

Atualização sobre transtorno e déficit de atenção/hiperatividade e medicalização nas escolas municipais do ensino fundamental de Maringá

Lucia Yulico Ishii Sato

Luiza Fernandes Cardozo

Veridiana Catelan Mainardes

Sandra Cristina Catelan- Mainardes

Resumo: O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é um transtorno do neurodesenvolvimento e representa uma preocupação significativa, principalmente, em crianças em idade escolar. Esta pesquisa busca fornecer atualizações sobre a medicalização e o TDAH presentes na realidade escolar do ensino fundamental da cidade de Maringá-PR. Para isso, utilizou-se um questionário semiestruturado em 8 Instituições de Ensino Básico, distribuídas em 4 regiões da cidade, no período de 2015 a 2016. A amostra contou com 2.367 estudantes de 6 a 10 anos. Os dados foram analisados de forma quantitativa e qualitativa e, a partir destes, observou, percentualmente, o índice de crianças com TDAH foi o esperado, não ultrapassando a média constante na literatura, e o medicamento prevalente foi o metilfenidato. Entretanto, percebemos que sem a adequação pedagógica e a falta de sinergia entre o uso do medicamento ao acompanhamento psicológico, o transtorno pode não estar sendo resolvido, mas apenas mascarado.

Palavras-chave: TDAH; Medicalização; Ensino Fundamental.

Update on attention deficit / hyperactivity disorder and medicalization in the Maringa's Municipal schools

Abstract: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is a neurodevelopmental disorder and represents an important concern, especially, in school-age-children. This research aims to provide updated notions about medicalization and ADHD present in the reality of elementary school in the city of Maringá-PR. For that, a semi - structured questionnaire was used in 8 Basic Education Institutions, distributed to 4 city's regions, in the period from 2015 to 2016. The sample counted on 2,367 students from 6 to 10 years old. The data were analyzed quantitatively and qualitatively, and, from these, the percentage of children with ADHD was expected, not exceeding the constant average in the literature, and the prevalent medicine was methylphenidate. However, we realized that without the pedagogical projects and the lack of synergy between the use of the medication and the psychological accompaniment, the disorder may not be solved, but only masked.

Keywords: ADHD; Medicalization; Elementary Education.

Introdução

Nos últimos anos, aumentaram as queixas de mau desempenho escolar e dificuldade de aprendizagem nos consultórios médicos. Segundo Siqueira e Gurgel-Giannetti (2011), esta é uma consequência da universalização do acesso à escola. No processo da aprendizagem, além do desenvolvimento comportamental e emocional, também envolve a integração de diversas habilidades, entre elas, evidenciam-se as cognitivas, atencionais, mnésicas e linguísticas.

No momento em que a criança começa a agir de forma não muito convencional, como ser desatenta, impulsiva, superativa, desorganizada e exigente, criando situações que deixam os seus pais assustados ou constrangidos, é necessário procurar auxílio de um profissional que possa orientar sobre tais comportamentos. Tais manifestações comportamentais lembram as características do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) que, segundo Barkley (2002), é um transtorno de desenvolvimento do autocontrole que consiste na deficiência de atenção e do controle de impulso, com alteração no nível de atividade.

Segundo os autores Benczik e Casella (2015); Effgem, Canal, Missawa e Rossetti (2017), os critérios que compõem o TDAH podem ser entendidos da seguinte forma: da hiperatividade é a fala agitada, dificuldade de ficar sentado, movimentação diurna e durante o sono de forma excessiva; a impulsividade é o agir sem pensar, mudança constante de atividades, dificuldade de organizar tarefas e

trabalhos, necessidade de supervisão e dificuldade em esperar sua vez nas atividades lúdicas ou de grupo; e, desatenção é o distrair durante as conversas ou em aulas, falta de concentração e o não cumprimento de regras nas atividades, resistência em envolver-se em tarefas complexas que exijam organização.

Para se diagnosticar o TDAH, é necessário que esses sinais típicos acarretem prejuízos ao portador; que surjam antes dos doze anos; devem ocorrer em pelo menos em dois ou mais ambientes distintos (como casa e escola, ou casa e outro ambiente social); e estes sinais deverão ser constantes, não ocorrendo apenas simultaneamente com outros problemas psiquiátricos ou em decorrência de outro fator orgânico (American Psychiatry Association [APA], 2014). Sem o devido acompanhamento, as principais consequências do TDAH são: baixo desempenho escolar; dificuldades de relacionamento; baixa autoestima; interferência no desenvolvimento educacional e social; e predisposição a distúrbios psiquiátricos (Effgem et al., 2017).

