

**Michelli Amaral Casteluber**



**A Gestão Escolar na Sinalização do Aluno com Suspeita de  
Perturbação de Hiperatividade/ Déficit de Atenção (PHDA)**

**Faculdade de Ciências Humanas e Sociais**

**Porto, 2018**



**Michelli Amaral Casteluber**



**A Gestão Escolar na Sinalização do Aluno com Suspeita de  
Perturbação de Hiperatividade/ Déficit de Atenção (PHDA)**

**Faculdade de Ciências Humanas e Sociais**

**Porto, 2018**

**Michelli Amaral Casteluber**

**A Gestão Escolar na Sinalização do Aluno com Suspeita de Perturbação de  
Hiperatividade/ Déficit de Atenção (PHDA)**

Atesto a originalidade do trabalho,

---

Trabalho de projeto de Mestrado apresentado  
à Universidade Fernando Pessoa como parte dos  
requisitos para obtenção do grau de Mestre em  
Docência e Gestão da Educação,  
na área de Administração Escolar  
e Administração Educacional, sob a orientação  
da Professora Doutora Susana Marinho.

## Resumo

Esta pesquisa foi realizada no âmbito do Mestrado em Docência e Gestão da Educação, na área de Administração Escolar e Administração Educacional da UFP. Neste estudo foi abordada a problemática da sinalização de crianças com suspeita de Perturbação de Hiperatividade/ Déficit de Atenção (PHDA) pela Escola e o diagnóstico da perturbação realizado pelos profissionais da Saúde. Considerando as características e a revisão da literatura, a criança com PHDA pode ser considerada um problema na escola tanto por causa do déficit de atenção, que gera dificuldades de aprendizagem, quanto por seu comportamento hiperativo e impulsivo, que gera dificuldades para o professor em sala de aula e dificuldades relacionais dessa criança com a família, os professores e os colegas, causando também problemas na autoestima da criança. Diante desse quadro, observa-se no Brasil um aumento do diagnóstico de PHDA, com conseqüente aumento da prescrição e consumo do medicamento Ritalina® (Metilfenidato), configurando a prática de *medicalização* da infância.

Para responder aos objetivos da investigação realizou-se um estudo empírico, com metodologia qualitativa, utilizando a técnica da entrevista. Este estudo foi realizado com professores de duas escolas especializadas em educação infantil, e com profissionais de saúde, que atuam em consultórios clínicos, do município de Colatina, Espírito Santo, Brasil. Procurou-se conhecer, de forma mais aprofundada, o conhecimento e a experiência que os docentes e os profissionais da saúde possuem com relação à problemática da sinalização e do diagnóstico da PHDA e o seu papel neste cenário.

Os resultados encontrados indicam que os professores preocupam-se em ajudar o aluno que apresenta dificuldades na aprendizagem e comportamento sugestivo de PHDA, porém devido ao pouco conhecimento que possuem a respeito da perturbação, a sinalização realizada pela escola apresenta-se deficiente. Os profissionais de saúde, entretanto, consideram que mesmo assim, a opinião da escola é fundamental para o desenvolvimento do processo de diagnóstico e procuram trabalhar em parceria com a escola durante esse processo e também durante o tratamento.

Palavras-chave: Perturbação de Hiperatividade/ Déficit de Atenção (PHDA); sinalização e diagnóstico de PHDA; medicalização; educação.

## **Abstract**

This research was carried out within the scope of the Master in Teaching and Management of Education, in the area of School Administration and Educational Administration of UFP. In this study, the problem of the referral of children suspected of Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder (AD/ HD) and the diagnosis of disruption by health professionals was considered. Considering the characteristics and the literature review, the child with AD/ HD may be considered a problem in the school both because of attention deficit, which generates learning difficulties, and also of its hyperactive and impulsive behavior, which generates difficulties for the teacher in the classroom and relational difficulties of this child with the family, teachers and the classmates, also causing problems in child self-esteem. As consequence, there is in Brazil an increase in the diagnosis of AD/ HD, with a consequent increase in the prescription and consumption of the drug Ritalin® (Methylphenidate), configuring the practice of *medicalization* of childhood.

In order to answer the research objectives, an empirical study was carried out, with a qualitative methodology, using the interview technique. This study was carried out with teachers from two schools specializing in early childhood education, and with health professionals who work in clinical practices in the city of Colatina, Espírito Santo, Brazil. We sought to know, in a more detailed way, the knowledge and experience that teachers and health professionals have regarding the problem of signaling and diagnosis of the AD/ HD and its role in this scenario.

The results indicate that the teachers are concerned with helping the student with learning difficulties and behavior suggestive of AD/ HD, but due to the lack of knowledge about the disorder, the signaling carried out by the school is deficient. Health professionals, however, consider that even so, school opinion is critical to the development of the diagnostic process and seek to work in partnership with the school during this process and also during treatment.

Keywords: Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder (AD/ HD); referral and diagnosis of AD/ HD; medicalization; education.

## **Dedicatória**

Dedico este trabalho  
aos meus filhos: Yan, Daniel e Bruna  
e lhes deixo meu exemplo de que todo tempo  
dispensado ao estudo vale a pena.

Dedico também aos meus alunos:  
os primeiros, pois me ensinaram a amar a profissão;  
os atuais, com os quais aprendo tanto quanto ensino;  
e aos futuros, que desfrutarão  
da maturidade que este curso me proporcionou.

Dedico ainda a todos os profissionais de saúde,  
pais e educadores que lidam com crianças com PHDA  
e que enxergam a pessoa além da perturbação.

## **Agradecimentos**

Agradeço primeiramente a Deus, por ser minha força nos momentos de fraqueza e dúvida e por abrir as portas para a concretização deste sonho.

Agradeço também aos participantes desse estudo, sem os quais não seria possível a sua realização, e a todos que, de alguma forma, contribuíram para que este projeto se tornasse realidade.

Agradeço à renomada Universidade Fernando Pessoa, por abrir suas portas a alunos brasileiros que, como eu, buscam um ensino de qualidade e excelência.

Agradecimentos especiais ao meu esposo, Jedson, por viajar comigo nas asas deste sonho, por acreditar que eu conseguiria chegar até aqui e por ter grande mérito em torná-lo possível. Essa vitória também é sua.

Gratidão aos meus pais, Alice e Vilson, e ao meu irmão, Giovan, por todo incentivo e suporte espiritual e também à minha família, amigos e colegas de trabalho, por compreenderem minha ausência devido ao tempo dedicado ao estudo.

Agradeço também aos colegas de minha turma de mestrado, pela troca de conhecimentos e lágrimas, mas principalmente pela amizade desenvolvida que, acredito, se estenderá por toda vida.

Por fim, meus sinceros agradecimentos à orientadora, Professora Doutora Susana Marinho, pela disponibilidade em dividir comigo seu conhecimento e sabedoria, e também pela paciência, compreensão e ajuda durante a elaboração deste trabalho.

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>1</b>
<b>PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b> .....	<b>4</b>
<b>I - Perturbação de Hiperatividade/ Déficit de Atenção (PHDA)</b> .....	<b>5</b>
1.1 - Introdução .....	5
1.2 - Aspecto histórico .....	8
1.3 - Epidemiologia da PHDA .....	12
1.4 – Etiologia da PHDA.....	13
1.5 – Tratamento da PHDA .....	14
<b>II - Diagnóstico da PHDA</b> .....	<b>23</b>
2.1 – Implicações do diagnóstico de PHDA .....	23
2.2 – Apoio ao diagnóstico por equipe multidisciplinar.....	29
<b>III - PHDA e a Escola</b> .....	<b>31</b>
3.1 – Introdução.....	31
3.2 – A Sinalização do aluno com suspeita de PHDA.....	34
<b>PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO</b> .....	<b>40</b>
<b>I - Metodologia</b> .....	<b>41</b>
1.1 - Introdução .....	41
1.2 - Objetivos.....	42
1.3 - Participantes.....	43
1.4 - Instrumentos .....	45
1.5 - Procedimento.....	47
<b>II – Apresentação e discussão dos resultados</b> .....	<b>49</b>
2.1 - Introdução .....	49
2.2 – A Sinalização do aluno com suspeita de PHDA realizada pela Escola .....	50
2.3 – O Diagnóstico de PHDA efetuado pelos Profissionais da Saúde.....	55
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONCLUSÃO</b> .....	<b>64</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>68</b>

## **ÍNDICE DE TABELAS**

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos participantes .....	44
Tabela 2 - Categorias e subcategorias da análise de conteúdo .....	50
Tabela 3 - Justificativas para o aumento de diagnósticos de PHDA, segundo a opinião das professoras.....	53
Tabela 4 - Justificativas para o aumento de diagnósticos de PHDA, segundo a opinião dos profissionais de saúde .....	56

## **ÍNDICE DE QUADROS**

Quadro 1 - Características dos Subtipos de PHDA conforme o DSM-IV.....	9
Quadro 2 - Comparativo dos capítulos de diagnóstico entre o DSM-IV e o DSM-5.....	10
Quadro 3 - Questionário SNAP-IV – Versão para impressão.....	24

## **ÍNDICE DE FIGURAS**

Figura 1 - Página ilustrativa do concurso que premiou professores em 2010.....	22
Figura 2 - Divulgação do II Congresso e IV Simpósio Brasileiro de Psiquiatria da Infância e Adolescência .....	36
Figura 3 - Documentário disponível no Youtube e veiculado pelo canal a cabo Discovery Home and Health.....	36
Figura 4 - Página ilustrativa das cartilhas disponíveis no site da ABDA .....	38

## **ÍNDICE DE MAPAS**

Mapa 1 - Estado do Brasil com destaque para o Estado do Espírito Santo.....	42
Mapa 2 - Estado do Espírito Santo com suas cidades .....	42

## **LISTA DE ANEXOS**

ANEXO A - Solicitação de Autorização às Instituições de Ensino para recolha de dados

ANEXO B - Declaração de Consentimento Informado para a área não clínica: maiores de idade

ANEXO C - Guião de Entrevista aos Professores

ANEXO D - Guião de Entrevista aos Profissionais de Saúde

ANEXO E - Questionário Sociodemográfico

ANEXO F - Parecer do Comitê de Ética da UFP

ANEXO G - Grelha de Análise das Entrevistas (Professores)

ANEXO H - Grelha de Análise das Entrevistas (Profissionais de Saúde)

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

**ABDA** - Associação Brasileira de Déficit de Atenção

**ANVISA** - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

**APA** - Associação Americana de Psiquiatria

**CID** - Classificação Internacional das Doenças

**DDA** - Desordem de Déficit de Atenção

**DSM** - Manual de Diagnóstico e Estatística de Desordens Mentais

**FE** - Funções Executivas

**MFD** - Metilfenidato

**PHDA** - Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção

**SNC** - Sistema Nervoso Central

**TDAH** - Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

“As crianças especiais, assim como as aves, são diferentes em seus vôos.

Todas, no entanto, são iguais em seu direito de voar”.

Jesica Del Carmen Perez

## INTRODUÇÃO

Analisando-se o contexto escolar, pode-se dizer de imediato que este é distinto do contexto da saúde. Porém, avaliando-se mais profundamente, percebe-se atualmente uma interseção, onde as duas áreas coexistem, no momento de sinalizar um aluno que necessita de avaliação clínica minuciosa por apresentar dificuldade de aprendizagem e/ou comportamental.

O fenômeno de *medicalização* da vida sugere que qualquer desconforto, tristeza, dificuldade e/ou inadequação social sejam explicados e resolvidos no campo da saúde. Dessa forma, medicamentos têm sido utilizados como “pílulas mágicas” que trarão aos usuários a solução de todo e qualquer problema.

Verifica-se uma “epidemia” contemporânea de diagnósticos de perturbações psicológicas que estariam acometendo crianças em todo mundo, inclusive no Brasil. Dentre essas perturbações, apresenta destaque no contexto escolar, a Perturbação de Hiperatividade/ Déficit de Atenção, ou PHDA, sigla com a qual se tornou mais conhecida.

A inquietação por trás desta pesquisa se deve ao aumento do número de diagnósticos, e consequente aumento do consumo de medicamentos à base de Metilfenidato (ANVISA, 2012; Shirakawa et al., 2012). A explicação médico-psiquiátrica para este fato se deve ao progresso do conhecimento da perturbação, que estava sendo subdiagnosticada e os portadores, privados dos benefícios do tratamento (Pereira, 2009). Outras hipóteses seriam o aumento da pressão sobre o desempenho das crianças e o papel da mídia em difundir informações (Itaborahy, 2009).

Utilizando-se de um discurso imediatista de solução de problemas não é observada a realização de uma criteriosa e detalhada avaliação dos efeitos em longo prazo da utilização de uma medicação com tal potencial psicoativo em crianças. E assim, muitas vezes a escola se vê diante da responsabilidade de realizar a sinalização

dessas crianças com uma suposta perturbação, baseada em questionários genéricos que poderiam englobar qualquer pessoa avaliada por eles (Mesquita, 2009).

A pesquisa é relevante visto que, de acordo com o Boletim de Farmacoepidemiologia da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em 2012 percebeu-se no Brasil um aumento na prescrição medicamentosa para alunos portadores de PHDA, principalmente do Metilfenidato (ANVISA, 2012; Shirakawa et al., 2012). O principal nome de marca do Metilfenidato é Ritalina®, conhecido popularmente como “droga da obediência” (ANVISA, 2012, p. 13; Shirakawa et al., 2012, p. 50). Essa medicação apresenta grande número de efeitos colaterais (Pastura & Mattos, 2004), que acabam causando outras complicações na saúde da criança, “(...) principalmente a perda de peso que pode estar associada à supressão do crescimento (...)” (Leite & Baldini, 2011, p. 153).

O presente TRABALHO foi motivado por questionamentos que causaram incômodo devido nossa trajetória profissional nas áreas da Farmácia e, mais recentemente, da Educação. Atuamos desde 2008 na Vigilância Sanitária do município de Colatina, Espírito Santo, Brasil. Dentre nossas atribuições destacamos a avaliação das prescrições e a dispensação de medicamentos de controle especial. Durante todo esse tempo, verificamos o crescimento exponencial do número de prescrições e chamou-nos atenção principalmente o aumento da prescrição e conseqüente aumento do consumo do psicoestimulante Ritalina®, cujo princípio ativo é o metilfenidato, droga de escolha para o tratamento da PHDA. Atraídos pela curiosidade e instigados a investigar o assunto, lançamo-nos a questionamentos que pudessem explicar esse fato.

Sabe-se que a PHDA pode persistir na idade adulta, mas é nos primeiros anos escolares que a criança com suspeita da perturbação é “descoberta”, sendo considerada uma das condições mais bem estudadas dentre as perturbações mentais (Mesquita, 2009, p. 21), fato norteador da investigação. Chegamos então a uma interseção entre as áreas da Educação e da Saúde, as quais operam concomitantemente na sinalização e avaliação dessas crianças, uma vez que é o professor quem sinaliza a criança ao médico, o qual é o verdadeiro responsável pelo diagnóstico.

A pretensão deste trabalho não é a formular acusações gratuitas à medicina ou mesmo à escola. Não objetiva-se culpar nenhuma área, principalmente porque as duas

atuam paralelamente na vida da criança com suspeita de PHDA e suas ações devem ser complementares.

Enfim, por todas as razões e questões apresentadas e acreditando na relevância deste trabalho, partimos para uma investigação teórica e prática acerca da sinalização e diagnóstico de crianças com suspeita de PHDA. Apropriamo-nos da interpretação de Freitas (2011, p. 88) utilizando um olhar pesquisador, o qual “pesquisa – a – dor” dessas crianças a fim de trazer alternativas de inovação sobre este fenômeno.

O presente estudo pretende, à luz da Ciência, trazer contribuições sobre as diferentes e pontuais atribuições pertinentes às áreas da Saúde e da Educação no que tange à sinalização do aluno com suspeita de PHDA. Acredita-se que este estudo chamará a atenção das escolas a fim de que, no momento de realizar a sinalização de alunos com suspeita de PHDA, os sinais da perturbação sejam avaliados corretamente do ponto de vista pedagógico, respeitando-se os limites de que cabe aos médicos a responsabilidade pela formulação do diagnóstico.

Assim, este trabalho organiza-se em duas partes. A primeira parte refere-se ao enquadramento teórico, com apresentação de três capítulos. O primeiro capítulo – Perturbação de Hiperatividade/ Déficit de Atenção (PHDA) – discorre sobre os principais aspectos da PHDA, sendo o aspecto histórico, a epidemiologia, a etiologia e o tratamento. O segundo capítulo trata da problemática do diagnóstico da PHDA e o terceiro capítulo tem foco no contexto escolar da PHDA.

A segunda parte caracteriza-se pelo Estudo Empírico, estruturada em dois capítulos. O primeiro capítulo reporta-se à Metodologia, onde se explica o tipo de estudo realizado e os objetivos da investigação. Há descrição dos participantes, dos instrumentos de recolha de dados e do procedimento utilizado desde o projeto inicial à realização das entrevistas, bem como a metodologia de análise dos dados. O segundo capítulo dedica-se à apresentação e discussão dos resultados acerca da sinalização do aluno com suspeita de PHDA pela Escola e do Diagnóstico de PHDA efetivamente realizado pelos profissionais de Saúde.

Na Conclusão discutem-se os achados resultantes da investigação, as limitações do estudo e, por fim, ilustram-se idéias possíveis para continuação da investigação sobre o tema.

