

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

“TDAH, QUEM REALMENTE O TEM?”

**TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE NA
CRIANÇA ESCOLAR: USO DOS CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS E
TRATAMENTO PROPOSTO PELOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE
MENTAL**

Ana Lúcia Balbino Peixoto

**Vitória
2006**

ANA LÚCIA BALBINO PEIXOTO

“TDAH, QUEM REALMENTE O TEM?”:

**TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE NA
CRIANÇA ESCOLAR: USO DOS CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS E
TRATAMENTO PROPOSTO PELOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE
MENTAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, como Requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia, sob a orientação da professora Doutora Maria Margarida Pereira Rodrigues

UFES

Vitória, Julho de 2006

*Dedico esse trabalho a todos que
me apoiaram e compartilharam
este sonho comigo,
especialmente minha
amada família.*

AGRADECIMENTOS

As coisas que são impossíveis aos homens são possíveis a Deus, e, por isso, quero agradecer especialmente ao meu Deus pela realização desse sonho.

Muitas vidas participaram de uma maneira especial neste projeto, e o meu desejo é citar a todas, entretanto, não será possível, e, nem por isso as torna menos importantes.

À minha orientadora professora Dr^a. Maria Margarida Pereira Rodrigues, que em todos os momentos acreditou nesse trabalho, pela sua disponibilidade e segurança.

A todos os participantes dessa pesquisa, médicos e psicólogos, o meu obrigado muito especial, por sua voluntariedade e espontaneidade. Esse projeto não seria possível sem a colaboração de vocês.

Às professoras Dr^a. Zeidi A. Trindade e Maria Cristina S. Menandro, por sua insistência para que em sua disciplina fosse realizado um trabalho de pesquisa nas escolas, que foi de muita valia nessa dissertação.

Aos demais professores desse programa, pelo carinho, cooperação e solicitude.

Aos meus queridos colegas, por sua aceitação, apoio e companheirismo.

À Lúcia, da secretaria, por sua tolerância e paciência.

À minha amiga Sabrine, sempre disponível nos momentos agudos de ansiedade especialmente no último ano, por sua importante ajuda.

Aos meus pais, pela sua compreensão nos momentos em que não pude estar presente com vocês como gostaria.

Ao meu companheiro, pelo apoio, paciência e sua participação na edição desse trabalho.

Aos meus amados filhos, Eduardo, Laissa e Ismael, que nunca permitiram que eu desistisse mesmo nos momentos difíceis. Em vocês está o motivo de eu continuar sonhando.

APRESENTAÇÃO

A realização do Mestrado me permitiu atingir um sonho de longa data, adiado inúmeras vezes por motivos diferentes, especialmente por possibilitar maior aprofundamento em um tema que venho estudando e discutindo há mais de uma década.

A primeira vez que ouvi o termo Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) ou, Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), foi nos anos 90, especificamente entre 1993 e 1994. Nesta data, estava estagiando como pediatra clínica já havia dois anos no New England Medical Center, hospital credenciado pela Tufts University, localizado em MA - EUA.

Após o nascimento do meu terceiro filho com um déficit neuromotor sem etiologia esclarecida, e no anseio de estudar e pesquisar crianças com quadro semelhante ao dele, solicitei transferência da Pediatria Geral para Clínica de Crianças com Necessidades Especiais (CCSN), localizada nesse mesmo hospital. Ali, fui surpreendida com a organização de uma equipe multidisciplinar, composta de pediatras comportamentais, psicólogos, neurolinguistas, fonoaudiólogos e assistentes sociais, totalmente integrados, que visavam atender e estabelecer um diagnóstico (se possível) para as crianças encaminhadas, assim como traçar uma intervenção apropriada para as mesmas e suas famílias. Foi nessa ocasião que iniciei meus estudos sobre o TDAH.

Ao retornar para o Brasil, em 1995, vi-me diante de um desafio: divulgar um transtorno presente em crianças escolares que comprometia o seu desempenho

escolar e interferia em suas relações sociais. O TDAH era, até então, pouco conhecido tanto no meio acadêmico como também por pais e professores.

Ao me associar a uma psicóloga e uma psicopedagoga, criamos um centro de apoio ao desenvolvimento de crianças e adolescentes, considerado na época, um dos pioneiros no estado do Espírito Santo que atuavam com esse transtorno. A partir desse momento, foram realizadas dezenas de palestras em escolas, reuniões de pais, participação em simpósios, fóruns e congressos estaduais e nacionais, com o objetivo de divulgar a existência desse diagnóstico e seu tratamento.

Com o passar dos anos, houve um crescente interesse por esse tema, tanto dos meios acadêmico-científicos, quanto da indústria farmacêutica e, dos meios de comunicação de massa, que, tiveram considerável papel na divulgação do mesmo. E então, comecei a atuar na minha prática diária, em direção oposta ao meu desempenho inicial de divulgação. Defrontei-me com crianças sendo encaminhadas para avaliação diagnóstica precocemente, até mesmo antes dos dois anos de idade, por apresentarem comportamentos inaceitáveis pelos padrões dos adultos que conviviam com elas. Esses acontecimentos geraram várias indagações como: Tudo pode ser enquadrado como TDAH? Como tem sido feito esse diagnóstico? Havia mudado os critérios diagnósticos relatados pela vasta literatura existente? Os critérios de tratamento estabelecidos estavam sendo respeitados pelos profissionais que realizam o atendimento dessas crianças?

Apesar da notoriedade desse tema e de milhares de artigos publicados pelas diferentes áreas do meio acadêmico, foram as perguntas acima que me despertaram para essa pesquisa. E assim, me inscrevi e fui aprovada na seleção do Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGP). No PPGP, apesar de ter outra formação profissional, fui bem acolhida pelos colegas, professores e estimulada a desenvolver esse tema de dissertação.

Como parte dos requisitos de uma disciplina, desenvolvi uma pesquisa com professores de escolas primárias privadas da Grande Vitória, sobre crianças hiperativas. Os resultados além de surpreendentes, foram de extremo valor e contribuição para o presente estudo.

A intenção de pesquisar esse assunto, como tema de dissertação para o Mestrado, foi a tentativa de ampliar conhecimentos nessa área, numa perspectiva diferente da de tantos trabalhos publicados sobre o tema.

Este trabalho teve como proposta avaliar junto aos diferentes profissionais da área de saúde mental, suas diretrizes de diagnóstico e tratamento de crianças encaminhadas com suposto quadro de TDAH.

RESUMO

Muitos estudos têm sido publicados sobre a criança com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), entretanto, são poucos os que descrevem quais os critérios de diagnóstico e tratamento adotados pelos profissionais envolvidos. Este estudo teve como objetivo descrever a utilização dos critérios de diagnóstico e de tratamento das crianças escolares com TDAH, por profissionais da área de saúde mental. Participaram 10 neurologistas, 10 psiquiatras e 10 psicólogos, que atuavam em consultórios privados na região da Grande Vitória/ES. Foram realizadas entrevistas individuais semi-estruturadas, posteriormente transcritas integralmente, e, os dados encontrados foram analisados de acordo com os objetivos deste estudo, e, organizados à partir da Análise de Conteúdo. Os resultados encontrados indicaram que o diagnóstico de TDAH realizado pelos participantes foi baseado principalmente na consulta com os pais, sem adesão aparente dos critérios recomendados pela literatura. A maioria dos participantes adota a medicação como forma principal de tratamento, apesar de reconhecerem a necessidade de uma equipe multidisciplinar. A comunicação entre os pais, crianças, professores e profissionais pareceu insuficiente, sem o estabelecimento de qualquer plano de tratamento.

Palavras-chave: TDAH; profissionais da saúde mental; diagnóstico; tratamento.

ABSTRACT

Several studies have been published regarding the care of children with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD), however, few have described the criteria used to diagnose and treat the disorder that have been adopted by the professionals involved.

This study sought to describe the use of criteria to diagnose and treat school-aged children with ADHD by mental health professionals. The participants included 10 neurologists, 10 psychiatrists, 10 psychologists, who attended in private offices from the region of Greater Victoria/ES. Semi-structured individual interviews were conducted, and after the transcriptions were analyzed for the purpose of this study and organized by Structural Analysis, the following data was found. The results showed that the diagnosis of ADHD done by the participants was primarily based on the parent's interview, showing no adherence to the criteria recommended by the scientific community. Despite a recognized need to work with a multidisciplinary team, the majority of participants adopted medication as the principal form of treatment. The communication between parents, children, teachers and the professionals seemed insufficient, and without the establishment of any treatment program.

Keywords: ADHD; mental health professionals; diagnose; treatment.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Dificuldades dos Profissionais no acompanhamento dessas crianças e suas famílias.....	62
Gráfico 2 – Tratamento mais eficaz, segundo os entrevistados.....	64
Gráfico 3 – Prováveis causas do TDAH.....	66
Gráfico 4 – Causas do aumento do diagnóstico.....	68

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização dos sujeitos.....	45
Tabela 2 – Características das crianças atendidas pelos entrevistados.....	47
Tabela 3 – Queixas apresentadas pelos pais na primeira consulta.....	49
Tabela 4 – Instrumentos e critérios de avaliação.....	51
Tabela 5 – Opções de Tratamento.....	55
Tabela 6 – Retorno das Crianças com TDAH para Acompanhamento.....	60

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	14
1.1 HISTÓRICO.....	14
1.2 CARACTERÍSTICAS E CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DO TDAH.....	17
1.3 DIAGNÓSTICO.....	21
1.3.1 Papel do Professor no Diagnóstico.....	24
1.4 TRATAMENTO.....	32
2. METODOLOGIA.....	42
2.1 PARTICIPANTES.....	42
2.2 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	43
2.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	43
2.4 PLANO DE ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS.....	44
3. RESULTADOS.....	45
3.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	45
3.2 CARACTERÍSTICAS DAS CRIANÇAS ATENDIDAS.....	47
3.3 DIAGNÓSTICO.....	49
3.3.1 Queixas.....	49
3.3.2 Critérios de Avaliação.....	51
3.3.3 Profissionais Envolvidos no Diagnóstico.....	53
3.3.4 Número de Consultas.....	54
3.4 TRATAMENTO.....	55
3.4.1 Tratamento Empregado.....	55
3.4.2 Idade Mínima / Tempo de Uso.....	57
3.4.3 Acompanhamento aos Pais e Educadores.....	58
3.5 CAUSAS.....	66
4. DISCUSSÃO.....	72
4.1 DIAGNÓSTICO.....	72
4.2 TRATAMENTO.....	80

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	91
6. REFERÊNCIAS.....	95
ANEXOS.....	102

1. INTRODUÇÃO

1.1 HISTÓRICO

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) há muitas décadas, vem sendo objeto de estudo de pesquisadores principalmente das áreas de Psicologia, Educação, Ciências Sociais e Medicina.

O DSM IV, Manual de Estatístico e Diagnóstico publicado pela Associação Americana de Psiquiatria, define o TDAH como um problema de saúde mental, considerando-o como um distúrbio bidimensional, que envolve a atenção e a hiperatividade/impulsividade, (DSM-IV, 1994). A Academia Americana de Pediatria (AAP) o descreve como o transtorno neurocomportamental mais freqüente na infância. (ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRIA, 2000).

A AAP desenvolveu dois Guias Clínicos Práticos sobre Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), sendo um sobre Diagnóstico e Acompanhamento de Crianças (2000) e o outro sobre Tratamento (2001). A AAP, através de seu Comitê de Melhorias na Qualidade e sob a supervisão da Agência de Pesquisa e Qualidade na Saúde, selecionou um grupo, não vinculado diretamente à academia, composto por profissionais pediatras, médicos de família e especialistas nas áreas da neurologia, psicologia, psiquiatria infantil, epidemiologia, e também na área da educação. As recomendações foram deliberadas após uma revisão sistemática das evidências sobre prevalência, condições co-existent, e testes diagnósticos. As decisões desse comitê foram

tomadas por consenso, uma vez que as evidências definitivas ainda não estavam disponíveis.

Segundo o Guia Prático de Diagnóstico e Avaliação de Crianças com TDAH (AAP, 2000), os critérios do DSM-IV foram desenvolvidos através de várias itinações da Associação Americana de Psiquiatria, e se baseiam na experiência clínica e num extenso trabalho de pesquisa dessa fundação.

[...] esses critérios tem mais suporte na literatura do que quaisquer outros critérios diagnósticos disponíveis. As especificações do DSM-IV sobre os itens comportamentais, requerem certo número de itens, e os níveis de comprometimento refletem um consenso atual entre clínicos, particularmente psiquiatras. (AAP, 2000, p.1160, tradução nossa).

O TDAH pode provocar um grande impacto na vida familiar, escolar e social da criança, e, provavelmente por isso, tem despertado, o interesse por esse tema no meio acadêmico-científico. Na última década, foi publicada uma grande quantidade de estudos clínicos, genéticos, epidemiológicos e neurofisiológicos. Os meios de comunicação de massa também tiveram considerável participação na divulgação desse tema. Os critérios de diagnóstico e tratamento, segundo a AAP (2000), foram revisados em múltiplas ocasiões nos últimos 20 anos.

Rohde e Halpern (2004) referem que os primeiros relatos sobre hiperatividade na literatura científica datam da segunda metade do século XIX, e apontam que, em 1902, George Still descreveu esse transtorno no Journal Lancet como um *defeito na conduta moral* em que a criança possuía uma inabilidade para internalizar regras e limites, associado a uma manifestação de sintomas de inquietação, desatenção e impaciência. Stevenson e Wolraich (1989) ressaltam que Charles

Bradley, em 1937, notificou os efeitos benéficos da Benzadrina no comportamento e no desempenho escolar de quatorze entre trinta crianças com problemas comportamentais.

A nomenclatura desse transtorno vem sofrendo alterações contínuas. Na década de 40, surgiu a designação *Lesão Cerebral Mínima* que, em 1962, foi modificada para *Disfunção Cerebral Mínima*, referindo-se a crianças com inteligência na faixa de normalidade e que possuíam várias combinações de comprometimentos na percepção, formação de conceitos, linguagem, memória e controle de atenção, impulso ou atividade motora, geralmente associados com pequenas anormalidades neuromotoras; porém, posteriormente reconheceu-se que as alterações características da síndrome relacionavam-se mais a disfunções em vias nervosas do que propriamente a lesões nas mesmas (GOLFETO; BARBOSA, 2003).

Ainda na década de 60, o então DSM-II utilizou a denominação *Reação Hipercinética* para descrever a síndrome. Na década de 70, a Classificação Internacional das Doenças, o CID-9, manteve uma denominação semelhante, *Síndrome Hipercinética*, englobando um grupo de transtornos caracterizados por início precoce (habitualmente durante os cinco primeiros anos de vida), com falta de perseverança nas atividades que exigem um envolvimento cognitivo, e uma tendência a passar de uma atividade a outra sem concluir nenhuma, associadas a uma atividade global desorganizada, incoordenada e excessiva. As crianças hipercinéticas também são frequentemente imprudentes e impulsivas, sujeitas a acidentes e incorrem em problemas disciplinares, mais por infrações não

premeditadas de regras que por desafio deliberado. Suas relações com os adultos são freqüentemente marcadas por uma ausência de inibição social, com falta de cautela e reserva normais. São impopulares com as outras crianças e podem se tornar isoladas socialmente. Estes transtornos são acompanhados frequentemente de déficit cognitivo e de retardo específico no desenvolvimento da motricidade e da linguagem.

O DSM-III (1980) alterou o termo para *Distúrbio do Déficit de Atenção* a partir da década de 80, e na revisão ocorrida em 1987, enfatizou novamente a hiperatividade, modificando a denominação do transtorno para *Distúrbio de Hiperatividade com Déficit de Atenção*. Em 1993, o CID-10 manteve a nomenclatura de *Transtorno Hiperkinético*. E, em 1994, o Manual Diagnóstico e Estatístico das Doenças Mentais, o DSM-IV, o denominou como *Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade*. Embora utilizem nomenclaturas diferentes, esses sistemas classificatórios utilizados em Psiquiatria, CID-10 e DSM-IV, apresentam mais similaridades do que diferenças nas diretrizes diagnósticas para o transtorno.

1.5 CARACTERÍSTICAS E CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DO TDAH

As causas precisas do TDAH ainda não são conhecidas, apesar do grande número de estudos já realizados (ROHDE; HALPERN, 2004). No entanto, tem sido amplamente explorada a influência de fatores genéticos no seu desenvolvimento. Knapp, Lykowski, Johannpeter, Carim e Rohde (2003) sugerem

que uma disfunção no córtex pré-frontal pode ser causadora dos sintomas comportamentais do TDAH. Vasconcelos, Malheiros, Werner, Brito, Barbosa, Santos, e Lima (2005), ainda afirmam que os fatores ambientais provavelmente interagem com os genéticos, destacando entre esses as desavenças conjugais dos pais, baixo nível sócio-econômico, família grande (quatro ou mais filhos), criminalidade paterna, transtorno mental materno.

Golfeto e Barbosa (2003) relatam que a prevalência do TDAH, apontada pelas pesquisas, é variável em diferentes países, assim como dentro de um mesmo país. Essas variações resultam das desigualdades metodológicas entre os estudos. Os estudos que utilizam os critérios plenos do DSM-IV, segundo Rohde e Halpern (2004), tendem a encontrar prevalências ao redor de 3-6% em crianças escolares. A AAP (2000) demonstrou, em uma revisão de taxa de prevalência em amostras comunitárias de crianças escolares, a variação dos índices de 4% a 12%. Cramer, Miller, Page, Hartiling, Crumley, Klassen (2002) relatam que a revisão dos critérios diagnósticos do TDAH em 1994 pelo DSM-IV, incluindo o tipo com predomínio da desatenção, tem sido associada ao aumento importante de prevalência entre as crianças escolares.

A proporção entre meninos e meninas afetados varia de aproximadamente 2:1 em estudos populacionais e até 9:1 em estudos clínicos (ROHDE; HALPERN, 2004). As razões dessa diferença entre os dois tipos de estudos não são mencionadas pelos autores. Biederman, Mick, Faraone, Doyle, Spencer, Wilens, Frazier, Johnson (2002) afirmam que, embora as razões para a aparente subidentificação em meninas não sejam claras, as diferenças de gênero na expressão do

transtorno podem estar levando ao encaminhamento de mais meninos do que meninas. Segundo Rohde e Halpern (2004), o fato das meninas apresentarem mais a forma desatenta do TDAH e por não incomodarem tanto na escola e na família, estão sendo menos encaminhadas para avaliação e tratamento.