A etiologia do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade ainda contém muitas divergências entre os autores. Alguns autores defendem o fator biológico, outros ressaltam os fatores ambientais e afetivos, porém a maioria concorda que ainda existem muitas incógnitas (Cruz, Lemos, Piani & Brigagão, 2016; Castro & Lima, 2018; Hora, Silva, Ramos, Pontes & Nobre, 2015). Vale ressaltar que as crianças têm probabilidade de serem desatentas, ativas, inquietas, curiosas, mas esse comportamento é considerado típico para a idade. Portanto, é muito difícil identificar o limiar entre uma criança saudável e a outra com o transtorno. Geralmente, somente após ingresso na escola, a criança sentirá dificuldade em ficar quieta sentada, escutar, obedecer, não conseguirá se organizar, interagir com outras crianças, ou seja, ficará evidente a sua dificuldade frente às exigências no processo de aprendizagem (Feldens, Barboza, Martins, Fusaro & Dória, 2016)

Este transtorno, conforme Louzã (2010) é prevalente na infância, incidindo próximo a 5,3% em menores de 18 anos de idade, sendo assim, é necessário que os profissionais das áreas de saúde e educação possuam a capacidade de perceber e reconhecer esse transtorno o quanto antes possível.

Diagnosticar o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade para os autores Cruz et al. (2016); Castro e Lima (2018); Hora et al. (2015), tem como respaldo o quadro clínico comportamental do sujeito, pois não há um teste específico como psicométrico, neurológico ou laboratorial. Assim, o resultado da análise de informações de várias fontes e em diversas situações conduzirá ao diagnóstico. Após a identificação do transtorno, o tratamento envolve abordagem múltipla, que compreende em intervenções farmacológicas e psicossociais. E este procedimento poderá fazer com que os comportamentos, considerados inadequados, se reorganizem e facilitem o convívio no meio escolar, social e familiar.

Para Benczik e Casella (2015); Louzã (2010), o planejamento terapêutico deve ser individualizado, elaborado a partir das informações obtidas durante a avaliação, e tem a necessidade de ser discutido com os pais e responsáveis, bem como a participação da criança de forma pertinente à sua compreensão. Além disso, deve abranger as abordagens psicoeducacionais (orientação sobre o TDAH ao portador e à família, sobre as necessidades e as possibilidades, o uso de medicamentos e as estratégias gerais do manejo de comportamentos-problema do cotidiano), psicoterapêutica (ressignificação cognitiva e fortalecimento emocional) e tratamento medicamentoso, a fim de viabilizar um desenvolvimento adequado.

Siqueira e Gurgel-Giannetti (2011) corroboram com a colocação supra citada de que o tratamento mais adequado associa a farmacoterapia, educação familiar e orientação aos educadores. Sendo que para o tratamento medicamentoso, há consenso na literatura da indicação dos psicoestimulantes como os de primeira escolha. O Metilfenidato é o estimulante mais prescrito no Brasil e está disponível nas formulações de liberação imediata e de liberação prolongada. São considerados seguros e eficazes, proporcionando benefícios significativos aos portadores do transtorno. Os efeitos benéficos são a melhora da concentração, diminuição da impulsividade, dos comportamentos agressivos, hiperexcitabilidade, e, diminuição da agitação motora, ou seja, a hiperatividade (Louzã, 2010). Para Catelan–Mainardes (2010), além do tratamento farmacológico tradicional, os tratamentos psicoterápicos possuem um papel fundamental na recuperação do paciente.

Atualmente há discussões referentes a crianças hiperativas e/ou com déficit de atenção que fazem tratamento medicamentoso. Nesse contexto, é relevante conhecer a realidade das crianças em idade escolar no que se refere ao Transtorno de Déficit de Atenção e suas intervenções, com o intuito de levar ao

conhecimento da comunidade, considerando a possibilidade de incitar questionamentos e reflexões acerca dos padrões de comportamentos “normais/anormais”.

Por fim, o objetivo da pesquisa foi levantar o número de crianças, entre 6 a 10 anos de idade, nas escolas municipais de ensino fundamental de Maringá, com diagnósticos de TDAH, propiciando tanto aos profissionais da educação quanto da saúde, noções atualizadas sobre medicalização e incidência desse transtorno presente na realidade escolar de alunos do ensino fundamental.

Métodos

Esta pesquisa se constitui em um estudo transversal descritivo, realizada nas escolas da rede pública municipal de Ensino Fundamental da cidade de Maringá-PR.

Participantes

Para determinar a escolha das escolas, foi necessário o contato com a Secretaria de Educação do município. Após a liberação da autorização de pesquisa, foram indicadas 08 escolas da rede municipal conforme sua região.

A quantidade total de crianças de 06 a 10 anos, devidamente matriculadas nas 48 escolas municipais do ensino fundamental, é de aproximadamente 16.000 alunos (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2015). Para as amostras do levantamento foram escolhidas duas escolas por cada região, totalizando 08 escolas com 2.367 alunos, representando 14, 89% da população estudada. Para a preservação do sigilo dos nomes das escolas, foram denominados de E-L1 e E-L2 para as escolas da região leste da cidade, E-N1 e E-N2 para as da região norte, E-O1 e E-O2 da região oeste e E-S1 e E-S2 para as escolas da região sul da cidade de Maringá.

Instrumentos

O instrumento de coleta de dados foi criado com o objetivo de abranger a problemática apresentada no campo da TDAH e possuiu 04 pontos de atenção: *1-Identificação do número de portadores com TDAH, 2 – Do Tratamento, 3 - Universo familiar e, por fim, 4 - Ambiente escolar.* As características apresentadas neste instrumento foram baseadas nos Critérios Diagnósticos para o TDAH, nas orientações do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM - 5) da American Psychiatric Association (APA, 2014).