**PARTE I**  
**ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

## I. Perturbação de Hiperatividade/ Déficit de Atenção (PHDA)

### 1.1. Introdução

Na sociedade atual torna-se cada vez mais comum encontrarmos crianças experts em tecnologia, utilizando com desenvoltura tabletes, *notebooks* e *smarthphones*. Tudo isso sem deixar de assistir seu desenho preferido na televisão. Com tantos estímulos, não é de se espantar que as crianças se apresentem agitadas e com baixo limiar de concentração. Nesse contexto, a família fica sem saber lidar com tamanha agitação e os professores não conseguem competir com a tecnologia para conseguir manter a atenção do aluno na escola (Eidt & Tuleski, 2010).

É então que a criança recebe o rótulo de “hiperativa”, portadora de uma perturbação produzida “pela era do excesso de informação, do consumo material desenfreado e sem sentido, da cultura somática, das identidades descartáveis, da perda da autoridade da família, da igreja e do Estado” (Caliman, 2010, p. 48).

Pode ser aparentemente fácil reconhecer uma criança hiperativa devido aos sintomas clássicos de impulsividade, desatenção e hiperatividade (Amaral, 2009; Franco et al., 2014; Leite & Baldini, 2011; Rohde & Halpern, 2004; Scherer & Guazzelli, 2016). Além disso, criança com PHDA apresenta insucesso no autocontrole, se comparada às outras pessoas (Graeff & Vaz, 2008). Este fácil reconhecimento, porém, pode causar um aumento exagerado dos diagnósticos falso-positivos para o transtorno, afinal os sintomas supracitados podem aparecer isoladamente e não necessariamente caracterizando um quadro clínico.

Dessa forma, “aspectos normais da vida humana – como distração, dificuldade em organizar tarefas, falar bastante –, foram deslocados para a singularidade de um “aluno doente”” (Carvalho & Monte-Serrat, 2015, p. 3).

Destaca-se que a tanto a estrutura familiar quanto a escolar de tempos idos eram mais rígidas, as pessoas tinham mais tempo para o convívio familiar e social e as mudanças tecnológicas eram mais lentas. Nesse contexto, crianças mais agitadas eram tratadas com maior naturalidade. Tentar explicar comportamentos inadequados da criança apenas pela idéia de desajustes neuroquímicos é desconsiderar que corpo e mente sejam independentes, sendo essa uma visão idealista da normalidade (Bonadio & Mori, 2013; Cheida, 2013).

Outra queixa que é um dos primeiros indícios a levar crianças em idade escolar ao diagnóstico de PHDA é a dificuldade no processo de aquisição da leitura e da escrita (Carvalho & Monte-Serrat, 2015).

A Perturbação de Hiperatividade/ Déficit de Atenção, ou simplesmente PHDA, sigla pela qual é popularmente conhecida, é considerada uma das mais frequentes perturbações emocionais, cognitivas e comportamentais e também a síndrome mental mais estudada na infância (Amaral, 2009; Andrade & Scheuer, 2004; Shirakawa et al., 2012).

É intrigante, porém, que mesmo a PHDA sendo fundamentalmente diagnosticada na infância, “quem se queixa dos sintomas, em geral, não é o paciente, e sim os adultos que estão à sua volta” (Pereira, 2009, p. 143). Como descrevem Bonadio e Mori (2013, p. 146): “Cada vez mais cedo, a queixa dos pais e de professores está chegando aos especialistas” e estes levantam a hipótese da PHDA “em crianças com cinco a seis anos de idade”.

Para Charach et al. (2011, p. 3):

Existe um interesse crescente em identificar e tratar crianças muito pequenas, aquelas em idade pré-escolar, a fim de melhorar as exigências para a criança e a família o mais cedo possível e, assim, diminuir o desenvolvimento posterior de repercussões sociais e acadêmicas.

Têm sido propostas várias hipóteses para explicar a perturbação. Para a Associação Brasileira de Déficit de Atenção (ABDA), a PHDA é considerada uma perturbação neurobiológica de origem genética (Shirakawa et al., 2012; Silva et al., 2012). Entretanto, segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, o DSM-5, publicado pela Associação de Psiquiatria Americana (APA) em 2013, a PHDA foi classificada como uma perturbação do neurodesenvolvimento (DSM-5, APA, 2014).

A criança acometida pela PHDA pode ser considerada um problema na escola, pois muitas vezes não respeita a ordem dos professores, não consegue prestar atenção e tira notas ruins, fala em demasia e atrapalha os colegas, e nas atividades lúdicas é impaciente e até mesmo agressiva, sendo rejeitada pelos colegas. Todos esses comportamentos geram baixa autoestima e a criança apresenta dificuldade relacional (Amaral, 2009; Lima, 2005; Linhares, 2012). Além do rótulo de criança hiperativa ou

com dificuldade de aprendizagem, há também o rótulo de “aquele que toma Ritalina®”, e a criança passa a ser também um “doente mental”, o que interfere diretamente na autoestima dessa criança (Costa, 2006, p. 107).

A auto-imagem é primeiramente influenciada pelo convívio com as mães, moldando as habilidades sociais em casa, as quais se refletem na escola e definem a aceitação ou rejeição da criança no ambiente escolar. Portanto, além da mãe, a professora também influencia na construção da auto-imagem. Sabe-se que a auto-imagem contribui para o desenvolvimento da criança, sendo assim, o conceito que a criança tem de si mesmo pode interferir ativamente no seu processo de aprendizagem (Tonelotto & Gonçalves, 2002).

Estudos conduzidos por Charach et al. (2011), por Tonelotto e Gonçalves (2002) e por Youssef et al. (2015) descrevem que os professores podem influenciar significativamente as crianças e que estas percebem a rejeição por parte dos professores e pelos colegas, criando uma auto-imagem negativa e agravando as dificuldades escolares.

Sob o ponto de vista social, deve-se avaliar que essas crianças representam um custo alto para a sociedade, pois apresentam elevado índice de fracasso escolar e maiores necessidades de apoio psicopedagógico, além de um custo alto também para a saúde devido a uma maior probabilidade de acidentes decorrentes de seu comportamento impulsivo. Além disso, chama a atenção o fato que crianças com essa perturbação apresentam um risco maior de desenvolver outras doenças psiquiátricas na infância, adolescência e idade adulta (Linhares, 2012; Rhode et al., 2000).

A PHDA raramente se apresenta isolada e até 65% dos casos apresenta uma comorbidade associada (Graeff & Vaz, 2008; Linhares, 2012).

As comorbidades associadas à PHDA que mais se apresentam na infância são: transtorno de conduta ou opositor desafiante (50-60%), depressão (10-20%), transtorno de ansiedade (20-25%), transtorno bipolar (10%) e transtorno de aprendizagem (10-50%) (Amaral, 2009; Leite & Baldini, 2011; Rhode et al., 2000).

Rhode et al. (2000) destaca uma alta taxa de comorbidade entre PHDA e abuso ou dependência de drogas na adolescência e idade adulta (9-40%), devido a presença de perturbação de conduta.

## 1.2. Aspecto histórico

A partir da década de 1990, há uma ampla difusão do diagnóstico de PHDA no ocidente, quando se destaca a ligação entre trabalho e educação e exige-se uma maior produtividade (Bonadio & Mori, 2013; Pereira, 2009). Sendo os estudos da PHDA relativamente recentes, isso explica a existência de tantas controvérsias e incertezas sobre a perturbação, bem como sobre seu diagnóstico e tratamento. Apesar disso, a PHDA pode justificar problemas escolares como fracasso escolar e desvios de comportamento. No cenário atual, em que o corpo humano é tido como uma máquina, o médico seria o ator principal que pode consertar ou regular qualquer desajuste (Mesquita, 2009).

Vejamos a evolução dos estudos científicos sobre a PHDA ao longo dos anos.

A primeira observação dos sintomas foi descrita em 1902, quando o pediatra George Still estudou 43 crianças exageradamente ativas, com comportamentos agressivos e desafiadores e com dificuldades preocupantes em manter a atenção (Amaral, 2009; Lima, 2005; Rohde & Halpern, 2004; Simão, 2008).

Na década de 40 surgiu o termo Lesão Cerebral Mínima para definir o quadro de hiperatividade e falta de atenção como resultado de lesão no Sistema Nervoso Central (SNC). Esse termo foi substituído na década de 50 por Disfunção Cerebral Mínima após descobrir-se que os pacientes não apresentavam lesão, mas sim sintomas funcionais (Simão, 2008). Aqui o neurologista clínico começa a atuar no campo dos problemas de aprendizagem, atenção e linguagem associando-os a alterações das atividades nervosas superiores e legitimando a terapia medicamentosa (Mesquita, 2009).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou em 1973, na Classificação Internacional das Doenças, nona edição (CID-9), a alteração da nomenclatura do transtorno para Síndrome Hiperkinética; e em 1995, na décima edição (CID-10) a denominação passou para Transtornos Hiperkinéticos. Em 1980, com a publicação do Manual de Diagnóstico e Estatística de Desordens Mentais (DSM-III) pela APA, o quadro passou a ser conhecido como Desordem de Déficit de Atenção (DDA). Nas publicações subsequentes do Manual, na década de 90 (DSM-IV) e sua revisão em 2002 (DSM-IV TR) a nomenclatura foi alterada para Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção (PHDA) e, além disso, passou a ser aceita a classificação em três subtipos:

Predominantemente Desatento, Predominantemente Hiperativo-Impulsivo e Combinado (Amaral, 2009; Cheida, 2013; Domitrovic, 2014; Rohde & Halpern, 2004; Simão, 2008), cuja subdivisão é mostrada no Quadro 1.

**Quadro 1.** Características dos Subtipos de PHDA conforme o DSM-IV

<b>PHDA SUBTIPO PREDOMINANTEMENTE DESATENTO</b>
1 – Deixa de prestar atenção a detalhes ou comete erros por descuido em atividades escolares, de trabalho ou outras. 2 – Tem dificuldade para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas. 3 – Parece não escutar quando lhe é dirigida a palavra. 4 – Não segue instruções e não termina seus deveres. 5 – Tem dificuldades para organizar tarefas e atividades. 6 – Evita, antipatiza ou reluta em envolver-se em tarefas que exijam esforço constante. 7 – Perde as coisas necessárias. 8 – Distrai-se facilmente por estímulos alheios e tarefas. 9 – Apresenta esquecimento de atividades diárias.
<b>PHDA SUBTIPO PREDOMINANTEMENTE HIPERATIVO-IMPULSIVO</b>
<b>HIPERATIVIDADE</b> 1 – Agita as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira. 2 – Abandona sua cadeira em sala de aula ou outras situações nas quais se espera que permaneça sentado. 3 – Corre em demasia em situações onde isso é inapropriado. 4 – Está a mil por hora ou muitas vezes age como se estivesse a todo vapor. 5 – Fala em demasia.
<b>IMPULSIVIDADE</b> 1 – Dá respostas precipitadas antes das perguntas terem sido finalizadas. 2 – Tem dificuldade para aguardar sua vez. 3 – Interrompe ou se intromete em assuntos dos outros. 4 – Deve estar fazendo sempre alguma coisa ou se agitando.

Fonte: APA (1994, pp. 107-109.)

Já em 2013, o DSM-5, define a PHDA “por níveis prejudiciais de desatenção, desorganização e/ou hiperatividade-impulsividade (...) [e que] costuma persistir na vida adulta, resultando em prejuízos no funcionamento social, acadêmico e profissional (DSM-5, APA, 2014, p. 76), sem, contudo, manter o termo “subtipos”, porém mantendo os sintomas como especificadores (Araújo & Neto, 2014). A fim de lançar um olhar mais abrangente sobre as perturbações mentais, o DSM-5 excluiu o capítulo Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou na

Adolescência, sendo que parte dos diagnósticos do extinto capítulo passou a compor os Transtornos do Neurodesenvolvimento, onde se inclui a PHDA (Araújo & Neto, 2014, p. 70), conforme comparativo do Quadro 2.

**Quadro 2.** Comparativo dos capítulos de diagnóstico entre o DSM-IV e o DSM-5

Capítulo do DSM-IV-TR	Capítulo do DSM-5
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou na Adolescência</li> <li>• <i>Delirium</i>, Demência, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos Cognitivos</li> <li>• Transtornos Mentais Causados por uma Condição Médica Geral Não Classificados em Outro Local</li> <li>• Transtornos Relacionados a Substâncias</li> <li>• Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos</li> <li>• Transtornos do Humor</li> <li>• Transtornos de Ansiedade</li> <li>• Transtornos Somatoformes</li> <li>• Transtornos Factícios</li> <li>• Transtornos Dissociativos</li> <li>• Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero</li> <li>• Transtornos da Alimentação</li> <li>• Transtornos do Sono</li> <li>• Transtorno do Controle dos Impulsos Não Classificados em Outro Local</li> <li>• Transtornos da Adaptação</li> <li>• Transtornos da Personalidade</li> <li>• Outras Condições que Podem Ser Foco de Atenção Clínica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transtornos do Neurodesenvolvimento</li> <li>• Espectro da Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos</li> <li>• Transtorno Bipolar e Outros Transtornos Relacionados</li> <li>• Transtornos Depressivos</li> <li>• Transtornos de Ansiedade</li> <li>• Transtorno Obsessivo-Compulsivo e Outros Transtornos Relacionados</li> <li>• Trauma e Transtornos Relacionados ao Estresse</li> <li>• Transtornos Dissociativos</li> <li>• Sintomas Somáticos e Outros Transtornos Relacionados</li> <li>• Alimentação e Transtornos Alimentares</li> <li>• Transtornos da Excreção</li> <li>• Transtornos do Sono-Vigília</li> <li>• Disfunções Sexuais</li> <li>• Disforia de Gênero</li> <li>• Transtornos Disruptivo, Controle dos Impulsos e Conduta</li> <li>• Transtornos Relacionados a Substâncias e Adicção</li> <li>• Transtornos Neurocognitivos</li> <li>• Transtornos de Personalidade</li> <li>• Transtornos Parafilicos</li> <li>• Outros Transtornos Mentais</li> <li>• Transtorno do Movimento Induzido por Medicamentos</li> <li>• Outros Efeitos Adversos de Medicamentos</li> <li>• Outras Condições que Podem Ser Foco de Atenção Clínica</li> </ul>

Fonte: Araújo e Neto (2014, p. 71.)

De acordo com o DSM-5, a PHDA começa na infância. Na educação infantil, a principal manifestação observada é a hiperatividade, ficando a desatenção mais

facilmente observada no ensino fundamental. É preciso identificar pelo menos 6 sintomas antes dos 12 anos de idade e as manifestações devem estar presentes em mais de um ambiente (DSM-5, APA, 2014).

Segundo Dupanloup (2004 *cit. in* Domitrovic, 2014, p. 34), “é a partir daí que se inicia a criação de questionários padrão para o diagnóstico do Déficit de Atenção baseado nos critérios apresentados pelos manuais diagnósticos”. Porém, para efetivação de um processo de diagnóstico eficaz deve-se analisar o contexto da criança e avaliar alguns pontos: a) duração dos sintomas; b) frequência e intensidade dos sintomas; c) persistência dos sintomas em vários ambientes; d) prejuízo significativo na vida da criança; e) entendimento do significado do sintoma, a fim de realizar primeiramente um diagnóstico diferencial entre a PHDA e outras perturbações de comportamento (Rhode et al., 2000; Mesquita, 2009).

Os sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade formam a tríade clássica da PHDA ou considerada, pelo pesquisador Russell Barkley, como a “santíssima trindade” da perturbação (Lima, 2005, p. 14).

Esses sintomas apresentam um padrão persistente em crianças com suspeita de portarem essa perturbação e tendem a ser mais frequentes nestas que em outras crianças com idade e nível de desenvolvimento semelhantes. No caso da hiperatividade, esta tende a diminuir com o aumento da idade (Graeff & Vaz, 2008).

É preciso chamar a atenção para o fato de que, antes disso, sintomas que na atualidade são vistos como decisivos no diagnóstico de PHDA eram vistos como características de crianças saudáveis e ativas. Além disso, a tríade sintomatológica (desatenção, hiperatividade e impulsividade), se analisada como sintomas isolados pode ser produto de problemas de relacionamento das crianças, de sistemas educacionais inadequados, ou ainda estar associada a outras perturbações da infância e adolescência (Rhode et al., 2000). E, ainda, deve-se atentar para o fato de que esses sintomas indesejáveis são diagnosticados como PHDA e recebem imediatamente a prescrição de medicamentos, seja qual for a gravidade em que o caso se apresenta (Mesquita, 2009).

Com a insistência da aceitação do conceito de PHDA, desculpabiliza-se o portador da perturbação, tornando-o apenas vítima de uma condição biológica de causa

orgânica, com a qual ele e sua família precisam aprender a lidar (Mesquita, 2009; Pereira, 2009).

Do ponto de vista de Barkley (2002, *cit. in* Eidt & Tuleski, 2010, p. 125):

Não se trata apenas [...] de uma questão de estar desatento ou hiperativo. Não se trata apenas de um estado temporário que será superado, de uma fase probatória, porém normal, da infância. Não é causado por falta de disciplina ou controle parental, assim como não é o sinal de algum tipo de “maldade” da criança.

Entretanto, para a consolidação do conceito da PHDA é necessário que outros grupos repitam o mesmo discurso médico, configurando o fenômeno da patologização ou medicalização, e a escola é um local privilegiado para tal, sendo a PHDA “o marco do encontro da medicina com a educação na tentativa de estabelecer o sistema moderno de educação, construindo história até os dias atuais” (Mesquita, 2009, p. 15).

