corre ou escala em demasia em situações impróprias (em adultos, há um sentimento subjetivo de inquietação); dificuldade para brincar ou se envolver silenciosamente no lazer ou atividade; frequentemente “a mil” ou “a todo o vapor”; fala em demasia; responde perguntas antes de serem formuladas; dificuldade em esperar sua vez; interrompe conversas e se intromete.

Existe apenas um diagnóstico de TDAH com três formas de apresentação, de acordo com o tipo de sintomas predominantes: predominantemente desatento, predominantemente hiperativo/impulsivo e o combinado.

Para elaborar um diagnóstico correto dessa condição são necessárias várias avaliações, muitas vezes com abordagem multidisciplinar. A avaliação clínica com médico (neuropediatra ou psiquiatra) deve coletar informações não apenas da observação da criança na consulta, mas também realizar entrevista com os pais e/ou cuidadores dessa criança, solicitar informações da escola que a criança frequenta sobre seu comportamento, sociabilidade e aprendizagem, além da utilização de escalas de avaliação da presença ou gravidade dos sintomas. É necessária também a entrevista com a criança/adolescente, com o objetivo de excluir outros distúrbios, observar comportamentos e para adquirir informações indispensáveis.

Os pais são fontes de informação, pois apresentam o levantamento de queixas e sintomas, relato sobre o comportamento da criança em casa e atividades sociais. A criança/adolescente é parte central dessa avaliação e não deve ser analisada como um mero paciente e sim como um sujeito de ação e fonte de informação, assim, a entrevista pode ser aliada a observações e realização de jogos e brincadeiras.

Para a confirmação diagnóstica é necessário que os sintomas estejam presentes em mais de um ambiente, como casa e escola, por isso a visita à escola e entrevista com professores deve fazer parte do processo de avaliação do TDAH. Os professores trazem em sua avaliação a capacidade da criança em seguir regras, respeito às autoridades, relacionamento com adultos e crianças, sobre as dificuldades de aprendizagem, distinção entre os comportamentos esperados para a faixa etária e os comportamentos atípicos, e têm a possibilidade de identificar precocemente os sintomas que podem auxiliar a avaliação médica.

Outra etapa do diagnóstico é a aplicação de escalas e/ou testes psicológicos. As escalas são instrumentos que irão fornecer dados sistematizados, objetivos e quantitativos dos sintomas e podem ser aplicados em pais e professores. Os testes psicológicos não são decisivos para o diagnóstico, mas são fontes importantes, no entanto, deve-se observar se os testes são aprovados pelo Conselho Federal de Psicologia.

A escala ETDAH-AD auxilia no processo diagnóstico do TDAH, com a possibilidade de distinguir a apresentação do transtorno, a intensidade e o nível de prejuízo existente (leve, moderado ou grave). É composta por cinco fatores: desatenção, impulsividade, aspectos emocionais, autorregulação da atenção, da motivação e da ação. A partir dos resultados obtidos, procura identificar habilidades e o funcionamento neuropsicológico do sujeito, bem como o(s) comportamento(s) - alvo de intervenção (BENCSIK,2014).

A Escala de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade é um outro instrumento que avalia sintomas comportamentais do TDAH, em situação escolar, tendo o professor como fonte de informação. Tem a finalidade de subsidiar a avaliação psicológica e o processo psicodiagnóstico: avaliar a desatenção e a hiperatividade; avaliar problemas de aprendizagem e comportamento antissocial, monitorar os efeitos das intervenções (psicológica, psicopedagógica e medicamentosa) na escola (BENCSEK, 2014).

É importante também se considerar no processo diagnóstico a ocorrência de comorbidades, como dificuldades de aprendizagem, transtornos de conduta e de ansiedade (ANVISA, 2012).

Após o diagnóstico, essa criança necessitará de um acompanhamento específico para aprender a lidar e/ou controlar os sintomas, diminuindo, assim, prejuízos em outros aspectos de sua vida, como rendimento escolar e convívio social.

O tratamento do TDAH requer uma abordagem global e interdisciplinar, que inclui intervenções psicoeducativas (com a família, com a criança e com a escola), intervenções psicoterapêuticas, psicopedagógicas e reabilitação neuropsicológica e a intervenção farmacológica.

O tratamento farmacológico no Brasil é baseado nos estimulantes do sistema nervoso central, no caso, metilfenidato (Ritalina) e os antidepressivos tricíclicos. O metilfenidato representa 88% das prescrições e a imipramina (antidepressivo) 12% (SADEC, PEREIRA E CAMPESATTO – MELLA, 2009). Mas, os mesmos possuem efeitos adversos, o metilfenidato pode causar perda de apetite, irritabilidade, alteração de sono, dores de cabeça e abdominais.

O consumo de metilfenidato no Brasil, de 2009 a 2011, variou de 27,5% para UFD³/1000 habitantes de 6 a 59 anos a 74,8 % por DDD⁴/1000 crianças, com idade de 6 a 16 anos. O estado do Piauí, dentro da região Nordeste, obteve o maior consumo de metilfenidato de 2009 a 2011 (ANVISA, 2012).

O tratamento, incluindo ou não medicamento, deve ser longo o suficiente para o controle dos sintomas durante um período maior, contornando ou minimizando os problemas da vida escolar, familiar e social, e conscientizando acerca do transtorno, com o aprendizado de certas estratégias de comportamento.

O tratamento psicológico baseia-se em intervenções informativas sobre o transtorno, com o objetivo de ajudar a baixa estima, pois muitos sintomas do TDAH são interpretados

³ UFD: Unidade física dispensada = caixa vendida de medicamento.

⁴ DD: Dose diária definida.

como sinônimo de irresponsabilidade. Também utiliza estratégias de comportamento para administrar os sintomas. A psicoterapia ainda pode ser útil quando é necessário tratar as consequências do TDAH na vida de quem possui o transtorno e das pessoas importantes em sua vida.

Segundo Grevet, Abreu, Shanis (2003) as abordagens psicossociais possuem importância fundamental, pois têm por objetivo informar ao paciente sobre sua condição, podendo, também, melhorar seu desempenho cognitivo e comportamental nas situações e contextos onde os sintomas são mais prejudiciais. As abordagens psicoeducacionais visam a ajudar o paciente a reconhecer os sintomas de sua doença, interpretar os danos causados pela mesma e planejar estratégias de convívio com a doença.

Já a escola tem como papel planejar e implementar as técnicas e estratégias de ensino que melhor atendam às necessidades de aprendizagem de cada aluno.

2.2 Programa Saúde na Escola

O Programa Saúde na Escola (PSE) é uma política intersetorial da Saúde e da Educação que foi instituído em 2007. É uma estratégia de integração da saúde e educação para o desenvolvimento da cidadania e da qualificação das políticas públicas brasileiras. A articulação entre Escola e Rede Básica de Saúde é a base do Programa Saúde na Escola. As políticas de saúde e educação voltadas às crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira se unem para promover saúde e educação integral. (BRASIL, 2013).

Os principais objetivos deste Programa são: promover a saúde e a cultura de paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde; articular as ações da rede pública de saúde com as ações da rede pública de Educação Básica, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis; contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos; contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos; fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar; promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes; fortalecer a participação comunitária nas políticas de Educação Básica e Saúde, nos três níveis de governo (BRASIL, 2011).

O Programa Saúde nas Escolas está estruturado em quatro blocos. O primeiro consiste na avaliação das condições de saúde, envolvendo estado nutricional, incidência precoce de hipertensão e diabetes, saúde bucal (controle de cárie), acuidade visual e auditiva e avaliação psicológica do estudante. (BRASIL, 2011).

Em 2012, para inaugurar as ações do Programa, foi lançada a Semana Saúde na Escola, cujo tema de mobilização foi a “Prevenção à Obesidade”. Houve adesão de 1.938 municípios que receberam recurso financeiro específico ao registrarem ações. Aderiram um total de 22.096 escolas, com o apoio de 10.240 equipes de saúde da família para um total de 9.651.985 alunos.