Procedimentos

A presente pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob o número do parecer 1.518.811.

A assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi realizada em uma reunião com a diretora/orientadora de cada instituição. O instrumento de coleta de dados foi preenchido pela orientação educacional da escola, levando em conta que são profissionais que estão em contato direto com os alunos e suas famílias, e também com os professores atuantes em sala de aula. Após a coleta de dados, foram efetuados os processamentos e a análise de dados quantitativamente, em termos de percentagens, e qualitativamente de acordo com a análise de conteúdo de Bardin (1977/2010).

Resultados

O instrumento de coleta de dados foi dividido em 4 partes que são apresentados conforme a seguir:
IDENTIFICAÇÃO DO NÚMERO DE PORTADORES COM TDAH

Nesse item foram abordadas as seguintes questões: Total de alunos (06 a 10 anos) matriculados. Número de alunos com diagnóstico de TDAH e identificados por gênero. Alunos que apresentam características com TDAH, mas ainda não diagnosticado. O resultado obtido é demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1
Levantamento de alunos com Diagnóstico de TDA/H.

Escolas	Total de Alunos	Alunos com Diagnóstico	Alunos com sinais, mas sem diagnóstico		
			% M*	% F*	
E-L1	278	16	4,68	1,08	5
E-L2	692	19	2,31	0,43	5
E-N1	270	3	1,11	0,00	0
E-N2	134	8	3,73	2,24	8
E-O1	342	20	5,26	0,58	0
E-O2	191	19	8,90	1,05	3
E-S1	235	5	1,28	0,85	3
E-S2	225	9	3,56	0,44	12
Total	2367	99	100	100	36

Legenda: M: Masculino; F: Feminino
 Fonte: Dados da pesquisa (2015-2016).

Comparados ao total da amostra das 8 escolas, os alunos com diagnósticos de TDAH é de 4,18% e, segundo dados complementares, percebe-se que há aproximadamente 1,52% alunos que apresentam sinais do transtorno, no entanto, ainda não diagnosticados.

Do tratamento

A figura 1 apresenta um comparativo de tratamentos levantados a partir das seguintes questões: Entre os alunos diagnosticados com TDAH, quantificar os que: usam somente medicamento; fazem somente sessão de psicoterapia; fazem psicoterapia e usam medicamento; e não fazem psicoterapia e não usam medicamento.

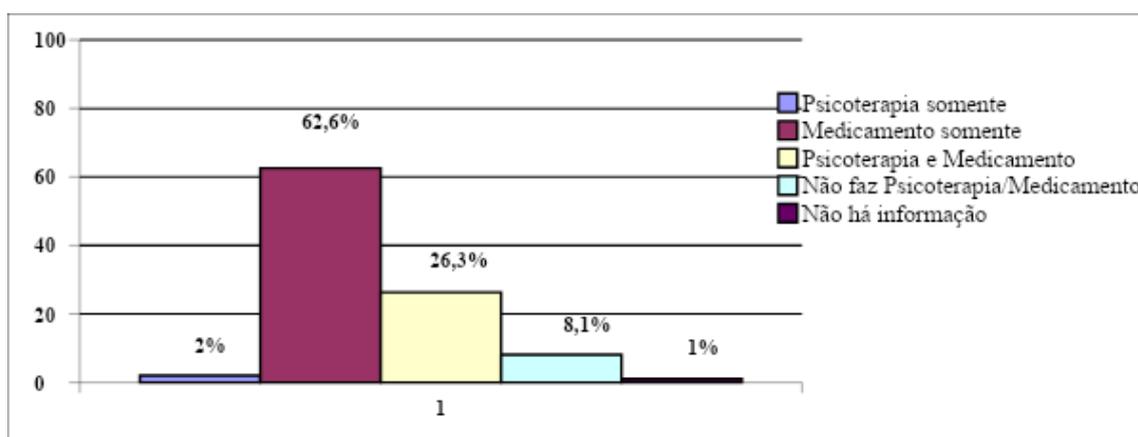


Figura 1. Comparativo de tratamentos em porcentagem.
 Fonte: Dados da pesquisa (2015-2016).

Dos medicamentos utilizados (Figura 2), foi solicitado para especificar quais são consumidos pelos alunos e o seu tempo de uso. Quanto ao tempo de uso das medicações, o resultado da análise foi de 41,5% para aproximadamente 1 ano de uso; 17,2% para 18 meses de uso; 14,5% acima de 24 meses; 11,1% para 24 meses; 6,1% menos de 6 meses; e não obteve dados de 8,6%. Desses alunos, 36,4% são medicados antes de ir para a escola; 54,6% são ministrados na escola; e 9% não souberam informar.