Caracteriza-se uma relação simbiótica onde a escola se apropria do saber científico para fundamentar suas ações e este utiliza o espaço escolar para comprovar suas teorias (Costa, 2006).

Observam-se os avanços da tecnologia e a transformação dos argumentos e dos métodos ao longo da história, mas o discurso médico manteve a disseminação dos valores morais de cada época, impressos no corpo dos indivíduos (Caliman, 2010).

### **1.3. Epidemiologia da PHDA**

Para entendermos melhor como a PHDA se apresenta é necessário começar o estudo pela prevalência da perturbação.

A PHDA atinge cerca de 3 a 5% das crianças em idade escolar, a maioria entre três a sete anos de idade, em todo o mundo, não sendo, porém, exclusivo da infância, podendo persistir na adolescência e fase adulta. Já no Brasil, a prevalência citada na literatura varia de 5 a 17% (Cheida, 2013; Mesquita, 2009).

A proporção entre meninos e meninas afetados varia de aproximadamente 2:1 em estudos populacionais até 9:1 em estudos clínicos (Amaral, 2009; Franco et al., 2014; Leite & Baldini, 2011; Rohde & Halpern, 2004).

A explicação mais comum para este fato é que a forma hiperativa é mais comum às crianças do sexo masculino e a forma desatenta é mais comum às crianças do sexo feminino. Como a forma hiperativa incomoda mais, essas crianças são mais encaminhadas e, conseqüentemente, mais diagnosticadas (Mesquita, 2009; Pereira, 2009).

Segundo dois estudos conduzidos por Amaral (2009) e Marcon (2016), separadamente, meninas são mais acometidas pela desatenção, cujo comprometimento acadêmico é maior e essas crianças são mais retraídas e isoladas socialmente. As crianças que apresentam maior hiperatividade e impulsividade se mostram mais agressivas e com altas taxas de comorbilidades com perturbação de Conduta. Já as que manifestam os sintomas combinados apresentam desenvolvimento global comprometido e a comorbilidade mais comum é a Perturbação Opositora Desafiante.

#### **1.4. Etiologia da PHDA**

A etiologia da PHDA apresenta-se, por vezes, confusa, não tendo sido apresentada até o momento uma justificativa comprovada para o transtorno, mas especula-se sobre as possíveis causas (Mesquita, 2009). “Nos últimos vinte anos, (...) vem sendo definida como o defeito inibitório que afeta o desenvolvimento das funções cerebrais” (Cheida, 2013, p. 13).

Estudos apontam para aspectos exógenos, que seriam divididos em fatores pré e pós-natais e aspectos endógenos, que estariam relacionados exclusivamente com fatores genéticos e hereditários (Alves, 2015; Amaral, 2009; Lima, 2005; Rohde & Halpern, 2004).

Uma explicação para a perturbação seria a ocorrência de “alteração do mecanismo do impulso nervoso no nível das sinapses, ocorrendo anomalia dos neurotransmissores: dopamina, serotonina e noradrenalina” (Simão, 2008, p. 48), que “possuem papéis importantes na atenção e na concentração, além de também influenciarem na motivação, interesse e no aprendizado das tarefas” (Alves, 2015; Leite & Baldini, 2011).

Outra explicação para a perturbação, não seria a falta dos neurotransmissores, mas sim “uma imaturidade dos sistemas de neurotransmissão” (Linhares, 2012, p. 23).

Apesar de não haver clareza sobre o neurotransmissor mais envolvido com a PHDA, a ação farmacológica do Metilfenidato, medicamento de primeira escolha para o tratamento da mesma, suporta a especulação da base dopaminérgica do transtorno, já que age diretamente aumentando a concentração desse neurotransmissor nas fendas sinápticas cerebrais (Alves, 2015).

Outra suposta explicação se encontra na neurobiologia, onde se busca identificar aspectos estruturais do cérebro que tenham envolvimento com a PHDA, como possíveis alterações na região do córtex pré-frontal, região essa responsável pelas chamadas Funções Executivas (FE), segundo Barkley (1997, *cit. in* Alves, 2015, p. 40). Foi evidenciado baixa atividade elétrica e menor fluxo sanguíneo nessas áreas, o que comprovaria uma ligação entre o funcionamento cerebral e o autocontrole de comportamento, prejudicando as FE em portadores dessa perturbação. Sendo assim, a relação entre essas áreas e a PHDA se daria devido à atenção ser a base para o funcionamento adequado das FE (Alves, 2015; Amaral, 2009; Lima, 2005; Mesquita, 2009).

Quanto aos fatores endógenos e ambientais, a literatura cita o baixo peso ao nascer, idade e saúde materna, duração do parto, sofrimento fetal, o consumo de álcool e fumo na gravidez e a exposição da criança ao fumo. Já os fatores psicossociais são citados com maior participação no surgimento, manutenção e complicação dos sintomas da PHDA, do que como causa (Linhares, 2012; Mesquita, 2009).

### **1.5. Tratamento da PHDA**

Para tratar-se a PHDA pode-se dispor de vários tipos de estratégias, sejam elas a intervenção psicossocial, treinamento psicopedagógico, psicoterapia, tratamento medicamentoso homeopático ou alopático, sendo este último o mais utilizado no controle clínico de crianças que supostamente apresentam a perturbação (Bonadio & Mori, 2013; Ortega et al., 2010).

O tratamento da PHDA é multimodal, com intervenções psicossociais e psicofarmacológicas. No que tange ao campo psicossocial, o primeiro passo deve ser educacional, com informações claras para que a família da criança aprenda a lidar com sintomas. Uma segunda abordagem deve acontecer no campo escolar, com salas menores, tarefas curtas e estratégias de ensino que favoreçam a concentração dessas crianças. A parceria família-escola auxilia o tratamento da criança com PHDA, lembrando que é necessário impor limites, seguir regras, e não se valer da perturbação para justificar seu comportamento impróprio. Assim, a criança alcançará sucesso na vida escolar e social (Seno, 2010; Silvestre, 2015).

Em alguns casos essas intervenções mostram-se suficientes, pois são capazes de controlar seus impulsos com esforço e desenvolver atividades em que demonstrem grande interesse e sejam estimulantes (jogos de *videogame*, computador, televisão, brincadeiras). Por esse prisma, essas crianças não apresentariam déficit de atenção, mas sim uma instabilidade em manter a atenção numa única atividade, que não lhe seja agradável, visto que as crianças com PHDA são capazes de aprender, mas têm dificuldade de aprendizagem devido aos sintomas da perturbação (Mesquita, 2009; Missawa & Rossetti, 2014; Rhode et al., 2000; Silvestre, 2015).

Entretanto, há alguns casos em que o tratamento medicamentoso é de grande importância no manejo dos sintomas da perturbação. Nesses casos, a primeira escolha para o tratamento da PHDA são medicamentos psicoestimulantes à base do princípio ativo Metilfenidato (Rhode et al., 2000).

Como exemplos desta classe de medicamentos destacam-se duas referências comerciais que são comercializadas no Brasil: Ritalina® e Concerta®. Destacamos o segundo nome de marca, o qual faz alusão a algo que precisa ser consertado, como se a criança apresentasse alguma espécie de “defeito de fabricação” que só o medicamento pudesse resolver (Costa, 2006, p. 115).

O medicamento mais popular atualmente é a Ritalina®. O número de apresentações oferece opções de absorção e dosagens diferenciadas, facilitando a adequação da posologia. Somando-se a isso, temos um custo mais baixo, o que explica a popularização do medicamento (Domitrovic, 2014; Leite & Baldini, 2011), o qual começou a ser comercializado no Brasil em 1998 (Itaborahy, 2009).

O uso de substâncias psicoativas pode ser evidenciado ao longo da história, sendo assim uma prática muito antiga (Cheida, 2013).

As primeiras experiências com psicoestimulantes para tratar crianças foram realizadas pelo pediatra americano Charles Bradley (Domitrovic, 2014; Pastura & Mattos, 2004). Seu trabalho foi publicado em 1937, pelo *American Journal of Psychiatry*, porém o metilfenidato só foi sintetizado em 1944, pelo químico Leandro Panizzon. O nome do medicamento, Ritalina®, foi dado em homenagem à sua esposa Marguerite, cujo apelido era Rita (Domitrovic, 2014; Itaborahy, 2009; Scherer & Guazzelli, 2016). Marguerite utilizava o medicamento frequentemente, tomando um comprimido antes de uma partida de tênis, devido sua baixa pressão arterial, aproveitando-se de sua ação estimulante. Esse fato originou a afirmação da década de 50: “A Ritalina® age com mais doçura e por mais tempo que a cafeína e as anfetaminas, e não leva ao costume” (Itaborahy, 2009, p. 62).

O Metilfenidato é produzido e comercializado mundialmente pelo laboratório Novartis Biociências. Esse princípio ativo é descrito pelo fabricante como um “fraco estimulante do SNC”, de acordo com a bula do medicamento disponível no site da ANVISA, a qual aconselha que

pacientes agitados, tensos ou ansiosos não devem ser tratados com Ritalina® (...) Os dados de segurança e eficácia a longo prazo sobre o uso de Ritalina® não são completamente conhecidos. (...) Atenção – Pode causar dependência física ou psíquica.

Como derivado das anfetaminas, o Metilfenidato apresenta elevado potencial de abuso, o que o incluiu na Lista das Substâncias Psicotrópicas, Lista A3, da Portaria 344, de 12 de maio de 1998, ficando a dispensação e o comércio dessa substância sujeita a retenção de notificação de receita “A” devidamente preenchida pelo médico (ANVISA, 2012; BRASIL, 1998; Leite & Baldini, 2011; Torcato, 2016). Essa mesma notificação também é necessária para dispensação de drogas opiáceas (Carlini et al., 2003).

Ainda na bula vem a descrição segundo a qual a RITALINA pode causar diminuição de apetite e isso pode resultar em perda de peso ou atraso de crescimento (peso e altura), especialmente em crianças. Podem ocorrer outras reações como dor de cabeça, sonolência, tontura, dificuldade na realização dos movimentos voluntários, alterações nos batimentos cardíacos, febre e reações alérgicas.

Ressalta-se que a escolha do Metilfenidato para o tratamento da PHDA não é baseada em sua ação no organismo, mas na observação clínica da redução dos sintomas de desatenção, hiperatividade e/ou impulsividade. Domitrovic (2014, p. 21) reflete sobre essa prática, quando explica:

(...) muitos dos medicamentos psicoativos que são utilizados há décadas para se tratar determinados transtornos não possuem ainda seus mecanismos de ação plenamente elucidados, entre eles, o metilfenidato.

Essa observação da redução dos sintomas com o uso do medicamento consolidou o binômio medicamento-perturbação, tornando-se o metilfenidato conhecido como “droga da obediência” (Domitrovic, 2014, p. 63; Shirakawa et al., 2012, p. 50).

A medicação é, sem dúvida, a opção mais rápida para controle do comportamento e para lidar com os problemas de aprendizagem, porém esse caminho reduz o indivíduo ao campo biológico e exclui os aspectos psicológicos, bem como ignora as deficiências escolares para o desenvolvimento intelectual dos alunos. Afinal, as drogas não ensinam nada, elas apenas auxiliam na concentração e no controle de comportamentos inaceitáveis. Preocupa-se também, com o aumento exponencial do consumo do medicamento, que “está atingindo um patamar de irresponsabilidade” (Bonadio & Mori, 2013, p. 225).

Esse não é um fato isolado na história da indústria farmacêutica, ocorrendo com relativa frequência com vários psicotrópicos. Conforme explica Domitrovic (2014, p. 21):

Ao contrário do que muitas vezes se coloca no senso comum, em geral não é o estudo dos transtornos mentais que leva ao lançamento dos psicofármacos, mas é a partir da observação da ação deles no organismo que se busca compreender (e definir) as doenças para os quais eles são indicados.

À luz de Foucault (1979, p. 13), podemos dizer do discurso científico atual sobre a PHDA e o Metilfenidato que, durante a história, verdades foram negligenciadas, impedindo que vejamos que, neste processo, muitas informações foram construídas “a partir de figuras que lhe eram estranhas”.

A afirmação do binômio PHDA-Ritalina® repetidamente confirmada nos forma uma opinião quase inquestionável que a Ritalina® *serve* para tratar PHDA ou que ela é

o melhor tratamento para a perturbação (Domitrovic, 2014; Marcon et al., 2016; Ortega et al., 2010).

Outro fator que legitima a prescrição de medicamentos é o prognóstico de que os indivíduos sem tratamento estariam predispostos a prejuízos na vida familiar, social e escolar. “A criança hiperativa passa a se tornar uma ameaça para sociedade” (Costa, 2006, p. 59). Além disso, os portadores da perturbação estariam mais sujeitos a acidentes, insucesso na vida adulta e outras doenças mentais. Diante dessas profecias, a medicação é apresentada como alternativa rápida e viável para salvar o paciente de futuro nada promissor (Charach et al., 2011; Mesquita, 2009).

O consumo mundial do Metilfenidato vem aumentando muito ao longo dos anos e o Brasil acompanha essa tendência, sendo que a ampliação do diagnóstico da PHDA é tida como uma das maiores causas para esse aumento de consumo, ao lado da constante presença deste assunto na mídia e pela discussão acadêmico-científica sobre o tema (ANVISA, 2012; Domitrovic, 2014; Lima, 2005; Scherer & Guazzelli, 2016; Shirakawa et al., 2012).

Uma grande preocupação do uso indiscriminado do Metilfenidato é a ocorrência de grande quantidade de efeitos colaterais, que acabam causando outras complicações na saúde da criança, “principalmente a perda de peso que pode estar associada à supressão do crescimento” (Leite & Baldini, 2011, p. 153).

Os principais efeitos colaterais citados pela literatura são: ação broncodilatadora, redução do apetite, insônia, dor abdominal, cefaleia, redução do limiar convulsivo, tiques e piora do comportamento. Sintomas como ansiedade, tristeza, desinteresse e olhar parado podem ser atribuídos à própria perturbação e a ocorrência de psicose associada ao medicamento é rara. Esses efeitos colaterais são muitas vezes negligenciados, pois ocorrem no início do tratamento e tendem a desaparecer com a redução da dose (Gomes & Spadotto, 2010; Leite & Baldini, 2011; Pastura & Mattos, 2004; Peixoto & Rodrigues, 2008).

Conforme destacam Charach et al. (2011, p. 4) após o início da comercialização houve uma suspeita, “sugerindo uma incidência de morte súbita, talvez associada a defeitos cardíacos preexistentes, no entanto, essa taxa não parecia exceder a da taxa básica de morte súbita na população” e a suspeita não foi confirmada.

A ação do Metilfenidato no organismo é curta, de 2-3 horas. As doses clínicas diárias para atingir o efeito desejado variam devido às diferenças na absorção pelo trato gastrointestinal e permeação pela barreira hematoencefálica e devem ser ajustadas de forma individual (Linhares, 2012).

Como reflete o mesmo autor, “a falta de informações sobre os efeitos do MFD [metilfenidato] no neurodesenvolvimento têm gerado preocupações quanto às conseqüências da sua utilização” (2012, p. 107).

Sabe-se que o aumento da dopamina no Sistema Nervoso Central produzido por esse medicamento, gera uma sensação de prazer, a qual anestesia o sujeito e aliena a pessoa das experiências da vida (Ferrazza et al., 2010; Leonardo & Suzuki, 2016; Silva et al., 2012).

Gomes e Spadotto (2010, p. 3) destacam que crianças hiperativas que fazem uso da Ritalina® são mais propensas a se tornarem toxico-dependentes do que as que não fazem uso dessa medicação, uma vez que seu uso pode causar “o mesmo efeito devastador que o longo uso de cocaína”.

Apenas essa observação já seria suficiente para questionarmos esse fenômeno atual da medicalização da vida, exemplificado claramente no caso da PHDA, onde se passou a “definir um problema em termos médicos, utilizando linguagem médica para descrevê-lo ou usando intervenção médica para tratá-lo” (Conrad (1992) *cit. in* Scherer & Guazzelli, 2016, p. 7).

Sobre o efeito do uso dos psicofármacos na infância no desenvolvimento infantil podemos refletir, sob a luz da psicanálise:

(...) o que quase nunca se diz, com todas as letras, é que a utilização continuada destes medicamentos produz alterações das funções anímicas, provisórias ou permanentes, provocando defeitos psíquicos marcantes. Assim, seriam produzidas alterações primárias da atenção e da memória, que provocariam, secundariamente, efeitos desastrosos no registro do pensamento. (Birman (2002) *cit. in* Silva et al., 2012, p. 53).

Como outra opção de tratamento, podemos citar o treinamento do paciente, de sua família e da escola. Por essa ótica, a terapia cognitivo-comportamental seria a ferramenta de escolha, através de controle consciente do comportamento. Nesse cenário,

os pais teriam papel fundamental no tratamento da criança a fim de lidar melhor com seus sintomas e com o mundo ao seu redor, resguardando-a de tratamentos que oferecem cura, uma vez que para esse tipo de perturbação há apenas controle (Araújo, 2002; Charach et al., 2011; Costa, 2006; Mesquita, 2009).

A avaliação neuropsicológica pode auxiliar na condução da estratégia terapêutica, mesmo quando já houver sido confirmado o diagnóstico (Graef & Vaz, 2008).