O ano de 2013 foi marcado pela Universalização, ou seja, todos os municípios brasileiros poderiam aderir ao PSE e contar com o apoio dos consultórios itinerantes odontológicos e oftalmológicos para realização de ações de saúde bucal e acuidade visual, cujos planos de ação estão sendo idealizados pelos estados contemplados. (BRASIL, 2013). No PIAUI em 2013 a Secretaria de Estado da Saúde (Sesapi) conseguiu a adesão de 214 municípios ao Programa Saúde na Escola (PSE). (SESAPI, 2013)

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa do tipo descritiva e exploratória. A pesquisa descritiva se refere aos fatos que são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados, sem que o pesquisador interfira neles. Isto significa que os fenômenos do mundo físico e humano são estudados, mas não manipulados pelo pesquisador. (MARCONI, LAKATOS, 2009).

A pesquisa exploratória proporciona maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito. Seu planejamento é bastante flexível, de modo que possibilita a consideração dos mais variados aspectos relativos ao fato estudado. (GIL, 2007).

3.2 Cenário da pesquisa

A pesquisa foi realizada na cidade de Teresina, Piauí. Os locais do estudo foram em seis escolas da Rede Municipal de Ensino da zona sul, que participam do Programa Saúde na Escola (PSE). A amostra das escolas municipais foi estratificada a partir das zonas urbanas e foi escolhida aquela que possui maior representatividade, por ter o maior número de escolas.

3.3 População e amostra

Os participantes da pesquisa foram alunos de 7 a 10 anos que estudam no ensino fundamental, indicados pela coordenação e equipe docente de cada escola. Os critérios utilizados pelos profissionais da escola foram: alunos que apresentavam os sintomas do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade; alunos que os professores suspeitavam ter o TDAH, devido ao comportamento em sala de aula.

A escolha da amostra foi acidental. Foram convidados todos os pais/responsáveis dos estudantes indicados e a pesquisa foi realizada com os que compareceram no dia e horário solicitado.

Foram indicadas pela Fundação Municipal de Saúde 30 escolas da zona sul que possuíam o PSE, mas, ao contactar as escolas, somente seis possuíam o programa, razão pela qual não foi possível a realização da pesquisa com número definido para a amostra (60 participantes), portanto, a amostra avaliada foi de 31 crianças, contemplando 100% dos casos.

3.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no período de novembro a dezembro de 2013. Os dados foram coletados nas escolas, por meio de questionário, com os pais/responsáveis das crianças indicadas, sem o contato com as crianças.

3.5 Análise dos dados

Após a realização da coleta, os dados foram tabulados e analisados através do programa Excel, utilizando estatística descritiva.

3.6 Aspectos éticos da pesquisa

A coleta de dados ocorreu de novembro a dezembro de 2013, a partir da aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade UNINOVAFAPI (CEP), com o CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética) 19928513.6.0000.5210, aprovado em 27 de novembro de 2013. Todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sabendo que lhes é confiado o direito de sigilo absoluto de identidade, desligando-se do estudo a qualquer momento, obedecendo às diretrizes e normas da Resolução Nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre pesquisas com seres humanos. A identidade dos participantes não será revelada publicamente, em hipótese alguma, e somente os pesquisadores envolvidos nesse projeto terão acesso a essas informações, podendo ser utilizadas apenas para fins científicos. O participante teve total liberdade para esclarecer qualquer dúvida durante o andamento da pesquisa com o pesquisador orientador. Foi entregue ao mesmo uma cópia deste Termo de Consentimento. A Coleta de dados foi realizada individualmente e sem a interferência de funcionários e alunos da escola.

4 RESULTADOS

4.1 Manuscrito 1 – Artigo

O TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE EM CRIANÇAS DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

THE ATTENTION DEFICIT DISORDER AND HYPERACTIVITY IN CHILDREN IN SCHOOL HEALTH PROGRAM

Renata Laís Rodrigues dos Santos
José Nazareno Pearce de Oliveira Brito
Dyego de Carvalho Costa
Eliana Campêlo Lago

Resumo: O artigo tem como objeto de estudo o diagnóstico e o tratamento do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade em crianças do Programa Saúde na Escola. O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade é uma síndrome de etiologia multifatorial, dependente de fatores genéticos familiares, adversidades biológicas e psicossociais, caracterizada pela presença de um desempenho inapropriado nos mecanismos que regulam a atenção, a flexibilidade e a atividade motora. A prevalência de indivíduos em todo o Brasil é de 5,8%. Entre crianças e adolescentes foi estimada em 5,29%. O Programa Saúde na Escola (PSE) é uma política intersetorial da Saúde e da Educação, uma estratégia de integração da saúde e educação para o desenvolvimento da cidadania e da qualificação das políticas públicas brasileiras. Os objetivos foram: avaliar os casos diagnosticados de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade em escolas do Programa Saúde na Escola, investigar os critérios diagnósticos utilizados, identificar o perfil das crianças com essa hipótese diagnóstica e verificar as formas de tratamento que foram adotadas para essas crianças. Foram coletadas informações de 31 crianças de 7 a 10 anos, da rede municipal de ensino da zona sul da cidade de Teresina (PI), que a escola indicava possuir o transtorno. Foi utilizado um questionário para coleta das informações junto aos pais/responsáveis. Os resultados confirmaram a prevalência maior de TDAH em meninos, indicaram o não uso de critérios diagnósticos clínicos, a baixa frequência de crianças com laudos médicos confirmando o transtorno e o não tratamento médico e acompanhamento multidisciplinar necessário a essas crianças. Portanto, as crianças indicadas pela escola não possuíam o diagnóstico do transtorno, mesmo

apresentando sinais e sintomas do mesmo, as mesmas não haviam passado por uma avaliação para confirmar ou descartar a presença do mesmo.

Palavras-chave: Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade; Crianças; Programa Saúde na Escola.

Abstract: This paper focus on the diagnosis and treatment of the Attention deficit hyperactivity disorder in children that take part of Saúde na Escola Program. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is a multifactorial etiology disorder that depends on genetical factors – family, biological and psychosocial adversities, characterized by the presence of an inappropriate performance of the mechanisms that regulate attention, reflexibility and the motor activity. The prevalence of individuals in Brazil is 5.8%. Among children and teenagers it was estimated in 5.29%. The School Health Program (PSE) is an intersectoral policy of Health and Education, an integration strategy of health and education for citizenship and qualification of Brazilian public policy.

It aims to evaluate the diagnosed cases of the disorder in schools that are part of The School Health Program, to investigate the diagnosis criteria used, to identify the profile of the children with this diagnosis hypothesis and to verify the way those children were treated. Information was collected from 31 children who are at 7 to 10 years of age and study in public municipal schools in the south area in the city of Teresina (PI) through the use of a questionnaire with their parents or the people who are responsible for them. It could be confirmed through the research the highest prevalence of ADHD is among boys, there are not clinical diagnosis criteria, the low frequency of children with medical diagnosis that confirms the disorder and the lack of medical treatment as well as a multidisciplinary follow up necessary for those children. Therefore, children indicated by the school did not have the diagnosis of the disorder , even with signs and symptoms of it, they had not gone through an evaluation to confirm or rule out the presence of the same

Keywords: Attention deficit hyperactivity disorder; children; Saúde na Escola Program

Introdução

Os primeiros estudos sobre desordens de atenção datam de 1775, com o médico alemão Melchior Adam Weikard¹, e apontam uma evolução e construção tanto de nomenclatura quanto de definição de sinais e sintomas. Atualmente o diagnóstico baseia-se pelo DSM IV².

Diante dessa evolução e delimitação conceitual de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), encontram-se ainda muitas dúvidas, mitos e pensamentos equivocados, tais como: que se trata de uma deficiência, que as crianças sejam mal-educadas ou não possuem limites, entre outros. Mas existe um outro contexto da propagação do termo, que provoca rótulos nas crianças, generalizando comportamentos, produzindo diagnósticos sem os devidos critérios, como forma de justificar as condutas infantis.

O TDAH se trata de um conjunto de fatores que causam desordem comportamental, interferem em aspectos da vida diária, como atividades pessoais, relações familiares, rendimento escolar, autoestima e até em adaptação às normas sociais. Esse transtorno não é uma produção cultural, é transtorno real, que afeta a capacidade de manter a atenção concentrada, controle de impulsos e apresenta comportamentos excessivos.

As características do TDAH aparecem na infância e persistem até a fase adulta. A prevalência do TDAH no mundo é de 8 a 12%, sendo este o motivo mais frequente de consultas nos serviços de saúde mental³. Já a prevalência de indivíduos em todo o Brasil foi de 5,8%. Entre crianças e adolescentes foi estimada em 5,29% e a taxa de confirmação diagnóstica foi de 7,6% para indivíduos entre 14 e 17 anos, 5,2% para indivíduos entre 18 e 44 anos e 6,1% para indivíduos maiores de 44 anos⁴.