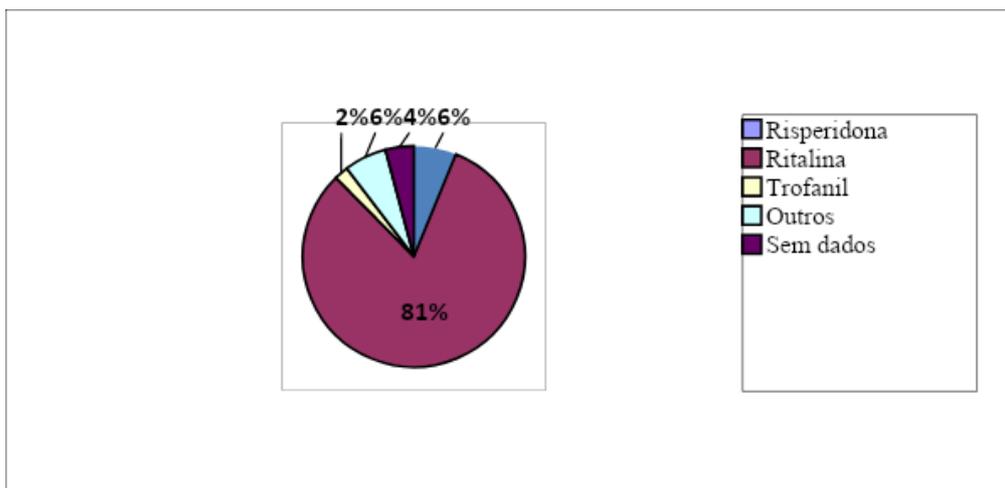


Figura 2. Comparativo de medicamentos utilizados pelos alunos.
Fonte: Dados da pesquisa (2015-2016).

Universo familiar

Nesse item foram colocadas as seguintes questões: dos alunos diagnosticados (TDAH), quantos moram com os pais; moram com um dos pais e companheiro (a); moram com os avós; e outros. Se os pais dos alunos com TDAH são participantes ativos na escola. Na família do aluno diagnosticado com TDAH, há casos de depressão; casos de alcoolismo; violência doméstica; e outros. Após a verificação dos resultados notou-se que 68,7% dos alunos moram com os pais; 21,2% moram com um dos pais e companheiro (a); 4,1% moram com os avós; 1,0% moram com a mãe e tios e 5% não obteve resposta. Quanto a participação desses pais na escola, 2 escolas apresentaram como de baixo envolvimento e nas demais como participativos. Com referência a fatores ambientais e biológicos, na família do aluno com transtorno há casos de: depressão (5 famílias); alcoolismo (4 famílias); violência doméstica (2 famílias); outros como: drogas (2 famílias); deficiência mental (2 famílias) e distúrbios psicológicos (1 família).

Ambiente escolar

As perguntas referentes ao ambiente escolar foram as seguintes: na escola há algum psicólogo? Quem é o agente percebido de algum transtorno no aluno? Quais os sinais mais percebidos que evidenciam algum transtorno? Qual o procedimento após notar alguma evidência de transtorno no aluno? Verificando os resultados, todas as 8 escolas responderam que não há psicólogos na instituição, apenas uma escola acrescentou que é oferecido esse serviço no CEMAE (Centro Municipal de Apoio Especializado Interdisciplinar). Na questão sobre o agente percebido, 5 escolas apontaram o professor como este agente, e 3 escolas como uma percepção conjunta dos pais e professores. Com relação aos sinais mais evidentes em alunos com algum transtorno: em primeiro, o mais notório: “não conseguem prestar atenção ou cometem erros por descuido nos trabalhos da escola e tarefa; em segundo: “distraem-se com estímulos externos”; em terceiro: “têm dificuldade para organizar tarefas e atividades”; em quarto: “têm dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades de lazer”; seguido de: “mexem com as mãos ou os pés, se remexem na cadeira ou saem do lugar na sala de aula”; “parecem não ouvir quando se fala diretamente com ele”; “sobem demais nas coisas e correm de um lado para outro em situações impróprias”; “perdem as coisas necessárias para a atividade escolar” e, por fim, em outros, “envolvem em conflitos com frequência”. As escolas, após constatar essas evidências em seus alunos, tomam como primeiro procedimento: “conversar com os pais e expor os problemas”; a seguir, “solicitar para fazer consulta (médica especializada)”; a terceira escolha, “encaminhar para o CEMAE (Centro Municipal de Apoio Especializado Interdisciplinar)”.

Discussão

Conforme as questões abordadas nas quatro partes do instrumento de coleta de dados (identificação do número de portadores com TDAH; do tratamento; universo familiar e ambiente escolar), a seguir foram comparados os resultados com os artigos estudados que abordam sobre o tema “Transtorno

de Déficit de Atenção e Hiperatividade". A partir de uma amostra de 2.367 alunos de 06 a 10 anos do ensino fundamental, resultou um total de 99 alunos diagnosticados como portadores de TDAH (Tabela 1), correspondendo assim a 4,18% da amostra. Entretanto, vale ressaltar que foi apresentada pelas orientadoras das escolas a soma de 36 alunos que apresentam sintomas do transtorno, porém ainda não diagnosticados. Se esses forem confirmados e somados ao total de alunos com transtorno, elevará ao índice 5,7%. No entanto, as estimativas variam dependendo do critério utilizado, mas os estudos que utilizam diagnósticos rigorosos demonstram um percentil entre 2 a 4%. Ao verificar os 99 alunos diagnosticados, percebeu-se que 83,8% são meninos e as meninas somente 16,2%, confirmando o exposto no DSM - 5 de que o TDAH ocorre com maior frequência no sexo masculino em comparação ao feminino.