Pensando-se numa abordagem diferente de tratamento, em que o enfoque fosse uma atuação junto à criança a fim de obter-se sucesso na escolarização, poderia haver uma desconstrução da medicalização. Essa abordagem mais individualizada poderia gerar mais benefícios que a intervenção medicamentosa, muitas vezes aplicada às cegas sem ouvir a palavra da criança (Freitas, 2011; Pereira, 2010).

Diante da gama de efeitos colaterais do Metilfenidato, muitos estudos questionam a segurança da utilização do medicamento, porém alguns autores o consideram clinicamente seguro,

(...) apresentando um perfil bastante satisfatório de efeitos colaterais. Aqueles ocorrendo em curto prazo são de pequena gravidade, autolimitados, dose-dependentes e facilmente contornáveis pelo médico. Embora menos estudados, os efeitos colaterais em longo prazo não são considerados como clinicamente graves, à exceção da dependência, fenômeno apenas muito raramente observado (Pastura & Mattos, 2004, p. 103).

Afirmações como a supracitada levam-nos a questionar a confiabilidade desse tipo de estudo pelo simples motivo que a Indústria farmacêutica financia diretamente pesquisas e publicações.

A finalidade do incentivo da Indústria é a construção de condições que alavanquem o consumo de um fármaco (Cheida, 2013; Domitrovic, 2014; Junior et al., 2015; Leite & Baldini, 2011; Marcon et al., 2016; Peixoto & Rodrigues, 2008; Silva et al., 2012).

Como explica Cheida (2013, p. 111):

as doenças mentais são categorias que podem ser consideradas oportunidades vitais para a criação do lucro privado e do crescimento econômico nas sociedades liberais e, neste sentido, o

investimento em pesquisas científicas é de fundamental importância para as indústrias farmacêuticas.

Para tanto, o estudo de Carlini et al. (2003) foi realizado com a proposta de retirar o Metilfenidato da exigência de dispensação mediante apresentação de notificação de receita A, de cor amarela, e substituí-la pela notificação de receita B, de cor azul.

Segundo esse estudo, essa notificação de receita preocupa os pacientes e familiares por terem uma doença que precisa ser tratada com medicamento “tão controlado” e que pode ser “perigoso”. O estudo também refere que os pacientes e familiares sentem-se envergonhados e constrangidos por estarem comprando “remédio de viciado”, pois na caixa do medicamento vem a advertência de que pode causar dependência. Argumentou-se também que o medicamento está pouco disponível aos pacientes devido ao “excesso de burocracia” (Carlini et al., 2003, p. 16).

O estudo supracitado afirma ainda que a opinião dos médicos é de que a exigência da “notificação de receita A para o metilfenidato dificulta o trabalho médico” (2003, p. 17).

Faz-se uma pausa para chamar a atenção que dois dos autores deste estudo fazem parte do quadro de funcionários da Novartis Biociências, fabricante da Ritalina®, fato esse no mínimo curioso e que sugere a existência de um conflito de interesses.

Como reflete Itaborahy (2009, p. 32):

A produção de pesquisas que “demonstrem cientificamente” a eficácia do produto para as doenças as quais ele é destinado se tornou campo privilegiado de debates e negociações políticas e econômicas.

Além disso, a Indústria farmacêutica também se utiliza de estratégias de marketing: “1) diretamente aos usuários e/ou suas organizações; 2) à comunidade educativa; 3) aos médicos; e 4) centrada na criação de líderes de opinião” (Leite & Baldini, 2011, p. 154).

Inclusive o laboratório que produz a Ritalina® premiou professores num concurso em 2010, intitulado ATENÇÃO PROFESSOR (Geraldini, 2014, p. 29), conforme ilustrado na Figura 1, a seguir.

**Figura 1.** Página ilustrativa do concurso que premiou professores em 2010.

The image shows a screenshot of a news article from the website 'Gazeta do Povo'. The page header includes the site name, navigation icons, the word 'EDUCAÇÃO', an 'ASSINE' button, and an 'ENTRAR' button. Below the header, there is a sub-header 'HIPERATIVIDADE'. The main title of the article is 'Concurso de projetos de inclusão premiará professores'. Below the title, there are social media sharing icons (Facebook, Twitter, LinkedIn) and a small graphic with the text 'Saiba quem dos seus amigos leu'. The article text states: 'Estão abertas as inscrições para o concurso "Atenção Professor", uma parceria entre o laboratório Novartis e a Associação Brasileira de Déficit de Atenção (ABDA). O objetivo é fomentar a inclusão de crianças com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). As três escolas vencedoras receberão R\$ 7 mil a serem usados em benefício da escola. O professor líder do projeto será contemplado com a participação em um congresso nacional sobre educação, de acordo com seu interesse. As inscrições podem ser feitas até 30 de julho no site [www.atencaoprofessor.com.br](http://www.atencaoprofessor.com.br).' To the right of the text is a video player with the title 'As razões que levaram a Gazeta do Povo a virar um jornal um digital por Gazeta do Povo - Paraná'. On the left side, there are social media icons for Facebook, LinkedIn, and Twitter, along with a 'COMENTE!' button.

Fonte: Site do Jornal Gazeta do Povo

Sob o pretexto de fomentar a inclusão de crianças com PHDA, o concurso era uma parceria do laboratório com a Associação Brasileira de Déficit de Atenção (ABDA), e iria premiar três escolas com o valor de sete mil reais a serem investidos na própria escola, conforme pode ser verificado na Figura 1.

Numa cartilha da ABDA, os professores são convocados a encontrar os casos, apoiando-se no argumento de que “em cada sala de aula deva-se existir pelo menos uma criança com esse problema” (ABDA, online, p. 12).

Outra cartilha, no mesmo site, traz várias informações sobre a perturbação e até mesmo cita o metilfenidato como “seguro e eficaz” (ABDA, p. 26). Porém, na última página encontra-se a referência aos colaboradores: “Esta cartilha foi desenvolvida com o apoio da Novartis Biociências e cedida para uso da ABDA.” (ABDA, online, p. 33). Mais uma ilustração do conflito de interesses em que a indústria farmacêutica está inserida.

Ora, se a PHDA atinge cerca de 3 a 5% de crianças em todo o mundo, podemos inferir que o aumento extrapolado do consumo do Metilfenidato pode ser gerado pelo excesso de diagnósticos. Mesmo diante da incerteza sobre as causas da perturbação, a

medicação é geralmente utilizada como primeira intervenção. Nota-se, então, uma melhora dos sintomas, porém vale lembrar que estamos falando de psicoestimulantes e não se deve concluir um diagnóstico apenas com base na melhora do paciente devido ao uso da medicação (Mesquita, 2009; Peixoto & Rodrigues, 2008).

Analisaremos a seguir as condições para formulação do diagnóstico da PHDA.

## **II. Diagnóstico da PHDA**

### **2.1. Implicações do diagnóstico de PHDA**

O diagnóstico deveria ser uma prática exclusiva da medicina, porém “tem sido motivada a ser realizada por profissionais de outras áreas da saúde (fonoaudiólogos, psicólogos, etc.) e de outras instituições, como da educação (professores, diretores de escola, etc.)” (Silva et al., 2012, p. 50).

Podemos questionar como Franco et al. (2014, p. 3) que “o problema não está centrado apenas na medicação que está em uso, mas também no diagnóstico que é realizado”.

Esse fenômeno nos faz refletir sobre a abordagem que está sendo utilizada com relação às dificuldades escolares e na maneira como estas são trabalhadas e enfrentadas. Há uma tendência a preferir medicar ao invés de ensinar, sem ponderar sobre a saúde destes alunos nem sobre as “consequências que os medicamentos podem trazer para os indivíduos e para o próprio processo de ensino-aprendizagem” (Franco et al., 2014, p. 3).

Diante da possibilidade da existência da PHDA a atenção quanto ao diagnóstico deve ser redobrada, pois o mesmo se popularizou, sendo encontrados na internet inúmeros questionários que podem ser impressos e assim, acaba sendo trazido pronto pelas famílias, por profissionais não habilitados ou por leigos, despreparados para diferenciar os sintomas sutis entre as perturbações. Os questionários fornecem uma visão quantitativa da perturbação e apesar de úteis podem não espelhar completamente a realidade da situação. Os sintomas da perturbação podem ser observados em várias crianças, mesmo as que não apresentam PHDA. Diferenciar a perturbação da

normalidade é um desafio para os médicos e não fazê-lo com critério pode gerar uma onda de diagnósticos equivocados (Graeff & Vaz, 2008; Silvestre, 2015).

No site da ABDA é disponibilizado um questionário com instruções de preenchimento e orientações sobre como realizar o diagnóstico. Esse questionário é conhecido como SNAP-IV, construído a partir dos sintomas do DSM, da APA, e foi apresentado no quadro abaixo.

**Quadro 3.** Questionário SNAP-IV – Versão para impressão

Para cada item, escolha a coluna que <b>melhor</b> descreve o (a) aluno (a) (MARQUE UM X)				
Características	Nem um pouco	Só um pouco	Bastante	Demais
1. Não consegue prestar muita atenção a detalhes ou comete erros por descuido nos trabalhos da escola ou tarefas				
2. Tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades de lazer				
3. Parece não estar ouvindo quando se fala diretamente com ele				
4. Não segue instruções até o fim e não termina deveres de escola, tarefas ou obrigações				
5. Tem dificuldade para organizar tarefas e atividades				
6. Evita, não gosta ou se envolve contra a vontade em tarefas que exigem esforço mental prolongado				
7. Perde coisas necessárias para atividades (p. ex: brinquedos, deveres da escola, lápis ou livros)				
8. Distrai-se com estímulos externos				
9. É esquecido em atividades do dia-a-dia				
10. Mexe com as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira				
11. Sai do lugar na sala de aula ou em outras situações em que se espera que fique sentado				
12. Corre de um lado para outro ou sobe demais nas coisas em situações em que isto é inapropriado				
13. Tem dificuldade em brincar ou envolver-se em atividades de lazer de forma calma				
14. Não pára ou frequentemente está a "mil por hora"				
15. Fala em excesso				
16. Responde as perguntas de forma precipitada antes delas terem sido terminadas				
17. Tem dificuldade de esperar sua vez				
18. Interrompe os outros ou se interrompe (p. ex: mete-se nas conversas/jogos)				

Fonte: Adaptação do questionário apresentado no site da ABDA (online).

As notas explicativas desse questionário orientam o usuário: “Você também pode imprimir e levar para o professor preencher na escola” (ABDA, online, 2017). São ainda realizados aconselhamentos para que o diagnóstico seja realizado por um médico:

O diagnóstico correto e preciso do TDAH<sup>1</sup> só pode ser feito através de uma longa anamnese (entrevista) com um profissional médico especializado (psiquiatra, neurologista, neuropediatra). (...). Lembre-se sempre que qualquer diagnóstico só pode ser fornecido por um profissional médico. (ABDA, online, 2017).

Porém, abaixo do questionário são fornecidas instruções de “como avaliar” esse questionário (ABDA, online, 2017). Ressalta-se, uma vez mais que esse tipo de ferramenta está disponível para consulta e impressão por qualquer pessoa.

Além disso, o Brasil possui uma cultura farmacológica que valoriza a automedicação, onde ocorre “disseminação de remédios com poderes estimulantes e narcotizantes” (Torcato, 2016, p. 89).

Somando-se a grande exposição por parte da mídia, chegamos à sinalização da criança ou o que Antonio (2011. *cit. in* Carvalho & Monte-Serrat, 2015, p. 11) chama de “pré-diagnóstico”:

O movimento de pré-diagnóstico por parte dos pais, atrelado ao fácil acesso a listas de sintomas e à busca por algo que explique as dificuldades dos filhos junto a profissionais muitas vezes mal preparados, gera uma banalização dessas patologias.

Comportamentos indesejáveis e ritmos de aprendizagem mais lentos, características normais que diferencia os indivíduos, acabam sendo considerados sintomas de doença. Assim, a precisão no diagnóstico seria de suma importância na qualidade de vida não apenas da criança, mas também de sua família, escola e meio social em que está inserida (Alves, 2015; Amaral, 2009; Carvalho & Monte-Serrat, 2015; Gerald, 2014; Rohde & Halpern, 2004).

Frente a tantas incertezas referentes ao diagnóstico da PHDA é comum deparar-se com as perguntas: essa perturbação de fato existe? Como é possível acreditar num diagnóstico que acomete tantas crianças, com sintomatologia tão variável e etiologia ainda desconhecida? (Mesquita, 2009). Apesar da dúvida da existência da PHDA, “seu valor social certamente lhe atribui uma realidade” (Itaborahy, 2009, p. 53).

---

<sup>1</sup> Entenda-se TDAH como outra nomenclatura para a PHDA, sigla de uso mais comum no Brasil

O médico deve investigar se os sintomas não podem ser desencadeados por um fator psicossocial, por uma falta de estrutura familiar ou por um sistema de ensino com limitações (Graeff & Vaz, 2008).

Por trás dessas crianças que se portam mal pode haver situações de disputa, violência doméstica, mudanças, divórcios. E, em lugar de indagar sobre o problema, de interpretá-lo, de analisá-lo, este é dissimulado por comprimidos (Vasen, *cit. in* Eidt & Tuleski, 2010, pp. 122-123).

Segundo aponta Amaral (2009, p. 33), o DSM enfatiza alguns pontos que devem ser cuidadosamente observados no momento da avaliação da criança:

a duração dos sintomas de desatenção, hiperatividade/impulsividade; frequência e intensidade desses sintomas; persistência dos mesmos em vários locais e ao longo do tempo; prejuízo clinicamente significativo na vida da criança e entendimento do significado dos sintomas, isto é, avaliar criteriosamente o conjunto dos sintomas e não apenas listá-los.

O DMS-5 recomenda a presença de pelo menos seis sintomas de desatenção e/ou seis sintomas de hiperatividade/impulsividade com persistência de pelo menos seis meses para o diagnóstico de PHDA, aceitando-se uma redução neste limiar dependendo do nível de prejuízo do indivíduo. Além disso, o DMS-5 sugere um critério para início dos sintomas antes de 12 anos e recomenda que esses sintomas se manifestem em mais de um ambiente (DSM-5, APA, 2014).

Além disso, os sintomas podem variar de acordo com o estágio do desenvolvimento infantil e o conhecimento acerca desse assunto é fundamental para a avaliação da psicopatologia. Por exemplo, impulsividade e hiperatividade são mais frequentes que a desatenção em pré-escolares, portanto o diagnóstico de PHDA deve ser realizado com extrema cautela antes dos seis anos de idade (Rhode et al., 2000; Schmiedeler & Schneider, 2014).

Autores aconselham que para um processo diagnóstico eficaz, devem ser realizadas entrevistas não apenas com os professores, mas com a família e, impreterivelmente, com a criança, pois muitas vezes ela é capaz de expressar com clareza seu sofrimento e sua percepção sobre os sintomas do transtorno (Amaral, 2009; Marcon et al., 2016; Rohde & Halpern, 2004; Scherer & Guazzelli, 2016).

Segundo Amaral (2009), os instrumentos mais utilizados são os testes neuropsicológicos (Teste de Stroop, Teste de Geração Semântica, Teste de Trilhas e

Torres de Londres, técnicas de desenho, narração de histórias), as entrevistas e as escalas. Os primeiros podem revelar traços de personalidade comuns aos pacientes com TDAH, além de diferenciar esse transtorno de outros transtornos de humor ou de ansiedade. As entrevistas são questionários que se derivam do DSM-5 feitos à família e à escola da criança, dentre os mais populares os questionários SNAP IV e de CONNERS. Já as escalas usam uma pontuação assertiva sobre a conduta da criança e também são preenchidas pelos pais e professores (Andrade & Scheuer, 2004; Carvalho & Monte-Serrat, 2015; Leite & Baldini, 2011).

O diagnóstico baseado nos questionários e escalas derivados do DSM-5 colocou os sintomas de forma tão genérica que facilmente qualquer pessoa se enquadraria como um falso-positivo para PHDA. A preocupação, mais uma vez se pauta na medicalização, primeira escolha para o tratamento, atribuindo ao medicamento a única solução para os problemas do paciente. Medicalização esta, que não ajuda a avançar nas resoluções dos problemas da relação ensino-aprendizagem, do fracasso escolar e das relações sociais, mas apenas os encobre (Franco et al., 2014; Ortega et al., 2010; Silva et al., 2012), além do que aprisiona e imobiliza pais e professores, que mesmo sendo “co-responsáveis que são pela aprendizagem do aluno, cedem seu papel ao diagnóstico e ao remédio” (Pereira, 2010, p. 69).

Foucault (1997, p. 51) já discutia “a maneira como o poder do médico estava implicado na verdade do que ele dizia e, inversamente, a maneira como esta podia ser fabricada e comprometida por seu poder”. Assim, o discurso médico apresenta peso e poder de verdade, porém hoje se percebe que esse poder está diluído, pertencendo não exclusivamente ao médico, que ocupa o papel de prescritor de fármacos, mas também a outras instituições como a escola, que se apropriou do poder para diagnosticar crianças. Essa mesma escola que vem impondo um padrão ideal de aluno que presta atenção e tira boas notas, sem precisar muito do professor, e aquele que foge a essas características é rotulado como portador de distúrbios gerando subsídio para a medicalização da infância (Carvalho & Monte-Serrat, 2015; Cheida, 2013; Collares & Moysés, 1994; Franco et al., 2014; Junior et al., 2015; Leonardo & Suzuki, 2016; Scherer & Guazzelli, 2016; Silva et al., 2012).