Sobre o diagnóstico, é importante a discussão e divulgação desses critérios, muitas vezes desconhecidos, gerando estigmas em crianças, falta de cuidado e tratamento adequado para quem possui o transtorno. O diagnóstico do TDAH requer a identificação de

comportamentos específicos, presentes em mais de um contexto, como na escola, em casa ou em ambientes sociais.

Não existe ainda nenhum exame médico ou teste psicológico que faça esse diagnóstico sozinho. São necessárias avaliações multidisciplinares, com médicos neuropediatras, entrevistas com as famílias e a criança, avaliação psicológica, com aplicação de escalas. É importante a participação da escola, por meio de avaliação pedagógica sobre o comportamento, desempenho acadêmico, relatando este e outros aspectos observados para subsidiar a avaliação dos profissionais envolvidos. Ainda pode ser recomendada a avaliação psicopedagógica e fonoaudiológica.

O tratamento de TDAH pode acontecer de duas formas distintas ou associadas: acompanhamento multidisciplinar e medicamentoso. O tratamento farmacológico deve ser prescrito exclusivamente pelo médico o mesmo pode ser feito com três grupos de medicamentos: os psicoestimulantes, os antidepressivos e a atomoxatina.

Na primeira escolha para esse tratamento estão os psicoestimulantes e, dentro de seu grupo, o metilfenidato é a substância frequentemente utilizada⁵. No Brasil, o metilfenidato representa 88% das prescrições e a imipramina (antidepressivo) 12%, enquanto o acompanhamento com equipe multidisciplinar deve ser composto pelos pais, por professores, psicólogos, psicopedagogos e fonoaudiólogos⁶.

O Programa Saúde na Escola (PSE) é uma proposição intersetorial entre os Ministérios da Saúde e da Educação, na perspectiva da atenção integral (prevenção, promoção e atenção) à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino básico público. O programa defende que “as práticas em educação e saúde devem considerar os diversos contextos com o objetivo de realizar construções compartilhadas de saberes sustentados pelas histórias individuais e coletivas”⁷.

As diretrizes do PSE buscam gerar a articulação de saberes, a participação dos educandos, pais, comunidade escolar e sociedade em geral, na construção das políticas públicas da saúde e educação, e promover a saúde e a cultura da paz, favorecendo a prevenção de agravos à saúde, fortalecendo a relação entre as redes públicas de saúde e de educação⁷.

A avaliação cuidadosa de uma criança com suspeita desse transtorno é necessária, bem como a possibilidade e a efetivação de um tratamento adequado. Essa temática tem sido muito discutida, sendo do âmbito educacional, da psicologia, da saúde pública. Dada a sua relevância, definiu-se como objeto de estudo o diagnóstico e o tratamento do TDAH em crianças do Programa Saúde na Escola. Os objetivos desta pesquisa são identificar os casos diagnosticados de TDAH em escolas do Programa Saúde na Escola, investigar os critérios diagnósticos utilizados, identificar o perfil das crianças com essa hipótese diagnóstica e verificar as formas de tratamento que foram adotadas para essas crianças.

Métodos

Foi desenvolvida uma pesquisa de campo, de abordagem quantitativa descritiva e exploratória. O estudo foi realizado na cidade de Teresina (PI), nas escolas municipais da zona sul que fazem parte do Programa Saúde na Escola. A escolha da amostra foi acidental, foram convidados todos os pais/responsáveis dos estudantes indicados e a pesquisa foi realizada com os que compareceram no dia e horário solicitado.

A amostra foi composta por 31 participantes. Foram alunos de 7 a 10 anos, que estudam no ensino fundamental, indicados pela coordenação e equipe docente de cada escola. Os critérios utilizados pelos profissionais da escola foram: alunos que apresentavam os sintomas do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade; alunos que os professores suspeitavam ter o TDAH devido aos comportamentos em sala de aula. Como critério de

exclusão estavam crianças acima de 10 anos e que possuíam outras comorbidades, como baixa visão e deficiência mental.

O questionário foi aplicado individualmente com pais ou responsáveis dos estudantes, que receberam explicação verbal sobre a pesquisa e os que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 2). Os dados foram coletados após autorização do local do estudo e do Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade NOVAFAP, respeitando a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa foi autorizada sob o número CAAE 19928513.6.0000.5210. O processamento e a análise dos dados foram realizados através de estatística descritiva do programa Excel.

Resultados e Discussão

O perfil dos estudantes, 22 meninos e 9 meninas, aponta que há uma maior prevalência de meninos com sintomas do TDAH, numa proporção de sete meninos para três meninas, corroborando com os estudos de Sabec, Pereira, Mella⁶, que apontam o predomínio do TDAH em meninos. Os estudos de Anselmi *et al.*⁸ também indicam os meninos com mais problemas de atenção e hiperatividade. Camargo Jr e Nicolato⁹ defendem que o índice de homens serem os alvos mais frequentes pode ser explicado pelo fato de que eles são afetados pela forma hiperativa, que é o sintoma mais aparente e de maior incômodo (Tabela 1).

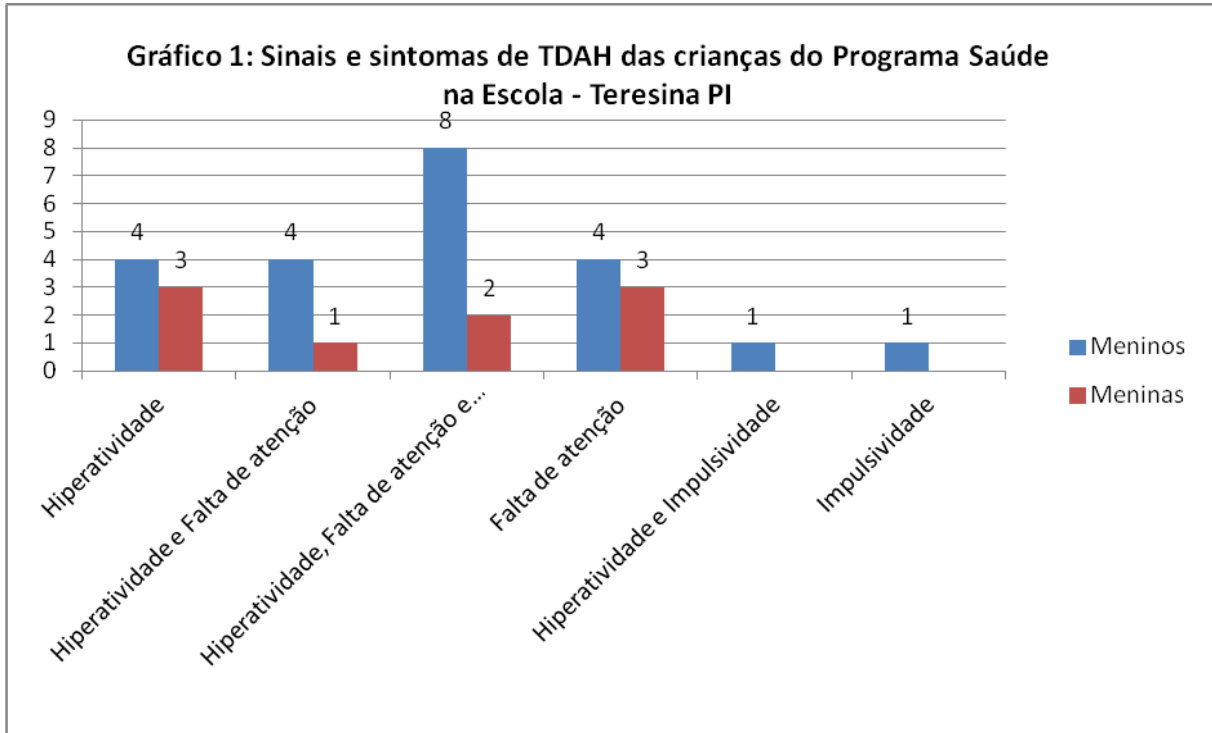
Ainda sobre as características, tem-se que 74% das crianças avaliadas nunca haviam sido reprovadas, contrariando os estudos de Serra - Pinheiro *et al.*¹⁰, que indicam correlação entre o transtorno e o fracasso escolar, citando este como ameaça ao bom desempenho acadêmico. D'Abreu e Marturano¹¹ também evidenciam a coocorrência do baixo desempenho escolar, mas apontam, ainda, que essa ocorrência tem influência de variáveis antecedentes, como baixo nível econômico e condições adversas na família.