O TDAH é amplamente estudado, porém ainda não há uma identificação exata de sua etiologia e, também, não existem características físicas, marcadores laboratoriais ou exames de imagem que comprovem o diagnóstico (Catelan-Mainardes, 2010). Contudo, vários autores apontam como influência os fatores genéticos e ambientais. Na amostra da pesquisa, entre os alunos diagnosticados, procurou-se identificar alguns fatores psicossociais em comum e, após a análise, resultou em: casos de: depressão – 5,6%; alcoolismo – 4%; drogas - 2%; deficiência mental – 2%; distúrbios psicológicos – 1%; violência doméstica – 2%, e 83,4% não apresentaram esses fatores psicossociais em comum. Quanto ao tópico Constituição familiar: 69,7% residem com os pais; 21,2% com um dos pais e companheiro (a); 4% mora com os avós; 1% com a mãe e tios, e 4,1% não se obteve resposta. Conforme Louzã (2010), a família tem uma participação fundamental para a saúde mental e emocional da criança e do adolescente, haja vista que os fatores como conflitos, agressões, falta de apoio, entre outros, podem desenvolver uma vulnerabilidade e/ou unirem a uma propensão genética à evolução de transtornos mentais. No estudo de casos-controles de Vasconcelos et al. (2005), o fator psicossocial de maior significância em diversas análises estatísticas foi “brigas conjugais do passado”, e na análise multivariada foram significativos: brigas conjugais no passado, depressão materna, etilismo materno e assassinato de um familiar. Conforme a autora, a contribuição genética na etiologia do TDAH é considerável e, somado aos fatores ambientais, acarreta maior vulnerabilidade ao transtorno. O fator genético na etiologia do transtorno teria um efeito cumulativo dos fatores de risco, ao em vez de um fator em específico, ou seja, não é apenas um único fator de risco ambiental que aumenta significativamente o índice de transtornos mentais. A presença de dois fatores o quadruplicaria e quatro fatores multiplicaram por dez a probabilidade de transtornos mentais na infância. No estudo realizado por Silva, Jurdi e Pontes (2012) percebeu-se que as crianças diagnosticadas viviam em um ambiente familiar conturbado e com grande possibilidade de acentuar ainda mais frente a necessidade de educação especial.

No tocante às medidas terapêuticas, muitos autores apontam a abordagem múltipla que inclui tratamento farmacológico, psicoterapêutico e psicoeducacional. Para Catelan-Mainardes (2010), o tratamento do TDAH não deve ser realizado em uma única frente, necessitando de uma abordagem múltipla, e deve-se considerar associação de intervenções psicossociais, psicoeducacionais e o uso de medicamentos. Porém, verificou-se através do levantamento (Tabela 2) que o tratamento somente farmacológico obteve percentil expressivo de 62,6% em detrimento a 26,6% da intervenção medicamentosa aliada ao psicoterápico, 2,1% faz somente psicoterapia e 9,1% não faz uso de medicamento e não faz terapia. Conners (2009) aponta que o tratamento farmacológico é o mais antigo e estudado para esse transtorno, porém, para ser bem-sucedido envolve certa complexidade, pois é muito mais do que prescrever um comprimido ao sujeito. Além disso, algumas pessoas deixam de fazer diagnóstico e a avaliação por crerem que se a criança responder ao estimulante deve ter TDAH. É necessário cuidado, pois segundo literatura, uma criança “normal” poderá responder positivamente a estimulantes, bem como outros transtornos.

Ao analisarmos o resultado do medicamento mais utilizado pelos alunos da amostra (n=99), temos o Metilfenidato (*Ritalina*) como sendo o mais consumido (Figura 1), ou seja, um total de 79 alunos (82%) utilizando o estimulante. No estudo de Desidério e Miyazaki (2007), também ressaltam a eficácia deste medicamento sobre os principais sintomas de TDAH em cerca de 70% dos casos, diminuindo ou eliminando-os. Outro percentil em questão é o tempo de uso desses psicofármacos pelas crianças de 6 a 10 anos, dentre elas aproximadamente 25,6% já utilizam esses medicamentos durante 2 anos ou mais. Para Affonso et al. (2016) a ampla utilização do estimulante Metilfenidato (*Ritalina*) relaciona-se também com a facilidade em que se é encontrado e vendido ilegalmente por vias digitais, como a internet, em que

muitos desconhecem os efeitos adversos e a chance de causar dependência pelo uso abusivo. Entretanto, cabe ressaltar que, atualmente, esse fármaco, se usado da maneira adequada, apesar de seus efeitos colaterais, tem o seu uso reconhecido e valorizado no tratamento de TDAH, e, com a ampliação dos critérios diagnósticos desse transtorno, aumentou severamente sua prescrição.