Há que se atentar na criança como indivíduo detentor de uma personalidade única. Por esse olhar, a PHDA deixa de ser considerada uma patologia, para o ser como

um estilo de vida, um jeito de ser das novas gerações que são expostas precocemente a toda sorte de estímulos tecnológicos, alterações da estrutura familiar, estresse e competitividade (Mesquita, 2009). Além disso, a falta de limites impostos às crianças também pode ser diagnosticado como PHDA. “Assim, as crianças chamadas anteriormente de “indisciplinadas”, “indóceis”, “mal-criadas”, agora são nomeadas de hiperativas” (Mesquita, 2009, p. 47). Essa criança com suspeita de PHDA passa a ser denominada “incorrigível”, adjetivo que pode ser definido como "aquele que resiste a todas as disciplinas" e cujo comportamento é muitas vezes declinado de acordo com uma "psicofisiologia das sensações" (Foucault, 2001, p. 425).

Então, nesse momento, as crianças “indóceis” recebem o veredicto de serem portadores de uma desordem química cerebral e podem receber intervenção medicamentosa (Costa, 2006).

Em 1998 foi publicado um consenso pelo Instituto Nacional de Saúde Americano que esclareceu não haver teste válido para o diagnóstico da PHDA, não sendo possível estabelecer limites objetivos entre ele e outras perturbações. O complexo diagnóstico da PHDA demanda trabalho interdisciplinar de diversos profissionais, dentre os quais, fonoaudiólogos, pedagogos, fisioterapeutas, neurologistas, psiquiatras, neuropediatras, psicólogos e outros que se fizerem necessários com experiência e conhecimento na área para uma investigação longa e criteriosa e melhores intervenções (Alves, 2015; Marcon et al., 2016; Nascimento et al., 2016; Ortega et al., 2010).

Essas características de dificuldade e de complexidade do diagnóstico põem em dúvida também o tratamento, pois não é possível tratar com eficácia quando se desconhece as causas de uma doença (Mesquita, 2009).

No momento do diagnóstico deve-se refletir que:

Avaliar vai além de realizar o diagnóstico, implica conhecermos e entendermos a situação do usuário para realizarmos um diagnóstico situacional. Isto significa colocar entre parênteses a doença e entrar em contato com a “existência sofrimento” (...) (Rotelli (1990) *cit. in* Silva et al., 2012, p. 54).

Deve-se analisar o que foi descrito acima, uma vez que o diagnóstico da PHDA pode “(...) influenciar significativamente o comportamento das crianças diagnosticadas” (Scherer & Guazzelli, 2016, p. 11), podendo modificar seu comportamento a partir de

sua classificação passando a se considerar realmente doente e se ver como incapaz de realizar tarefas cotidianas, além de que o uso de psicofármacos pode ensiná-las que essas substâncias podem suprimir qualquer mal-estar (Collares & Moysés, 1994; Ferrazza et al., 2010; Marcon et al., 2016).

Somado a isso, nos deparamos com outra contradição: se a literatura médica afirma que a desinformação sobre a perturbação gera um subdiagnóstico, como a PHDA é considerada a perturbação infantil mais bem estudada e a maior causa de encaminhamentos médicos atualmente? Na verdade, há o risco de hiperdiagnóstico e aumento do uso de psicofármacos em decorrência disso (Mesquita, 2009).

Como sintetiza Pereira (2010, p. 46):

A legitimação de rótulos e a vulgarização do uso de um fármaco controlado consolidam um mercado movido por profissionais da não aprendizagem (...) e pela indústria farmacêutica, que, inegavelmente, movimenta a economia em torno de uma fábrica de falsos diagnósticos e prescrições de metilfenidato.

A fim de resguardar-se para não cometer erros no processo de diagnóstico da perturbação o médico deve ter conhecimento clínico da psicopatologia, deve valer-se de outros recursos (testes psicológicos e neuropsicológicos) e deve buscar avaliação de outros profissionais (Graeff & Vaz, 2008).

## **2.2. Apoio ao diagnóstico por equipe multidisciplinar**

A tríade sintomatológica da PHDA, caracterizada por desatenção, hiperatividade e impulsividade, faz com que as crianças com suspeita de serem portadores dessa perturbação sejam facilmente reconhecidas em clínicas, nas escolas e em casa. Esses sintomas podem gerar muitos problemas de relacionamento dessas crianças com sua família, na escola ou com seus pares. Sendo assim, é muito útil uma verificação criteriosa de cada sintoma e não somente uma listagem deles (Rhode et al., 2000).

Um processo diagnóstico bem conduzido pode utilizar a avaliação neuropsicológica para confirmar ou excluir a hipótese de PHDA, pois pode “esclarecer sintomas, eliminar falsos positivos e significar sintomas que podem ser considerados variantes da normalidade ou oriundos de outros quadros” (Graef & Vaz, 2008, p. 353).

Para a recolha de informações pode haver discordância entre os informantes (pais, professores e a criança). Percebe-se que as crianças subestimam a presença dos sintomas e os professores os superestimam, não havendo consenso se os pais são bons informantes ou tendem a subestimar a sintomatologia (Charach et al., 2011; Mesquita, 2009; Rhode et al., 2000).

Uma explicação para essa discordância com relação à opinião dos pais pode ser encontrada no estudo de Schmiedeler e Schneider (2014). Os autores observaram uma diferença de tolerância para certos comportamentos entre os pais e os professores, ocasionando avaliação diferente destes em relação a um mesmo comportamento.

Para construção eficaz do diagnóstico sugere-se avaliação da escola, avaliação neurológica e avaliação psicológica. A avaliação neurológica através de exames neurológicos clínicos, bem como exames de neuroimagem (tomografia ou ressonância magnética), permite o diagnóstico diferencial e o descarte de outras patologias que podem mimetizar os sintomas da PHDA (Araújo, 2002; Mesquita, 2009; Rhode et al., 2000).

Missawa e Rossetti (2014, p. 4) enfatizam que “deve existir cautela ao diagnosticar uma criança como sendo possuidora de tal síndrome, visto que os sintomas atribuídos ao TDAH podem ser causados por problemas emocionais e de ajustamento social”.

O estudo de Vasconcelos et al. (2005) descreve um risco quase doze vezes maior de haver o diagnóstico de PHDA em crianças expostas a brigas conjugais de seus pais, o que evidencia a importância do componente psicossocial na perturbação em questão. Nessa esfera, podemos destacar a importância do profissional da área da Psicologia como personagem no diagnóstico da perturbação.

A avaliação neuropsicológica pode beneficiar significativamente o processo diagnóstico, permitindo ao clínico auxílio em três questões: 1) o diagnóstico está indicado para o caso?, 2) se o diagnóstico estiver equivocado, quais justificativas poderiam explicar os sintomas?, 3) se o diagnóstico estiver correto, há presença de comorbidades que justificam a prescrição de terapia medicamentosa? (Graef & Vaz, 2008).

Além da Psicologia, a Fonoaudiologia é uma área que merece destaque por auxiliar no processo diagnóstico uma vez que pode diagnosticar as perturbações da linguagem presentes na PHDA. O estudo de Eidt e Tuleski salienta que “é muito importante observar que a fala, além de facilitar a efetiva manipulação dos objetos pela criança, controla também o comportamento da própria criança” (Vygotsky (2003, p.36) *cit. in* Eidt & Tuleski, 2010, p. 135).

Uma das dificuldades observadas em crianças com PHDA relacionam-se com aspectos fonológicos da linguagem e aprendizado das habilidades metalinguísticas. Como explica Nascimento et al., “os déficits na relação entre memória de trabalho e desempenho em atividades comprometem o desenvolvimento da consciência fonológica e podem trazer dificuldades no aprendizado da leitura” (2016, p. 834).

Estudos citados por esses autores (2016) evidenciam os distúrbios de leitura como as alterações fonoaudiológicas mais abordadas nos quadros de PHDA, dentre eles, leitura lenta e falha na compreensão do texto. Portanto, há necessidade da participação do fonoaudiólogo para fornecer dados que podem auxiliar a avaliação de crianças com suspeita de PHDA.

O estudo da PHDA mostra-se multidisciplinar, com lugar para neurologia, psiquiatria, psicologia, psicopedagogia, fonoaudiologia e outros, incluídos no contexto escolar. (Mesquita, 2009; Simão, 2008).

Ressalta-se que apesar dos fonoaudiólogos e psicólogos poderem levantar ou mesmo suportar a hipótese diagnóstica da PHDA, “o CID somente poderá ser estabelecido por um médico” (Seno, 2010, p. 340). Além desses profissionais, os professores devem estar envolvidos desde a sinalização até o tratamento da PHDA, uma vez que são geralmente os primeiros a sugerirem a existência da perturbação (Peixoto & Rodrigues, 2008).

### **III. PHDA e a Escola**

#### **3.1. Introdução**

A PHDA pode se manifestar antes dos 12 anos de idade, durante a educação infantil e o ensino fundamental, e apesar da família perceber maior agitação de seu filho

comparado a outras crianças, é no contexto escolar que a agitação e impulsividade se tornam um problema, afinal, estes sintomas “são, em geral, tudo aquilo que se quer eliminar do cotidiano escolar” (Pereira, 2009, p. 151).

Apesar disso, a avaliação deve ser criteriosa e o diagnóstico extremamente cuidadoso, pois nessa faixa etária destaca-se a agitação psicomotora e impulsividade, geradas pela curiosidade, tão saudável no desenvolvimento infantil (Amaral, 2009; DSM-5, APA, 2014).

O diagnóstico é fundamentalmente clínico, sendo que os critérios mais utilizados pelos médicos e pesquisadores são os estabelecidos pelo DSM-5 (APA, 2014). Mesmo assim, estão disponíveis na internet cartilhas e testes, endereçados aos educadores para facilitar a identificação dos sintomas e características da PHDA (Alves, 2015; Amaral, 2009; Carvalho & Monte-Serrat, 2015; Geraldi, 2014; Rohde & Halpern, 2004).

Mesmo frente a tanta demanda, o bom profissional de saúde deve observar cuidadosamente e ter um raciocínio clínico crítico sobre os dados que a clínica fornece (Costa, 2006).

A educação assume cada vez mais uma visão empresarial, gerando competitividade e valorizando os bons resultados com o objetivo de preparar indivíduos que possam se inserir com sucesso no mercado de trabalho. As escolas estão se adaptando a esse novo conceito com substituição da antiga e rígida disciplina escolar por regras mais brandas, onde a pedagogia abraça o mundo da criança (sua família, seus hábitos, suas necessidades. Mesmo assim, as expectativas sociais sobre a criança não diminuiram, mas valoriza-se cada vez mais sua capacidade em fazer “as escolhas certas”, a qual é condicionada sua inclusão ou exclusão (Pereira, 2009, p. 146).

Atualmente, observa-se na escola um aumento da indisciplina, do desinteresse, do não reconhecimento da autoridade do professor e da agressividade ou violência, o que evidencia uma crise da instituição (Mesquita, 2009).

Somado a isso, observa-se que a Escola recebe, cada vez mais, atribuições e responsabilidades, que não são o objetivo primordial dessa instituição, cabendo a ela também o papel de realizar a sinalização do aluno, supostamente portador de alguma perturbação de comportamento (Geraldi, 2014; Mesquita, 2009).

A escola está sendo orientada por médicos e serviços de saúde mental, bem como através dos questionários e informações disponíveis na internet, a identificar, sinalizar e encaminhar os alunos anormais (Costa, 2006). Entretanto, o papel do professor não é realizar o diagnóstico, mas sim alertar a família e encaminhar a criança a um profissional de saúde. Para isso, o professor precisa conhecer a perturbação (Silvestre, 2015).

Há que se atentar se, de fato, os alunos apresentam déficit de aprendizagem ou se a escola não consegue mais se mostrar interessante a todos os alunos. Deve-se questionar a capacitação dos professores e as políticas educacionais. No lugar de buscar uma reforma de estrutura e métodos educativos, pode ser mais fácil rotular e até mesmo medicar um aluno que não se conforme ao sistema escolar atual (Cheida, 2013; Mesquita, 2009).

Não se deve subestimar o papel do professor no desenvolvimento e manutenção da atenção do aluno. Petrovsk (1980, *cit. in* Bonadio & Mori, 2013, p. 150) afirma que “o estado de atenção dos alunos determina-se pelas particularidades da docência, depende tanto do conteúdo do material da lição como de sua exposição”.

Percebe-se, cada vez mais frequente a avaliação de falsos positivos de crianças como hiperativas pelos professores, mais do que pela família. Essa sinalização gera uma banalização da perturbação, visto que é mais fácil produzir uma doença para o aluno e encaminhá-lo ao médico, é preferível medicar a ensinar sem pesar os possíveis danos ao indivíduo e ao processo ensino-aprendizagem, visto que a utilização da medicação resolve o problema sem violência. Quando faz o encaminhamento do aluno o professor deixa de ter um problema particular, ele identifica esse problema na criança e transfere ao médico a responsabilidade de resolvê-lo (Alves, 2015; Amaral, 2009; Carvalho & Monte-Serrat, 2015; Franco et al., 2014; Freitas, 2011; Mesquita, 2009; Scherer & Guazzelli, 2016; Simão, 2008).

O grande número de diagnósticos de PHDA é colocado *em xeque* pela revelação do fato do sistema educacional não aceitar as diferenças entre os alunos, sendo mais fácil a rotulagem da criança como hiperativa do que a admissão de que os recursos educacionais estão sendo inadequados para prender a atenção de todos os alunos. Esse discurso aparece então, criando falsos hiperativos sem qualquer disfunção bioquímica.

Ou seja, se o bom desempenho escolar e o bom comportamento são padrões esperados, as más notas e o mau comportamento são vistos como doença, legitimizando o diagnóstico da perturbação (Mesquita, 2009; Pereira, 2009).

Neste momento, o educador se vê diante da escolha de apropriar-se do discurso médico e repeti-lo ou construir uma nova resposta educacional e pedagógica (Mesquita, 2009).

### **3.2. A sinalização do aluno com suspeita de PHDA**

A escola moderna sofreu grandes transformações. Observamos um ambiente com função regulatória, controladora, onde a organização em filas com lugares individuais permitiu um maior controle através do olhar atento do professor sobre cada aluno, enquanto todos trabalham simultaneamente, gerando uma maior economia de tempo de aprendizagem (Freitas, 2011; Mesquita, 2009).

Essa nova organização “fez funcionar o espaço escolar como uma máquina de ensinar, mas também de vigiar, de hierarquizar, de recompensar” (Foucault, 1987, p. 173).

Analisando-se as dificuldades dos portadores da PHDA nota-se que elas se opõem diretamente à organização disciplinar desta escola moderna, pois essas crianças apresentam inquietude, resistência a seguir ordens, dificuldade de atenção e atraso no processo de aprendizagem, se comparadas às crianças ditas normais (Mesquita, 2009).

Por esta razão, a sinalização da PHDA é principalmente realizada no contexto escolar. Trata-se da descrição de comportamentos problemáticos na escola, tidos como obstáculos ao desenvolvimento educacional (Mesquita, 2009; Pereira, 2009).

Dessa forma, o diagnóstico de PHDA “une os pontos de vista neurológico e escolar em uma única descrição” (Pereira, 2009, p. 17).

Ora, a hiperatividade, a desatenção e a impulsividade são características comuns a todas as crianças, porém seu excesso torna-se patológico. Ocorre, assim, uma redefinição da fronteira entre o que é normal e o que é patológico, redefinição essa estabelecida pelo nível de tolerância social para determinados comportamentos. O

fracasso escolar gerado pela PHDA justifica a terapia medicamentosa e os professores são cada vez mais atores principais na sinalização e encaminhamento da criança com suspeita de perturbação ao profissional de saúde. Assim, as crianças deixam de ser reconhecidas por seus nomes e passam a ser identificadas apenas pela sigla PHDA (Freitas, 2011; Mesquita, 2009; Pereira, 2009; Silvestre, 2015).

O sistema moderno de educação é influenciado pelo fenômeno da patologização dos problemas escolares e conseqüente *medicalização*. No caso da PHDA, mesmo a escola estando comprometida com o assunto, “percebe-se, muitas vezes, certa submissão e aceitação em relação ao discurso médico, sem os devidos questionamentos por parte do educador” (Mesquita, 2009, p. 16).

Assim, quando a criança é reconhecida como potencial portador de PHDA, quase sempre é o professor quem sinaliza e encaminha ao médico (Pereira, 2009).

É sabido que “a mídia tem sido o maior veículo das controvérsias diagnósticas” referentes à escola e a PHDA (Mesquita, 2009, p. 17).

As informações disponíveis na internet, em revistas e jornais, bem como documentários ou séries de televisão (não necessariamente ligados à ciência) produzem mitos e crenças que podem contribuir para sinalização, diagnóstico e tratamento inadequados ou mesmo equivocados. Em vários sites encontram-se gratuitamente informações sobre o tema, bem como sobre cursos, eventos, reportagens e depoimentos de portadores e familiares. Chama atenção o fato das empresas parceiras, as quais patrocinam esses eventos serem as próprias indústrias fabricantes dos medicamentos prescritos para o tratamento da PHDA (Costa, 2006; Itaborahy, 2009; Mesquita, 2009; Pereira, 2009).

Verifica-se que os diagnósticos são vinculados aos medicamentos e a divulgação destes aparece juntamente à divulgação das doenças enfatizando a necessidade de terapia medicamentosa (Itaborahy, 2009).