Tabela 1: Perfil das crianças de 7 a 10 anos do Programa Saúde na Escola que apresentam sintomas de TDAH – Teresina PI

Característica	N	%
Sexo		
Masculino	22	70%
Feminino	9	30%
Total	31	100%
Reprovação Escolar		
Sim	8	26%
Não	23	74%
Total	31	100%
Estado Civil dos pais		
Solteiro	8	26%
Casado/União Estável	19	61%
Divorciado/Separado	4	13%
Viúvo	0	0%
Total	31	100%
Familiares com TDAH		
Sim	11	35.5%
Não	29	65%
Total	31	100%
Parentesco de Familiares com TDAH		
Mãe	2	18%
Irmãos	9	82%
Total	11	100%

Fonte: Escolas Municipais da Zona Sul

Na avaliação de sinais e sintomas apresentados pelas crianças (Gráfico 1), encontra-se nos meninos um maior índice em todos os critérios, que corroboram com os estudos de Pereira, Santos e Feitosa¹², sendo o critério mais indicado a tríade dos sintomas falta de atenção, hiperatividade e impulsividade. Azevedo *et al.*¹³ relatam também esse grupo de sintomas em 24,5% dos participantes de sua pesquisa.



Dos alunos que a escola indicava possuir TDAH somente três possuíam laudo médico confirmando o diagnóstico. (Tabela 2) A falta de laudo dos alunos indicados pela escola apresenta indícios para alguns questionamentos: os alunos foram encaminhados pelo colégio para alguma avaliação? A escola, configurada no corpo docente, sabe para quem e como encaminhar esses alunos?

Tabela 2: Avaliação Médica para diagnóstico de TDAH, utilizada nas crianças do Programa Saúde na Escola – Teresina PI

DIAGNÓSTICO	N	%
Consulta com Neurologista		
Sim	9	29%
Não	22	71%
Total	31	100%
Filho fez exames neurológicos		
Sim	8	89%
Não	1	11%
Total	9	100%
Exames realizados		
Ressonância Magnética	1	12,50%
Tomografia do Crânio	2	25%
Outros	5	62,50%
Total	8	100%
Laudos de TDAH		
Sim	3	10%
Não	28	90%
Total	31	100%

Fonte: Escolas Municipais da Zona Sul

Dos alunos investigados, somente sete passaram por avaliação psicológica (Tabela 3). Esses dados contrariam as indicações científicas de como deve ser essa investigação clínica. O diagnóstico do TDAH é realizado predominantemente através de uma minuciosa investigação clínica da história do paciente e da realização de um processo amplo, em que possam ser utilizados vários recursos instrumentais. O uso de uma testagem psicológica é relevante tanto para clareamento do diagnóstico como para o planejamento de uma intervenção. O uso de escalas, de testes psicológicos e neuropsicológicos é opção viável, capaz de fornecer um número significativo de informações. Quanto mais completa e criteriosa for a avaliação em termos instrumentais e multidisciplinares, menor a possibilidade de equívoco diagnóstico e maiores são os recursos que o profissional dispõe para traçar uma intervenção adequada.¹⁴

Sobre o processo diagnóstico pode-se, então, verificar que o PSE não está cumprindo plenamente o seu papel de prevenção e promoção de saúde, pois não está realizando os encaminhamentos necessários para esses alunos. E foi evidenciada a necessidade de uma melhor articulação das políticas públicas de saúde e educação, de modo a garantir os diagnósticos, tratamento e acompanhamento sistemático.

Tabela 3: Avaliação Psicológica para diagnóstico de TDAH, utilizada nas crianças do Programa Saúde na Escola – Teresina PI

Consulta com Psicólogo	N	%
Sim	7	22,50%
Não	24	77,50%
Total	31	100%
Avaliação Psicológica		
Com pais	0	0%
Com a criança	1	14%
Com pais e criança	6	86%
Total	7	100%

Fonte: Escolas Municipais da Zona Sul

Os números sobre o uso da medicação para o tratamento do transtorno estão em desacordo com a maioria dos estudos nacionais e internacionais, pois o estudo apresenta pouco uso de fármacos e somente uma criança faz o uso do metilfenidato. Jou *et al.*¹⁵ apontam que 33% de crianças de escolas municipais faziam o uso de medicação e acompanhamento psicoterápico, 30% o uso somente de remédios, sendo que uma das hipóteses seja a ausência dos laudos respectivos, fator indispensável para a adoção do uso de medicação, quando necessário (Tabela 4).

Louza e Mattos⁵ afirmam que o tratamento farmacológico do TDAH é feito com três grupos de medicamentos: os psicoestimulantes, os antidepressivos e a atomoxatina, revelando que os psicoestimulantes são considerados a primeira escolha e, dentro de seu grupo, o

metilfenidato é a substância frequentemente utilizada, embora seu uso em adultos seja relativamente recente.

Sadec, Pereira e Campesatto – Mella⁶ também apontam para o tratamento medicamentoso o uso de estimulantes do Sistema Nervoso Central, sendo o metilfenidato o mais usado no Brasil e os antidepressivos usados em casos de não resposta aos estimulantes. O metilfenidato representa 88% das prescrições e a imipramina (antidepressivo) 12%.

Segundo o boletim da ANVISA³ o consumo de metilfenidato no Brasil, de 2009 a 2011, foi em média de 27,4% para UFD (caixa vendida separadamente) por 1000 crianças com idade de 6 a 16 anos, na região Nordeste, sendo o estado do Piauí o maior consumidor desta região. Mattos, Rohd, Polanczyk¹⁶ defendem que o número de estimulantes vendidos no Brasil, entre 2000 e 2010, corresponde a um número maior que o esperado de pacientes com TDAH em tratamento e afirmam que 30% dos pacientes com TDAH não reagem aos estimulantes e devem ser tratados com outros medicamentos.

Camargo Jr e Nicolato⁹ apontam o aumento dos estimulantes de longa duração no Brasil e sua relação com o poder econômico da família. Portanto, pode-se justificar os dados apresentados pelo baixo nível econômico das famílias, que buscam o ensino municipal, e questionar quais pessoas estão fazendo o uso do metilfenidato no Piauí.

Sadec, Pereira e Campesatto – Mella⁶ indicam ainda um outro tipo de tratamento, através de equipe multidisciplinar, composta por pais, professores e terapeutas, pois a medicação é uma intervenção complementar, que juntamente com técnicas psicoterápicas completam um conjunto de ações no acompanhamento do TDAH.

Tabela 4: Tratamento Médico e Farmacológico e Acompanhamento Multidisciplinar das crianças do Programa Saúde na Escola – Teresina PI

TRATAMENTO	N	%
Acompanhamento médico		
Sim	12	39%
Não	19	61%
Total	31	100%
Especialidade/acompanhamento médico		
Neurologista	4	33%
Pediatra	6	50%
Outros	2	17%
Total	12	100%
Uso de medicamento		
Sim	5	16%
Não	26	84%
Total	31	100%
Medicamento usado		
Ritalina (metilfenidato)	1	20%
Outros	4	80%
Total	5	100%
Acompanhamento psicológico		
Sim	1	3%
Não	30	97%
Total	31	100%
Acompanhamento psicopedagógico		
Sim	4	13%
Não	27	87%
Total	31	100%
Acompanhamento fonoaudiológico		
Sim	3	10%
Não	28	90%
Total	31	100%
Acompanhamento diferenciado na escola		
Sim	4	13%
Não	22	87%
Total	31	100%

Fonte: Escolas Municipais da Zona Sul

Existem dados em discordância na pesquisa, pois os dados indicam que quatro alunos fizeram avaliação neurológica, três alunos possuem o laudo de TDAH e cinco alunos fazem o uso de medicação de uso contínuo. Destes que usam o tratamento farmacológico, somente um

faz o uso de medicação específica (metilfenidato). Infere-se, assim, que há o uso de fármacos para outras demandas e os professores não estão sabendo distinguir os sintomas desse transtorno e de outras síndromes, rotulando os estudantes sem o respectivo diagnóstico de TDAH.