O DSM-IV (1994) estabelece como critérios diagnósticos do TDAH seis ou mais dos sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade, considerando a persistência dos mesmos por pelo menos seis meses, em grau mal adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento, devendo haver claras evidências de prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional. Esses sintomas não podem estar associados durante o curso de um transtorno invasivo do desenvolvimento, esquizofrenia ou outro transtorno psicótico e não serem justificados pela presença de um outro transtorno mental.

A desatenção, segundo o DSM-IV (1994), pode ser identificada pelos seguintes sintomas: dificuldade de prestar atenção a detalhes ou errar, por descuido em atividades escolares e de trabalho; dificuldade para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas; parecer não escutar quando lhe dirigem a palavra; não seguir instruções e não terminar tarefas escolares, domésticas ou deveres profissionais; dificuldade em organizar tarefas e atividades; evitar ou relutar em envolver-se em tarefas que exigem esforço mental constante; perder coisas necessárias para tarefas ou atividades; e ser facilmente distraído por estímulos alheios à tarefa e apresentar esquecimentos em atividades diárias.

A hiperatividade se caracteriza pela presença freqüente das seguintes características: agitar as mãos ou os pés ou se remexer na cadeira; abandonar

sua cadeira em sala de aula ou outras situações nas quais se espera que permaneça sentado; correr ou escalar em demasia, em situações nas quais isto é inapropriado; dificuldade em brincar ou envolver-se silenciosamente em atividades de lazer; estar frequentemente “a mil” ou muitas vezes agir como se estivesse “a todo vapor”; e falar em demasia. Os sintomas de impulsividade são: frequentemente dar respostas precipitadas antes das perguntas terem sido concluídas; com freqüência ter dificuldade em esperar sua vez; e frequentemente interromper ou se meter em assuntos de outros (DSM-IV, 1994).

O DSM-IV (1994) subdivide o TDAH em três tipos: TDAH com predomínio de sintomas de desatenção; TDAH com predomínio de sintomas de hiperatividade/impulsividade; TDAH combinado. No sexo feminino predominam os sintomas de desatenção, e juntamente com o tipo combinado, apresentam uma taxa mais elevada de prejuízo acadêmico. As crianças com TDAH com predomínio de sintomas de hiperatividade/impulsividade são mais agressivas e impulsivas do que as crianças com os outros dois tipos, ocorrendo com maior freqüência nos pré-escolares. Na adolescência se acentuam os sintomas de desatenção e de impulsividade. (ROHDE; BARBOSA; TRAMONTINA; POLANCZYK, 2000)

Segundo o Guia Prático de Diagnóstico e Acompanhamento (AAP, 2000), as crianças com sintomas comportamentais de hiperatividade e impulsividade são mais identificadas pelos professores, pois frequentemente interferem na aula; já aquelas com o subtipo de desatenção, sem hiperatividade ou impulsividade,

podem passar despercebidas pelos professores, mesmo apresentando baixo rendimento escolar.

Os critérios atuais do DSM-IV requerem evidências de sintomas antes dos 7 anos de idade. Em alguns casos, de acordo com a AAP (2000), os sintomas de TDAH podem não ser reconhecidos pelos pais e professores até o momento em que os compromissos escolares se tornam mais desafiadores, o que ocorre, geralmente, a partir de 7 anos de idade.

1.6 DIAGNÓSTICO

Nos dois Guias desenvolvidos pela AAP, estão presentes seis recomendações para o diagnóstico do TDAH: 1) iniciar avaliação nas crianças entre 6-12 anos que apresentem desatenção, hiperatividade, impulsividade, baixo desempenho escolar ou problemas comportamentais; 2) avaliar as crianças que apresentam os sintomas descritos nos critérios do DSM-IV para TDAH; 3) Obter evidências diretas obtidas com os pais ou responsáveis relacionadas ao quadro de sintomas do transtorno em vários ambientes, idade de iniciação, duração e grau de comprometimento de seu funcionamento; 4) requerer evidência direta obtida do professor/a (ou outro profissional da escola) em relação ao quadro de sintomas do TDAH, duração dos sintomas, grau de comprometimento funcional, e condições associadas; 5) incluir no acompanhamento a avaliação de condições associadas (coexistentes) e 6) não indicar testes diagnósticos (exames laboratoriais como

hemograma, dosagem de chumbo, tireóide, entre outros) rotineiramente no estabelecimento do diagnóstico de TDAH (AAP, 2000).

Sobre a hiperatividade e impulsividade, vale ressaltar que a AAP (2000) recomenda que devam ser consideradas as variações normais de comportamentos. As crianças escolares podem ter atitudes impulsivas e serem agitados em determinadas brincadeiras, especialmente em situações de pressão do grupo social. E, altos níveis de hiperatividade/impulsividade não são indicadores de problema ou transtorno, com exceção em situações que provocam déficits funcionais (desempenho acadêmico, relações sociais e familiares, baixa auto-estima). Tanto a hiperatividade como a impulsividade deve ser avaliada considerando a expectativa do adulto responsável por essas crianças, e do nível de *stress* que esses comportamentos desencadeiam nesse adulto. Se o adulto tem expectativa exagerada, alto nível de stress, e/ou de um transtorno emocional (especialmente a depressão), isto pode contribuir para o aumento dos níveis de atividade e impulsividade da criança.

O TDAH é um diagnóstico clínico e fundamentado na presença de sintomas comportamentais determinados pelo DSM-IV, e, portanto, é importante reconhecer as limitações do mesmo. A própria AAP afirma através de seu Guia Prático (2000), que a maioria dos testes e avaliações estudados se realizou em ambientes psiquiátricos e muito pouco se sabe do seu uso em outros ambientes, como os vivenciados por pediatras e médicos generalistas. Os critérios de DSM-IV permanecem como um consenso sem dados empíricos claros que justifiquem o número de itens requisitados para o diagnóstico de TDAH. Os critérios atuais,

segundo a AAP (2000), não diferenciam os gêneros nem valorizam as variações no desenvolvimento comportamental. E, as circunstâncias e contexto de ocorrência dos comportamentos e reações, entre outros, devem ser considerados na avaliação dessas crianças.

Devido à complexidade desse diagnóstico, os profissionais devem aplicar em seu julgamento clínico os critérios do DSM-IV, juntamente com informações obtidas com os pais e professores, buscando conhecer o comportamento dessa criança em diferentes contextos, seu desempenho acadêmico, seu rendimento escolar em relação à sua idade cronológica e série escolar, suas relações sociais e familiares, seus interesses, suas habilidades, sua autonomia e independência na rotina diária do lar, sua auto-estima, seus hobbies, entre outros.

Uma das recomendações do Guia da AAP para diagnóstico do TDAH é avaliar a existência de condições associadas, tais como: Transtorno de Oposição Desafiante (TOD)¹, Transtorno de Conduta (TC)², Transtorno do Humor Bipolar (THB)³, Transtorno de Ansiedade (TA) e Dificuldades de Aprendizagem ⁴. E alerta que na suspeita diagnóstica de uma dessas condições, o TDAH deve ser considerado como condição co-existente.

¹ Rohde, Miguel Filho, Benetti, Gallois, Kieling (2004), definem o TOD, como oposição constante a regras e irritabilidade.

² TC, condição menos severa que o TOD, inclui sintomas persistentes de negativismo, desafio, desobediência, e hostilidade contra figuras de autoridade (AAP, 2000).

³ Segundo Rohde et al. (2004), a irritabilidade associada ao descontrole significativo dos impulsos, é a alteração de humor mais comum entre crianças e adolescentes.

⁴ A associação do TDAH com o TA está estimado em torno de 25% e com dificuldades de aprendizagem em torno de 12-60% (AAP, 2000).

1.6.1 Papel do Professor no Diagnóstico

A escola é um microssistema importante, vivenciado por quase todas as crianças na grande maioria das culturas. Estudos mostram que a escolaridade tem um efeito direto sobre algumas habilidades cognitivas, como a capacidade de usar boas estratégias de memória e ajudar a criança a aprender a pensar, apesar de não ser a única maneira de uma criança desenvolver formas complexas de pensamento (BEE, 2003). A escola é também um ambiente social com regras e limites a serem incorporados e assimilados, e onde a criança estabelecerá novos relacionamentos (BENCZIK, 2002). E, segundo esta autora, as crianças que chegam à escola com boas habilidades adquirem com facilidade os novos conhecimentos acadêmicos, adaptando-se assim, mais facilmente às demandas escolares posteriores. O inverso ocorre com aqueles que iniciam a vida escolar com menos habilidades. Um bom desempenho escolar, de acordo com Benczik (2002), depende, cada vez mais, da criança permanecer sentada quieta, de longos períodos de concentração e de fazer as lições escolares. A exigência de bom desempenho escolar está sendo transferida para crianças de faixas etárias cada vez mais baixas, sendo a maioria dos ambientes escolares restritivos e exigentes em relação às dinâmicas de sala de aula, visando resultados acadêmicos satisfatórios.

Para atender às exigências desse ambiente, a criança necessita ter controle e ajustar seu comportamento para responder satisfatoriamente a essas demandas (CIASCA, 2003). Crianças com TDAH, ainda segundo a autora, têm esse ajuste

prejudicado pela falta de controle da impulsividade e apresentam em seu histórico escolar, com frequência, registros de suspensão, de expulsão e de reprovação.

Muitas vezes, o adulto (professor/pais) possui alto nível de expectativa, o que acarreta exigências em relação às crianças de se destacarem em todas as áreas do domínio escolar como a matemática, leitura, expressão, memorização, compreensão, solução de problemas, socialização. Segundo Harden (2005) nenhuma criança, assim como nenhum adulto, pode ser exemplar em todos esses domínios. A presença dos pais e de professores hábeis melhora em muito as chances de aprendizagem da criança. Porém, sempre haverá um limite sobre o que o professor poderá fazer em sala de aula para atender às necessidades de todos os seus alunos, desenvolvendo competências para lidar com eles, que consistem em adaptações e, muitas vezes, modificações curriculares de diferentes tipos e níveis, tornando irreal tal prática.

Zagury (2006), após ouvir 1172 professores em todo o Brasil, discute nossa estrutura educacional, revelando as dificuldades apontadas por esses profissionais no seu cotidiano, sendo reféns de uma realidade desfavorável a eles. Entre essas dificuldades estão: manter a disciplina, motivar os alunos, fazer a avaliação, manter-se atualizado, escolher a metodologia apropriada. A pesquisadora ainda revela que no quesito indisciplina, a falta de limites dos alunos, falta de educação em casa e falta de apoio da família, foram os principais fatores apontados pelos professores. Em torno de 52% dos professores alegaram falta de tempo, e 49% falta de recursos financeiros para se manterem atualizados.

Essa pesquisa mostra que é esperado dos educadores mais do que é possível realizar nas atuais condições do nosso sistema educacional.

Em um trabalho comparativo entre as descrições das mães canadenses e inglesas sobre os educadores e TDAH, Malacrida (2004) relatou, através das escalas comportamentais aplicadas aos participantes para avaliarem o comportamento das crianças em sala de aula, que a maioria dos pais perceberam que os problemas dos filhos começaram ou se agravaram ao entrarem no sistema escolar.

Interessante observar que, no relato de Sax e Kautz (2003) sobre quais os profissionais que primeiramente sugerem o diagnóstico de TDAH, são os professores ou outro profissional da escola os mais freqüentes (52,4%), seguidos pelos pais (30,2%) e em apenas 14,4% pelos profissionais da área de saúde. Afirmam ainda que, independentemente de quem primeiro sugere o diagnóstico, os profissionais da área de saúde dependem dos relatos feitos pelos pais, professores ou de outro profissional da escola.

Pela importância do professor nesse diagnóstico, torna-se interessante a citação dos resultados da pesquisa de Peixoto¹ (trabalho não publicado), sobre representação social de professores da hiperatividade em crianças escolares.

¹ Peixoto A.L., Hiperatividade em Criança Escolar: Representação Social do Professor. Manuscrito não publicado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGP) da Universidade Federal do Espírito Santo.

Essa pesquisa descreve a visão do professor sobre a criança hiperativa, uma vez que eles estão em contato quase que diário com ela, acompanhando seu desempenho escolar e social. Buscou-se avaliar se essa visão do professor sobre essas crianças tem contribuído para supervalorização do TDAH. Foram entrevistados 37 professores do ensino fundamental (primeira a quarta séries) de cinco escolas da rede privada de Vitória/ES. Todos os participantes deste estudo (100%) eram do sexo feminino, 89,19% com nível de escolaridade superior completo, com idade em sua maioria, acima de 35 anos.

Entre os entrevistados, 72,9% responderam que tinham no momento ou já tiveram alunos hiperativos, sendo 97,2% dessas crianças do sexo masculino e 89,1% na faixa etária de 7-10 anos. Esses alunos freqüentavam, principalmente, a primeira e segunda série, sendo que alguns professores relataram essa experiência em mais de uma série. Esse dado encontrado talvez possa ser compreendido por serem essas as séries de iniciação e adaptação à vida escolar. As primeiras e segundas séries também coincidem com mudanças ocorridas no grupo social de 7-10 anos em que, segundo Bee (2003), as relações estarão centralizadas no grupo de companheiros e na realização de atividades em conjunto, tais como: jogar bola, pular corda, entre outros.

As diferenças do comportamento dessas crianças em relação ao seu grupo social escolar onde estão inseridas foram percebidas por 67,56% dos professores. E dessas, as mais citadas foram: inquietação, dispersão, a própria hiperatividade e outros (movimento, ansiedade, não cumprimento das tarefas, dificuldades de relacionamento, impulsividade), considerando que alguns sujeitos citaram mais de

uma dessas características para uma mesma criança. Os professores, segundo Ciasca (2003), preferem alunos cooperativos, de comportamento responsável, pró-sociais, àqueles que manifestam comportamentos disruptivos, assertivos, e anti-sociais. Portanto, crianças com TDAH, pela sua inquietude, agitação e fraco controle dos impulsos, provavelmente vivenciam dificuldades de relacionamento com seus professores.

As duas características comportamentais mais mencionadas pelos professores segundo Peixoto (manuscrito não publicado), em relação à criança hiperativa, foram “agitadas e inquietas”, e tais características estão relacionadas ao grau de atividade motora que as crianças apresentam no contexto escolar, podendo ser exemplificadas pela dificuldade em se manter quieta, constantemente se remexendo, frequentemente correndo, não conseguindo ficar sentada. Esses elementos sugerem a percepção do professor em relação à criança, especialmente os meninos, que apresenta agitação e inquietude em ambiente escolar como um comportamento hiperativo. Deve-se considerar que, as características comportamentais percebidas pelos professores podem ser muitas vezes apresentadas por muitas crianças em diferentes graus e circunstâncias, e por isso, como ressalta o DSM-IV (1994), os sintomas devem ser contextualizados na fase do desenvolvimento atual da criança e aos sistemas nos quais elas estão inseridas.

A criança em idade escolar ou 2ª infância, também chamada meninice intermediária, está compreendida na faixa etária de 6-12 anos. Ocorrem nessa faixa etária, grandes mudanças e reestruturações cognitivas, além de padrões e

hábitos que serão estabelecidos e que irão persistir na adolescência e também na vida adulta. Os escolares valorizam os pares e os grupos de brincadeiras são definidos em termos de atividades em comum e não em termos de atitude ou de valores, apresentando grande favoritismo em relação ao próprio gênero (MACCOBY, 2000). Os estudos de Maccoby (2000) também mostram que as brincadeiras dos meninos são, normalmente, rudes, competitivas, de conflitos, exibicionistas, desafiadoras, agitadas, com disputa de liderança. Esse padrão de comportamento também é relatado no trabalho de Souza e Rodrigues (2002), sobre as diferenças de gênero entre crianças de 8 e 9 anos, mostrando que os meninos apresentam padrão de comportamento mais agitado que as meninas.

A família foi apontada pelos professores na pesquisa de Peixoto (manuscrito não publicado), como principal agente etiológico do TDAH, e também, a principal responsável pelo aumento de incidência desse diagnóstico. São muitos os estudos sobre interação família-criança assim como os livros de aconselhamento aos pais sobre desenvolvimento infantil. Nenhum desses estudos sobre o desenvolvimento da criança nega a importância da influência familiar. Bee (2003) descreve como os padrões de interação familiar afetam a linguagem, o desenvolvimento cognitivo e a segurança do apego. Crianças hiperativas são difíceis de educar, pois normalmente são mais desobedientes, com dificuldades de incorporar regras e limites. Quando os pais de uma criança hiperativa conseguem manter-se pacientes e persistentes, dando orientações positivas, seus filhos ficam menos agressivos e mais competentes no aspecto social (BENCZIK, 2002).

Não foram citados pelos entrevistados na pesquisa de Peixoto (manuscrito não publicado) como causa do TDAH ou como fator contribuinte para o aumento de número de crianças diagnosticadas com esse transtorno, os problemas educacionais ligados aos ritmos de aprendizagem individuais, formação profissional dos professores, ou o próprio sistema educacional com sua diversidade de problemas, especialmente ligados às necessidades educacionais especiais. Parece estar cada vez mais distante na formação profissional de professores e do sistema pedagógico vigente, construir habilidades e conhecimentos suficientes para atender a toda e qualquer necessidade especial que as crianças apresentem, o que foi confirmado por Zagury (2006), na pesquisa realizada com mais de mil professores. Muitas vezes o professor não está preparado nem para os problemas mais comuns do cotidiano escolar, com dificuldades de desenvolver as competências almejadas pelas atuais diretrizes políticas diante de uma realidade educacional desestimulante.

Rohde e Halpern (2004), afirmam que por esse diagnóstico ser fundamentalmente clínico, a presença de sintomas no contexto escolar deve ser avaliada através de contato com os professores e não somente pelas informações dos pais, pois estes tendem a extrapolar informações sobre os sintomas em casa para o ambiente escolar, o que é confirmado pelo Guia de Avaliação e Acompanhamento (AAP, 2000). O Guia informa sobre as discrepâncias entre a avaliação dos pais e dos professores, que podem ocorrer devido às diferenças dos dois ambientes em relação às expectativas, nível de estrutura, e ou circunstâncias ambientais.