Muitos autores questionam sobre o aumento excessivo do consumo desses medicamentos. Contudo, de acordo com o material eletrônico publicado pelo Conselho Regional de Farmácia (CRF SP, 2015), o uso do metilfenidato aumentou 775% no Brasil nos últimos dez anos (2003 - 2012), tornando o país como o segundo mercado mundial de Metilfenidato em 2010. Um levantamento feito pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa, 2012) aponta que as vendas do remédio cloridrato de metilfenidato, usado para o tratamento de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), aumentaram quase 75% para crianças e adolescentes de 6 a 16 anos, no período de 2009 a 2011.

Um dos fatores reportados por Brzowski e Caponi (2015) referente ao aumento de consumo deste medicamento é o seu uso *off label*, em outras palavras, usar em situações não relacionadas com o transtorno. Conforme os autores, o uso incorreto e excessivo entre os estudantes do ensino médio e universitários é impulsionado pelos seus efeitos cognitivos na melhora do desempenho acadêmico, mesmo para as pessoas saudáveis. Bonadio e Mori (2013) relatam em seu estudo que as crianças depositam no medicamento todo o controle de seus comportamentos e de suas habilidades, e acreditam que ao deixar de usar passará a ser desatento e inquieto, impossibilitando a aprendizagem. Acredita-se que esse comportamento, muitas vezes, é transmitido pelos pais pela importância dada ao medicamento como uma forma milagrosa para melhorar sua inteligência (Cruz, Okamoto & Ferrazza, 2016).

No tratamento de pessoas com TDAH, vários autores fazem menção ao tratamento combinado, ou seja, tratamento medicamentoso aliado às abordagens psicossociais. No entanto, o resultado da pesquisa aponta que nos subitens “alunos que fazem tratamento combinado” apresentam 26,2% e “somente psicoterápica” é de 2,1%, assim, representando uma parcela muito baixa de alunos que fazem intervenção psicoterápica. Nota-se ainda que mais da metade destes alunos vão às sessões psicoterápicas apenas mensalmente e a menor parte, semanalmente. Connors (2009) apresenta que os tratamentos psicossociais são úteis e abarca as áreas de prejuízo funcional não contemplada pela intervenção farmacológica que são: a adequação social, comportamentos e pensamentos negativos, déficit nas habilidades escolares e redução do estresse parental e/ou familiar.

Nesse processo, para Benzik e Casella (2015), é importante que a família tenha conhecimentos e estratégias de auxílio quanto à organização e planejamento das atividades. Em referência a importância do papel dos pais, Connors (2009) ressalta que é a parte essencial do tratamento do TDAH, principalmente durante período prolongado e associado à medicação. Por meio de treinamento, assumem como gerenciadores do comportamento dos filhos em várias situações, ou seja, através do conhecimento de manejos com enfoque educacionais, como: conhecimento sobre o TDAH, atenção nas relações pais/filhos, maior elaboração nas habilidades de comunicação, compreensão dos princípios de manejo do comportamento que, por fim, acaba proporcionando redução do estresse dos pais e no aumento de sua autoestima e, conseqüentemente, gerando impacto positivo sobre os sintomas do TDAH no filho. Dentro dessa perspectiva, a participação da família no tratamento se faz importante.

O objetivo da escola, de acordo com a cartilha editada pelo Conselho Federal de Psicologia (2015), seria contemplar os quatro pilares da educação que são o aprender a conhecer, a fazer, a viver junto e a ser no ambiente estudantil. Não caberia à escola a incumbência pela medicação dos alunos, mas somente a obrigação pedagógica. Entretanto, esse não foi o resultado obtido pela pesquisa que apresentou os seguintes dados: apenas 36% dos alunos já vão medicados para a escola, 54% levam o medicamento, sendo a escola responsabilizada pelo seu uso, e 10% não obteve informações. Outro aspecto relevante quanto à transferência da responsabilidade da família para a escola foi a predominância da figura do professor como o primeiro identificador de sinais do transtorno. Nesta questão, todas as oito escolas participantes da pesquisa assinalaram os professores e apenas três assinalaram conjuntamente os pais como os primeiros percebedores do transtorno. Nesse contexto, além da dificuldade dos professores em relação a aprendizagem desses alunos, percebeu-se que a relação família-escola também era comprometida e fragilizada.

Para o aluno portador de TDAH é de suma importância que a família proporcione condições favoráveis no seu desempenho escolar. Isto porque, para as famílias, ter um filho com TDAH é uma experiência difícil, devido aos comportamentos, as reclamações vindas da escola, o desconhecimento

sobre o transtorno, o medo da medicação e a falta de apoio (Benzik & Casella, 2015; Effgem et al., 2017). No âmbito escolar, a inquietação e a impulsividade são consideradas como falta de disciplina e desatenção. Os professores são, na maioria das vezes, os primeiros a perceberem e informarem sobre os sinais para o diagnóstico do TDAH e, não raro, são eles que solicitam uma avaliação profissional para seu aluno. Sendo assim, percebe-se a grande importância dos trabalhos de investigação, as percepções e o conhecimento dos professores sobre o transtorno, a fim de auxiliarem nas proposições para a melhoria na área educacional (Benzik & Casella, 2015).