Conclusão

O presente estudo demonstra que, sobre o perfil das crianças avaliadas, observou-se a prevalência maior em meninos e um baixo índice de fracasso escolar. Os alunos não passaram por um processo diagnóstico completo: a escola indicou o transtorno, mas eles não foram avaliados por uma equipe multidisciplinar para confirmar a suspeita. Portanto, houve baixa frequência de crianças com laudos médicos confirmando o transtorno, inferindo-se que escola não conta com o suporte necessário para a identificação dos sintomas e não encaminha os alunos para a avaliação pertinente.

O Programa Saúde na Escola, durante nossa pesquisa, foi encontrado somente no papel de instituições gestoras. De fato, em alguns colégios não havia a implantação e nem o funcionamento do programa. E nas escolas que possuem o PSE, o mesmo não atua de forma eficiente na garantia de promoção e cuidado aos alunos.

Sobre o tratamento, o estudo apontou o não tratamento médico e acompanhamento multidisciplinar necessário a essas crianças. E ainda indicou contradições nos dados sobre o uso de medicação no estado, não confirmando os dados sobre a comercialização e uso da Ritalina no Piauí.

Referências

1. BARKLEY, R.A; PETERS, H. *The Earliest Reference to ADHD in the Medical Literature?* Journal of Attention Disorders 2012 16: 623 . Downloaded from jad.sagepub.com at UNIV FEDERAL DE SAO PAULO on April 3, 2014
2. American Psychiatric Association. DSM-IV. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Porto Alegre : ARTMED, 2012, 4a. ed.
3. ANVISA. Prescrição e Consumo de Metilfenidato no Brasil: Identificando os riscos para monitoramento e controle sanitário. *Boletim de Farmacoepidemiologia*. Ano 2, nº2, jul./dez. de 2012. [Acessado 2013 Abr 16] Disponível em: <
http://www.anvisa.gov.br/sngpc/boletins/2012/boletim_sngpc_2_2012_corrigido_2.pdf
f>
4. Polanczyk, Guilherme Vanoni; Rhode, Luis Augusto Paim. *Estudo de Prevalência do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade na infância, adolescência e idade adulta*. Tese de Doutorado, 2008. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria
5. Louza, Mario R.; Mattos, Paulo. Questões atuais no tratamento farmacológico do TDAH em adultos com metilfenidato. *J. bras. psiquiatr.*, Rio de Janeiro , v. 56, supl. 1, 2007 . [Acessado 2014 Jan. 21]. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852007000500012&lng=en&nrm=iso>.
6. Sabec, D. K.; Pereira, K. F.; Campesatto-Mella, E. A. Acompanhamento de pacientes com transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) em tratamento medicamentoso. *Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR*, Umuarama, v. 13, n. 3, p. 223-229, set./dez. 2009.

7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Instrutivo PSE* / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.
8. ANSELMÍ, Luciana *et al.* Early determinants of attention and hyperactivity problems in adolescents: the 11-year follow-up of the 1993. Pelotas (Brazil) birth cohort study. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 10, Oct. 2010. [Acessado 2014 Jan.21]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010001000012&lng=en&nrm=iso>.
9. Camargos Jr., Walter; Nicolato, Rodrigo. Características das prescrições no transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. *J. bras. psiquiatr.*, Rio de Janeiro, v. 58, n. 3, 2009 . [Acessado 2014 Jan. 21]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852009000300009&lng=en&nrm=iso>.
10. Serra-Pinheiro, Maria Antonia *et al.* Inattention, hyperactivity, oppositional-defiant symptoms and school failure. *Arq. Neuro-Psiquiatr.*, São Paulo , v. 66, n. 4, Dec. 2008. [Acessado 2014 Jan.21]. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2008000600010&lng=en&nrm=iso>.
11. D'abreu, Lylla Cysne Frota; Marturano, Edna Maria. Associação entre comportamentos externalizantes e baixo desempenho escolar: uma revisão de estudos prospectivos e longitudinais. *Estud. Psicol. (Natal)*, Natal , v. 15, n. 1, Apr. 2010. [Acessado 2014 Jan. 21]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2010000100006&lng=en&nrm=iso>.

12. Pereira, Valéria Reis Do Canto; Santos, Teresa Maria Momensohn; Feitosa, Maria Angela Guimarães. Sinais comportamentais dos Transtornos do Déficit de Atenção com Hiperatividade e do Processamento Auditivo: a impressão de profissionais brasileiros. *Audiol., Commun. Res.*, São Paulo, v. 18, n. 1, mar. 2013. [Acessado 2014 Jan. 21]. Disponível em:
[<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-64312013000100003&lng=pt&nrm=iso>.](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-64312013000100003&lng=pt&nrm=iso)
13. Azevedo, Paulo Verlaine Borges *et al.* Attention deficit/hyperactivity disorder symptoms in indigenous children from the Brazilian Amazon. *Arq. Neuro-Psiquiatr.*, São Paulo, v. 68, n. 4, Aug. 2010. [Acessado 2014 Jan.21]. Disponível em:
[<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2010000400012&lng=en&nrm=iso>.](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2010000400012&lng=en&nrm=iso)
14. Graeff, Rodrigo Linck; Vaz, Cícero E.. Avaliação e diagnóstico do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). *Psicol. USP*, São Paulo, v. 19, n. 3, Set. 2008. [Acessado 2014 marc 16]. Disponível em
[<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-51772008000300005&lng=pt&nrm=iso>.](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-51772008000300005&lng=pt&nrm=iso)
15. Jou, Graciela Inchausti de *et al.* Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade: um olhar no ensino fundamental. *Psicol. Reflex. Crit*, Porto Alegre, v. 23, n. 1, Apr. 2010. [Acessado 2014 Jan. 21]. Disponível em:
[<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722010000100005&lng=en&nrm=iso>.](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722010000100005&lng=en&nrm=iso)
16. Mattos, Paulo; Rohde, Luis Augusto; Polanczyk, Guilherme V. O TDAH é subtratado no Brasil. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, v. 34, n. 4, Dec. 2012 . [Acessado 2014 Jan. 21].

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462012000400023&lng=en&nrm=iso>.

4.2 Produto: Cartilha - O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade: Cartilha de Orientação para Educadores





CRITERIOS DIAGNÓSTICOS
DSM – IV

- Os sintomas devem ser constantes, com duração mínima de 6 meses, apresentados antes dos 7 anos
- Está presente em mais de um contexto (casa, escola)
- Deve causar interferência significativa na capacidade funcional da criança

Desatenção:

- Não presta atenção a detalhes/comete erros em atividades escolares, trabalho e outros;
- Dificuldade em manter atenção em atividades lúdicas e tarefas;
- Parece não ouvir quando chamado;
- Não segue instruções/ não termina seus deveres escolares, tarefas domésticas;
- Dificuldade para organizar-se;



- Evita ou reluta em envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante;
- Perde objetos necessários para realização das tarefas;
- É facilmente distraído por estímulos externos;
- Apresenta esquecimento.

Hiperatividade:

- Remexe-se ou Agita as mãos ou pés na carteira
- Dificuldade em permanecer sentado
- Corre ou escala em demasia em situações impróprias (em adultos, há um sentimento subjetivo de inquietação)
- Dificuldade para brincar ou se envolver silenciosamente no lazer ou atividade
- Frequentemente está "a mil" ou "a todo o vapor"
- Fala em demasia

Impulsividade

- Responde perguntas antes de serem formuladas
- Tem dificuldades em esperar sua vez
- Interrompe conversas e se intromete



O PROCESSO DIAGNÓSTICO

O diagnóstico de TDAH é clínico, não existe exame físico e neurológico que faça sozinho o diagnóstico. É necessário um processo de avaliações com uma abordagem multidisciplinar. Depois de todas as informações o médico avalia se o paciente preenche os critérios do DSM-IV

- Entrevista com os pais**
Para conhecer histórico familiar, desenvolvimento da criança, relato sobre o comportamento da criança em casa e atividades sociais.
- Entrevista com a criança**
Para excluir outros distúrbios, observar comportamentos e adquirir informações.
- Escala e testes psicológicos**
Parte essencial da avaliação. Fornecem informações diretas e claras.