Pode-se verificar o que foi explicitado anteriormente pelos exemplos das figuras 2 e 3 a seguir:

**Figura 2.** Divulgação do II Congresso e IV Simpósio Brasileiro de Psiquiatria da Infância e Adolescência.

**INSCRIÇÕES**  
simposio.comportamento@gmail.com  
Tels: (21) 2524.8872 / 2533.0118 / 98879.5699 / (13 às 18h)

**TABELA PREÇOS | R\$**

	SET	OUT	NOV
Estudante de Graduação*			
Professores da Rede Pública*	100,00	120,00	200,00
Estudante de Pós-Graduação ou Especialização*	120,00	150,00	250,00
Sócio quite ABP, APERJ, ABDA e SBNp*	120,00	150,00	220,00
Profissional	180,00	220,00	300,00
Familiares**	50,00	80,00	150,00
Curso de Psicofarmacologia Avançado (vagas limitadas)***	100,00	150,00	200,00

\* Necessária comprovação.  
\*\* Os familiares não poderão participar das atividades destinadas a profissionais.  
\*\*\* Somente poderão fazer este curso Médicos que estejam inscritos no Congresso.

**CANCELAMENTO:** O cancelamento de inscrição deve ser formalizado via e-mail para [simposio.comportamento@gmail.com](mailto:simposio.comportamento@gmail.com). Até 30 dias antes do evento será retido 30% do valor da inscrição e ser cancelado, após esse prazo não haverá devolução. A devolução será realizada via depósito bancário, 30 dias após o encerramento do evento.

**ORGANIZAÇÃO**  
APERJ | Serviço de Psiquiatria da Santa Casa

**APOIO**  
ABP | SBP | SBNp | ABDA

**PATROCÍNIO**  
Aché | Novartis  
Shire | Janssen-Cilag

**Santa Casa de Misericórdia | RJ**  
Serviço de Psiquiatria Prof. Jorge Alberto Costa e Silva  
Setor de Psiquiatria da Infância e Adolescência  
Rua Santa Luzia, 206 - Centro - Rio de Janeiro

**II Congresso e IX Simpósio Brasileiro de Psiquiatria da Infância e Adolescência**  
Santa Casa de Misericórdia | RJ  
Setor de Psiquiatria da Infância e Adolescência

**“Modernidade, Ciência e Mitos em Psiquiatria da Infância e Adolescência”**

**05 e 06 de dezembro de 2014**  
**CBC - Colégio Brasileiro de Cirurgiões**  
R. Visconde de Silva, 52 | Botafogo - Rio de Janeiro

**PARTICIPE!**  
Veja nosso Programa Preliminar  
**Sexta-feira 05**

**Auditório 1 | Profissionais de Saúde e Educação**

**8:30h - Abertura**  
Antônio Geraldo (Presidente da ABP), Eduardo Vaz (Presidente da SBP), Paulo César Geraldes (Presidente da APERJ), Fátima Vasconcelos (Vice-Presidente da APERJ) e Fabio Barbirato.

**9 às 10h - Conferência**  
\* O que Podemos Esperar de uma Parceria Inédita e tão Importante no nosso País entre Psiquiatria e Pediatria?  
Coord: Paulo César Geraldes (APERJ).  
Palestrantes: Antônio Geraldo (ABP) e Eduardo Vaz (SBP).

**10 às 10:40h**  
\* Marcadores do Desenvolvimento: Como Identificar Possíveis Atrasos? - Francisco Assumpção (USP).

**10:40 às 11:20h**  
\* A Pediatra do Desenvolvimento e sua Importância na Psiquiatria da Infância - Ricardo Halpern (SBP).

**11:20 às 12h**  
\* As Importantes Relações entre Neuropediatria e a Psiquiatria da Infância e Adolescência -  
Alexandra Anajo (UFRJ) e Lúcia Fontelle (UFRJ).

**12 às 13h | Almoço**

**13 às 14:30h - Mesa Redonda**  
\* Ansiedade na Infância, será que damos a Importância Necessária?  
Coord: Lúcia Marambaeyn (Santa Casa - RJ).

**Palestras:**  
\* Diagnóstico de Ansiedade na Infância pelo DSM 5 - Fernando Akhtar (USP).  
\* Novidades em TCC na Ansiedade Infantil - Renato Camêlo (InTCC).  
\* Modelo de TCC para Ansiedade em Ambulatório Público - Renata Vianna (Santa Casa - RJ).  
\* Principais Diagnósticos Diferenciais na Ansiedade na Infância e Adolescência - Clarissa Mansiro (Santa Casa - RJ).

(continua)

Fonte: ABDA, online.

**Figura 3.** Documentário disponível no site Youtube e veiculado pelo canal a cabo Discovery Home and Health

Documentário sobre TDAH do canal Home & Health do Discovery

home & health  
#Discovery  
facebook.com/discoverybrasil

especialistas médicos

Déficit de Atenção

Fonte: Youtube

Como sintetiza Mesquita (2009, p. 63): “Busca-se transformar pais e professores em especialistas sobre o assunto, fazendo ecoar, no campo da educação, as teorias e práticas médico-científicas”.

Sobre o discurso médico, O Dr. Russel Barkley, considerado a maior autoridade mundial em TDAH, afirma “[...] a necessidade de ensinar os pais a serem científicos [...]” (Barkley, 2002, *cit. in* Mesquita, 2009, p. 21).

O discurso acima é confirmado por Lima (2005, p. 119), quando diz que:

O único remédio disponível contra a ignorância que leva pais e outros leigos a enxergar defeitos na criação, falhas de caráter ou conflitos inconscientes quando deveriam ver o TDA/H seria a disseminação radical das descobertas da psiquiatria sobre o transtorno.

Crenças como as supracitadas são reforçadas por informações disponíveis na internet a todo tipo de público, como a Carta de Princípios da ABDA que legitima a PHDA como um “transtorno médico verdadeiro e sério” (ABDA, online).

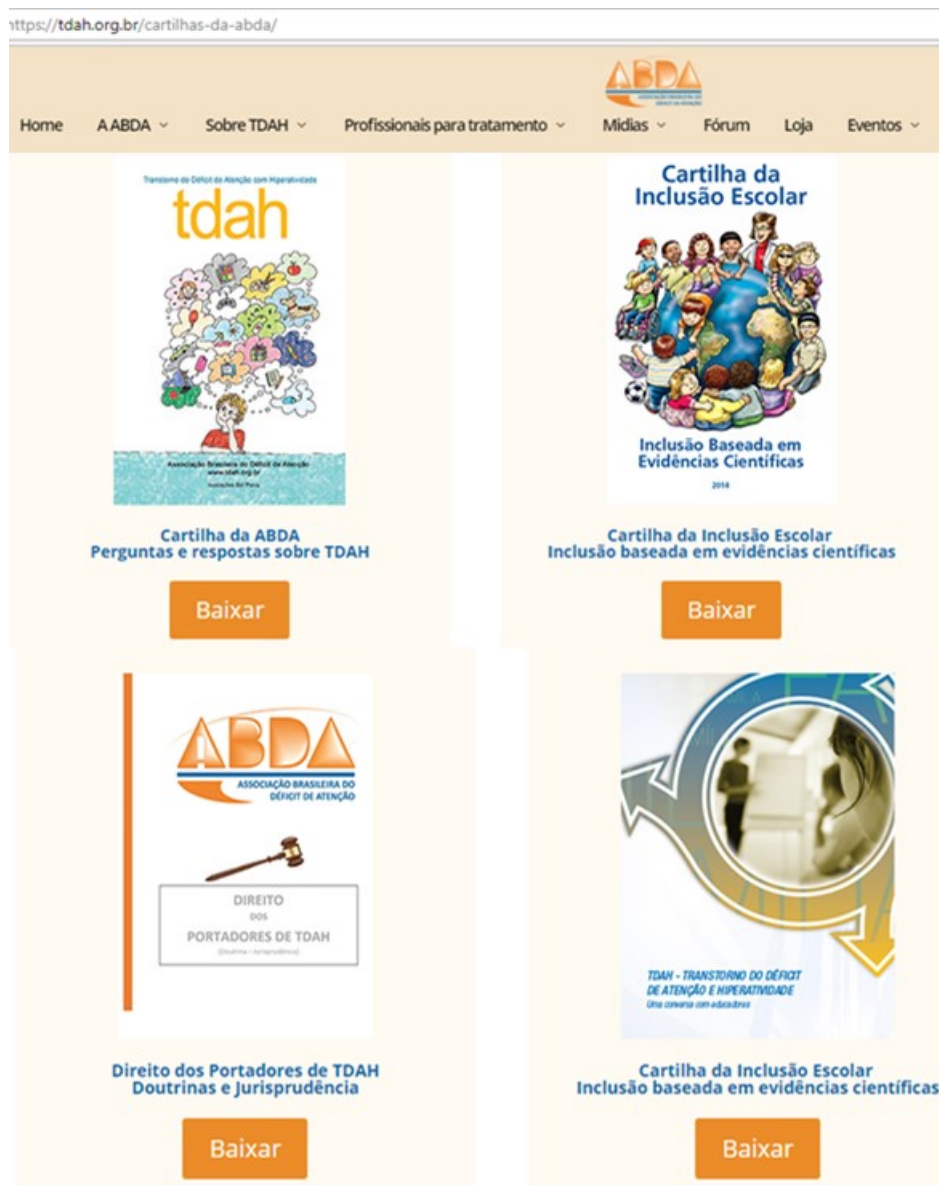
Ainda no site da ABDA encontra-se a cartilha intitulada “TDAH - Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade: Uma conversa com educadores”, na qual se afirma na página 6:

existem muitas dúvidas e mitos sobre o TDAH. O desconhecimento ainda persiste entre médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, pedagogos, familiares e os próprios portadores do TDAH. Entre os educadores, esse desconhecimento aumenta as sensações de impotência e frustração, pois o TDAH afeta não apenas o comportamento, mas também o processo de aprendizado de seus portadores. (ABDA, online).

Chama atenção o apelo emocional aos professores e a ameaça velada sobre o prognóstico da PHDA enfatizando os danos que esta perturbação pode causar à vida da criança.

Além da cartilha supracitada a ABDA oferece ainda outras: uma com as perguntas mais frequentes e as respectivas respostas a respeito da perturbação, duas que abordam a inclusão dos alunos com PHDA em sala de aula normal, e uma outra cartilha inteiramente dedicada aos direitos dos portadores da PHDA. Essas informações podem ser verificadas na figura 4, abaixo:

**Figura 4.** Página ilustrativa das cartilhas disponíveis no site da ABDA



Fonte: ABDA, online

Verifica-se uma fragilidade no conceito da PHDA que aparece na constante afirmação da perturbação como uma “doença” (Lima, 2005, p. 81).

Somado a isso, os questionários, disponíveis para impressão na internet, podem ser preenchidos e pontuados por pais e/ou professores, sendo atribuição destes últimos o encaminhamento ao médico. Ressalta-se que este preenchimento e posterior encaminhamento não devem assumir critério diagnóstico, e sim apenas auxiliar no momento da avaliação da criança pelo médico. A literatura aponta a utilização dos questionários como auxiliar psicopedagógico e ponto de partida na avaliação dos

sintomas, porém ressaltam que a conclusão do diagnóstico é atribuição do profissional de saúde, portanto, cabe somente ao médico, após extensiva observação clínica dos sintomas da criança como indivíduo e sua interação nos contextos escolar e familiar (Amaral, 2009; Leonardo & Suzuki, 2016; Marcon et al., 2016).

Então, no encontro do saber médico com a educação, o primeiro prescreve a “droga da obediência” para potencializar o comportamento desejável e o processo de ensino-aprendizagem (Mesquita, 2009, p. 62).

Verifica-se, na atualidade, o desenvolvimento de uma epidemia de diagnósticos de PHDA, pois uma epidemia, nada mais é que uma doença que se dissemina rapidamente, fazendo muitas “vítimas” (Freitas, 2011, p. 26). Nota-se na cultura atual essa tendência de resignificar as experiências humanas tomando como referência os padrões biológicos, explicando mais uma vez a epidemia de diagnósticos da perturbação (Mesquita, 2009).

Em lugar de repetir o discurso médico, o educador pode escolher envolver-se com a construção educacional; já que as dificuldades de aprendizagem podem ser problemas escolares, as soluções devem envolver reformas educacionais e não terapia medicamentosa que apenas reforça a medicalização do ensino (Mesquita, 2009). Afinal, a relação professor-aluno e o papel do professor como mediador não podem ser menosprezados nem substituídos por um tratamento medicamentoso (Bonadio & Mori, 2013).

O professor tem papel fundamental na sinalização da PHDA, mas precisa estar atento para diferenciar um aluno indisciplinado de outro que apresenta uma perturbação de comportamento. Como aconselha Geraldini, “não se trata de dizer que não existem doenças; trata-se de não criar epidemias falsas para garantir os lucros dos laboratórios!” (2014, p. 29)

**PARTE II**  
**ESTUDO EMPÍRICO**

## **I. Metodologia**

### **1.1. Introdução**

A presente pesquisa é pautada no tema: a sinalização de crianças com suspeita de PHDA e o consequente aumento da prescrição do medicamento Ritalina® (Metilfenidato), em decorrência do aumento do número de diagnósticos positivos para a perturbação.

Para discutir a referida temática, o objeto de pesquisa é a sinalização de crianças com suspeita de PHDA realizada pelos profissionais da Educação e o diagnóstico da perturbação realizado pelos profissionais da Saúde.

Para que a pesquisa seja considerada relevante cientificamente deve estar baseada em metodologia adequada e condizente com os objetivos propostos.

Assim sendo, a pesquisa qualifica-se de campo, através da realização de entrevistas aos participantes, haja vista, serão realizadas “pela interrogação direta das pessoas cujo comportamento se deseja conhecer” (Gil, 2008, p. 74). A pesquisa apresenta-se descritiva, uma vez que objetiva levantar as atitudes relacionadas à sinalização dos alunos com suspeita de PHDA realizada nas escolas. E ainda a pesquisa apresenta também caráter exploratório, pois se utiliza de entrevistas com pessoas que possuem experiências práticas com o problema em destaque.

Optou-se por fazer o estudo em contexto escolar, bem como em contexto clínico, o que permite obter diversidade de participantes e perspectivas face ao fenômeno em estudo, considerando o papel ativo destas duas esferas ao lidar com alunos com perturbação de neurodesenvolvimento com a PHDA.

A pesquisa foi realizada no Município de Colatina, situada ao norte do Estado do Espírito Santo, Brasil. Com uma população estimada em 124.525 habitantes, em 2017, segundo o senso do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) com data de referência de 1º de julho de 2017, Colatina conta rede de ensino estruturada e oferece à população um corpo médico qualificado e diversificado.

O estudo teve como referência duas escolas da rede particular de ensino especializadas no segmento educação infantil, que atende a faixa etária de 0 a 5 anos, do Município de Colatina – Espírito Santo – Brasil., sendo quatro docentes de cada uma

delas. A escolha pela rede particular de ensino deve-se ao fato de apenas duas das escolas elencadas para a realização das entrevistas terem aceitado participar no estudo.

Ainda como lócus da pesquisa foram elencados oito consultórios clínicos (6 médicos, 1 fonoaudiológico e um psicológico) da rede particular da Saúde da cidade de Colatina – Espírito Santo – Brasil. Os Profissionais da Saúde entrevistados foram os que se dispuserem a participar voluntariamente na pesquisa.



Mapa 1- Brasil



Mapa 2- Espírito Santo (Colatina)

Segundo Gerhardt e Silveira, a metodologia qualitativa “(...) preocupa-se, portanto, com aspectos da realidade que não podem ser quantificados, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais” (Gerhardt & Silveira, 2009, p. 32).

Assim, optou-se pela metodologia qualitativa, uma vez que esse estudo contempla a qualificação dos fatos observados no transcorrer da pesquisa, estando a mesma comprometida com a academia e observando aspectos imprescindíveis à investigação, quais sejam: a geração de conhecimento, o embasamento deste conhecimento em dados e a interpretação dos mesmos.

## 1.2. Objetivos

Com a presente pesquisa pretendeu-se compreender a estrutura escolar necessária para administrar as questões relacionadas à Perturbação de Hiperatividade/ Déficit de Atenção - PHDA, a fim de realizar a sinalização e o acompanhamento do aluno com suspeita de PHDA e posterior encaminhamento ao médico, uma vez que é

frequentemente, a primeira instância a identificar os sinais das perturbações de comportamento em alunos.

A fim de alcançar o objetivo geral, o presente estudo direcionou-se especificamente a:

- Apresentar as ações da docência relacionadas à PHDA em escolas da rede particular do ensino do Município de Colatina, E.S., Brasil.
- Inventariar os instrumentos de avaliação mais utilizados pela escola para auxiliar na sinalização e acompanhamento do aluno com suspeita de PHDA e posterior encaminhamento ao médico.
- Relacionar as ações provenientes da escola e as recomendações médicas no que se refere ao processo de acompanhamento do aluno com diagnóstico de PHDA.

### **1.3. Participantes**

Esse estudo busca a avaliação da sinalização de alunos com suspeita de PHDA pelos profissionais da Educação, bem como do diagnóstico da PHDA por parte dos Profissionais da Saúde.