Para a coleta de dados com professores são usados questionários e, entre esses, apenas o de Conners tem adequada avaliação de suas propriedades psicométricas em amostra brasileira. Elaborado em 1969, o questionário de Conners tem sido utilizado como instrumento por pesquisadores para identificar e estabelecer a taxa de prevalência dos sintomas do TDAH. E, desde então, várias versões abreviadas têm sido usadas nesses estudos (GOLFETO; BARBOSA, 2003). A versão abreviada do questionário de Conners foi adaptada para os escolares de João Pessoa – Brasil, por Barbosa e Gouveia, em 1993. Estes autores usaram o questionário como instrumento de levantamento epidemiológico. Andrade e Scheuer (2004) demonstraram a importância deste questionário no acompanhamento dos resultados do tratamento empregado. Mesmo sendo importante instrumento no diagnóstico do TDAH, Concanon e Yang (2005), revelaram em uma pesquisa sobre a perspectiva dos pais na condução do TDAH, que 60% dos entrevistados, dizem não ter sido solicitado aos professores o preenchimento de questionários ou qualquer outro tipo de informação (CONCANON; YANG, 2005).

Ainda sobre a importância do diagnóstico, vale a pena ressaltar que sintomas isolados podem resultar de muitos problemas na vida de relação das crianças (com os pais e/ou colegas e amigos), de sistemas educacionais inadequados, ou podem estar associados a outros transtornos comumente encontrados na infância e adolescência. Devem ser consideradas duração, frequência e intensidade dos sintomas, sua persistência em vários contextos e ao longo do tempo e se há prejuízo clinicamente significativo na vida dessas crianças, como afirma o próprio DSM-IV (1994).

1.7 TRATAMENTO

A escolha do tipo de tratamento exigirá do profissional estar atento aos riscos e benefícios das opções existentes. Cramer et al. (2002), relatam que um tratamento efetivo envolve a elaboração de um objetivo, assistência na adesão da criança e dos adultos responsáveis por ela, e, também monitorizar os progressos ocorridos de acordo com o tempo.

O MTA, Multimodal Treatment Study of Children with ADHD, descrevem a terapia medicamentosa, como superior e suficiente para o tratamento de TDAH. (MTA, 1999).

Os primeiros relatos sobre o uso de medicamentos e seus benefícios no comportamento e rendimento escolar de crianças com problemas comportamentais datam de 1937, e desde então, vários estudos tem sido publicados sobre esse assunto (STEVENSON; WOLRAICH, 1989).

Na última década, o número de medicamentos prescritos para tratar crianças com TDAH tem aumentado em 4 vezes, de uma maneira em geral, nos países da América do Norte. A maioria desses medicamentos é estimulante, e são usados principalmente em crianças na idade escolar (SCHACHAR et al., 2002). Talvez um dos prováveis motivos do aumento do uso dos estimulantes, é que seu uso tem sido descrito como efetivo e relativamente seguro, com poucas contra-indicações. De acordo com o Guia Prático de Tratamento (AAP, 2001), o efeito maior do estimulante é sobre os sintomas de atenção, hiperatividade e impulsividade. Há relatos de que sob efeito desse medicamento, a criança

melhora sua aceitação de regras e sua relação com colegas e pais. Embora o MTA (1999) tenha demonstrado a eficácia dos estimulantes em um estudo de 14 meses, a grande maioria dos estudos é de curto prazo e revela uma eficácia de dias ou semanas. Os efeitos em longo prazo, ainda não são claros. (AAP, 2001).

As indústrias farmacêuticas têm sua participação no aumento das medicações prescritas para as crianças com TDAH, e sua influência sobre o professor foi bem documentada no relato de Phillips (2006). Esse autor afirma que a aproximação com os professores tende a repetir as estratégias usadas para familiarizar os médicos com os produtos farmacêuticos. As Companhias farmacêuticas têm tido a oportunidade de explorar a Internet, estabelecendo sítios educacionais com informações específicas, às quais os professores têm acesso. Nesses sítios, as companhias orientam o professor como responder às preocupações dos pais:

[...] Deixe claro para eles que é importante para eles - e suas crianças - compreenderem e seguirem as orientações médicas e outras terapias do TDAH. TDAH é uma condição séria que requer que a criança esteja sob efeito de medicação e terapia por longo tempo. (PHILLIPS, 2006. Tradução nossa)

Schmitz, Filippone, e Edelman (2003) relatam que uma grande proporção de crianças tem a medicação como modalidade de tratamento primária, embora a proporção exata de uso de medicamento varie consideravelmente por idade, raça e local geográfico.

Segundo Cramer et al. (2002) há mais estudos publicados com resultados positivos do que os negativos, e quanto maior o efeito do tratamento, maior a chance desse estudo ser publicado. Os resultados podem estar valorizando os

benefícios do tratamento medicamentoso, de acordo com esse autor, devido às falhas metodológicas e ou existência tendenciosa nessas publicações, não negando, entretanto, a redução de alguns dos sintomas do TDAH nas crianças. Lembrando ainda que, a maioria desses relatos demonstra a eficácia dos estimulantes principalmente nos meninos e poucos estudos revelam o mesmo nível de eficácia em meninas (Crammer, et al., 2002)

Foram publicados mais de 1400 artigos científicos, entre 1983 e 2000, sobre os estimulantes, segundo Vasconcelos et al. (2005). Esse aumento do uso de medicamentos para crianças com TDAH também faz parte da nossa realidade, sendo notificados pelos meios de comunicação, como o Jornal Folha de São Paulo (2006), que relatou um aumento de vendas desses medicamentos em 940%, nos últimos quatro anos, baseados nos números da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

A AAP estabeleceu, em seu guia, algumas recomendações para o tratamento do escolar com diagnóstico de TDAH (AAP, 2001). Dentre as quais, recomenda que o profissional de saúde deva estabelecer um programa que reconheça o TDAH como uma condição crônica; o profissional junto com os pais, a criança e o professor devem especificar um objetivo para guiar o tratamento; indicar o uso de medicações estimulantes e ou terapia comportamental como apropriada para atingir o objetivo do tratamento; quando o tratamento não tiver alcançado o objetivo, o profissional deve avaliar o diagnóstico original, aderência ao tratamento, e a presença de co-morbidades; o profissional deve sistematicamente solicitar consultas de retorno para a criança com TDAH.

As orientações aos pais e profissionais da escola, que são sugeridas por esse guia são extensas e baseadas no cuidado de um transtorno que está sendo considerado pela literatura como um dos mais comuns na infância e, pela possibilidade da persistência dos sintomas, em torno de 60 a 80%, na adolescência. Segundo esse Guia, os profissionais devem conceder informações sobre esse transtorno, atualizar e monitorizar o conhecimento e a compreensão da família envolvida periodicamente, ter disponibilidade para responder as questões familiares, assegurar a coordenação da saúde e de outros serviços, ajudar as famílias a traçarem objetivos específicos relacionados às condições da criança e seus efeitos nas suas atividades diárias, estabelecer contato entre as famílias que possuem condições crônicas similares, entre outros. Os pais, de acordo com o Guia, devem ser orientados sobre como o TDAH afeta o aprendizado, o comportamento, a auto-estima, as habilidades sociais e o funcionamento familiar. O cuidado, em longo prazo, dessa criança requer uma parceria entre os profissionais de saúde, pais, professores e a criança. (AAP, 2001).

Rushton, Fant e Clark (2004), afirmam que têm sido publicados muitos guias relativos aos cuidados do TDAH, porém poucos estudos esclarecem a adoção desses guias. Esses autores notaram em sua análise, envolvendo mais de mil profissionais pediatras e médicos de família em Michigan, EUA, que muitos têm integrado em sua prática diária os Guias Clínicos da AAP, para diagnóstico e tratamento, porém não usam rotineiramente os critérios diagnósticos do DSM-IV. Os autores relatam que as questões em comum enfrentadas por todos os

especialistas foram falta de acesso aos serviços de saúde mental e problemas de cobertura do tratamento pelos planos de saúde.

Entretanto, Concannon e Tang (2005) relatam que na perspectiva dos pais, as orientações contidas nesse Guia ainda não estão sendo adequadamente seguidas pelos profissionais na área geográfica estudada por eles. Os pais que se mostraram satisfeitos foram aqueles cujos filhos estavam sob efeito da medicação e as revisões com os profissionais responsáveis ocorriam em períodos inferiores a seis meses. E as insatisfações encontradas junto aos pais ocorreram segundo seu relato, quando o profissional apenas prescrevia o medicamento, com pouco envolvimento e falta de interesse do mesmo em compreender os problemas dessa criança.

De uma maneira geral, os trabalhos publicados que retratam o tratamento de crianças com TDAH consideram como objetivo principal potencializar os domínios de desenvolvimento dessas crianças. Segundo o Guia Prático (AAP, 2001), os resultados desejados devem visar melhoras na auto-estima, nas relações sociais e em seu comportamento e rendimento escolar. E sugere, com forte evidência de sucesso, a medicação estimulante no tratamento para os sintomas do TDAH e a terapia comportamental, como apropriada para melhorar o prognóstico dessas crianças.

As crianças com TDAH são consideradas ineficazes nas relações sociais, despertando o interesse nos pesquisadores sobre suas relações sociais e auto-estima. Tem se discutido que a baixa auto-estima nessas crianças, pode gerar dificuldades na manutenção de relações positivas com os pares ou iguais, com

repercussões na sua vida pessoal, social e acadêmica. Costumam ser impopulares, com dificuldades em auto-regular comportamentos agressivos ou mesmo a imaturidade. E as propostas de intervenção para tornar a auto-estima positiva visam contribuir para um bom desempenho escolar e boa adequação nas relações sociais. (CIASCA, 2003).

Segundo Cramer et al.(2002), se os objetivos da Intervenção forem melhora da atuação acadêmica, relação social, ou auto-estima, os profissionais não acharão boas evidências de sucesso usando apenas a medicação. Apesar dos estimulantes serem os focos centrais das pesquisas, em função da resposta quase imediata no quadro de sintomas deste transtorno, a literatura registra outras formas de tratamento existentes para essas crianças, além da medicação.

Segundo Rhode e Halpern (2004), a modalidade psicoterápica mais estudada e com melhor resposta no manejo de crianças com TDAH é a cognitivo-comportamental, apesar de afirmarem a superioridade da medicação quando comparada à abordagem psicoterápica, e até mesmo sobre a abordagem combinada (medicação junto com a terapia comportamental). Concannon e Tang (2005) descrevendo uma pesquisa do Instituto Nacional de Saúde Mental da Austrália referem que a única vantagem da terapia combinada seria a diminuição da dose do estimulante. Porém, o Guia Prático (AAP, 2001), sobre os resultados dos estudos do Tratamento Multimodal do TDAH (MTA), relata que a combinação dos tratamentos, apesar de não apresentar significância estatística, é apontada por pais e professores como significativa, especialmente no desempenho acadêmico e em alguns sintomas específicos das crianças com TDAH.

Não tem sido documentada a eficácia isolada da terapia comportamental no tratamento de crianças com TDAH, pois segundo Rhode e Halpern (2004), os ganhos obtidos em ambientes clínicos, geralmente, não são transferidos para o ambiente familiar e escolar. Por outro lado, segundo o Guia Prático, terapias com pais e intervenções dentro da sala aula registram melhores resultados nas mudanças de comportamento dessas crianças.

Estudos comparativos do comportamento das crianças quando estão em terapia e quando não estão demonstraram a efetividade da terapia comportamental; entretanto, relatam que sua eficácia só é notada no momento que está sendo realizada ou mantida. Porém é interessante observar que, o controle de alguns sintomas do TDAH também só ocorre durante o uso da medicação pela criança. Já está estabelecida na literatura a persistência na maioria das vezes, desse quadro na adolescência e na vida adulta, portanto, parece não haver uma forma de tratamento eficaz para o controle do TDAH na infância, pois nenhuma intervenção representa a cura do quadro e sim apenas controle de alguns sintomas.

Mas ainda assim, existe um consenso na literatura sobre a importância da intervenção psicológica intensa na presença de co-morbidades, *stress* familiar ou disfunção. Concanon e Tang (2005) revelam que 68% dos pais que vivenciaram estas situações e fizeram terapia familiar notaram benefício.

Entre os parâmetros e Guias Clínicos publicados, há uma unanimidade sobre a necessidade da avaliação de crianças com TDAH e a importância da inclusão da escola, e da família, além de outros elementos para a elaboração do plano de

tratamento. Nos países desenvolvidos, como Canadá e Estados Unidos, por considerarem que esse transtorno gera impacto nas habilidades escolares dessas crianças, as escolas, por lei, devem fazer adaptações e planos educacionais individuais para ajudá-las. Mesmo assim, muitos estudos nesses locais, relatam as insatisfações dos pais com os professores, por considerá-los mal informados sobre o diagnóstico e pela sua maneira de lidar com essas crianças. O que é confirmado no trabalho de Conganon e Tang (2005), que relatam que os pais percebem a inadequação e a falta de suporte acadêmico nas escolas para crianças com TDAH.

Malacrida (2004), ao descrever as diferenças entre mães canadenses e mães inglesas sobre suas opiniões sobre o professor, raramente o descrevem como apto a elaborar estratégias apropriadas para as crianças com TDAH. Embora essas mães freqüentemente descrevessem seus filhos como “agitados”, suas histórias de conflitos, angústia, preocupação e estigmatizarão, quase sempre coincidiam com a iniciação dos filhos no sistema escolar. Professores canadenses, segundo Malacrida (2002), que identificam as crianças “problemáticas”, são freqüentemente diretos em suas sugestões, dizendo aos pais que devem considerar o diagnóstico de TDAH para essas crianças e o uso de estimulantes como tratamento do mesmo.

Phillips (2006) se refere ao professor como agente tanto de doença quanto de tratamento do TDAH. E, esse papel do professor tem sido elaborado de forma mais clara do que em qualquer outro transtorno na infância, o que tem sido confirmado pelos critérios diagnósticos do DSM-IV para o TDAH, que incluem o

professor nesse diagnóstico, respondendo um instrumento especializado de avaliação como é a escala de Conners para o professor (PHILLIPS, 2006). E sua importância nesse diagnóstico, descrito em quase todos os estudos do TDAH, tem chamado a atenção também das grandes indústrias farmacêuticas responsáveis pelos medicamentos usados no tratamento desse transtorno.

Nos países em que a educação não é prioridade em seus projetos políticos, como o Brasil, além da falta de informação dos professores, associam-se problemas como: formação profissional dos mesmos; remuneração insuficiente que muitas vezes os forçam a terem mais um emprego, interferindo em seu aperfeiçoamento profissional; deficiências estruturais; metodologias ultrapassadas, entre outras, como foram pontuadas por Zagury (2006). Provavelmente, a presença desses fatores na educação, dificulta para qualquer indivíduo com alguma necessidade educacional especial, o apoio pedagógico necessário.

Por ser um diagnóstico fundamentalmente clínico e complexo, o tratamento do TDAH deveria envolver uma abordagem múltipla, que segundo Benczik (2002), necessita de um conjunto de ações por parte da própria criança, pais e de uma equipe multidisciplinar formada por psicólogo, professor, psicopedagogo, fonoaudiólogo e médico. Ainda segundo essa autora, seria de responsabilidade dessa equipe estabelecer estratégias de atuação que ajudem pais e professores a lidarem com os sintomas apresentados por essas crianças, a considerar as mudanças comportamentais normais, a rever as expectativas educacionais que aumentam em cada série, e a informar sobre os medicamentos prescritos que permitam que a criança e sua família tenham o conhecimento necessário,

podendo tomar decisões sobre o uso do mesmo. Os profissionais devem avaliar se está havendo aceitação e adesão ao plano de tratamento instituído.

Portanto, os profissionais envolvidos no diagnóstico e tratamento dessas crianças, devem ser conhecedores dos principais domínios do desenvolvimento das crianças, fazer coleta de dados com os pais e professores, saber sobre a história patológica pregressa, conhecer o comportamento nos ambientes familiar, escolar e demais ambientes sociais, identificar os fatores de risco na história gestacional e pré-natal, saber sobre o desenvolvimento neuromotor/social e cognitivo, assim como as possíveis doenças psicopatológicas familiares. A não ser que a criança more em um local onde haja um centro de atendimento especializado para TDAH, com essa equipe formada, é no consultório do psicólogo, do médico ou até mesmo do psicopedagogo, que as famílias vão buscar ajuda e informações sobre como lidar com o comportamento dessas crianças. Na prática clínica diária com apenas um desses profissionais, provavelmente, ficará mais difícil estabelecer os critérios diagnósticos de uma maneira precisa, assim como aplicar o tratamento necessário.

Baseados nesses dados, a presente pesquisa visa descrever como os neurologistas, os psiquiatras e psicólogos, considerados profissionais que mais atuam com TDAH na área de saúde mental, percebem e fazem uso dos critérios diagnósticos e meios de tratamento de crianças com esse suposto diagnóstico.

2. METODOLOGIA

2.1 PARTICIPANTES

Esta pesquisa foi realizada com profissionais da área de saúde mental que exercem suas atividades principalmente em clínicas, estabelecimentos e consultórios privados na região da Grande Vitória, ES. Foram selecionados 10 neurologistas, 10 psiquiatras e 10 psicólogos, que foram entrevistados individualmente.

Estes profissionais foram escolhidos por serem considerados na área de saúde, os que mais atuam com TDAH e como critérios de inclusão, foram escolhidos os que tivessem, pelo menos, dois anos de experiência atendendo crianças na faixa etária escolar com problemas comportamentais e com a suspeita diagnóstica de TDAH. Foram convidados, especialmente, os profissionais filiados a regional da ABDA (Associação Brasileira de Déficit de Atenção), o que foi feito através de contato telefônico.

A escolha de participantes que atendem em estabelecimentos privados na Grande Vitória, se deu em virtude da maior facilidade para se colher as informações desejadas na rede privada de saúde, já que na saúde pública atual são poucos os serviços e profissionais que trabalham com crianças com esse diagnóstico, além da questão das longas filas para se agendar a consulta e seu retorno, o que interfere no acompanhamento e tratamento dessas crianças.

2.2 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

A pesquisa compreendeu a realização de entrevistas semi-estruturadas, que foram norteadas por um roteiro de entrevista (Anexo A), construído com base nos objetivos do trabalho.

Na primeira parte do roteiro buscou-se identificar dados pessoais e profissionais que justificassem a inclusão dos entrevistados e, na segunda parte, objetivou-se identificar: o número de crianças com o diagnóstico de TDAH na faixa etária escolar, atendidas mensalmente ou semanalmente; características das crianças atendidas; as queixas apresentadas pelos pais e escola; os critérios diagnósticos usados; e o tipo de intervenção sugerida (terapêutica medicamentosa ou orientação aos pais/professores). Ao final da entrevista, foi dada aos participantes a possibilidade de fazerem outros comentários sobre suas experiências com essas crianças.