- Informações da escola**
As observações dos professores, que estão várias horas do dia com a criança, são importantes, pois vêm alinhadas com o processo de aprendizagem e indica o relacionamento da criança com adultos e outros alunos.
- Avaliação Médica**
Médico neuropediatra ou psiquiatra infantil.
- Avaliação Psicológica**
Avaliação de comportamentos, exclusão de outros transtornos.
- Avaliação Psicopedagógica**
Importante para excluir dificuldades de aprendizagem.
- Avaliação Fonoaudiológica**



TRATAMENTO

1) Intervenções psicoeducacionais

- Com a família
- Com o paciente
- Com a escola

2) Farmacológico

Deve ser indicada somente por médico especialista. É importante observar que não são todas as crianças que necessitam desse tipo de intervenção.

As medicações são importantes, mas, como todo e qualquer remédio, possuem efeitos colaterais.

3) Psicoterapia

Indicada tanto para a criança como para família, para trabalhar os comportamentos característicos do transtorno, como os sentimentos.

4) Psicopedagogia

Indicada para trabalhar as dificuldades na aprendizagem decorrentes do déficit de atenção.

5) Atividades esportivas

Ajuda na socialização, melhora a autoestima, ensina respeito às regras, à importância do trabalho coletivo, a seguir uma hierarquia de comando.



ORIENTAÇÕES AOS PROFESSORES

Algumas estratégias podem ser adotadas em sala de aula para melhorar a capacidade de atenção, facilitando assim a aprendizagem.

- Estabeleça rotinas, mantenha a sala de aula organizada;
- Crie as regras da sala de aula e as coloque num espaço de fácil visualização para os alunos;
- Evite excesso de informações em sala de aula, como desenhos, cartazes, materiais à mostra;
- Faça adaptações ambientais na sala de aula: mudar as mesas e/ou cadeiras para evitar distrações.
- Dê orientações e faça solicitações claras e diretas;
- Oriente que os alunos sentem nas primeiras carteiras da sala de aula;
- Inicie a aula com as matérias mais difíceis;



MITOS SOBRE TDAH

- O TDAH não existe, é resultado dos tempos modernos.
- TDAH é má-criação, é criança sem limites.
- Os sintomas desaparecem no final da adolescência.
- As crianças com TDAH são menos inteligentes que a população geral.
- A parte mais importante do tratamento é o medicamentoso.
- Toda criança com TDAH é hiperativa.
- O diagnóstico de TDAH é desculpa para um baixo rendimento escolar.



Sugestões para consulta

Livros

MACHADO, Rose Elaine Sgrolia. *Inclusão Educacional: Eu tenho déficit de atenção*. São Paulo: Editora Rideel Ltda, 2008

SILVA, Ana Beatriz Barbosa Silva. *Mentes Inquietas: TDAH: Desatenção, Hiperatividade e Impulsividade*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009

PHELAN, Thomas W. *TDA/ TDAH- Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade*. São Paulo: M Books do Brasil Editora Ltda, 2005

Sites

ABDA - Associação Brasileira do Déficit de Atenção

www.tdah.com.br

TDAH EM FOCO

www.tdahemfoco.com.br

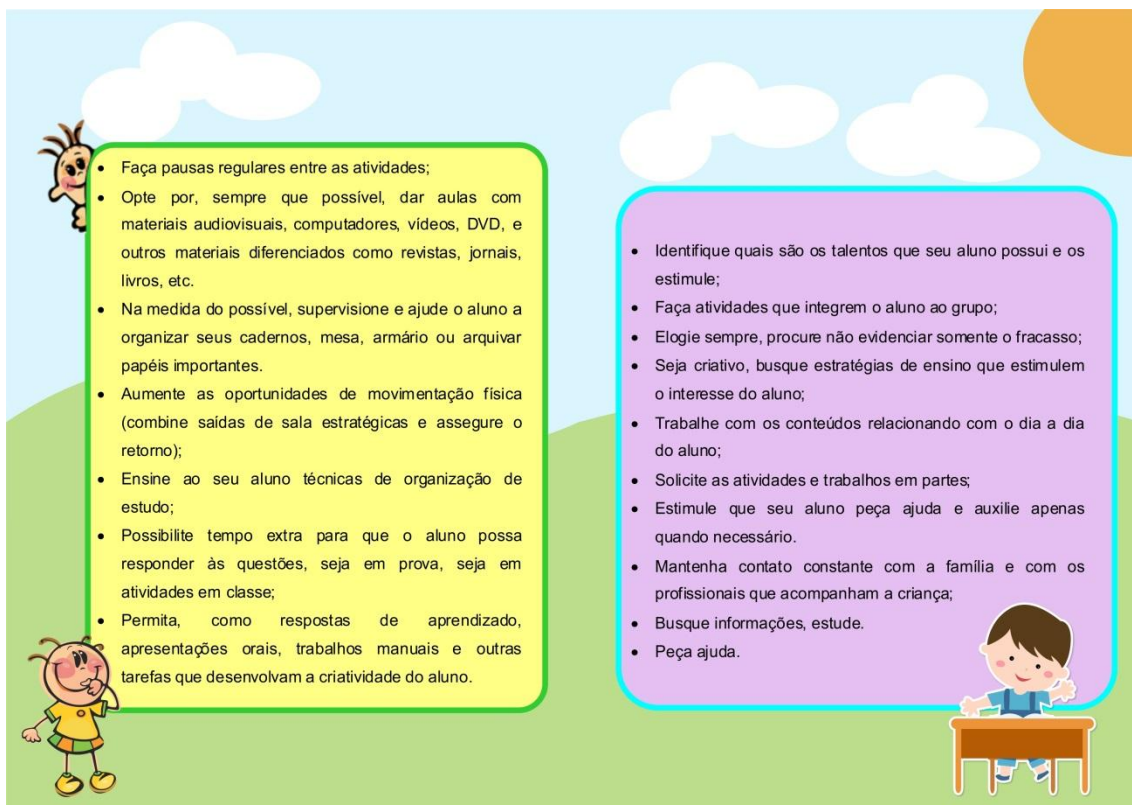
Universo TDAH

www.universotdah.com.br

TDAH na net

www.tdah.net.br





- Faça pausas regulares entre as atividades;
- Opte por, sempre que possível, dar aulas com materiais audiovisuais, computadores, vídeos, DVD, e outros materiais diferenciados como revistas, jornais, livros, etc.
- Na medida do possível, supervisione e ajude o aluno a organizar seus cadernos, mesa, armário ou arquivar papéis importantes.
- Aumente as oportunidades de movimentação física (combine saídas de sala estratégicas e assegure o retorno);
- Ensine ao seu aluno técnicas de organização de estudo;
- Possibilite tempo extra para que o aluno possa responder às questões, seja em prova, seja em atividades em classe;
- Permita, como respostas de aprendizado, apresentações orais, trabalhos manuais e outras tarefas que desenvolvam a criatividade do aluno.

- Identifique quais são os talentos que seu aluno possui e os estimule;
- Faça atividades que integrem o aluno ao grupo;
- Elogie sempre, procure não evidenciar somente o fracasso;
- Seja criativo, busque estratégias de ensino que estimulem o interesse do aluno;
- Trabalhe com os conteúdos relacionando com o dia a dia do aluno;
- Solicite as atividades e trabalhos em partes;
- Estimule que seu aluno peça ajuda e auxilie apenas quando necessário.
- Mantenha contato constante com a família e com os profissionais que acompanham a criança;
- Busque informações, estude.
- Peça ajuda.



5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em relação ao Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade a pesquisa revela que existem poucas crianças com diagnóstico nas escolas que possuem o PSE, mesmo havendo um grande número de alunos indicados pelos colégios com sintomas do transtorno. Os alunos não passaram por um processo diagnóstico completo, este sendo feito somente pelo médico neurologista.

O estudo aponta também a falta de conhecimento, pela escola, dos sintomas do transtorno e de como e para onde encaminhar as crianças com essa suspeita. Portanto, por conta do baixo índice em crianças diagnosticadas, não há um tratamento multidisciplinar, existe exclusivamente o farmacológico.

Sobre o PSE, não se encontrou o programa em todas as escolas indicadas pela gestão de saúde do município, e nas que já haviam sido implantadas, o programa não estava aplicando suas atividades de prevenção e promoção de saúde.

REFERÊNCIAS

ANVISA. Prescrição e Consumo de Metilfenidato no Brasil: Identificando os riscos para monitoramento e controle sanitário. *Boletim de Farmacoepidemiologia*. Ano 2, nº 2, jul./dez. de 2012. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/sngpc/boletins/2012/boletim_sngpc_2_2012_corrigido_2.pdf> Acessado em 16 de abril de 2013.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DSM-IV. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. Porto Alegre : ARTMED, 2002, 4a. ed.