Entretanto, sabemos que o professor possui uma formação voltada à educação formal dificultando a diferenciação entre os sinais característicos da infância com os sinais típicos de um transtorno. Por meio dos questionários, as principais características detectadas pelos professores foram: Item A – Não conseguem prestar atenção ou cometem erros por descuido nos trabalhos da escola e tarefa; Item E – Distraem-se com estímulos externos; Item D – Têm dificuldade em organizar tarefas e atividades. Isto posto, percebemos que sinais adotados como base para a percepção do transtorno fazem sim parte dos sintomas típicos, porém, o profissional deve basear-se em critérios mais rígidos, definidos por manuais como o DSM-V ou CID-11 que levam em consideração o início dos sintomas, a sua constância, a relação com seu contexto de vida, a sua mudança de acordo com o ambiente e demais fatores. Segundo Leonardo e Suzuki (2016), tem se observado uma compreensão isolada quanto aos problemas nos processos de escolarização, não sendo considerados os aspectos sócios históricos dos alunos, resultando no consumo expressivo de medicamentos com a promessa de resolução de questões emocionais e comportamentais.

Sendo assim, ressalta-se a importância da presença do psicólogo para capacitar a equipe escolar, a fim de que esta possa perceber os sinais do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. Ele deve também encaminhar para o profissional responsável pela avaliação diagnóstica e, por fim, proporcionar aos profissionais da educação tomadas de decisões mais assertivas para que a aprendizagem seja mais efetiva, levando em consideração o diagnóstico e a singularidade de cada aluno.

Considerações finais

Com esta pesquisa, foi possível confirmar que a quantidade de alunos diagnosticados e a média constatada foi o esperado. É fundamental lembrar que manuais como o DSM-V e o CID-11 são baseados no modelo estatístico que a partir da análise de comportamentos, pensamentos e sentimentos são classificados como normais ou anormais a partir de uma média da população. Estes manuais auxiliam as práticas clínicas tendo em vista a comunicação comum entre diferentes profissionais da saúde mental, facilitando o acesso a tratamentos e o estabelecimento de prognósticos. Entretanto, os manuais não abrangem o ambiente familiar, econômico, social e geográfico, e o diagnóstico fica a julgo do profissional e consequentemente refletirá no total de alunos identificados com o transtorno.

Alguns autores defendem o uso de medicamentos como uma maneira mais eficaz de amenizar os sintomas do TDAH, melhorando o comportamento, o desempenho escolar e o ajustamento social. Porém, foi possível constatar críticas a medicalização, principalmente quanto ao uso de drogas psicotrópicas devido a seus efeitos colaterais, consumo indiscriminado e as consequências do uso ao longo prazo. E, vale ressaltar que, conforme literatura, é imprescindível diagnóstico e avaliação criteriosa na prescrição desses medicamentos, pois qualquer organismo poderá responder positivamente a estimulantes.

Conforme constatado, há necessidade de capacitar os professores para apreender e diferenciar as características particulares dos alunos, a fim de prevenir uma falsa rotulação. Diante disso, é fundamental que todos os profissionais comprometidos e atuantes na educação e na saúde infantil, tenham mestria sobre o desenvolvimento da criança e suas particularidades.

Por fim, a atuação do psicólogo nesse processo tem um papel significativo para amenizar o sofrimento da criança e propiciar um ambiente favorável para seu desenvolvimento. E, como constatado nesta pesquisa, sem a adequação dos projetos pedagógicos e a falta de acompanhamento psicológico, conclui-se que o transtorno pode não estar sendo resolvido, mas apenas mascarado.

Referências

Affonso, R. S., Lima, K.S., Oyama, Y.M. de O., Deuner, M.C., Garcia, D.R., Barboza, L.L., & França, T.C.C. (2016). O uso indiscriminado do cloridrato de metilfenidato como estimulante por estudantes da área da Saúde da Faculdade Anhanguera de Brasília (FAB). *Infarma*, 28(3), 166-172.

- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (2012). Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC). Prescrição e consumo de metilfenidato no Brasil: identificando riscos para o monitoramento e controle sanitário. *Boletim de farmacoepidemiologia*, 2 (2). (ANVISA). Recuperado em 31 de março, 2019 de <http://www.anvisa.gov.br/sngpc/boletins/2012/boletim_sngpc_2_2012_corrigido_2.pdf>.
- American Psychiatry Association (2014). *DSM-5 Manual diagnóstico e estatístico de transtorno*. Porto Alegre: Artmed.
- Bardin, L. (2010). *Análise de conteúdo*. (L. A. Reto e A. Pinheiro, Trad.). Lisboa: Edições 70. (Original publicado em 1977).
- Barkley, R. A. (2002). *Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH): Guia completo para pais, professores e profissionais da saúde*. Porto Alegre: Artmed.
- Benczik, E. B. P., & Casella, E. B. (2015). Compreendendo o impacto do TDAH na dinâmica familiar e as possibilidades de intervenção. *Revista Psicopedagogia*, 32(97), 93-103.
- Bonadio, R. A. A., & Mori, N. N. R. (2013). *Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: Diagnóstico e Prática Pedagógica [online]*. Maringá: Eduem, 251 p. ISBN 978-85-7628-657-8. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/963vf/pdf/bonadio-9788576286578.pdf>>.
- Brzozowski, F. S., & Caponi, S. (2015). Medicamentos estimulantes: uso e explicações em casos de crianças desatentas e hiperativas. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental: Revista da Universidade Federal de Santa Catarina*, 7(15), 1-23.
- Castro, C. X., & Lima, R. F. de (2018). Consequências do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) na idade adulta. *Revista Psicopedagogia*, 35(106), 61-72.
- Catelan-Mainardes, S. C. (2010). Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade na Infância e Adolescência pela Perspectiva da Neurobiologia. *Revista Saúde e Pesquisa*, 3(3), 385-391.
- Conners, C. K. (2009). *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: as mais recentes estratégias de avaliação e tratamento*. Porto Alegre: Artmed.
- Conselho Federal de Psicologia (2015). Recomendações de práticas não medicalizantes para profissionais e serviços de educação e saúde. São Paulo: *Grupo de Trabalho Educação e Saúde do Fórum sobre Medicalização da Educação e Saúde*.
- Conselho Regional de Farmácia (2015). *Ministério da Saúde recomenda restrição ao uso de Ritalina*. CRF SP. Acesso em: 20 de fevereiro de 2020. Disponível em: <<https://crf-pr.org.br/noticia/visualizar/id/6308>>.
- Cruz, B. de A., & Lemos, F. S., & Piani, P. F., & Brigagão, J. M. (2016). Uma crítica à produção do TDAH e a administração de drogas para crianças. *Estudos de Psicologia*, 21 (3), 282-292.
- Cruz, M. G. A., Okamoto, M. Y., & Ferrazza, D. de A. (2016). O caso Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e a medicalização da educação: uma análise a partir do relato de pais e professores. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 20(58), 703-714.
- Desidério, R. C. S., & Miyazaki, M. C. de O. S. (2007). Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade (TDAH): orientações para a família. *Psicologia Escolar e Educacional*, 11(1), 165-176.
- Effgem, V., Canal, C. P. P., Missawa, D. D. A., & Rossetti, C. B. (2017). A visão de profissionais de saúde acerca do TDAH - processo diagnóstico e práticas de tratamento. *Construção psicopedagógica*, 25(26), 34-45.
- Feldens, D. G., Barboza, R. S., Martins, B. T., Fusaro, L. G., & Dória, M. B. (2016). Desatenção, hiperatividade e impulsividade: reflexões críticas sobre o TDAH. *Interfaces Científicas*. 4(3), 159-168.
- Hora, A. F. L.T., Silva, S., Ramos, M., Pontes, F., & Nobre, J. (2015). A prevalência do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (tdah): Uma revisão de literatura. *Psicologia*, 29(2), 47-62.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE): *banco de dados*. Recuperado de <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=411520&idtema=156&search=parana|maringa|ensino-matriculas-docentes-e-rede-escolar-2015>>.
- Leonardo, N., & Suzuki, M. (2016). Medicalização dos problemas de comportamento na escola: perspectivas de professores. *Fractal: Revista de Psicologia: Revista da Universidade Federal Fluminense*, 28 (1), 46-54.
- Louzã, M. R. Neto. (2010). *TDAH [Transtorno de déficit de Atenção/Hiperatividade] ao longo da vida*. Porto Alegre: Artmed.

- Silva, C. C. B., Jurdi, A. P., & Pontes, F.V. de (2012). Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade: possibilidades de atuação da Terapia Ocupacional em contextos educacionais. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo* (São Paulo), 23 (3), 283-288.
- Siqueira, C. M., & Gurgel-Giannetti, J. (2011). Mau desempenho escolar: uma visão atual. *Revista da Associação Médica Brasileira* (São Paulo), 57(1), 78-87.
- Vasconcelos, M. M., Malheiros, A. F. de A., Werner Jr., J., Brito, A. R., Barbosa, J. B, Santos, I S. O., & Lima, D. F. N. (2005). Contribuição dos fatores de risco psicossociais para o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 63(1), 68-74.

Recebido em: abril de 2020

Aceito em: julho de 2021

Lucia Yulico Ishii Sato: Graduada em Psicologia pelo Centro Universitário de Maringá – UNICESUMAR. Telefone: (44) 3027-6360.

Luiza Fernandes Cardozo: Graduada em Psicologia pelo Centro Universitário de Maringá – UNICESUMAR.

Veridiana Catelan Mainardes: Discente em Medicina pelo Centro Universitário de Maringá – UNICESUMAR.

Sandra Cristina Catelan- Mainardes: Graduada em farmácia-bioquímica; Mestre em Biologia Celular; docente no Centro de Saúde do Centro Universitário de Maringá – UNICESUMAR.

E-mail para contato: yurikosato@hotmail.com.