As questões abordadas no roteiro foram baseadas nos trabalhos científicos que descrevem o TDAH, com seus critérios clínicos, diagnósticos e tratamento.

2.3 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu no período de agosto a outubro de 2005. As entrevistas foram realizadas individualmente, nos ambientes de trabalho dos participantes, com datas e horários previamente agendados, respeitando-se seus

horários disponíveis. As entrevistas foram gravadas, com autorização prévia dos entrevistados.

Os participantes preencheram um termo de consentimento (Anexo B) assumindo a voluntariedade de participação na pesquisa. Os profissionais foram informados dos objetivos dos dados coletados e, também, da possibilidade de acesso, caso desejassem, às suas entrevistas transcritas e/ou à Dissertação.

As entrevistas foram conduzidas, após prévia autorização do termo de consentimento para participação na pesquisa pelos profissionais envolvidos, assegurando-se o sigilo quanto à identificação dos mesmos e à divulgação das informações.

2.4 PLANO DE ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

Após coleta dos dados, as entrevistas gravadas foram transcritas na íntegra. Como estratégia metodológica, segundo os objetivos dessa pesquisa, foi realizada a Análise de Conteúdo, visando permitir uma melhor organização do material transcrito. As categorias de análise delineadas a partir das respostas encontradas foram criadas de acordo com as orientações propostas por Bardin (1977).

O modo como os dados foram analisados teve o objetivo de possibilitar comparações de critérios para o diagnóstico, tratamento e acompanhamento das crianças com TDAH, segundo a categoria profissional dos entrevistados e entre profissionais da mesma categoria.

3. RESULTADOS

3.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Os profissionais são identificados de acordo com a categoria, com uma letra e o número correspondente, sendo N para neurologistas, P para psicólogos e PQ para os psiquiatras.

A Tabela 1 apresenta dados pessoais dos entrevistados – sexo, idade e tempo de formado - e tempo de atuação com crianças com diagnóstico de TDAH. Observa-se então, que a maioria dos entrevistados é do sexo feminino, acima de 40 anos, e tem mais de 10 anos de formado.

Tabela 1- Caracterização dos sujeitos

	Sexo	Idade	Tempo de Formado	Tempo de atuação c/ TDAH
Neurologistas (N)	6♂ → 60% 4♀ → 40%	Entre 30-40 anos → 5 (50%) Acima de 40 anos → 5 (50%)	Entre 5-10 anos → 3 (30%) Acima 10 anos → 7 (70%)	Entre 3-10 anos → 3 (30%) Acima de 10 anos → 7 (70%)
Psicólogos (P)	1♂ → 10% 9♀ → 90%	Entre 30 a 40 anos → 8 (80%) Acima de 40 anos → 2 (20%)	Entre 3-10 anos → 4 (40%) Acima de 10 anos → 6 (60%)	Entre 3-10 anos → 6 (60%) Mais de 10anos → 4 (40%)
Psiquiatras (PQ)	4♂ → 40% 6♀ → 60%	Acima de 40 anos → 10 (100%)	Acima de 10 anos → 10 (100%)	Entre 5-10 anos → 4 (40%) Acima de 10 anos → 6 (60%)
Total/média	36,7% → ♂ 63,3% → ♀	Entre 30 a 40 anos → 43,3% Acima de 40 anos → 56,7%	Até 10 anos → 23,3% Acima de 10 anos → 76,7%	Até 10 anos → 43% Acima de 10 anos → 57%

Procurou-se também conhecer o número de crianças atendidas no período de uma semana, e se, no momento da entrevista, estavam atendendo alguma criança com esse diagnóstico ou suspeita diagnóstica. Todos afirmaram que estavam atendendo pelo menos uma criança com esse diagnóstico na ocasião da entrevista.

Sobre o número de crianças atendidas, as respostas variaram entre os profissionais, pois os neurologistas e psiquiatras se referiram ao número de atendimentos por semana, enquanto que os psicólogos, por mês. Dos dez neurologistas participantes, cinco disseram atender uma média de 10 pacientes por semana. Os outros cinco, atendem acima de 10 pacientes por semana, e 2 desses 5, relatam terem acima de 25 atendimentos por semana.

“...por semana, o número é cada vez maior, cada dia que passa a gente tem mais crianças, eu acho que em média por semana em torno de 25-30 crianças...” (N5).

Quanto aos psicólogos, 5 deles disseram atender até 5 crianças por mês e os outros 5, em torno de 5-10 pacientes por mês. Os psicólogos referem-se ao atendimento por mês por terem agenda fixa, ou seja, os pacientes são vistos em dias e horários fixos semanalmente até a resolução de seus problemas ou suspensão das consultas por uma das partes interessadas.

E, quanto aos psiquiatras, 50% deles atendem menos de 5 pacientes por semana, 30% atendem entre 5-10 crianças por semana e 20% acima de 25 crianças por semana.

“...no meu consultório eu atendo 10 pacientes diariamente, todos os dias, e em cada 10 pacientes, 5 tem TDAH...” (PQ21).

3.2 CARACTERÍSTICAS DAS CRIANÇAS ATENDIDAS

O sexo, a idade e a série escolar freqüentada pelas crianças atendidas, são apresentados na Tabela 2.

Tabela 2 - Características das crianças atendidas pelos entrevistados.

	Sexo	Idade	Série Escolar
Neurologistas	100%→ ♂	50% entre 3 e 6 anos 50% entre 6 e 12 anos	Alfabetização→ 70% 5ª a 8ª séries → 30%
Psicólogos	90%→ ♂ 10%→ ♂ e ♀	100% - 6 e 12 anos	Alfabetização → 10% 1ª a 4ª séries → 50% 5ª a 8ª séries → 40%
Psiquiatras	80%→ ♂ 20%→ ♂ e ♀	100% - 6 e 12anos	1ª a 4ª séries → 70% 5ª a 8ª séries → 30%
Total/média	90%→ ♂ 10%→ ♂ e ♀	16,7% 3 e 6 anos 83,3% 6 e 12anos	Alfabetização → 26,7% 1ª a 4ª séries → 40% 5ª a 8ª séries → 33,3%

As entrevistas com os profissionais das três categorias revelaram que os profissionais percebem a prevalência dos sintomas comportamentais nos meninos, do ensino fundamental, entre 6 e 12 anos.

“...De uma maneira geral, os meninos consultam com mais freqüência, porque predomina a hiperatividade, então eles incomodam mais né...” (N1).

“...realmente é mais no sexo masculino, a maioria deles ainda é na fase de 6-10 anos...” (N5).

Notou-se que, apenas os neurologistas relataram atender crianças menores de 6 anos, consideradas na primeira infância. Os encaminhamentos para esses profissionais ocorrem, na maioria das vezes, por solicitação das próprias instituições de ensino e/ou através dos pais.

“... e hoje com as informações, as crianças chegam cada vez mais cedo, 3 anos, apesar do próprio CID-10 falar que criança abaixo de 4 anos, não é possível você firmar esse diagnóstico. O ideal seria entre 6-7 anos, mas assim cada vez mais cedo os pais trazem essas crianças. A maioria não iniciou a vida escolar, ou estão na creche”. (N4).

“...Cada vez mais vem crianças mais novas, crianças até que não deveriam ser taxadas de hiperativas, crianças de três aninhos, quatro aninhos, mas a gente recebe crianças até nessa idade...(N5).

Na segunda infância, com aumento da capacidade de expressão das crianças, torna-se mais freqüente o encaminhamento para outras especialidades, como os psicólogos e psiquiatras.

3.3 DIAGNÓSTICO

3.3.1 Queixas

As queixas apresentadas pelos pais aos profissionais, se referiram às crianças tanto em seus ambientes familiares como nos ambientes escolares. Como mostra a Tabela 3 as queixas mais mencionadas foram a hiperatividade e a desatenção.

Tabela 3 - Queixas apresentadas pelos pais na primeira consulta

Queixas	Neurologistas		Psicólogos		Psiquiatras		Total de citações	
	Ambiente Escolar	Ambiente Familiar	Ambiente Escolar	Ambiente Familiar	Ambiente Escolar	Ambiente Familiar	Ambiente Escolar	Ambiente Familiar
Hiperatividade /Inquietação	2	5	5	5	4	7	11	17
Desatenção	4	2	8	4	5	1	17	7
Interferência no rendimento de sala de aula	5		6		1		12	
Agressividade	1	1	3	2	1	1	5	4
Dificuldade escolar	3		2		3		8	
Dificuldade dos pais em colocar limites		3	1	3			1	6
Dificuldade em completar tarefas escolares	2		2		2			6
Baixo rendimento escolar	1	1	2	1	2		5	2
Impulsividade			1	1	1	2	2	3

A hiperatividade, a desatenção e a dificuldade dos pais em colocar limites, foram as principais queixas parentais, referentes ao ambiente familiar, apresentadas aos profissionais. E a desatenção, a hiperatividade e a interferência no rendimento escolar, foram as mais citadas dentre as queixas escolares.

A categoria agitação/hiperatividade, se refere a um comportamento inquieto, com uma excessiva atividade motora.

“...que não conseguem ficar quietos, não conseguem fixar atenção numa brincadeira, ou num brinquedo, é..numa atividade por muito tempo, então, rodam a casa toda...”(P14).

Enquanto a desatenção, descrita tanto nos meninos como nas meninas, se relaciona a uma facilidade de dispersão e dificuldades em lembrar os comandos dados, as regras, e também de se concentrar.

“...manifestações da pessoa se desligar, com muita facilidade, principalmente em ambientes escolares...” (P15).

“...os pais comentam que eles são desligados, que só prestam atenção no que interessa...” (P18).

A falta de autoridade dos pais se refere tanto a uma dificuldade das figuras parentais em colocar regras e limites aos filhos, como também a crianças que não aceitam a autoridade dos pais.

*“...não pára quieta, não agüento mais o meu filho, ele me cansa”, é...”**“não consigo controlar, não consigo educar, não presta atenção em nada, parece que não me ouve”.* (N9-neurologista reproduzindo o relato de uma mãe).

A categoria interferência no rendimento escolar é uma referência ao ambiente escolar dessa criança que, por não parar quieta, interfere perturbando o ritmo de ensino da sala de aula.

“...na escola é...: não pára quieto, perturba a sala de aula, perturba a classe, conversa muito com os coleguinhas atrapalhando, levanta o tempo todo...” (N10).

O comportamento agressivo descrito pelos pais, como queixa nos dois ambientes, é o de agressão física em relação à outra criança, como colegas e irmãos.

Na categoria nomeada dificuldades escolares, estão diferentes comprometimentos citados pelos profissionais como: dificuldade de escrever, de ler, dificuldades de memória, não completar tarefas dentro de sala de aula ou de casa; sendo que a maioria dos entrevistados usou esse termo de forma genérica como queixa trazida pelos pais referente às dificuldades em ambiente escolar, muitas vezes sem especificá-las.

O baixo rendimento escolar diz respeito às crianças que não tem o mesmo rendimento, se comparado às outras da mesma série e faixa etária.

Apenas os psiquiatras e psicólogos citaram a categoria impulsividade, característica da criança que atua antes de pensar.

Outras queixas, com poucas citações, apresentadas aos profissionais foram: desinteresse, desorganização, bagunçar, indisciplina, dificuldade para dormir, dificuldades sociais, apatia, baixa tolerância à frustração, e terror noturno.

3.3.2 Critérios de Avaliação

Os diferentes instrumentos e critérios usados pelos profissionais no diagnóstico do TDAH estão na Tabela 4.

Tabela 4- Instrumentos e Critérios de Avaliação

<i>Instrumentos e Critérios de Avaliação</i>	<i>Neurologistas</i>	<i>Psicólogos</i>	<i>Psiquiatras</i>	<i>Total de citações</i>
Anamnese	1	4	7	12
Questionários	2	3	2	7
Critérios do DSM-IV	4	1	2	7
Laudo da Escola	4	1	2	7
Avaliação Psicológica	1	4	1	6
Avliação de Inteligência	1	4	1	6

Percebe-se que anamnese foi a mais citada principalmente pelos psiquiatras, e envolve coleta de informações com os pais e a própria criança.

“...Na maior parte das vezes eu já não preciso de mais nada né. eu já faço isso há quase quaren...há trinta e tantos anos né, eu faço mais é o diagnóstico mesmo na anamnese né.. (PQ28).

A seguir com número igual de 7 citações, aparece o questionário, laudo por parte do professor ou membro da escola, e critérios do DSM-IV.

“...O diagnóstico é feito assim: normalmente a mãe preenche tá, mas se for necessário algum dado que ela não saiba preencher, então é dado ao professor...” (N1).

“...eu normalmente eu faço baseado apenas nos critérios clínicos da síndrome né...na associação dos sintomas, impulsividade, hiperatividade e de déficit de atenção...” (N3).

“...Eu uso os critérios do CID-10 e questionários que uso desde a residência, são entregues aos pais e professores. São escores com números, mas não tem nota, é só para te dar uma noção...” (N4).

“...O DSM-IV, o questionário de Conners, e agora eu comprei escala de avaliação do TDAH, feita pela casa do psicólogo, com pesquisa e tudo em cima dele...(N12).

Esses questionários foram mencionados de uma maneira generalizada pelos entrevistados, e aqueles que disseram usar questionários específicos os nomearam, como o de Conners. Em relação aos laudos provenientes das escolas, são solicitados pelos profissionais quando não há informações

suficientes por parte dos pais. Esses laudos, segundo informações colhidas, não tem um formato padrão, contendo apenas informações sobre o rendimento escolar e comportamento dentro de sala de aula destas crianças.

Houve 6 citações de avaliação psicológica e 5 de avaliação de inteligência (WISC), principalmente pelos psicólogos.

“... Entrevistas, jogos pedagógicos e o WISC (escala de avaliação de inteligência). A entrevista é com os pais, avaliando todo o comportamento da criança, todos os aspectos das tarefas de casa, alguma queixa da escola...” (P11).

Outras citações menos freqüentes foram: critérios do CID-10 (4), critérios clínicos inespecíficos (3), Questionário de Conners (3) e avaliação neuropsicológica (2).

3.3.3 Profissionais Envolvidos no Diagnóstico

Na questão relacionada ao número de profissionais envolvidos no diagnóstico, ou seja, se é realizado em equipe ou individualmente nos consultórios privados, houve mais de uma citação por parte dos entrevistados. Das três categorias profissionais, apenas 2 psicólogos, 1 psiquiatra e 1 neurologista disseram realizar esse diagnóstico em equipe. Em torno de 16 participantes citaram a realização do diagnóstico em seus ambientes de trabalho, de forma individual.

“... o diagnóstico eu que faço, quando eu preciso de mais alguma que..tem algumas crianças que tenho dúvida, aí eu peço a outro profissional, da área da psicologia...” (N5).

“...eu faço o diagnóstico sozinho, mas há casos, já houve casos de fazer junto com outro profissional...” (P13).

Os encaminhamentos para outros profissionais, como complemento do diagnóstico, foram citados principalmente pelos médicos, com 7 citações para avaliação psicológica e 4 para avaliação psicopedagógica. Entre os psicólogos, 2 responderam que encaminhavam para os neurologistas para certificação desse transtorno, e 4 relataram receber as crianças com o diagnóstico já estabelecido por outro profissional. Porém, nenhum deles possui uma equipe formada ou determinada.

3.3.4 Número de Consultas

Ainda em relação ao diagnóstico, procurou-se identificar com os profissionais entrevistados o número de consultas necessárias e o tempo considerado suficiente para esse diagnóstico. Obteve-se o seguinte:

- a) neurologistas: 50% disseram que uma consulta de 20-40 minutos é suficiente e 50% necessitam de mais de uma consulta (em torno de duas ou três);
- b) psicólogos: 60% necessitam de mais de 5 consultas, 30% menos de 5 consultas e 10% responderam que depende do caso;
- c) psiquiatras: 30% disseram necessitar em torno de uma consulta, 10% de duas consultas, 40% em torno de 3 e 20% mais de 5 consultas.

Logo, podemos observar que, mesmo realizando o diagnóstico em seus ambientes privados de trabalho, a maioria dos psicólogos e dos psiquiatras necessita mais de uma consulta para a certificação desse diagnóstico.

3.4 TRATAMENTO

As questões relacionadas ao tratamento referiram-se ao tipo de tratamento indicado (medicamentoso, psicoterapia, apoio pedagógico), tempo de uso da medicação e idade ideal para início da medicação, como é sugerido o acompanhamento das crianças na escola e junto a seus pais, ao retorno dos pacientes, e diferenças nos tratamentos empregados.

3.4.1 Tratamento Empregado

Na tabela 5, observam-se as respostas obtidas quanto ao tratamento utilizado com as crianças que receberam o diagnóstico de TDAH.

Tabela 5: Opções de Tratamento

<i>Tratamento</i>	<i>Neurologistas</i>	<i>Psicólogos</i>	<i>Psiquiatras</i>	<i>Total de citações</i>
<i>Medicação</i>	10	3	10	23
<i>Orientação aos Pais</i>	3	1		4
<i>Acompanhamento psicopedagógico</i>	2	1		3
<i>Psicoterapia (individual, terapia comportamental e familiar sistêmica)</i>	6	9	7	22
<i>Apoio pedagógico</i>	3	1	2	6
<i>Terapia ocupacional</i>	1			1
<i>Encaminhamento para fonoaudióloga</i>		1		
<i>Encaminhamento ao neurologista</i>		1		1
<i>Atividade desportiva</i>			1	1

Como mostra a Tabela 5, as opções de tratamento são compatíveis com a atividade profissional dos entrevistados, ou seja, os médicos, tanto os neurologistas quanto os psiquiatras, indicam o uso da medicação para todos os seus pacientes com diagnóstico de TDAH.

Apesar dos psicólogos apontarem a terapia como uma das principais formas de tratamento para o TDAH, em torno de 30% deles perceberam como efetiva a associação da medicação com a psicoterapia.

“associação de vários tratamentos né..o medicamentoso na maioria dos casos, que no caso só o médico poderia..poderia ministrar né.., poderia recomendar. O psicológico e o emocional, tentando abranger mais a questão da auto-estima...” (P17).

Os profissionais apontaram mais de uma forma de tratamento, como aparece na Tabela 5. Os encaminhamentos propostos pelos entrevistados para outros profissionais, ocorrem mais como uma opção de tratamento do que para o diagnóstico, ou seja, quando percebem que determinadas queixas não são de sua competência, ou se sentem incapazes de tratar sozinhos.