BARKLEY, R. A. *Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD*. *Psychological Bulletin*, Vol. 121(1), Jan 1997, 65-94. Available from <<http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=search.displayRecord&uid=1997-02112-004>> access on 16 May 2014.

BARKLEY, R.A; PETERS, H. *The Earliest Reference to ADHD in the Medical Literature?* *Journal of Attention Disorders* 2012 16: 623. Downloaded from jad.sagepub.com at UNIV FEDERAL DE SAO PAULO, on April 3, 2014.

BENCZIK, E.B.P. *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualização diagnóstica e terapêutica*. 2014. 5ª edição. Casa do Psicólogo.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Instrutivo PSE / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual para adesão: Programa Saúde da Família.* / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

BRZOZOWSKI, Fabíola Stolf; BRZOZOWSKI, Jerzy André; CAPONI, Sandra. Classificações Interativas: o Caso do Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade infantil. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v 14, n. 35, dezembro de 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000400014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 05 de novembro de 2012.

CALIMAN, Luciana Vieira. O TDAH: entre as funções, disfunções e otimização da atenção. *Psicol. estud.*, Maringá, v. 13, n. 3, Sept. 2008. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722008000300017&lng=en&nrm=iso>. access on 05 Nov. 2012.

CALIMAN, Luciana Vieira. Notas sobre a história oficial do transtorno do déficit de atenção/hiperatividade TDAH. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 30, n. 1, 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932010000100005&lng=en&nrm=iso>. Access on 16 May 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932010000100005>.

Organização Mundial da Saúde. *CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997.

DUPAUL, George J; STONER, Gary. *TDAH nas escolas: Estratégias de Avaliação e Intervenção*. 2007. 1. ed. São Paulo: M. Books do Brasil Editora Ltda.

GIL, Antonio Carlos. *Como Elaborar Projetos de Pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GRAEFF, Rodrigo Linck; VAZ, Cícero E. Avaliação e Diagnóstico do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). *Psicol. USP*. São Paulo, v 19, n. 3, setembro de 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642008000300005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 05 de novembro de 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-65642008000300005>.

GREVET, Eugenio Horácio; ABREU, Paulo Belmonte de; SHANSIS, Flávio. Proposta de uma abordagem psicoeducacional em grupos para pacientes adultos com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul*, Porto Alegre , v. 25, n. 3, Dec. 2003. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082003000300006&lng=en&nrm=iso>. Access on 16 May 2014.

GOMES, Marcelo *et al.* Conhecimento sobre o transtorno do déficit de atenção/hiperatividade no Brasil. *J. bras. psiquiatr.*, Rio de Janeiro , v. 56, n. 2, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852007000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 16 de maio de 2014.

KNAPP,P; ROHDE, L. A.; LYSZKOWSKI, L; JOHANNPETER, J.: *Terapia Cognitivo-comportamental no Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade*: Manual do Terapeuta – Artmed – Porto Alegre RS, 2002

JOU, Graciela Inchausti de *et al.* Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade: um olhar no ensino fundamental. *Psicol. Reflex. Crit.*, Porto Alegre , v. 23, n. 1, Apr. 2010. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722010000100005&lng=en&nrm=iso>. Access on 16 May 2014.

LANDSKRON, Lílían Marx Flor; SPERB, Tania Mara. Narrativas de professoras sobre o TDAH: um estudo de caso coletivo. *Psicol. Esc. Educ. (Impr.)*, Campinas , v. 12, n. 1, jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572008000100011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 16 de maio de 2014.

LARROCA, Lilian Martins; DOMINGOS, Neide Micelli. TDAH - Investigação dos critérios para diagnóstico do subtipo predominantemente desatento. *Psicol. Esc. Educ.*, Maringá, v. 16, n. 1, June 2012. Available from<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572012000100012&lng=en&nrm=iso>. access on 05 Nov. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-85572012000100012>.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. *Fundamentos de metodologia científica*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

POLANCZYK, Guilherme Vanoni; RHODE, Luís Augusto Paim. *Estudo de Prevalência do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade na infância, adolescência e idade adulta*. Tese

de Doutorado, 2008. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria.

RHODE, L. A., & HALPERN, R. (2004). Transtornos de déficit de atenção / hiperatividade atualização. *J Pediatr*, 80, (Supl. 2), S61-S70.

SANTOS, Letícia de Faria; VASCONCELOS, Laércia Abreu. Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade em crianças: uma revisão interdisciplinar. *Psic.: Teor. e Pesq.*, Brasília, v. 26, n. 4, Dec. 2010. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722010000400015&lng=en&nrm=iso>. Access on 16 May 2014.

SILVA, A.B.B. *Mentes inquietas: entendendo* melhor o mundo das pessoas distraídas, impulsivas e hiperativas. Rio de Janeiro: Napedes, 2009.

SABEC, D. K.; PEREIRA, K. F.; CAMPESATTO-MELLA, E. A. Acompanhamento de pacientes com transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) em tratamento medicamentoso. *Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR*, Umuarama, v. 13, n. 3, p. 223-229, set./dez. 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO

Questionário

Número: _____

Data: _____

Pai () Mãe () Responsável ()

ORIENTAÇÕES:

Você está sendo convidado a participar da pesquisa de Mestrado da psicóloga Renata Laís Forte sobre o tema Transtorno de Déficit de Atenção no Programa Saúde na Escola. Solicito sua cooperação para responder algumas perguntas sobre seu (sua) filho (a).

Não é necessária a sua identificação e nem a do seu filho.

Essa pesquisa tem como objetivo identificar o processo diagnóstico desse transtorno e como acontece o tratamento, para propor mudanças nos aspectos necessários e auxiliar na atuação de profissionais.

Esse questionário conta com três partes, gostaria de iniciar com informações básicas.

PARTE 1. Dados Pessoais/ perfil

1	Qual a idade do seu filho?	_____
2	Qual o sexo do seu filho? 1. Masculino 2. Feminino	_____
3	Vocês moram em qual Zona de Teresina? 1. Norte 2. Sul 3. Sudeste 4. Leste 5. Centro	_____
4	Qual o seu estado civil? 1. Solteiro(a) 2. Casado(a)/união estável 3. Divorciado(a)/separado(a) 4. Viúvo(a)	_____
5	Qual série seu filho estuda?	_____
6	Seu filho já repetiu de ano? 1. Sim 2. Não	_____
7	Na família tem mais alguém com déficit de atenção? 1. Sim 2. Não	_____
8	Se a resposta da questão 7 for positiva. Qual o parentesco?	_____

	1. Mãe 2. Pai 3. Irmão (ã) 4. Tio (a) 5. Primos (as) 6. Avós	_____
9	Quais os sintomas que você mais percebe no seu filho? (Essa questão pode ter mais de uma resposta) 1. Falta de Atenção 2. Inquietação/ Hiperatividade 3. Impulsividade	_____

PARTE 2. Processo Diagnóstico

Gostaria de continuar contando com sua colaboração e fazer novas perguntas

1	Seu filho já fez alguma avaliação com o médico neurologista? 1. Sim 2. Não	-----
2	O médico neurologista indicou algum exame? 1. Sim 2. Não	-----
3	Se a resposta da questão anterior for positiva. Qual o exame? 1. Ressonância Magnética 2. Tomografia do crânio 3. Outros	-----
4	Seu filho já fez alguma avaliação com o psicólogo? 1. Sim 2. Não	-----
5	Se a resposta da questão anterior for positiva. A avaliação foi feita: 1. Só com você (pai/responsável) 2. Só com a criança 3. Com os dois	-----
6	Você possui algum laudo de médico/psicólogo que afirma a presença de déficit de atenção/hiperatividade? 1. Sim 2. Não	-----
7	Você já foi chamada na escola para responder perguntas sobre o comportamento ou crescimento do seu filho? 1. Sim 2. Não	_____

Parte 3. Tratamento

Gostaria de continuar contando com sua colaboração e fazer novas perguntas

1	Seu filho faz algum acompanhamento médico sistemático? 1. Sim 2. Não	_____
---	---	-------

2	Se a resposta da questão anterior for positiva. Qual a especialidade médica? (Essa questão pode ter mais de uma resposta) 1. Neurologia 2. Psiquiatria 3. Pediatria 4. Outra	_____
3	Seu filho usa alguma medicação? 1. Sim 2. Não	_____
4	Se a resposta da questão anterior for positiva. Qual a medicação? 1. Ritalina 2. Concerta 3. BUP 4. Pamelor 5. Tofranil 6. Imipra 7. Amytril 8. Tryptanol 9. Outro	_____
5	Seu filho faz algum acompanhamento com psicólogo? 1. Sim 2. Não	_____
6	Seu filho faz algum acompanhamento com psicopedagogo? 1. Sim 2. Não	_____
7	Seu filho faz algum acompanhamento com fonoaudiólogo? 1. Sim 2. Não	_____
8	Seu filho tem algum acompanhamento diferenciado na escola? 1. Sim 2. Não	_____

Obrigado (a) pela sua participação e informações.