Para compreensão e análise do fenômeno em estudo foram considerados os atores diretamente envolvidos com a prática da sinalização e diagnóstico de PHDA. Os participantes foram quatro professores de duas instituições especializadas em educação infantil da rede particular de ensino, conforme autorização prévia, através do formulário de solicitação (Anexo A). Ainda foram elencados como participantes oito profissionais da saúde da rede particular de saúde, sendo seis médicos, um psicólogo e um fonoaudiólogo, os quais são profissionais autônomos e não fazem parte de nenhuma instituição de saúde.

Assim, os participantes do estudo totalizaram o número de dezesseis sujeitos, sendo oito da comunidade docente e oito da área da saúde. A escolha pelas duas áreas se deve ao fato de que o processo do diagnóstico da PHDA pelo profissional de saúde frequentemente tem seu ponto de partida em uma sinalização realizada pela Escola.

Os participantes tiveram sua identidade preservada e foram identificados de acordo com suas características sociodemográficas e também conforme as diferenças em suas experiências, as quais nos mostram a diversidade de perspectivas face à problemática em questão, considerando sua atuação efetiva na sinalização e no diagnóstico da perturbação. Essas informações foram recolhidas através de um breve questionário (Anexo E).

A fim de facilitar a visualização do grupo de participantes (professores, médicos, psicólogo e fonoaudiólogo) como um todo e dar uma idéia geral de suas características sociodemográficas, bem como de sua experiência profissional, foi realizada uma síntese dessas informações na Tabela 1.

**Tabela 1.** Caracterização sociodemográfica dos participantes:

Participantes	Sexo	Idade (anos)	Habilitação acadêmica	Profissão	Duração da experiência com PHDA (anos)
M1	M	45	Graduação/ Residência	Médico Neurologista	16
M2	M	64	Graduação/ Pós- graduação	Médico Neurologista	30
M3	F	52	Graduação/ Pós- graduação	Médica Neurologista	07
M4	M	39	Graduação/ Residência	Médico Psiquiatra	10
M5	F	35	Graduação/ Residência/ Mestrado	Médica Neuropediatra	07
M6	F	53	Graduação/ Residência	Médica Psiquiatra	18
FONO	F	37	Graduação/ Pós- graduação	Fonoaudióloga	15
PSI	F	33	Graduação/ Pós- graduação	Psicóloga	08
P1	F	49	Graduação/ Pós- graduação	Professora	25
P2	F	24	Graduação	Professora	01
P3	F	28	Graduação/ Pós- graduação	Professora	04
P4	F	33	Graduação/ Pós- graduação	Professora	06
P5	F	41	Graduação/ Pós- graduação	Professora	15
P6	F	47	Graduação/ Pós- graduação	Professora	23
P7	F	48	Graduação/ Pós- graduação	Professora	07
P8	F	30	Graduação	Professora	08

Analisando-se os dados da Tabela 1 é importante destacar que dentre dezesseis participantes apenas três são do sexo masculino, sendo que esses três são do grupo dos profissionais de saúde; todos os professores são do sexo feminino.

A idade dos participantes varia entre 24 e 64 anos.

Apenas dois participantes possuem Graduação, sendo estes do grupo dos professores: a maioria possui Graduação e Pós-graduação, ou Graduação e Residência, e apenas um possui Mestrado, sendo este do grupo dos profissionais de saúde.

Todos os entrevistados desempenham funções na sua área de habilitação. No grupo dos profissionais de saúde, observa-se que o tempo mínimo de experiência com PHDA é de 07 anos e no grupo dos professores esse tempo mínimo de experiência com PHDA cai para 01 ano.

Ressalta-se que o contexto de trabalho de todos os participantes da área da saúde é em consultório clínico e que o contexto de trabalho de todos os participantes da área da educação é em sala de aula.

#### **1.4. Instrumentos**

Foi utilizada como instrumento de recolha de dados a entrevista semi-estruturada com questões abertas, para os professores e para os profissionais da saúde, respeitando-se as particularidades de cada área. Foram ainda recolhidos dados sociodemográficos através de um questionário breve apresentado no Anexo E para caracterização dos participantes, conforme Tabela 1 acima.

Laville e Dionne salientam a vantagem de se contemplar questões abertas e aplicadas verbalmente, podendo estabelecer-se uma previsão da ordem, além da possibilidade de solicitar ao entrevistado esclarecimentos sobre algumas questões que carecem esclarecimentos (1999, p. 192).

Somado a isso, Quivy e Campenhoudt (2005, p. 38) salientam a importância de que a entrevista aconteça num ambiente silencioso e confortável, adequado para que o entrevistado sinta-se a vontade para responder as questões da pesquisa. Portanto, optou-

se por realizar as entrevistas nos próprios consultórios dos profissionais de saúde e nas salas de planejamento das escolas, a fim de dar liberdade aos participantes.

Portanto, acredita-se na utilidade da entrevista semi-estruturada para alcançar os objetivos propostos, através da flexibilidade de esclarecimento permitida durante o fornecimento das respostas, de forma que se torne possível obter maior detalhamento e objetividade a fim de elucidar as questões problematizadas na pesquisa.

Para que a entrevista não fugisse aos objetivos propostos foram elaborados guíões de entrevista pela investigadora (Anexos C e D), como meio de nortear o diálogo com o entrevistado. Os guíões foram elaborados a fim de responder as questões referentes ao procedimento de sinalização do aluno com suspeita de PHDA pela escola e se esta sinalização pode influenciar o diagnóstico médico da perturbação.

Os guíões foram elaborados com questões claras e com linguagem apropriada, que pudesse conferir sensação de conforto ao entrevistado. Pois como aconselha Bourdieu (2001, p. 695) o objetivo da pesquisa é:

é tentar esclarecer o sentido que o pesquisado se faz da situação, da pesquisa em geral, da relação particular na qual ela se estabelece, dos fins que ela busca e explicar as razões que o levam a aceitar de participar da troca.

O guíão elaborado para os professores visou investigar se o profissional se sente preparado para avaliar e realizar a sinalização da criança e perceber a dinâmica de relacionamento entre a escola e os profissionais da saúde durante o processo de avaliação da criança para confirmar ou não o diagnóstico de PHDA.

O guíão elaborado para os profissionais de saúde visou investigar a opinião dos médicos, fonoaudiólogo e psicólogo sobre a sinalização realizada pela escola e descobrir como funciona a interação entre esses profissionais no processo de diagnóstico e tratamento da perturbação.

Houve cuidado na elaboração das questões para que não transparecesse a opinião da pesquisadora, para não criar constrangimento ao entrevistado, uma vez que o pesquisador não pode entrar em campo “considerando que tudo que vai encontrar serve para confirmar o que ele já considera saber, ao invés de compreender o campo como possibilidade de novas revelações” (Minayo, 2002, p. 56).

### **1.5. Procedimento**

Esta pesquisa iniciou-se com um projeto de investigação, devidamente qualificado, submetido e aprovado pela Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa (Anexo F).

Foi realizado contato pela pesquisadora com os gestores de duas escolas particulares especializadas em educação infantil, para solicitação de autorização voluntária para que os professores da instituição participassem do estudo, conforme anexo A. Os professores indicados pelos gestores das escolas foram contactados pela pesquisadora a fim de serem convidados a participar voluntariamente do estudo e foram informados acerca dos objetivos do mesmo, de forma escrita e oral, bem como sobre a confidencialidade dos dados. Foi garantido aos participantes o princípio de anonimato, de modo que estes não se sentissem lesados na sua integridade pessoal, tendo sido explicado que os seus nomes não seriam divulgados para que tivessem sua identidade preservada sendo identificados por códigos e que todos os registros das entrevistas, em papel e/ou digital (sonoro), são confidenciais e utilizados única e exclusivamente para o estudo em causa, e que os mesmos seriam destruídos imediatamente após o término do estudo. Após as eventuais dúvidas terem sido esclarecidas, os professores que acederam a participar no estudo assinaram a Declaração de Consentimento Informado para a área não clínica: maiores de idade (Anexo B).

Para a escolha dos sujeitos do grupo dos profissionais de saúde, optou-se por entrevistar profissionais das áreas da neurologia, psiquiatria, psicologia e fonoaudiologia, uma vez que se entende a necessidade de haver uma equipe multidisciplinar para efetuar-se um diagnóstico eficaz. Esses são profissionais autônomos e não fazem parte de nenhuma instituição de saúde. Sendo assim, foram contactados pessoal e diretamente pela investigadora a fim de serem convidados a participar voluntariamente do estudo e foram informados acerca dos objetivos do mesmo, de forma escrita e oral, bem como sobre a confidencialidade dos dados. Foram fornecidas as mesmas informações a respeito do sigilo dos dados e após as eventuais dúvidas terem sido esclarecidas, os profissionais da saúde que aceitaram participar no estudo assinaram a Declaração de Consentimento Informado para a área não clínica: maiores de idade (Anexo B).

A técnica escolhida para o tratamento dos dados das entrevistas, referente à metodologia qualitativa, foi a análise de conteúdo, a qual se designa conforme Laurence Bardin (1977, p. 42):

(...) um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (...) destas mensagens.

Optou-se por esta técnica, pois se espera “compreender o pensamento do sujeito através do conteúdo expresso no texto, numa concepção transparente da linguagem” (Caregnato & Mutti, 2005, p. 684).

Após a aprovação do estudo pelo Comitê de Ética da UFP, os participantes foram contactados pessoalmente pela pesquisadora e procedeu-se a realização das entrevistas.

Os professores foram entrevistados dentro das salas de aula das escolas, durante seu horário de planejamento, a fim de que não houvesse prejuízo de seus horários de trabalho. Os profissionais de saúde foram entrevistados em seus consultórios clínicos, mediante horário previamente marcado, a fim de que não houvesse prejuízo dos horários dos pacientes.

A escolha por esses ambientes deveu-se a praticidade para contacto aos participantes e também para que pudessem se sentir confortáveis, num ambiente familiar e que favorecesse o andamento das entrevistas.

Foi realizada a gravação dos áudios das entrevistas utilizando-se os recursos de um *smartphone*. Os áudios foram transcritos em grelhas de respostas para facilitar a análise dos dados obtidos (Anexos G e H).

Para organizar os dados de forma que fosse possível a leitura e a resposta às questões de investigação, foram estabelecidas categorias e subcategorias suficientes que incluíam todas as respostas das entrevistas. A seguir, procedeu-se a tabulação dos dados.

A análise dos dados foi realizada a partir do preenchimento de grelhas, a fim de identificar, descrever e interpretar o conteúdo das entrevistas de modo que houvesse uma maior compreensão do tema em estudo.

Foi realizada uma análise de conteúdo categorial, de forma que foram elaboradas duas grelhas: uma para as entrevistas realizadas com os professores (Anexo G) e outra para as entrevistas realizadas com os profissionais da saúde (Anexo H).

Segundo Bardin, a análise categorial considera um texto, classificando-o conforme a frequência de itens com o mesmo sentido. Esse método apresenta-se como uma “espécie de gavetas ou rubricas significativas que permitem a classificação dos elementos de significação constitutivas da mensagem” (1977, p. 37).

Segundo a autora, a categorização permite a separação de elementos de um conjunto por diferenciação e o reagrupamento deles por analogia, conforme critérios previamente definidos, os quais, de acordo com sua “frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objectivo analítico escolhido (1977, p. 105).

A autora considera que “as categorias são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (...) sob um título genérico, agrupamento esse efectuado em razão dos caracteres comuns destes elementos” (1977, p. 117).

Dessa forma, as grelhas de análise foram elaboradas conforme categorias e subcategorias temáticas, uma vez que o tema “corresponde a uma regra de recorte (do sentido e não da forma)”. Essa ferramenta se mostra muito útil para análise de entrevistas semi-estruturadas, pois “o tema é geralmente utilizado como unidade de registro para estudar motivações de opiniões, de atitudes, de valores, de crenças, de tendências, etc.” (Bardin, 1977, pp. 105-106).

## **II – Apresentação e discussão dos resultados**

### **2.1 – Introdução**

Esse capítulo foi reservado para apresentação e discussão dos resultados das entrevistas aos participantes e, ao final, foi realizada uma síntese dos mesmos. A fim de

efetuar-se a análise de conteúdo do discurso, os dados foram divididos em categorias e subcategorias, conforme Tabela 2, a seguir.

**Tabela 2.** Categorias e subcategorias da análise de conteúdo

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
<b>1. A Sinalização do aluno com suspeita de PHDA realizada pela Escola</b>	1.1. Preparação da equipe
	1.2. Profissionais envolvidos
	1.3. Características observadas nas crianças
	1.4. Procedimentos para sinalização
	1.5. Instrumentos utilizados
	1.6. Envolvimento da família
	1.7. Parceria com profissionais da saúde
	1.8. Justificativas para o aumento do diagnóstico de PHDA
<b>2. O Diagnóstico de PHDA efetuado pelos Profissionais da Saúde</b>	2.1. Justificativas para o aumento do diagnóstico de PHDA
	2.2. Documentos da sinalização da escola
	2.3. Envolvimento da família
	2.4. Características observadas nas crianças
	2.5. Sinalização pela escola
	2.6. Frequência de diagnósticos positivos para PHDA
	2.7. Tratamento da PHDA
	2.8. Benefícios da medicação/ efeitos colaterais

Os participantes foram codificados por siglas, de acordo com os grupos. O grupo dos professores recebeu as siglas P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7 e P8. O grupo dos profissionais da saúde recebeu as siglas M1, M2, M3, M4, M5 e M6, para os médicos; o fonoaudiólogo foi identificado por FONO e o psicólogo, por PSI.

Os resultados apresentam-se de acordo com as duas grelhas de entrevistas: Grelha 1, professores (Anexo G) e Grelha 2, profissionais da saúde (Anexo H), respectivamente.

Procurou-se seguir a ordem das perguntas, segundo os guiões de entrevistas (Anexos C e D), contudo, o conteúdo das mesmas foi considerado e interpretado como um todo, de forma que aspectos não expressos verbalmente, mas subentendidos através da linguagem corporal dos participantes, também foram considerados.

## **2.2. A Sinalização do aluno com suspeita de PHDA realizada pela Escola**

Durante a realização das entrevistas destacou-se a maneira como os professores, de ambas as escolas, percebem a *preparação dos profissionais (equipe)* para realizar a

sinalização de crianças com suspeita de PHDA. Apesar de todas as professoras afirmarem que os *profissionais envolvidos* na sinalização são da área da direção, supervisão ou coordenação da escola, e que a escola possui pedagogos e psicopedagogos, das oito professoras entrevistadas, apenas duas afirmaram que a escola está preparada para esta atividade. As outras seis afirmaram que a equipe não está preparada e duas delas citaram a necessidade de receberem mais informação: “... eu acho que a gente precisa desse suporte a mais...” (P3), “... eu vejo que ainda nós temos uma certa escassez...” (P4). Uma delas inclusive citou que num evento em que participou “a palestra acabou se voltando mais pra questão da dosagem (do medicamento) do que em si pelo conteúdo...” (P4). Essa afirmação ressalta o que diversos autores realçam a respeito dos eventos patrocinados pela indústria com intuito de promover os medicamentos (Cheida, 2013; Domitrovic, 2014; Junior et al., 2015; Leite & Baldini, 2011; Marcon et al., 2016; Peixoto & Rodrigues, 2008; Silva et al., 2012).

Com relação aos *instrumentos utilizados*, os professores de ambas as escolas afirmam inexistência ou não utilização de qualquer tipo de escala ou questionário específico para nortear a caracterização dos alunos com suspeita de PHDA. Os documentos elaborados no momento da sinalização são relatórios, sem nenhum modelo específico, e questionários são preenchidos apenas quando o médico envia este instrumento, prática considerada adequada por alguns autores (Graeff & Vaz, 2008). Entretanto, foi unânime a afirmação de que os *procedimentos para sinalização* aos profissionais de saúde são o preenchimento de relatório e a entrevista com o aluno e com a família.

Quando questionados se há *parceria com profissionais de saúde*, as professoras relataram que elas e a equipe pedagógica trabalham juntamente com os médicos na sinalização e também durante o tratamento das crianças. Nessa parceria, foi relatado por duas professoras (P1 e P4) que a família possui liberdade de escolha do profissional de saúde e que profissionais são indicados, apenas quando por solicitação da família. Os critérios para indicação dos profissionais são o conhecimento de seu trabalho junto a outros alunos da instituição com o mesmo problema, ou por serem pais de alunos. Essa parceria mostra-se efetiva, pois três professoras relataram a visita de profissionais da saúde nas escolas (P3, P5 e P7). É muito importante esse estreito relacionamento entre os profissionais das áreas da saúde e da educação, uma vez que o comportamento da

criança na escola diz muito sobre como ela lida com suas dificuldades e essa observação auxilia no processo de diagnóstico (Graeff & Vaz, 2008).

No que se refere às *características observadas nas crianças* que apresentam a suspeita de possuírem a perturbação e à forma como as professoras percebem a PHDA, há uma preocupação com o comportamento dessas crianças, principalmente a agressividade, os movimentos repetitivos (P4) e a desobediência aos comandos (P8), sendo essas características relacionadas ao comportamento hiperativo. Observa-se, contudo, que as professoras, em sua maioria destacaram características relacionadas ao déficit de atenção: “Falta de atenção, falta de concentração, “vivem no mundinho deles”, falta de interesse” (P1), “... muito dispersos...” (P3), “... você chama e a criança não atende...” (P5), “... uma criança que não acompanha...” (P6), “... no nosso trabalho, através das nossas atividades, no conteúdo, a gente vê as dificuldades de aprendizado, a falta de atenção...” (P7). As características citadas nas respostas correspondem às da literatura revista (Amaral, 2009; Franco et al., 2014; Leite & Baldini, 2011; Rohde & Halpern, 2004; Scherer & Guazzelli, 2016), verificando-se assim que os profissionais estão familiarizados com os conceitos gerais da PHDA.