“O tratamento medicamentoso é fundamental...encaminho muitas vezes para psicólogo para trabalhar contexto familiar e até mesmo pedagogo para ver contexto da escola...” (N4).

“...sempre medico, e encaminho muitas vezes para tratamento..com psicoterapia, enfoque terapia familiar sistêmica” (PQ27).

O acompanhamento psicoterápico, indicado pelos profissionais, envolve tanto a terapia individual da criança, como a familiar e a terapia comportamental.

3.4.2 Idade Mínima / Tempo de Uso

Em relação à idade mínima para iniciar a medicação, as respostas encontradas entre os médicos foram 12 citações para crianças abaixo de 6 anos e 7 acima dessa idade. E, 5 dos psicólogos alegaram já terem atendido crianças com menos de 6 anos que já estavam medicados.

Vale ressaltar que os psicólogos e psiquiatras entrevistados, na questão relacionada à idade dos pacientes assistidos por eles em seus consultórios privados, responderam que atendiam crianças maiores de 6 anos. Contudo, nessa questão sobre o tempo de uso e idade ideal para início da medicação curiosamente ambos disseram atender crianças menores de 6 anos.

“...se a criança tiver muito disfuncional, é...eu inicio o tratamento até numa idade de 4 anos. Embora é.. os protocolos orientam a gente a começar a partir dos 5 anos, mas tem crianças muito disfuncionais... o protocolo é, com um ano de...de acompanhamento, a criança tiver assintomática, aí a gente suspende a medicação e avalia os resultados.. tem caso mais graves que aí demanda mais tempo..”(PQ21).

“..eu tenho recebido crianças bem novinhas e quando a criança apresenta transtornos muito graves em termos comportamentais, crianças de 2-3 anos, muitas vezes eu utilizo alguns medicamentos para que ela possa melhorar a socialização... e costumo dizer para os pais, é uma pergunta que sempre vem..Dra. até quando nós vamos utilizar a medicação”? E eu costumo responder “ a medicação vai ser utilizada enquanto estiver sendo útil” e os próprios pais concordam com essa idéia..”(PQ27).

Sobre o tempo de uso da medicação, os entrevistados médicos foram os que mais se manifestaram sobre esse assunto, mesmo porque prescrição de medicamentos não faz parte da clínica diária dos psicólogos. Houve 7 citações para acima de 2 anos de uso, 5 para tempo indeterminado, 5 para até adolescência, duas para a vida toda, duas depende, e uma para menor de 1 ano.

Percebeu-se ainda certa preocupação por parte dos psicólogos sobre as medicações usadas pelos pacientes. Acreditam que a associação da psicoterapia ao tratamento medicamentoso pode abreviar o tempo de uso da medicação. Os psiquiatras dizem associar regularmente o uso da medicação à psicoterapia. Entre os neurologistas, apenas 3 responderam que sempre associam a medicação com outras intervenções, os outros 7 só encaminham dependendo do caso e da intensidade dos sintomas.

3.4.3 Acompanhamento aos Pais e Educadores

Na questão relacionada ao tratamento utilizado, houve apenas 4 citações sobre “orientação aos pais” como uma forma de tratamento.

Porém, ao serem questionados diretamente sobre o acompanhamento dessas crianças junto aos pais e a escola, essa resposta de “orientação aos pais” foi valorizada por todos os participantes. Essa orientação segundo eles, baseia-se na sugestão de leitura de livros, distribuição de folder, uso de sítios especializados na internet, que ajude os responsáveis na compreensão dos sintomas de seus filhos. E ainda, orientam sobre cooperação, compreensão e apoio dos pais sobre o próprio TDAH e seu prognóstico.

“...necessita da cooperação dos familiares que envolve principalmente, esclarecimento, conhecimento do assunto, eu sempre cito livros para que eles possam ampliar seu conhecimento sobre o assunto...” (PQ27).

Os psicólogos relatam ainda orientá-los quanto à necessidade da reavaliação da dinâmica familiar, a ajudar os pais a colocarem limites sobre seus filhos, a ouvirem mais essa criança, terem mais paciência e compreensão das diferenças, assim como entenderem as limitações da idade.

“...aos pais a gente conversava sobre a necessidade de uma certa paciência na compreensão da diferença que ... que a pessoa tinha né, principalmente com relação assim a execução de tarefas de casa, tarefas domésticas...” (P17).

Interessante observar que nesse momento, muitos entre eles, lamentaram a falta de uma equipe inter e multidisciplinar no acompanhamento dessas crianças, até mesmo admitindo que o uso da medicação isolada, seria insuficiente para resultados em longo prazo.

“....O ideal seria uma equipe multidisciplinar, mas nós trabalhamos às vezes muito fora desse contexto... Eu acho que a função do médico, do neurologista, é função do diagnóstico, da escolha medicamentosa, mas certamente quem vai conduzir essa criança é o educador, e eventualmente o psicólogo para tornar a família mais consciente e que possa tolerar melhor a situação, que possa diminuir o nível de expectativa pelo menos por um determinado tempo, até que o transtorno desapareça ou diminua consideravelmente como acontece na adolescência, né...” (N3).

As orientações aos educadores, segundo os participantes, são sugestões verbais dadas aos pais para transmitir ao professor, laudos escritos, ou através de

contato telefônico com a escola, que visam beneficiar essas crianças, tais como: rejeitar rótulos, sentar na frente, propor atividades extraclasse, mantê-la ocupada ajudando nas tarefas dentro da sala de aula.

“...é passado uma orientação, uma orientação que é dada a família, para entregar aos professores...” (N1).

“...a escola, é mais difícil fazer a orientação, porque muitas vezes as professoras estão muito saturadas...” (P12).

“ ..a escola que eu costumo mandar alguma cartinha...(PQ24).

Os neurologistas, em relação a assuntos escolares, preferem encaminhar para outros profissionais, como os psicopedagogos e psicólogos, relatando falta de tempo e de capacitação para lidar diretamente com os profissionais da escola.

“...não vejo como minha tarefa estar treinando a professora para isso, até mesmo porque eu não tenho formação profissional para isso..”(N4).

Sobre o retorno desses pacientes e suas famílias, com a finalidade de manter o acompanhamento indicado, as respostas obtidas, encontram-se na Tabela 6.

Tabela 6 - Retorno das crianças com TDAH para o acompanhamento

<i>Profissional</i>	<i>Retornam Sempre</i>	<i>Retornam as vezes</i>	<i>Não retornam</i>
<i>Neurologistas</i>	50%	50%	0%
<i>Psicólogos</i>	50%	30%	20%
<i>Psiquiatras</i>	90%	0%	10%

Os entrevistados médicos, neurologistas e psiquiatras, afirmam que um dos principais motivos do retorno desses pacientes e suas famílias é a melhora dos

sintomas com a medicação, e a necessidade do receituário apropriado para a aquisição do medicamento.

“...eles vem pela receita e também volta pelo sintoma, aonde a gente vamos dizer...tem o metilfenidato... (N7).

“...o vínculo principal fica sendo a medicação, porque hoje a medicação de consenso no protocolo...de consenso mundial, a respeito deste problema, tem sido o metilfenidato, que é uma substância que dá um efeito muito imediato... é uma sintomatologia muito visível, a família se incomoda, então ela tem uma adesão, ela ..ela leva a criança ao tratamento, porque ela..quer que a criança continue tendo um controle medicamentoso. (PQ25).

Os psicólogos notam certa ansiedade das famílias quanto aos resultados do acompanhamento psicológico, por não serem tão imediatos quanto os efeitos das medicações usadas no tratamento do TDAH, o que faz, muitas vezes, as famílias desistirem desse tipo de intervenção.

“....a família quando chega ao nosso consultório, já está bastante desgastada, já tá impaciente..e..muitas vezes até irritada com o quadro clínico, e querem resultado imediato, e isso não acontece né..nem mesmo com o tratamento medicamentoso e nem com a psicoterapia, então muitas vezes não tem paciência de esperar um..uma modificação no quadro clínico.(P15).

No gráfico 1 visualizam-se as dificuldades encontradas por esses profissionais no manejo de seus pacientes portadores de TDAH:

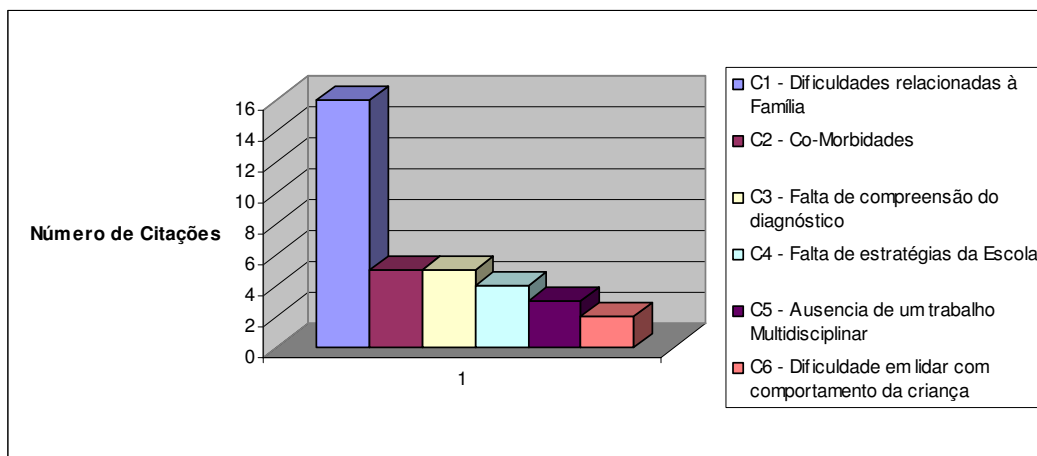


Gráfico 1 - Dificuldades dos profissionais no acompanhamento dessas crianças e suas famílias.

Na categoria mais citada pelos profissionais, 3 neurologistas, 8 psicólogos e 5 psiquiatras, estão incluídas respostas relacionadas à dificuldade de adesão e persistência das famílias no tratamento, dificuldade do profissional em lidar com a dinâmica familiar dos pacientes, pressão da família por resultados imediatos, resistência ao uso da medicação. Vale a pena lembrar que na questão que envolve o retorno dos pacientes, a maioria dos médicos disse não haver problemas no retorno desses pacientes.

“...a família né, se engajar como um todo, tá entendendo...”(N1).

“...É exatamente a falta de persistência, dos pais...das famílias..”(P16).

“...Primeiro a conscientização da família, eh..eh...difícil as vezes eles aceitarem, isso é uma coisa. Segundo, o tratamento. Existe ainda muita resistência com relação ao tratamento farmacológico...”(PQ21).

A categoria Co-morbididades inclui respostas relacionadas à presença de distúrbios comportamentais secundários ao TDAH, tais como: transtorno desafiador de oposição, transtorno de conduta, transtorno bipolar, depressão, que dificultam o

tratamento. Esta categoria foi citada apenas pelos profissionais médicos (3 neurologistas e por 2 psiquiatras).

“...são as crianças que concomitante ao Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, apresentam também outros transtornos associados, por exemplo, transtorno opositor desafiante, transtorno de ansiedade, transtorno obsessivo-compulsivo...(N2).

A categoria 3 se refere à falta de compreensão do diagnóstico por parte das famílias, da escola e de alguns profissionais de saúde mental, e só psiquiatras apresentaram respostas desta categoria.

Neurologistas, psicólogos e psiquiatras apresentaram respostas da categoria 4, que estão relacionadas às dificuldades dos profissionais junto as escolas, em mostrar como lidar com o comportamento dessas crianças, e citam também entre essas dificuldades a falta de projetos pedagógicos especiais que atendam suas necessidades educacionais.

“Eu acho que é uma integração com a escola, a minha dificuldade maior, muitas vezes é a escola entender a problemática...” (N5).

“a dificuldade maior para elas, tá na escola, porque a escola em geral é muito engessada, não tem muito possibilidade de diferença...(P14).

Interessante observar que a categoria 5, “Falta de uma equipe interdisciplinar”, foi ressaltada apenas pelos neurologistas. Apenas 1 psicólogo e 1 psiquiatra falaram das dificuldades em lidar com as características comportamentais da criança - categoria 6 – tais como: impulsividade, inquietude, dificuldade em aceitar regras.

Buscou-se também conhecer as diferenças apontadas pelos profissionais em termos de resultados de acordo com o tratamento proposto. O gráfico 2 mostra esses resultados:

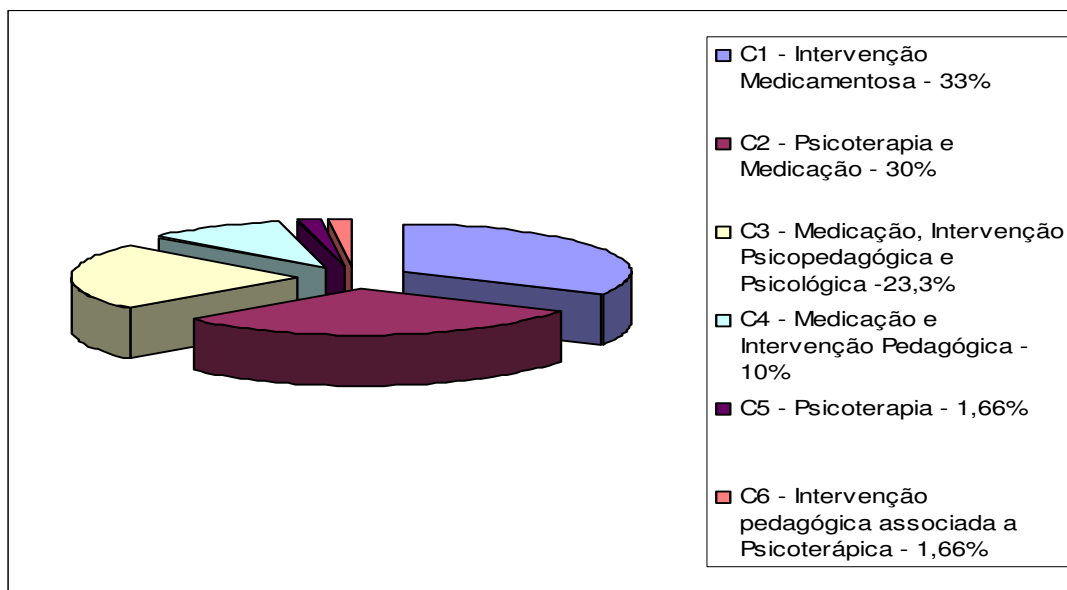


Gráfico 2 – Tratamento mais eficaz, segundo os entrevistados.

Do total de entrevistados, 33% afirmaram que a intervenção medicamentosa é a melhor. Essa resposta foi dada apenas pelos médicos (5 neurologistas e 5 psiquiatras).

“...não só noto, como para mim o metilfenidato é a melhor medicação que nós temos, entendeu na medicina, pelo seu efeito imediato, pela resposta entendeu, é... a transformação é muito grande... O metilfenidato é hoje consagrado, goldstandart, para tratamento do TDAH. Ele é tão eficaz quanto ou mais do que com o tratamento psicoterápico. Eu uso sem nenhuma dor na consciência. Hoje 99% dos pacientes usam ritalina”. (N1).

“...Olha, no meu modo de ver as crianças que recebem a medicação parecem evoluir melhor do que aquelas que ficam apenas nas estratégias

psicológicas. As próprias crianças hoje percebem que elas funcionam melhor quando usam o remédio...” (N3).

“...Se a gente fosse colocar isoladamente, é a farmacológica, mais não só eu que tô dizendo, os trabalhos são unânimes, em colocar não só nesse diagnóstico, mais em muitos outros em saúde mental, que abordagem conjugada é sempre mais valorosa. Mas se tivesse que escolher um deles só e que eu visse maior benefício é.. tirando do geral, a abordagem farmacológica.(PQ30).

Trinta por cento dos entrevistados (5 psicólogos e 3 psiquiatras) percebem a intervenção combinada, psicoterapia e medicação, como melhor forma de abordagem e de sucesso terapêutico. E, 23% notaram diferença positiva nos pacientes com a abordagem combinada de medicação, intervenção psicopedagógica e psicológica. Foi a única abordagem citada pelas três categorias profissionais.

“...O combinado, o medicamentoso com o psicoterápico, é o que tem maior resultado. Porque não adianta só a medicação, porque a criança vai ter que mudar o comportamento. Não adianta só a psicoterapia porque ela precisa da medicação para deixar ela mais centrada, né...(P12).

Dez por cento notaram diferença positiva na abordagem combinada de medicação e intervenção pedagógica. Apenas neurologistas e um psicólogo indicaram esta opção.

A intervenção psicoterápica e a intervenção pedagógica associada à psicoterapia foram as menos citadas pelos profissionais.

Nota-se, portanto, que a medicação usada isoladamente, ou associada a outro tipo de intervenção, é a principal escolha da maioria dos profissionais entrevistados nessa pesquisa.

3.5 CAUSAS

Houve mais de uma citação quando os entrevistados foram questionados sobre prováveis causas desse transtorno, como mostra o Gráfico 3.

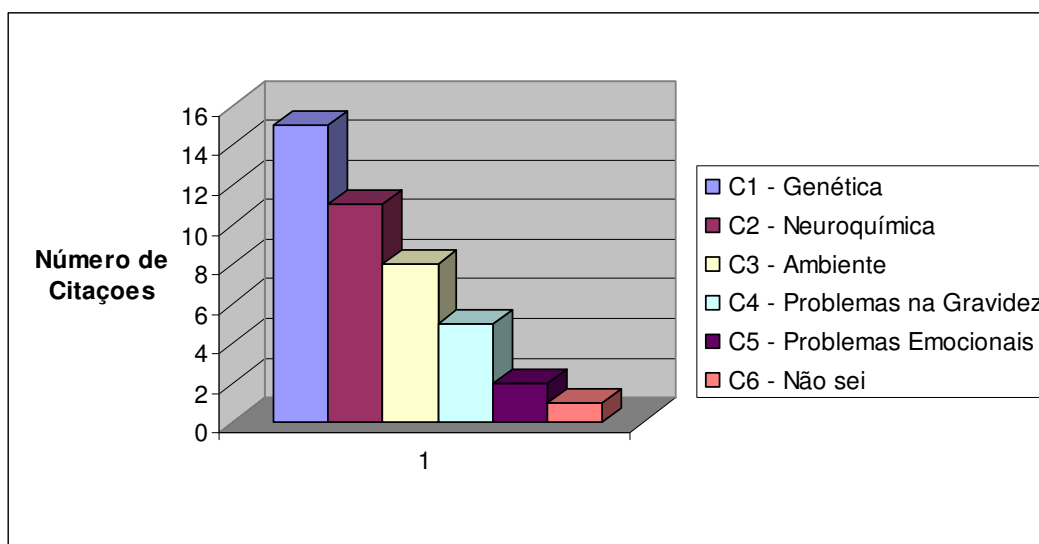


Gráfico 3 – Prováveis causas do TDAH

Noventa por cento dos entrevistados consideraram os fatores biológicos, genético e neuroquímico, como causa principal desse transtorno. Problemas genéticos ligados a hereditariedade, foi a causa mais citada, com 15 nomeações, sendo 7 de neurologistas, 3 de psicólogos e 6 de psiquiatras. A categoria neuroquímica vem a seguir com 11 citações (4 neurologistas, 1 psicólogo e 6 psiquiatras), e se relaciona a uma diminuição de substâncias químicas chamadas de neurotransmissores.