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado participante,

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa O TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE EM CRIANÇAS DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA, desenvolvida por Renata Laís Rodrigues dos Santos Forte, discente do Mestrado Profissional em Saúde da Família - UNINOVAFAPI, sob a orientação do Professor José Nazareno Pearce Brito Júnior.

Os objetivos do estudo são: identificar os casos diagnosticados de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) em escolas do Programa Saúde na Escola, investigar quais critérios diagnosticados foram utilizados, identificar o perfil das crianças com essa hipótese diagnóstica, verificar as formas de tratamento que essas crianças diagnosticadas possuem e propor orientações às escolas sobre o diagnóstico e tratamento do TDAH em Teresina.

A pesquisa será realizada com pais/responsáveis de alunos de 7 até 10 anos que a escola afirma ter TDAH e a escolha dessa amostra (grupo de alunos) será acidental, a partir do número de aceite dos pais/responsáveis a participar da pesquisa. Portanto, o convite para sua participação se deve por seu filho apresentar sintomas desse Transtorno.

Sua participação é muito importante para a pesquisa, mas é voluntária, isto é, ela não é obrigatória e você tem liberdade para decidir se quer ou não participar, bem como deixar de participar a qualquer momento. Você não será penalizado caso decida não participar ou desistir.

As suas informações e as do seu filho(a) serão mantidos em sigilo. Qualquer dado que possa identificá-los será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa. A qualquer momento, durante ou depois, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação, o que você poderá fazer através dos meus de contatos apresentados neste termo.

Sua participação consistirá em responder perguntas de um questionário. O tempo de duração é de aproximadamente 15 minutos. Ao final da pesquisa todo material será mantido em arquivo por cinco anos.

Os seus benefícios, ao participar da pesquisa, mesmo que não imediatos, poderão surgir através de programas educativos que beneficiem a melhoria da qualificação dos profissionais da escola do seu filho (a) e do Programa Saúde na Escola. Os procedimentos não implicarão em risco ou desconforto à sua saúde ou de seu (sua), filho (a), podendo gerar constrangimento durante a resposta aos questionários, mas, lembre-se, não haverá identificação dos participantes e a coleta de informações será realizada de forma individual e reservada, lembrando que você receberá uma cópia deste documento.

RENATA LAÍS RODRIGUES DOS SANTOS FORTE

Pesquisadora

Aluna do Mestrado Profissional em Saúde da Família – UNINOVAFAPI

JOSÉ NAZARENO PEARCE DE OLIVEIRA BRITO

Professor – Orientador do Mestrado Profissional em Saúde da Família – UNINOVAFAPI

Contato com o (a) pesquisador (a) responsável:

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123. Bairro Uruguai

Telefone da Pesquisadora: 86- 8115 2602

Telefone do Professor Orientador: 86 – 8802 4444

Email: renatalaissantos@bol.com.br

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

(Assinatura do sujeito da pesquisa)

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UNINOVAFAPI. Fone (86) 2106 0700.

ANEXO

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E
TECNOLÓGICAS DO PIAUÍ -

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: O TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE EM CRIANÇAS DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

Pesquisador: José Nazareno Pearce de Oliveira Brito

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 19928513.6.0000.5210

Instituição Proponente: SOCIEDADE DE ENSINO SUPERIOR E TECNOLÓGICO DO PIAUÍ LTDA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 469.060

Data da Relatoria: 18/11/2013

Apresentação do Projeto:

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade é uma síndrome de etiologia multifatorial, dependente de fatores genéticos-familiares, adversidades biológicas e psicossociais, caracterizada pela presença de um desempenho inapropriado nos mecanismos que regulam a atenção, a flexibilidade e a atividade motora. A prevalência de indivíduos em todo o Brasil é de 5.8%. Entre crianças e adolescentes foi estimada em 5.29%. A avaliação cuidadosa de uma criança com suspeita desse transtorno é necessária frente a popularização das informações. O desconhecimento ou pouco conhecimento sobre a patologia gera dificuldades, uma vez que crianças podem receber, equivocadamente, o rótulo da doença, assim como muitos indivíduos com essa patologia podem passar despercebidos e ficar sem tratamento. Essa realidade leva-nos a questionar a existência diagnósticos médicos e/ou de equipe multidisciplinares das crianças que a escola definem como portadoras desse transtorno, bem como verificar quais os tipos de acompanhamento são realizados com as mesmas como forma de suporte aos sintomas.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: identificar os casos diagnosticados de TDAH do ensino municipal do Programa Saúde na Escola.

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123

Bairro: Bairro do Uruguai

CEP: 64.073-505

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)2106-0738

Fax: (86)2106-0740

E-mail: cep@uninovafapi.edu.br

Francisco Teodoro Coelho Mota
Coordenador do
CEP UNINOVAFAPI

FACULDADE DE SAÚDE, CIÊNCIAS HUMANAS E TECNOLOGICAS DO PIAUÍ -



Continuação do Parecer: 469.060

Objetivos Secundários: investigar quais critérios diagnosticados foram utilizados; identificar o perfil das crianças com essa hipótese diagnóstica; verificar as formas de tratamento que essas crianças diagnosticadas realizam; elaborar um manual de orientação às escolas na condução do TDAH.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa avalia como risco a descoberta de dados que gerem dúvidas ou questionamentos na condução dos profissionais envolvidos no diagnóstico e/ou condução do TDAH. Para minimizar os riscos não haverá a identificação dos profissionais que participaram do processo diagnóstico das crianças. A pesquisa se baseará nos procedimentos utilizados e não no profissional.

Sobre os benefícios os pesquisadores afirmam que com os resultados encontrados será possível desenvolver programas específicos de orientação a família e às escolas como encaminhar ao diagnóstico, indicar tratamento e desenvolver formas de estudos eficazes a esses alunos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa do tipo descritiva e exploratória. O local do estudo será em escolas da Rede Municipal de ensino em Teresina (PI) que participem do Programa Saúde na Escola. Os sujeitos da pesquisa serão os alunos até 10 anos que a escola afirma ter o TDAH, a escolha da amostra dos será tipo acidental. A amostra das escolas municipais foi estratificada a partir das zonas urbanas e escolhida aquela que possui maior representatividade, a zona sul, que possui a maior quantidade de

escolas (41 instituições) e a partir dessa amostra será realizada o cálculo da amostra aleatória simples, a partir do desvio padrão 10,54 e margem de erro de 5% (12 escolas).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

o protocolo de pesquisa apresenta todos termos de apresentação obrigatória.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Concluo que o protocolo de pesquisa encontra-se aprovado, porque está elaborado de acordo com as recomendações éticas da Resolução CNS 466/12.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123

Bairro: Bairro do Uruguai

CEP: 64.073-505

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)2106-0738

Fax: (86)2106-0740

E-mail: cep@uninovafapi.edu.br

Francisca Tereza Coelho Matos
Coordenadora do
CEP UNINOVAFAPI

FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E
TECNOLÓGICAS DO PIAUÍ -



Continuação do Parecer: 469.060

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado considerou que o protocolo de pesquisa encontra-se aprovado, porque o mesmo está elaborado de acordo com as recomendações éticas da Resolução CNS 466/12.

Francisca Tereza Coelho Matos
TERESINA, 26 de Novembro de 2013
CEP UNINOVAFAPI

Assinador por:

FRANCISCA TEREZA COELHO MATOS
(Coordenador)

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123

Bairro: Bairro do Uruguai

CEP: 64.073-505

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)2106-0738

Fax: (86)2106-0740

E-mail: cep@uninovafapi.edu.br