“...é um distúrbio genético, você tem uma história familiar muito positiva...(N5).

“...é uma deficiência bioquímica né de neuro transmissores a nível do sistema nervoso central, por isso é que tem que ter a medicação...”(N8).

A categoria ambiente familiar recebeu oito citações, sendo seis dos psicólogos, um neurologista e um psiquiatra.

“...as questões ambientais, tiraram a mãe e não colocaram ninguém no lugar, e se você deixa a criança, solta, sem referência, enfim vai fazer o que tiver vontade, a hora que tiver vontade, enfim...(P14)

Os problemas na gravidez, que se referem aos problemas ocorridos nos períodos, pré, peri e pós-natais, como doenças maternas, prematuridade, sofrimento fetal agudo, foram citados por 3 psiquiatras, 1 neurologista e 1 psicólogo. Os problemas emocionais foram mencionados por 2 psiquiatras, e a resposta “não sei” foi citada apenas uma vez, por 1 psicólogo.

Em resumo, os médicos, que correspondem a dois terços dos participantes, foram os que mais citaram fatores biológicos como causa desse transtorno.

Procurou-se saber também as opiniões dos entrevistados sobre o aumento do número de crianças com esse diagnóstico. E, 84 % afirmaram que houve aumento significativo nos últimos anos de crianças com esse diagnóstico.

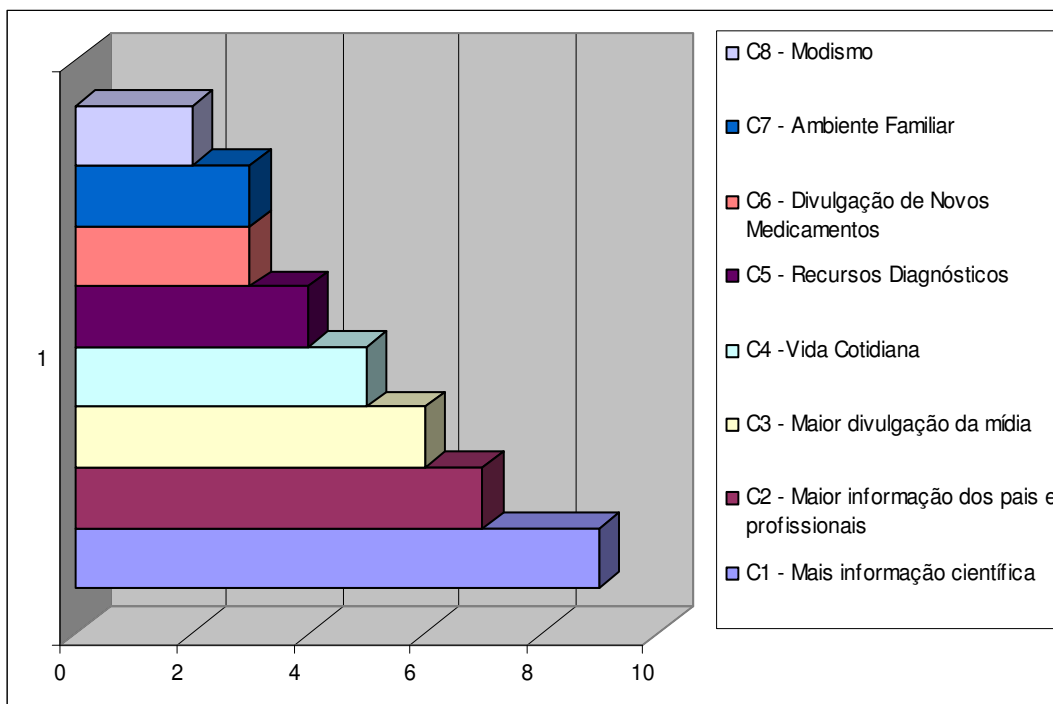


Gráfico 4 – Causas do aumento do diagnóstico

As categorias 1, 2 e 3 (Gráfico 4), estão relacionadas à maior divulgação e acesso a informações sobre esse transtorno. Interessante observar que, essa disseminação de informações produz, na verdade, a disseminação dos termos técnicos, possibilitando então aos indivíduos que têm acesso a essa informação, como pais e professores, considerarem determinados comportamentos isolados das crianças como sintomas do TDAH.

“... as mães estão aprendendo a reconhecer, as professoras estão aprendendo também a reconhecer, então está levantando mais esse assunto né.. na televisão os próprios médicos também, porque tem muita gente que não sabia desse diagnóstico, tá assim.. tem um congresso só disso agora a gente vê congresso de estudo de Déficit e Atenção e tal...(N8).

“...a mídia... em tudo quanto é jornal, revista.. esses testes rapidinhos, né...”diagnostica se seu filho tem o transtorno” então acaba a criança sendo agitada e todo mundo já atribui a ela sendo hiperativa...(P12).

A categoria vida cotidiana, segundo os entrevistados, diz respeito ao momento atual, como falta de tempo dos pais para colocar os limites necessários aos filhos e vida estressante.

“...falta de tempo dos pais, pela vida que ta hoje corrida, pela parte financeira mesma de necessidade de você pagar uma escola, e tudo, então eu noto assim que tem muito também diagnóstico exagerado... porque teve esse aumento pela divulgação, pelo conhecimento, pelo meio de comunicação, mas também teve pela sociedade..(N7).

Recurso diagnóstico diz respeito aos sítios existentes na Internet que contêm questionários, que podem ser usados para “diagnosticar” o TDAH, e também à facilidade de acesso aos critérios diagnósticos estabelecidos pelo CID-10 e DSM-IV. Divulgação de novos medicamentos, segundo os participantes, é devido ao maior número de medicamentos de alto custo atualmente usados, sendo massivamente divulgados através das indústrias farmacêuticas.

“...eu acho que a pressão de indústria farmacêutica também contribui, entendeu? E, a internet que divulga mais os conhecimentos mesmo no meio leigo né... então acho que um pouco de cada coisa. Acho que a agitação do mundo moderno faz as crianças mais agitadas..”(N9).

A categoria 7, envolve as dificuldades existentes nos ambientes familiares, tais como: pais separados, filhos criados por avós, maior ausência materna, cobrança

exagerada dos pais, distúrbios psiquiátricos na família. O modismo diz respeito ao fato de “estar na moda” ter TDAH, de modo que, esse diagnóstico passa então a ser mais utilizado.

É apresentado a seguir o sumário dos principais resultados de cada categoria profissional.

Entre os neurologistas, predominaram os profissionais do sexo masculino, com mais de dez anos de formado e de atuação com TDAH. Relataram atender mais 10 meninos por semana, nas idades pré-escolar e escolar, com esse transtorno. O diagnóstico, segundo eles, é realizado individualmente, com alguns necessitando de uma e outros em torno de duas a três consultas, sendo raros os encaminhamentos para outros profissionais. Foram, dentre as categorias entrevistadas, os que mais citaram a utilização dos critérios do DSM-IV. Em relação ao tratamento, preferem os psicólogos e psicopedagogos para orientar os pais sobre os assuntos escolares e consideram a medicação como mais eficaz. Disseram ainda que, seus pacientes sempre retornam, porém, relatam dificuldade de lidar com as famílias, referindo-se nesse momento à necessidade de trabalhar com uma equipe interdisciplinar. Além disso, consideram o fator biológico como principal agente causador do TDAH.

Os psicólogos eram, em sua maioria, do sexo feminino, com mais de 10 anos de formado e entre 3 e 10 anos de atuação com TDAH. Atendem em torno de 5 a 10 pacientes por mês, em sua maioria meninos, de primeira à quarta série, entre 6 e 12 anos. Os critérios diagnósticos mais utilizados eram anamnese e avaliação psicológica, realizando esse diagnóstico principalmente em seus ambientes privados de trabalho, geralmente de forma individual, com alguns já recebendo as

crianças com esse diagnóstico estabelecido e outros as encaminhando com este propósito. Como tratamento, eles recomendam principalmente a psicoterapia visando, principalmente, a orientação dos pais. Percebem a família como principal agente causal deste transtorno.

Os psiquiatras eram, em sua maioria, do sexo feminino, com mais de 10 anos de formatura e de atuação com TDAH. Os atendimentos variavam de menos de 5 a mais de 25 pacientes por semana com esse suposto transtorno. Relataram atender meninos e meninas entre 6 e 12 anos, de primeira a quarta série. O diagnóstico é baseado na anamnese e, geralmente, realizado em seus consultórios, sendo necessárias mais de duas consultas. O tratamento mais citado por essa categoria foi a associação da medicação com terapia, porém percebendo a medicação como superior na intervenção. Seus pacientes retornam em 90% das vezes e consideram a família como a principal responsável pelas dificuldades encontradas no tratamento. O fator biológico foi apontado como principal agente etiológico desse transtorno.

Todos os participantes descreveram a agitação/inquietação e desatenção, como queixas mais citadas pelos pais.

4. DISCUSSÃO

Esta pesquisa teve como objetivo descrever os critérios e instrumentos utilizados para o diagnóstico e o tratamento proposto, pelos profissionais da área de saúde mental, para o TDAH.

Pode-se considerar que os profissionais entrevistados eram experientes no tratamento desse Transtorno, uma vez que 57% dos entrevistados afirmaram ter mais de dez anos de atuação com crianças com TDAH e 76,7% estavam formados há mais de dez anos.

Inicialmente serão discutidos os resultados relacionados ao diagnóstico, seguindo-se a discussão dos resultados sobre o tratamento do transtorno.

4.1 DIAGNÓSTICO

Os critérios clínicos mais respeitados e citados no meio acadêmico-científico sobre o diagnóstico do TDAH, são os do DSM-IV e os guias práticos da AAP (AAP, 2000; ROHDE; HALPERN, 2004; VASCONCELOS, 2005).

Apesar do consenso, na literatura especializada, sobre o uso do DSM-IV, desenvolvido pela Academia Americana de Psiquiatria, o grau de utilização desses critérios varia entre os profissionais, faltando ainda muitos estudos que justifiquem o número de itens solicitados para esse diagnóstico (AAP, 2000).

Os Guias Práticos desenvolvidos pela Academia Americana de Pediatria sobre diagnóstico e tratamento do escolar com TDAH (AAP, 2000; 2001), foram desenvolvidos por vários especialistas neste tema procedentes de diferentes

áreas, sem vinculação com a AAP, entre eles, psiquiatras, neurologistas e psicólogos. Os critérios desses guias são extensos e norteiam profissionais de diferentes áreas.

Rushton, Fant, e Clark (2004), em uma pesquisa realizada em Michigan, EUA, com médicos pediatras e da família, identificaram que 60 % deles, adotam em suas práticas diárias, os critérios diagnósticos especificados por esses guias, não utilizando, rotineiramente, o DSM-IV.

Os nossos resultados revelaram que os critérios diagnósticos usados pelos entrevistados foram: anamnese (entrevista com pais), seguida de questionários (sem denominação específica), laudo das escolas e os critérios do DSM-IV. Os resultados mostraram que, surpreendentemente, os psiquiatras baseiam o diagnóstico do TDAH na anamnese, e apenas alguns relataram à utilização dos critérios do DSM-IV.

Por ser um diagnóstico clínico e haver discrepâncias entre a avaliação dos pais e dos professores, segundo Rohde et al. (2000), o conhecimento do comportamento dessa criança nos dois ambientes principais de seu desenvolvimento, casa e escola, é de grande importância, sendo a impressão do professor, fundamental nesse diagnóstico. (AAP, 2000; ROHDE; HALPERN, 2004; MALACRIDA, 2004). Ainda assim, as informações que os entrevistados nesta pesquisa obtiveram sobre o comportamento e desempenho da criança na escola, vieram em relatórios elaborados pelos educadores, questionários ou por intermédio dos pais. Esses relatórios foram citados principalmente pelos neurologistas e usados em caso de dúvida das informações obtidas na anamnese.

O Questionário de Conners, que é o mais recomendado para coleta de dados sobre o ambiente escolar, foi pouco valorizado pelos entrevistados, sendo mencionado por 3 profissionais (2 psicólogos e 1 psiquiatra).

Pela complexidade desse transtorno, além da participação dos pais e dos professores no diagnóstico, torna-se também necessária o envolvimento de uma equipe multidisciplinar, como afirma Benczik (2002).

Os resultados encontrados em relação ao número de profissionais envolvidos no diagnóstico foram inesperados: a maioria deles realiza esse diagnóstico sozinho sem uma equipe multidisciplinar fixa ou até mesmo sem o estabelecimento de parceria com profissional de outra especialidade.

Uma das dificuldades que os profissionais relataram na pesquisa realizada por Rushton, Fant, e Clark (2004), foi a falta de acesso dos usuários aos serviços de saúde mental especializados. Essa dificuldade também é real na nossa prática diária que, além de um sistema de saúde deficiente, dispõe de poucos profissionais e poucos centros especializados para atender uma demanda geral de pacientes que crescem a cada dia, sendo a saúde mental uma das áreas mais comprometidas. Mesmo nos serviços privados, a cobertura pelos planos de saúde às patologias mentais não é suficiente nem satisfatória. Diante desta dificuldade, a parceria com outros profissionais, talvez fosse um recurso que facilitaria o diagnóstico do TDAH. Entretanto, os encaminhamentos relatados pelos entrevistados para um outro profissional com objetivo de complementação diagnóstica, só ocorrem nos casos julgados como necessários.

Em relação ao número de consultas consideradas ideais para o diagnóstico do TDAH, os psicólogos afirmaram necessitar acima de quatro consultas, porém

metade dos neurologistas e 30% dos psiquiatras realizam esse diagnóstico em uma consulta que pode variar de 20 a 40 minutos.

Não há informação na literatura especializada sobre o número de consultas necessárias para a realização do diagnóstico do TDAH. Mas a AAP (2000) orienta em seu Guia de Diagnóstico a utilização de mais de uma, geralmente em torno de 2-3 visitas. O maior número de consultas possibilita tanto o profissional, a determinar a prevalência ou severidade das variações de determinados comportamentos que essa criança apresenta no ambientes que ela frequenta como também permite o conhecimento das expectativas do(s) adulto(s) responsável (eis) pela criança.

Ressalta-se ainda que, sobre o número de crianças atendidas semanalmente com esse suposto diagnóstico, 50% dos neurologistas e 20% dos psiquiatras relataram atender mais de 10 crianças por semana.

Geralmente os médicos tentam realizar o diagnóstico e recomendar alguma forma de tratamento em uma mesma consulta. Considerando alguns fatores como a complexidade do TDAH, o número de crianças atendidas e a falta de uma equipe especializada, provavelmente o tempo de apenas uma consulta pode ser insuficiente para avaliar criteriosamente os sintomas apresentados por essas crianças em diferentes contextos ambientais e ainda compará-los com a fase de desenvolvimento que a criança se encontra, como se recomenda na literatura. (AAP, 2000; ROHDE et al.,2000).

Esses fatores podem ser pelo menos em parte, responsáveis pelos dados obtidos, nesta pesquisa, sobre a idade que esse diagnóstico vem sendo realizado. Em torno de 50% dos neurologistas diagnosticam essas crianças na fase pré-escolar,

por solicitação dos profissionais das escolas e ou dos pais, apesar dos estudos existentes informarem que, a idade escolar deve ser considerada a ideal para confirmação desse diagnóstico, mesmo na presença de algumas características do TDAH em pré-escolares. (AAP, 2000; DSM-IV, 1994).

Entre as categorias profissionais, os neurologistas parecem ser os favoritos dos pais e das instituições de ensino para avaliação das crianças pré-escolares, e por isso provavelmente, realizam com mais frequência o diagnóstico nesta idade. A preferência pelos neurologistas pode ser justificada pela possível dificuldade de interação dos psicólogos e psiquiatras com crianças menores devida à limitação da linguagem nessa faixa etária e até mesmo o receio das instituições de ensino de encaminhar para especialidades conhecidas culturalmente como aquelas que cuidam de “doidos”.

Em relação às características das crianças, a maioria dos entrevistados identificou em maior frequência o TDAH em meninos, entre 6-12 anos, principalmente nas primeiras séries do ensino fundamental. Essas características das crianças diagnosticadas com TDAH encontradas na pesquisa quanto ao sexo, idade e série escolar, são compatíveis com os estudos sobre esse tema (ROHDE; HALPERN, 2004; AAP, 2000; ROHDE et al, 2000).

As primeiras séries do ensino fundamental coincidem com as mudanças sociais ocorridas nessa idade (Bee, 2003), e, também, com a adaptação a um sistema de ensino mais rígido que o da pré-escola. E, na pesquisa realizada por Peixoto (manuscrito não publicado) o professor identificou com maior frequência a presença dos sintomas nos meninos de primeira e segunda série.

O fato dos meninos receberem mais diagnóstico de TDAH que as meninas possivelmente pode ser explicado pela atribuição de hiperatividade ao comportamento típico dos meninos. Os estudos mostram que os meninos, em situação de recreação livre, preferem as brincadeiras e jogos de atividade física mantendo um padrão de atividade motora mais agitada que o das meninas de mesma série e faixa etária (MACCOBY, 2000; SOUZA; RODRIGUES, 2002). Muitas são as teorias que justificam as diferenças de comportamento entre os gêneros, porém não é a proposta deste estudo discriminá-los ou discutí-los com a profundidade que eles merecem. No entanto, vale dizer que a socialização dos meninos pode ser, pelo menos em parte, responsável por esse padrão geral de inquietude, e por isso, estar sendo diagnosticada como hiperatividade.

Biederman et al. (2002), em seu estudo sobre influência do gênero no TDAH, afirmam que nas meninas predominam o subtipo desatento, e com menor frequência estão associadas a distúrbios de aprendizagem em leitura ou matemática. Normalmente elas têm menos problemas na escola, e estatisticamente são mais velhas na ocasião do diagnóstico, do que quando comparadas aos meninos (BIEDERMAN et al., 2002). Quinn e Wigal (2004) afirmam que, o reconhecimento tardio desse diagnóstico nas meninas, pode ocorrer pela insegurança dos professores em suas opiniões e também pela falta de critérios específicos sobre gênero no diagnóstico de TDAH. Peris e Hinshaw (2003) mostraram que, o sintoma de desatenção nas meninas pode ser igualmente desafiador para os pais quanto os sintomas de hiperatividade/impulsividade.

O reconhecimento do subtipo desatento, após a revisão do DSM-IV em 1994, tem contribuído segundo Cramer et al. (2002), para um aumento de prevalência do TDAH nas crianças escolares, especialmente nas meninas. Alguns dos nossos entrevistados também notaram tanto a prevalência da desatenção quanto o aumento recente desse diagnóstico nas meninas.

As queixas apresentadas aos profissionais pelos pais, estão relacionadas à agitação/ inquietação e desatenção das crianças, nos ambientes escolares e familiares.

Percebeu-se que um comportamento de agitação motora é o que mais incomoda ao adulto responsável no cuidado dessa criança. Peixoto (manuscrito não publicado) mostrou também que as queixas de agitação e inquietude foram as mais valorizadas pelos professores em relação a essas crianças.

Ao iniciar a vida escolar, estas características comportamentais ficam mais evidentes em razão da disciplina exigida, chamando atenção dos professores, que então sugerem aos pais a busca de uma opinião profissional, o que também se confirma em alguns estudos. (SAX; KAUTZ, 2003; AAP, 2000; MALACRIDA, 2004). As queixas escolares também foram citadas entre os participantes, especialmente os psicólogos e psiquiatras, como uma das principais reclamações dos pais.

Em um ambiente escolar exigente e que só vise resultados acadêmicos, provavelmente, esse comportamento apresentado, principalmente, pelos meninos, não atenderá às demandas dos adultos responsáveis, interferindo em seu desempenho (CIASCA, 2003).

Schneider e Eisemberg (2006) questionam se o diagnóstico é um indicador de problema da criança ou se há um problema nos ambientes em que essa criança vive. Portanto, é importante considerar o contexto desse adulto, seu grau de *stress* e nível de expectativa em relação a essa criança. Esses autores ainda relataram sobre os diversos fatores que influenciam o processo do diagnóstico: a subjetividades dos critérios do DSM-IV, a variedade das pessoas (pais, professores, profissionais), as organizações (escolas, planos de saúde), e fatores sociais e culturais.

Este presente estudo demonstrou que os profissionais entrevistados realizam o diagnóstico de TDAH nas crianças escolares baseados, principalmente, nos dados colhidos na entrevista com os pais, sem um critério definido que os ajude avaliar corretamente o contexto escolar, que é o local descrito como responsável pelas principais queixas em relação à criança e maior prejuízo do seu desenvolvimento. Ainda que os entrevistados pareçam ter certa experiência clínica, a realização desse diagnóstico sem apoio de uma equipe pode favorecer um resultado precipitado. Em regiões onde não há centros especializados, como a desta pesquisa, o julgamento clínico do profissional torna-se imprescindível. É fundamental para esse diagnóstico o conhecimento das fases do desenvolvimento da criança e das características dos ambientes que ela frequenta, provavelmente exigindo do profissional maior tempo ou maior número de consultas.

Apesar dos estudos epidemiológicos nos informarem sobre um provável aumento de prevalência nos últimos anos, o número de crianças com esse diagnóstico, atendidas, especialmente, pelos neurologistas e psiquiatras participantes, superam os índices da literatura especializada. Será que com esse número de

crianças atendidas diariamente por estes profissionais, permite o uso adequado dos critérios estabelecidos pela literatura? Está sendo considerado se o comportamento dessa criança está compatível para a sua faixa etária? Estão sendo valorizados os fatores ligados ao ambiente escolar e familiar que podem contribuir para esse comportamento?

Curiosamente, as variações encontradas entre os diferentes participantes foram apenas em relação à idade da criança atendida e o número de consultas necessárias na realização desse diagnóstico. Os conceitos em relação ao TDAH são bastante similares. Não demonstraram usar os critérios diagnósticos sugeridos pela literatura disponível sobre este tema.

4.2 TRATAMENTO

Assim como AAP (2000; 2001) recomenda alguns critérios no estabelecimento desse diagnóstico, também o faz em relação ao tratamento. As sugestões do guia de tratamento (AAP, 2001), estão baseadas no reconhecimento da importância de um diagnóstico bem feito, afirmando que os profissionais não devem tratar isoladamente essas crianças.

Cramer et al. (2002), estabelecem como objetivo principal do tratamento desse transtorno, maximizar funções, identificando as áreas mais comprometidas dessas crianças. Segundo o guia da AAP (2001), os objetivos estabelecidos requerem envolvimento por parte dos profissionais, dos pais, da criança, dos professores e outros profissionais da escola, e devem ser realísticos e

mensuráveis. Os métodos do tratamento variam segundo os objetivos estabelecidos.

Os resultados desta pesquisa demonstraram que os neurologistas e os psiquiatras recomendam como forma primária de tratamento, a intervenção medicamentosa para todas as crianças diagnosticadas com TDAH, reconhecendo, porém, a necessidade da intervenção de outros profissionais nesse tratamento. Os encaminhamentos são principalmente para psicólogos com o objetivo de intervenção junto às crianças e suas famílias.

Embora os profissionais relatem as queixas escolares trazidas pelos pais no momento do diagnóstico, não foram freqüentes as indicações para apoio pedagógico e acompanhamento psicopedagógico, onde supostamente seriam abordadas as questões escolares.

Foi curioso observar que mesmo os psicólogos, em torno de 30%, perceberam a necessidade de associar medicamentos à intervenção psicoterápica.

Com milhares de artigos publicados sobre o uso de estimulantes no tratamento de TDAH, segundo Vasconcelos et al. (2005), a venda desses medicamentos, especialmente da Ritalina, tem se ampliado em muitos países. Schmtz, Filippone e Edelman (2003) relatam que a ênfase primária e consistente no uso deste estimulante no tratamento do TDAH se fundamenta nas fontes genéticas e biológicas descritas como causa deste transtorno e nos poucos relatos dos efeitos colaterais.

Segundo a revista *Veja* (2004), Ritalina tem sido descrita como a “droga da obediência” e vem sendo também utilizada por jovens universitários e adultos para melhorar o rendimento.

Com eficácia comprovada sobre os sintomas do TDAH, segundo o MTA (1999), os efeitos imediatos dos estimulantes podem estar valorizando os benefícios do tratamento medicamentoso, colocando-o como superior às outras modalidades de tratamento. Além disto, segundo Cramer et al. (2002), os efeitos colaterais descritos destes medicamentos são geralmente leves, ocorrendo no início do tratamento e desaparecendo com diminuição da dose prescrita. Ressalte-se, que a grande maioria dos estudos é de curto prazo, revelando uma eficácia de dias ou semanas. Os efeitos em longo prazo, ainda não são claros. (AAP, 2001, BJORNSTAD, G; MONTGOMERY, P, 2006).

Cramer et al. (2002) em uma revisão literária sobre os estimulantes, demonstraram que aqueles que têm resultados positivos têm maior chance de publicação. E Schachar (2002), relata que as publicações ocorrem principalmente quando são financiados pelas indústrias farmacêuticas. Segundo Rodrigues (2003), as indústrias farmacêuticas pretendem muitas vezes, em suas propagandas sobre medicamentos usados na saúde mental, dar a idéia de que o uso destes restaura o equilíbrio, dando ao individuo condições de uma vida produtiva, integrando-o plenamente à sociedade, sem negar, entretanto, a eficácia dessas medicações. Malacrida (2004) ainda afirma que o TDAH está conectado com uma forte estratégia de marketing por parte das indústrias farmacêuticas. Esses fatores podem estar contribuindo para que os participantes desta pesquisa apontem o uso da medicação, usada isoladamente ou de forma combinada, como

opção mais eficaz de tratamento das crianças com um suposto diagnóstico de TDAH.

As três categorias profissionais, além da medicação, citaram as intervenções de psicoterapia individual, a terapia cognitivo-comportamental, e a terapia familiar sistêmica, como importantes nesse tratamento.

A terapia cognitivo-comportamental, segundo Rohde e Halpern (2004), é considerada a mais indicada e superior em resultados quando comparada a outras modalidades de psicoterapia para o TDAH, mas, segundo esses autores, seu efeito isolado é inferior ao da medicação. Essa forma de terapia foi citada apenas por dois neurologistas, um psicólogo e um psiquiatra entrevistados.

A AAP (2001), em seu guia de tratamento, registrou melhores resultados nas mudanças de comportamento das crianças dentro da sala de aula com a adoção da terapia familiar. Concanon e Tang (2005) também revelaram benefício nessa intervenção, especialmente na presença de co-morbidades e stress familiar.

Percebeu-se entre os psicólogos certa preocupação em abreviar o tempo de uso do medicamento através da psicoterapia individual. Concannon e Tang (2005), porém, referiram que a vantagem da associação da psicoterapia com o medicamento seria a diminuição da dose do remédio usado, e não a diminuição do tempo de uso do medicamento.

A melhora da auto-estima foi também um dos objetivos da psicoterapia individual citados por alguns dos psicólogos entrevistados, confirmando os dados de Ciasca (2003) sobre as repercussões da auto-estima na vida social, pessoal e acadêmica dessas crianças.

Foi interessante observar os resultados obtidos em relação à idade de início da medicação e sobre o tempo de uso da mesma. Inicialmente no diagnóstico, em relação à idade das crianças atendidas, apenas os neurologistas disseram atender crianças pré-escolares, e, surpreendentemente nesta questão de tratamento, alguns psiquiatras admitiram o uso da medicação para crianças com menos de 6 anos, embora estivessem cientes das orientações da literatura sobre esse assunto. A maioria dos médicos entrevistados disse que a medicação é mantida por um período de tempo superior a dois anos.

Há consenso na literatura sobre a idade escolar, em torno de 6-12 anos, ser considerada a ideal para diagnóstico e tratamento da criança com TDAH, mesmo na presença de evidências clínicas no pré-escolar (DSM-IV,1994; AAP, 2001). Bjornstad e Montgomery (2006) afirmam ainda, baseados no Instituto Nacional de Excelência Clínica, que o uso do metilfenidato deve ser limitado a crianças acima de 6 anos que não tenham: ansiedade ou tensão, sintomas ou história familiar de tiques ou Síndrome de Tourette, hipertireoidismo, severa angina ou arritmia cardíaca, glaucoma, e, recomenda cautela para as crianças em tratamento de epilepsia, transtornos psicóticos, e história de dependência química. Nesta pesquisa, apenas um neurologista comentou o cuidado em não prescrever metilfenidato para crianças epiléticas.

Quanto ao tempo de uso da medicação, alguns profissionais desta pesquisa não demonstraram preocupação tanto em relação aos efeitos colaterais pelo uso prolongado de medicamentos, como também pela falta de confirmação de estudos científicos sobre os benefícios em longo prazo deste tipo de intervenção.

Os riscos da persistência do TDAH e o desenvolvimento de transtornos adicionais na adolescência e vida adulta (depressão, ansiedade, dependência química, transtorno opositor), podem ser responsáveis pelo prolongamento do tempo de tratamento, segundo Schachar et al. (2002). Porém, não existem evidências sobre o uso de estimulantes para alterar o prognóstico das crianças com TDAH em longo prazo (CRAMER et al., 2002; BJORNSTAD; MONTGOMERY, 2006).

Alguns dos participantes dessa pesquisa compartilham dessa opinião sobre efeitos positivos das medicações sobre as co-morbididades. Como psicólogos não prescrevem medicamentos para seus pacientes, esses participantes apenas relataram as informações sobre esse assunto que eram trazidas pelos pais das crianças com esse diagnóstico.

Algumas outras inconsistências foram encontradas nos relatos relacionados ao tratamento. Na questão que aborda o tratamento de uma forma em geral, poucos participantes valorizaram o envolvimento dos pais e da escola. E, na questão direta sobre quais orientações são oferecidas aos pais e à escola, todos insistiram na importância dos mesmos na intervenção.

As orientações para os pais descritas pelos participantes visaram ajudá-los na compreensão dos sintomas de seus filhos, com respostas variadas de acordo com a categoria profissional. Os psicólogos foram os mais específicos, relatando sugestões dirigidas ao comportamento e sua aceitação pelos pais. Nesta questão, vários participantes reconheceram a importância da equipe inter e multidisciplinar no acompanhamento dessas crianças, admitindo que a medicação como monoterapia é insuficiente para resultados em longo prazo.

As orientações em relação a assuntos escolares, segundo os participantes, são transmitidas aos pais e, variaram desde contato telefônico, a laudos escritos e encaminhamento para psicopedagogos. Apenas um psicólogo relatou ida à escola em caso de necessidade. E, alguns neurologistas admitiram encaminhar essas crianças com problemas escolares para profissionais especializados, devido à falta de tempo e de capacitação para tais assuntos.

Peixoto (manuscrito não publicado) observou que, 48,6% dos professores entrevistados disseram ter recebido laudo ou orientação dos profissionais que acompanham seus alunos de maneira direta, mas, na sua maioria, foram contatos indiretos como, por exemplo, através da coordenadora da escola ou laudos verbais dos pais, considerados insuficientes por eles.

Deve-se considerar que a maior procura por ajuda profissional para as crianças com problemas comportamentais ocorre no início do ensino fundamental, sendo os professores os primeiros a sugerirem o diagnóstico de TDAH (SAX; KAUTZ, 2003, MALACRIDA, 2004). E, por essa razão, eles devem estar envolvidos desde o momento do diagnóstico até o tratamento. Benczik (2002) descreve a importância da intervenção no ambiente escolar, sugerindo maior planejamento e organização em sala de aula, reduzindo a presença de estímulos visuais, o uso de recursos especiais como gravadores, retro projetor, entre outros. Essa autora ainda sugere que essa criança receba o máximo possível de atendimento individualizado.

Crianças que receberam esse tipo de atendimento e apoio nas deficiências acadêmicas, segundo Concannon e Tang (2005), têm menos chance de

desenvolver co-morbidades e mais de 80% dos pais aprovam esse tipo de intervenção.

Contando com uma estrutura educacional distante de ser considerada a ideal como ilustrada nos dados de Zagury (2006), ainda que tenhamos garantido por lei esse atendimento individualizado para as crianças com qualquer prejuízo em suas habilidades acadêmicas, seria fundamental maior envolvimento dos profissionais, propondo intervenções apropriadas junto às escolas, informando e atualizando o professor sobre o TDAH.

Apesar dos participantes perceberem a importância das orientações serem dadas aos pais e professores, ninguém mencionou o estabelecimento de plano de tratamento, até mesmo porque a maioria deles não trabalha em equipe.

Quanto ao retorno da criança para consulta, os resultados desta pesquisa mostram diferenças entre os profissionais. Os neurologistas e psiquiatras percebem como motivo de retorno às consultas a necessidade da receita apropriada para aquisição do medicamento prescrito. Já a falta de adesão, segundo os psicólogos, ocorre pela apreensão dos pais por resultados imediatos.

Apesar dos médicos participantes admitirem bons resultados no retorno e na adesão, na questão que se refere às dificuldades enfrentadas no tratamento, a categoria nomeada “dificuldades relacionadas à família”, foi apontada surpreendentemente pelas três categorias como a mais importante. Entre as dificuldades associadas às famílias, foram citadas: dificuldade de adesão e persistência ao tratamento, dificuldade do profissional em lidar com a dinâmica familiar, pressão por resultados imediatos e resistência ao uso da medicação.

Rushton, Fant e Clark (2004) relataram que 20% dos participantes de sua pesquisa acreditam que os pais sejam relutantes em aceitar o diagnóstico de TDAH ou não aceitam o uso de medicamentos. E, segundo Bjornstad e Montgomery (2006), baseados em uma revisão internacional de literatura sobre Terapia Familiar e TDAH, a preferência dos pais por tratamento não farmacológico é muito comum, especialmente ao perceberem os benefícios da participação em grupos de apoio ou terapia de família. Deve se considerar que, mesmo que a medicação demonstre certo impacto em alguns sintomas do TDAH não tem bons resultados na presença de deficiências acadêmicas e sociais, que são as maiores preocupações dos pais. (CRAMER et al, 2002).

As insatisfações dos pais australianos na pesquisa de Concanon e Tang (2005), em relação ao tratamento dos filhos com TDAH, ocorrem por perceberem nos médicos apenas interesse em prescrever medicamentos, e pelo pouco envolvimento dos profissionais da educação, que parecem não compreender os problemas dessas crianças.

Quando a expectativa do tratamento é correspondida, naturalmente os pais ficam mais satisfeitos. E para isso, as consultas devem ocorrer regularmente visando à prescrição do medicamento em casos de necessidade, e, também proporcionar um maior entrosamento do profissional com essa família, ajudar o paciente a aderir às orientações, monitorar os progressos ocorridos, e oferecer o suporte necessário (MTA, 1999).

Na categoria causas do TDAH, a grande maioria dos participantes desta pesquisa percebeu o fator biológico (genético e neuroquímico) como principal agente responsável pelo TDAH, seguido do fator ambiental, o que também pode ser

considerado como um consenso na literatura (ROHDE et al. 2000;ROHDE; MATTOS, 2003, Vasconcelos et al., 2005).

Os psicólogos perceberam o ambiente familiar como importante agente causal, e, isso talvez possa ser explicado por terem maior número de consultas, maior contato com as famílias, e até mesmo pela sua formação profissional.

Harvey, Danforth, Mckee, Ulaszek, Friedman (2003) descrevem que mesmo se as famílias não tiverem um papel etiológico significativo no desenvolvimento do TDAH, como ainda se discute na literatura, com certeza contribuem para expressão da sintomatologia e os problemas de co-morbidades. Esses dados se confirmam nos estudos de Peris e Hinshaw (2003), sobre pais de crianças com problemas comportamentais, que, segundo esses pesquisadores, normalmente apresentam altos níveis de stress e insatisfação, com tendências a usar estratégias parentais disfuncionais, como agressão, hostilidade e excesso de crítica, juntamente com atitudes negativas contra os filhos.

Schneider e Eisemberg (2006) encontraram em seus estudos fortes evidências das influências dos fatores familiares, como por exemplo, a presença no lar de apenas um genitor, e baixo nível sócio-econômico. Além desses, Vasconcelos et al. (2005) ainda relatam outros fatores de adversidade como brigas conjugais, famílias numerosas, criminalidade paterna e transtorno mental materno.

Porque a literatura sobre TDAH indica aumento, na última década, do número de casos, procurou-se obter a opinião dos entrevistados sobre esse assunto. E, 84% dos participantes relataram ter percebido aumento significativo, atribuindo como causa principal a maior divulgação e acesso a informações sobre esse transtorno.

A AAP (2000) descreve que o interesse público tem aumentado paralelamente aos debates realizados pela mídia em relação ao processo de diagnóstico e às estratégias de tratamento, especialmente as que se relacionam ao aumento de prescrição de estimulantes entre as crianças escolares na última década. Malacrida (2004) relata que as opiniões sobre o TDAH se dividem entre antipatia ou entusiasmo por esse diagnóstico.

Esse clima de dúvidas e controvérsias pode conduzir os pais, professores, e profissionais, que têm acesso às informações, a considerarem determinados comportamentos isolados das crianças como sintomas do TDAH.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O TDAH tem suscitado inúmeras pesquisas nos últimos vinte anos, e tanto é descrito como a mais freqüente desordem comportamental crônica em crianças escolares como é também a mais estudada (VASCONCELOS, 2005; SCHNEIDER; EISENBERG, 2006).

O interesse por esse transtorno tem sido compartilhado pelos meios acadêmico-científicos, pela indústria farmacêutica e pelos meios de comunicação em massa, com discussões principalmente em relação ao processo de diagnóstico e estratégias de tratamento. As preocupações com o aumento da prescrição de estimulantes para os escolares, especialmente na última década, têm gerado dúvidas sobre a possibilidade de excesso deste diagnóstico. Será que tudo é TDAH? Que critérios os profissionais têm usado no diagnóstico do TDAH? Quem realmente tem o TDAH? Como esse transtorno tem sido tratado?

A busca de respostas para estas questões foi o que motivou a realização deste estudo, procurando identificar, em nível local, como profissionais da área de saúde mental têm diagnosticado e tratado as crianças escolares com esse transtorno.

Apesar das orientações contidas nos guias práticos da AAP (2000; 2001) serem gerais, elas ajudam a nortear as categorias profissionais envolvidas sobre o processo de identificação e acompanhamento do TDAH em longo prazo. E, percebeu-se que, embora a maioria dos entrevistados use mais de duas consultas na avaliação das crianças com suspeita de TDAH, os critérios diagnósticos não estão de acordo com os sugeridos pela literatura.

Todas as três categorias participantes descreveram a agitação/inquietação e desatenção, como queixas mais citadas pelos pais, interferindo tanto no ambiente escolar como no meio familiar. E, também percebem esses sintomas mais em meninos, entre seis a doze anos e de primeira a quarta série do ensino fundamental, como um comportamento patológico que necessita ser diagnosticado e tratado. Segundo a AAP (2000), as avaliações sobre os comportamentos inadequados das crianças dependem, atualmente, do julgamento clínico dos profissionais e dos adultos responsáveis por elas. Não existem dados que ofereçam estimativas precisas de quando o diagnóstico desses comportamentos é apropriado. Isso se torna especialmente problemático para profissionais que assistem um grande número de indivíduos, como alguns dos nossos participantes. Portanto, o contato entre todos os envolvidos torna-se fundamental nessa avaliação, principalmente nos locais onde não existem equipes ou locais de atendimento especializados. A realização desse diagnóstico sem a presença de uma equipe, sem retornos periódicos às consultas e contato freqüente entre os profissionais, poderá propiciar um diagnóstico precipitado, com rótulos e estigmas que interferirão no desenvolvimento desse indivíduo.

A ênfase dada ao ambiente escolar nesta pesquisa, deve-se à inegável importância do professor nesse diagnóstico, até porque as queixas comportamentais se acentuam com o início da vida escolar, como demonstrado em alguns estudos. (MALACRIDA, 2004; SAX; KAUTZ, 2003).

Esta pesquisa não pretendeu esgotar a discussão sobre as práticas atuais dos profissionais da saúde mental no processo de diagnóstico.

O tratamento do TDAH, como já discutido, é controverso, especialmente pelas dificuldades apontadas no processo de diagnóstico, e pela prevalência dos estudos que valorizam o uso de estimulantes. Existem, infelizmente, poucas pesquisas publicadas sobre terapias não farmacológicas.

Os resultados desta pesquisa demonstraram a preferência, no que se refere à categoria médica, pelo uso de medicamentos, como forma mais eficaz no tratamento deste transtorno e pela possibilidade de evitar o desenvolvimento de co-morbidades na adolescência e vida adulta. Mesmo assim, os neurologistas e psiquiatras perceberam a necessidade da intervenção psicoterápica para tratar de questões ligadas ao ambiente familiar, e a insuficiência dos resultados positivos se não houver a associação desta intervenção com a medicação. Os psicólogos relatam por sua vez, apesar de adotarem a psicoterapia como forma principal de intervenção, a dificuldade de obter a adesão das famílias devido à expectativa de resultados imediatos e de repercussões da terapia no comportamento desta criança no ambiente familiar e, principalmente, no escolar. E por essa razão, alguns destes profissionais também recomendam a associação da terapia com a medicação.

Faltam evidências pertinentes para alguns aspectos importantes de prognóstico em longo prazo, principalmente sobre a confirmação entre o uso de medicamentos e a redução dos riscos de desenvolvimento de co-morbidades e a melhora no desempenho acadêmico. Mesmo assim, surpreendentemente, os dados desta pesquisa mostraram um número significativo de participantes que usam o tratamento farmacológico por um longo período.

Medicamentos são instrumentos de tratamento valiosos para várias patologias mentais, mas devem ser questionadas as noções de normal e patológico estabelecidas, especialmente na criança, que não deve ser responsabilizada pelas deficiências existentes no atual sistema de saúde e educação. Ao contrário, aquelas criteriosamente identificadas com qualquer necessidade especial, incluindo o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, deveriam participar de projetos que visassem potencializar suas habilidades e trabalhar com suas dificuldades. Os recursos gastos pelas indústrias farmacêuticas, especialmente na divulgação de medicamentos para essas crianças, talvez fossem suficientes para implantar alguns desses projetos.

Essas considerações mostram a relevância desta pesquisa, já que possibilita o conhecimento dos profissionais envolvidos, permitindo que os mesmos possam rever suas práticas e determinar quais mudanças são necessárias e se terão impacto no atual tratamento e prognóstico das crianças com TDAH. Indica também que, os objetivos desse trabalho foram alcançados, podendo possivelmente servir para futuras pesquisas na área da saúde e até mesmo da educação, com a contribuição e perspectiva de outros indivíduos envolvidos, como professores, pais, e as próprias crianças.

6. REFERÊNCIAS

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Clinical Practice Guideline: Diagnosis and Evaluation of the Child With ADHD. **Pediatrics** v. 105, n.5, p.1158-1170, 2000.

_____.Clinical Practice Guideline: Treatment of the School-Aged Child With ADHD. **Pediatrics**, v. 108,n.4, p. 1033-1044, 2001.

ANDRADE, E.R; SCHEUER, C. Análise da eficácia do metilfenidato usando a versão abreviada do Questionário de Conners em TDAH. **Arq Neuropsiquiatria** v. 62, p. 81-85, 2004.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. ed. Portugal, Lisboa: Edições 70, 1977.

BEE, H. **A Criança em Desenvolvimento**. 9.ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

BENCZIK, E.B.P. **Transtornos de Déficit de Atenção/Hiperatividade: Atualização Diagnóstico e Terapêutica**. 2.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

BIEDERMAN,J.; MICK,E; FARAONE, S; BRAATEN, E; DOYLE, A; SPENCER, T; WILENS, T; FRAZIER, E; JOHSON, M. Influence of Gender on ADHD in Children Referred to a Psychiatric Clinic **Am Journal Psychiatry** v.159, p. 36-42, 2002.

BJORNSTAD,G; MONTGOMERY, P. Family therapy for ADHD in children and adolescents. In: **The Cochrane Library**, issue 1, 2006. Oxford: Update Software

BUCHALLA, ANA PAULA. Ritalina, usos e abusos. **Veja**, São Paulo, 27 de outubro de 2004. p. 68-69.

CIASCA, S. M. **Distúrbios de aprendizagem: Proposta de Avaliação Interdisciplinar**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

CID-9 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAUDE.**Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-9: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas**. Porto Alegre: Ed. Artes,1973.

CID-10 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas**. Porto Alegre: Ed. Artes,1993.

CONCANNON, P; TANG, Y. Management of ADHD: A parental perspective. **J. Paediatric. Child Health**. v. 41, p. 625-630, 2005.

CRAMER, K; MILLER, A; PAGE, J; HARTLING, L; CRUMLEY, E; KLASSEN, T. Is the methylphenidate effective in reducing syntoms of ADHD in school-aged children? **Paediatrics & Child Health**. v. 7, n.10, p. 673-674, 2002

DSM-II AMERICAN ACADEMY OF PSYCHIATRY **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1966.

DSM-III AMERICAN ACADEMY OF PSYCHIATRY **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1980.

DSM-IV AMERICAN ACADEMY OF PSYCHIATRY. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. 4.ed Washington: American Psychiatric Association, 1994.

GOLFETO, J.H; BARBOSA, G.A. Epidemiologia. In: Rohde, L. A.; Mattos, P. (Orgs). **Princípios e Práticas em Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade**. Porto Alegre: Artmed, 2003. cap.1, p.15-33

HARVEY, E; DANFORTH, J.S.; MCKEE, T.E.; ULASZEK, W.R.; FRIEDMAN, J.L. Parenting of children with ADHD: The role of parental ADHD symptomatology. **Journal of Attention Disorders**. v. 7, n.1, pp.31-39, 2003.

KNAPP, P.; LYKOWSKI, L.; JOHANNPETER, J.; CARIM, D. B.; ROHDE, L.A.; Terapia Cognitivo-Comportamental no TDAH. In: Rohde, L. A.; Mattos, P. (Orgs.). **Princípios e Práticas em Transtorno de Déficit de Atenção**. Porto Alegre: Artmed, 2003. cap. 13, p. 183-197

MACCOBY, E.E. Perspectives on gender development. **International Journal of Behavioral Development**. v. 24, n. 4, p. 398-406, 2000.

MALACRIDA, C. Medicalization, ambivalence and social control: mothers' descriptions of educators and ADD/ADHD. **Health**, v.8, n.1, p. 61-80, 2004

PEIXOTO, A.L **Hiperatividade em Criança Escolar**: Representação Social do Professor. Manuscrito não publicado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGP) da Universidade Federal do Espírito Santo.

PERIS, T.S.; HINSHAW, S.P. Family dynamics and preadolescent girls with ADHD **Journal of Child Psychology and Psychiatry**. v. 44, n.8, p. 1177-1190, 2003.

PHILLIPS, C. Medicine goes to School: Teacher as Sickness Brokers for ADHD. **PLOS Medicine**. v. 3, n.4, p.182-184, 2006.

QUINN, P. ; WIGAL, S. Perception's of girls and ADHD: results from a national survey. **MedGenMed**. v. 6, n.2, 2004.

RODRIGUES, J.T. A medicação como única resposta: uma miragem do contemporâneo. **Psicologia em Estudo**. v. 8, n.1, p. 13-22, 2003.

ROHDE, L. A; BARBOSA, G; TRAMONTINA, S; POLANCZYK, G. Transtorno de Déficit de atenção/Hiperatividade.

Revista Brasileira de Psiquiatria. v. 22,n.sup2, p.7-11, 2000.

ROHDE, L. A.; MIGUEL FILHO, E. C.; BENETTI, L.; GALLOIS, C.; KIELING, C.
TDAH na Infância e na Adolescência: considerações clínicas e terapêuticas.

Revista de Psiquiatria Clinica. v. 31, n. 3, p. 124-131, 2004.

ROHDE, L. A.; HALPERN, R. Transtorno de Déficit de atenção/Hiperatividade: atualização. **Jornal de Pediatria**, RS, v.80, n.2, p.61-70,2004.Suplemento, abril de 2004.

RUSHTON, J.L.; FANT, K.E.; CLARK, S.J. Use of Practice Guidelines in Primary Care of Children With ADHD. **Pediatrics**. v. 114, n.1, p. 23-28, 2004

SAX, L; KAUTZ, K.J. Who First Suggests the Diagnosis of ADD/ADHD. **Annals of Family Medicine**. V.1 p.171-174, 2003.

SCHACHAR, R; JADAD, A.R.; GAULD, M; BOYLE, M.; BOOKER, L.; SNIDER, A.; KIM, M.; CUNNINGHAM, C. ADHD: Critical Apraisal of Extended Treatment Studies. **The Canadian Journal of Psychiatry**. V.47, n. 4, p. 337-349, 2002.

SCHMITZ, M.; FILIPPONE, P.; EDELMAN, E.M. Social Representations of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. **Culture & Psychology**. v. 9, n.4, p. 383-406, 2003.

SCHNEIDER, H.;EISENBERG,D. Who receives a Diagnosis of ADHD in the USA Elementary School Population? **Pediatrics**. v. 117, n.4,p. 601-609, 2006.

SOUZA, F; RODRIGUES, M.M.P. A Segregação Sexual na Interação de Crianças de 8 e 9 anos. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. v.15, n. 3, p. 489-496, 2002.

STEVENSON, R.D; WOLRAICH M.L. Stimulant Medication Therapy in the Treatment of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. **The Pediatric Clinics of North America**, v.36,n.5, p.1183-1197, 1989.

THE MTA COOPERATIVE GROUP. A 14-Month Randomized Clinical Trial of Treatment Strategies for ADHD. **Arch Gen Psychiatry**. v. 56, p. 1073-1086, 1999.

TÓFOLI, Daniela. País vive febre da “droga da obediência”. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 15 de janeiro de 2006. Folha Cotidiano, p. c1-c2.

VASCONCELOS,M,M.; MALHEIROS, AF.A.; WERNER, J.J.; BRITO, A.R.; BARBOSA, J.B.; SANTOS, I.S.O.; LIMA, D.F. Contribuição dos Fatores de Risco Psicossociais para o TDAH. **Arq. Neuropsiquiatria**. v.63, n.1,p.68-44, 2005

ZAGURY, T. **O Professor Refém**. Rio de Janeiro: Record, 2006.

ANEXOS

ANEXO A

ROTEIRO DE ENTREVISTA

- Local da entrevista:
 - Duração da entrevista:
 - Entrevistador:
 - Gênero do entrevistado:
 - Idade do entrevistado (data do nascimento):
 - Profissão do entrevistado:
 - Ano de formatura:
 - Tempo de atuação com crianças com esse diagnóstico:
-
- 1- Quantas crianças com diagnóstico de Hiperatividade ou TDAH, você atende por semana? Você tem algum paciente, no momento, com esse diagnóstico?
 - 2- Quais são/eram o sexo, idade, e série escolar dos seus últimos cinco pacientes com esse diagnóstico?
 - 3- Quais são as principais queixas comportamentais que preocupam mais os pais/responsáveis? Principais queixas escolares?
 - 4- Que tipo de instrumento de avaliação são/foram utilizados para o diagnóstico dessas crianças? E para quem são/foram entregues? (escola, pais, paciente...)
 - 5- O diagnóstico é realizado por um ou mais profissionais?
 - 6- Qual é o tempo que você considera suficiente para esse diagnóstico? Quantas consultas são necessárias a fim de realizar esse diagnóstico?
 - 7- Qual o tratamento indicado?(medicamentoso ou terapia)?

- 8- Qual o tempo de uso do medicamento (para médico)? Qual a idade ideal para se iniciar? Idade mínima que já foi necessário usar?
- 9- Como é realizado/sugerido o acompanhamento dessas crianças em relação à escola? E em relação aos seus pais?
- 10- Seus pacientes que têm esse diagnóstico retornam para manter o acompanhamento indicado?
- 11- O que você considera mais difícil (o diagnóstico, tratamento e/ou o acompanhamento) no manejo dessas crianças?
- 12- Há diferença em resultados, de acordo com o tratamento indicado? (medicamentoso, pedagógico ou psicológico) Quem mais observou essa diferença (família, escola...)?
- 13- A que você atribui à causa desse transtorno?
- 14- Você acha que nos últimos anos houve aumento do número de crianças com esse diagnóstico? A que você atribui esse aumento?
- 15- Comentários...

ANEXO B

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

Termo De Consentimento Para Participação Da Pesquisa

PROJETO: Vivências de alguns profissionais da área de saúde da rede privada: investigação de crianças em idade escolar que apresentam alteração em seu comportamento.

RESPONSÁVEL: PROF^a.DR^a. Maria Margarida Pereira Rodrigues

RESPONSÁVEL PELA COLETA DE DADOS: Mestranda Ana Lúcia Balbino Peixoto

INSTITUIÇÃO: Universidade Federal do Espírito Santo – Programa de Pós-Graduação em Psicologia

CONTATO: 3335-2501 (UFES/PPGP)

JUSTIFICATIVA E OBJETIVO DA PESQUISA

A presente pesquisa tem como objetivo caracterizar crianças escolares com problemas comportamentais e as vivências dos profissionais da saúde com essas crianças.

DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS AOS QUAIS OS PARTICIPANTES SERÃO SUBMETIDOS

A pesquisa será realizada em apenas uma etapa. Alguns profissionais de instituições da rede privada serão convidados a participar de uma entrevista individual, contendo questões sobre suas experiências com crianças escolares apresentando dificuldades comportamentais.

Fica assegurado o anonimato do participante e a possibilidade de desistência do mesmo a qualquer momento.

BENEFÍCIOS ESPERADOS

Os resultados da pesquisa serão divulgados através de participação em congressos, em discussões com a equipe de profissionais envolvidos nessa pesquisa, contribuindo assim para a ampliação do corpo de conhecimento que se tem produzido sobre o comportamento da criança em idade escolar.

Espera-se que a publicação dos resultados em congressos e periódicos científicos possa subsidiar reflexões sobre algumas intervenções junto a essas crianças na área de saúde e educação.

IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE:

Nome: _____

RG: _____ **Órgão Emissor:** _____

Estando assim de acordo, assinam o presente termo de compromisso em duas vias

Participante: _____

Prof. Dra. Maria Margarida Pereira Rodrigues

Ana Lúcia B. Peixoto