Entretanto, como questionado na Literatura (Mesquita, 2009; Missawa & Rossetti, 2014; Rhode et al., 2000), vale refletir se o aluno de fato apresenta um déficit de atenção e dificuldade de aprendizagem ou se as ferramentas de ensino atuais estão sendo ineficazes para prender a atenção de crianças que recebem inúmeros estímulos mais interessantes ao longo do dia, nos tabletes, televisão e jogos de *videogame*.

No que se refere ao *envolvimento da família*, a maioria das professoras relatou que, muitas vezes, a própria família procura a escola com a suspeita de que a criança apresente alguma perturbação e solicita a opinião do professor, contudo duas professoras (P1 e P7) afirmaram que esta prática é muito rara. Esses resultados mostram um grande envolvimento da família na sinalização da criança com suspeita de PHDA contrariando, por exemplo, o estudo de Eidt e Tuleski (2010). Esses autores afirmam que os professores são os primeiros a perceber as alterações do comportamento nas crianças. Verifica-se nesse momento a interseção das esferas familiar e escolar: a família fica sem saber lidar com tamanha agitação e os professores não conseguem competir com a tecnologia para conseguir manter a atenção do aluno na escola.

Quando questionada a opinião das professoras sobre as possíveis *justificativas para o aumento de diagnósticos de PHDA*, foram dadas variadas alternativas, as quais foram sintetizadas na Tabela 3.

**Tabelas 3.** Justificativas para o aumento de diagnósticos de PHDA, segundo a opinião das professoras

PARTICIPANTES	JUSTIFICATIVAS					
	<i>Maior conhecimento</i>	<i>Genética</i>	<i>Estrutura Familiar</i>	<i>Hábitos Alimentares</i>	<i>Excesso de Diagnósticos Médicos</i>	<i>Não sei</i>
P1	X				X	
P2			X		X	
P3						X
P4			X	X		
P5		X	X	X		
P6	X	X		X		
P7		X	X			
P8		X				

Analisando-se as respostas a essa questão, percebe-se que, a opinião das professoras se divide, principalmente, entre a genética e a estrutura familiar atual. Esses resultados reforçam a controvérsia da literatura, entre a possível explicação baseada na origem genética da perturbação e a explicação baseada na desestruturação da família moderna (Alves, 2015; Amaral, 2009; Lima, 2005; Rohde & Halpern, 2004).

Uma das professoras, P2, afirma: “... a gente vê muita família dando hoje tudo que a criança quer... às vezes, um pai e uma mãe... tem um filho mais velhos.. mimam um pouquinho a mais...”, P4 reflete: “... essas diferenças de família, homossexualidade...” e P7 pondera: “Pode ser o convívio da família... a idade dos pais hoje, né?... vivendo a vida primeiro, o trabalho, pra depois ter as crianças mais tarde...”

Outra razão bastante citada pelas professoras foram os hábitos alimentares. P4 cita a “química”, P5 reflete: “... a gente pensa, às vezes, até na alimentação que está sendo ingerida...” e P6 exemplifica citando: “... é tanto agrotóxico, é tanta coisa que o ser humano ta ingerindo...”.

Essas reflexões corroboram os achados da literatura; como exemplo, o estudo de Sá et al. (2016) demonstra que aditivos alimentares podem levar a perturbações do comportamento, principalmente a PHDA, e que sua retirada da dieta pode contribuir para a melhora dos sintomas, sendo essa prática considerada como tratamento profilático e terapêutico para o comportamento hiperativo. Além disso, esse estudo sugere que a suplementação com ômega-3 e ômega-6 livre, ácidos graxos e a eliminação de corantes artificiais como tratamento não farmacológico da PHDA.

Continuando a análise, duas professoras, com mais de vinte anos de experiência na área, citaram o maior conhecimento atual como possível justificativa. P1 destaca: “... antigamente você não ouvia falar disso, mas eu acredito que antigamente também tinha, só que você não sabia o que que era...”, e P6 esclarece: “... quando eu comecei (...), a gente não via isso, era muito raro. Nós também, não tinha essa carga toda, essa base que nós temos. Talvez até tinha (a perturbação), mas a gente também não percebia... a gente vai aprendendo muita coisa, a gente tem muito curso, a gente tem muita informação...”

Uma única professora (P3) afirmou não ter opinião sobre o aumento de diagnósticos da PHDA e justificou-se dizendo: “... o mundo tá muito complicado... não sei...”

Apenas duas professoras questionam o diagnóstico médico e o uso da medicação. P1 explicita seu desagrado: “... às vezes o menino nem tem TDAH, e aí é diagnosticado com tal coisa, com tal transtorno, aí entra a tal da Ritalina, né?... as crianças... ficam um pouco mais concentradas, mas também acho que ficam um pouco mais apáticas... tem que ter um olhar muito criterioso em relação a isso... tem que ser muito bem diagnosticado, pra que não dê um remédio, que, de repente, não é aquilo...” e P2 mostra sua dúvida quando afirma: “... tudo hoje eu acho que a medicina tá jogando pra um campo em que tem que nomear as crianças com CID’s...”.

Percebe-se que os profissionais da educação não estão alheios aos conceitos da PHDA, ainda que repitam, muitas vezes, o discurso médico, o qual tem peso e poder de verdade, configurando o fenômeno da patologização, onde a escola é um local privilegiado para tal e gerando subsídio para a medicalização da infância (Carvalho & Monte-Serrat, 2015; Cheida, 2013; Collares & Moysés, 1994; Franco et al., 2014; Junior et al., 2015; Leonardo & Suzuki, 2016; Mesquita, 2009; Scherer & Guazzelli, 2016; Silva et al., 2012).

Um das professoras, P1, reforça a necessidade de que o processo diagnóstico apresente-se mais criterioso. Isso é importante principalmente devido à facilidade de acesso às informações sobre a PHDA, a fim de que alguns indivíduos não recebam um rótulo equivocado como portadores da perturbação (falsos positivos) e nem, contudo, que outros, de fato portadores (falsos negativos), passem despercebidos e fiquem sem tratamento.

### **2.3 – O Diagnóstico de PHDA efetuado pelos Profissionais da Saúde**

Esta parte do estudo enuncia a opinião dos profissionais de saúde a respeito da sinalização de crianças com suspeita de PHDA realizada pela escola, bem como a sua visão sobre o fenômeno do aumento do número de diagnósticos positivos para a perturbação.

Além disso, as respostas dos entrevistados esclarecem como é realizado o processo de diagnóstico e suas abordagens para o tratamento da PHDA na cidade de Colatina, Espírito Santo, Brasil.

Pode-se considerar que os profissionais entrevistados eram experientes no diagnóstico e tratamento dessa perturbação, uma vez que 62,5% dos entrevistados declararam ter experiência igual ou superior a 10 anos.

Quando questionados os profissionais de saúde sobre as possíveis *justificativas para o aumento de diagnósticos de PHDA*, foram dadas variadas alternativas, as quais foram sintetizadas na Tabela 4.

**Tabelas 4.** Justificativas para o aumento de diagnósticos de PHDA, segundo a opinião dos profissionais de saúde

PARTICIPANTES	JUSTIFICATIVAS				
	<i>Maior conhecimento</i>	<i>Estrutura Familiar</i>	<i>Hábitos Alimentares</i>	<i>Excesso de Diagnósticos Médicos</i>	<i>Tecnologia</i>
M1	X	X			
M2		X			X
M3		X	X	X	
M4	X				
M5	X				
M6	X	X			
FONO				X	
PSI				X	

Analisando o discurso dos participantes, percebe-se que, a opinião dos profissionais de saúde se divide, principalmente, entre o maior conhecimento sobre a perturbação e a estrutura da família moderna.

Os participantes M1, M4, M5 e M6 apresentam como justificativa o maior conhecimento sobre a PHDA e o maior acesso à informação, legitimando o discurso de que a perturbação estava sendo subdiagnosticada (Gomes et al., 2007; Pereira, 2009).

Quanto ao maior acesso à informação M1 salienta: “no passado essas crianças talvez (...) não seriam diagnosticadas igual são hoje. (...) Então talvez começou a aparecer, entre aspas, essas crianças agora por ter um especialista e os pais hoje procurar solução pra criança. Os pais já chegam aqui com o diagnóstico quase que pronto: ‘Doutor, eu acho que meu filho tem déficit de atenção; Doutor, eu acho que meu filho é hiperativo; Doutor, meu filho não pára quieto nem em casa, meu filho não pára quieto na escola e a professora ta reclamando, e eu pesquisei já na internet’, eles chegam já falando isso, e que ele (a criança) tem que tomar metilfenidato, que é a Ritalina”.

Observa-se nessa afirmação o que foi descrito pelos autores Graeff e Vaz (2008) e Silvestre (2015) sobre o acesso à informação pelo público leigo, permitindo que os pais se apossassem do conhecimento médico e cheguem ao consultório com o diagnóstico e a prescrição pré-determinados por eles mesmos.

Com relação à estrutura familiar, ou a falta dela, M1 relata que “uma certa maioria das crianças vem de pais e mães separados”, sendo esta afirmação retratada no estudo de Guilherme et al. (2007), que cita as perturbações do comportamento em crianças como um dos prejuízos que uma relação conjugal instável pode gerar. Somado a isso, M3 reflete sobre “conflitos familiares, pais que não dão os limites pros seus filhos” e termina afirmando que “a educação e os valores familiares tão muito deturpados”.

Reforçando essas opiniões, M6 adverte: “... eu percebo que elas (as famílias) tem tido menos estrutura pra educar uma criança, então elas já querem que o outro resolva, às vezes por um comportamento agitado mesmo, ansioso, mas que tá sendo produzido ali pelo meio, por uma situação que a criança tá vivendo, seja na família ou seja na escola, e aí já querem dar logo um rótulo numa ilusão de que esse rótulo e um remédio que venha com esse rótulo vá resolver”. O estudo de Guilherme et al. (2007) espelha essas afirmações e expõe que problemas familiares podem interagir com a predisposição neurobiológica da criança, aumentando os sintomas da PHDA.

A preocupação de alguns dos profissionais com o comportamento infantil também se expressa sobre a forma como a família está educando a criança. M2 resume sua opinião sobre o “tal diagnóstico” da PHDA, afirmando que: “na maioria são crianças sem educação”. Guilherme (2007) afirma a influência familiar na socialização da criança, a qual é relevante para o desenvolvimento cognitivo, porém, segundo a literatura revista, é controverso afirmar que a perturbação seja causada por falta de disciplina ou controle dos pais (Seno, 2010). Apesar de que, em alguns casos, um diagnóstico apressado desculpa o comportamento impróprio de crianças mal-educadas por serem consideradas doentes (Silvestre, 2015).

Eidt e Tuleski (2010) cita como conseqüência da alteração na estrutura da família moderna, que a escola recebe dos pais a responsabilidade de educar seus filhos, o que deixa a instituição sobrecarregada e sem saber lidar com comportamentos, muitas

vezes, indesejados. Sobre isso, PSI adverte: “... Eu vejo que existe uma dificuldade muito grande, de um modo geral vem das escolas, de lidar com comportamentos que são, entre muitas aspas, indesejados ou que são inadequados (...) acaba-se já, na própria escola já criando um falso diagnóstico (...) e isso é passado pra família, e a família vai atrás e acabam indo em vários profissionais que vão dando um diagnóstico, que confirmam um diagnóstico, às vezes sem mesmo fazer uma avaliação a fundo e receitando medicações que não auxiliam em nada, né, só mascaram uma situação que pode ser resolvida com outras intervenções. Então, na minha opinião é uma tendência a padronizar todo mundo, querer todo mundo como se fossem bonequinhos de corda...”. Ao que M2 reforça: “(a criança) vai chegar na sala de aula, toda educação que era pra ela ter em casa, você coloca no professor (...).

Observa-se, uma vez mais, como descrito por diversos autores (Alves, 2015; Amaral, 2009; Carvalho & Monte-Serrat, 2015; Franco et al., 2014; Freitas, 2011; Mesquita, 2009; Scherer & Guazzelli, 2016; Simão, 2008), a apropriação do saber científico para justificar a conduta medicalizante. Quando a criança hiperativa torna-se incorrigível ou aquela com déficit de atenção não consegue aprender, a família ou a escola transfere o problema para que o médico resolva, sendo preferível medicar a ensinar.

Em decorrência disso, M3 constata: “Eu acho que o diagnóstico também tá um pouquinho sobrecarregado” e FONO afirma a falha no diagnóstico diferencial: “Eu acredito que existe uma falha muito grande no processo de diagnóstico do TDAH porque as características apresentadas por este paciente, a inquietação, a desatenção, as questões escolares (...) também são compartilhadas por outras patologias e hoje a gente não vê um diagnóstico diferencial pra eliminação dessas outras patologias (...) pra, descartando essas alterações, poder concluir que realmente aquela criança tem sim um (...) transtorno de déficit de atenção e hiperatividade...”

Apenas M3 apresenta como outra possível justificativa para o aumento de casos de PHDA os hábitos alimentares, explicando que atualmente as crianças consomem “uma alimentação sem qualidade; a alimentação faz toda diferença na vida da criança”. Para a justificativa apresentada encontramos embasamento no estudo de Sá et al. (2016).

Como outra possibilidade M2 refere aspectos tecnológicos que possam estar influenciando o comportamento infantil, como explica: “a tecnologia embarcou na sociedade, e aí você tá criando crianças sem limite e vinculadas a equipamentos eletrônicos, que aumenta muito a ansiedade de criança (...) quando isso não é bem manuseado, e há uma família desestruturada por trás, então você vai tá criando uma criança extremamente ansiosa e extremamente fora de foco (...)” Essa afirmação confirma a literatura revista, a qual afirma que a família é responsável por educar a criança e lhe conceder “equilíbrio emocional, limites e responsabilidades” (Silvestre, 2015, p. 10).

Ressalta-se que, ao contrário dos professores, nenhum dos profissionais da saúde citou como possíveis justificativas para o aumento de diagnósticos de PHDA fatores fisiológicos, neurobiológicos ou genéticos.

Quando questionados sobre as *características observadas nas crianças* com suspeita de PHDA, a maioria dos médicos citou sintomas sinais e queixas que se enquadram na clássica tríade sintomatológica: falta de atenção, hiperatividade e impulsividade.

M5 explica que desde pequena a criança já mostra sintomas que assinalam a suspeita da presença de alguma perturbação do comportamento: “é um bebê mais irritado, já é um bebê difícil, choroso, que com 3 anos ele se torna muito agitado”. E, continuando a reflexão sobre as fases do comportamento da criança, M2 explica as características analisadas durante o diagnóstico exemplificando os comportamentos relativos às faixas etárias do desenvolvimento infantil: “Criança que tá com 7, 8 anos, hiperativa de fato, criança que senta e o olhar dela não fixa em lugar nenhum, ela tem necessidade de ficar se movimentando, agindo pra lá e pra cá, e ela já tá fora do tempo, ela não tem mais 5 anos, pra ter aquele comportamento e isso tá atrapalhando o rendimento escolar dela (...)”. Sobre essas diferenças, PSI reflete: “... cada criança tem o seu tempo e o seu desenvolvimento e vai apresentar isso (os sintomas) da sua maneira.”

Quando cita o déficit de atenção, M5 ressalta que essa é uma característica mais comum em meninas e M6 chama atenção sobre o tipo de PHDA predominantemente desatento: “(...) vai ter um predomínio dos sintomas de desatenção, não vai ser uma criança que atrapalha a aula, mas essas são as que demoram mais pra serem

diagnosticadas (...) às vezes ela passa até como uma criança que tem um coeficiente de inteligência baixo. Esses casos eu não me lembro de ter recebido um encaminhamento da escola. Parece que a escola tende a encaminhar mais quando eles tem sintomas de hiperatividade”.

As afirmações acima corroboram estudos como os de Mesquita (2009) e Pereira (2009), cujos achados mostram que a forma desatenta é mais comum às crianças do sexo feminino e refletem sobre a forma hiperativa como a que mais incomoda, sendo assim, essas crianças são mais encaminhadas e, conseqüentemente, mais diagnosticadas que as primeiras. Além disso, Missawa e Rossetti (2014) ponderam sobre a sutileza da forma desatenta, o que dificulta o diagnóstico.

Quando questionados sobre os *documentos enviados pela escola no momento da sinalização* da criança com suspeita de PHDA, foi unânime a resposta de que a escola não envia nenhum tipo de questionário, apenas relatório com a descrição das características e problemas observados na criança. M6 diz que a sinalização é feita mediante “... um relatório da escola. Cada escola tem o seu modelo”; e M1 explica que esse relatório é “... uma folha encaminhada da escola, assinada pelo professor e pela diretora, ou supervisor, coordenador da escola (...)”. M2, M3 e M4 afirmam que os questionários são preenchidos pela família e pela escola apenas quando são enviados pelos médicos para este fim. Nesse caso, o questionário segue o padrão do DSM.

Portanto, para realizar o diagnóstico, os médicos utilizam a anamnese (entrevista com os pais), seguida de análise dos relatórios enviados pela escola, questionários preenchidos pela escola (quando solicitados) e os critérios do DSM-5.

FONO e PSI explicam que os pacientes são encaminhados por médicos, porém quando a sinalização é feita diretamente pela escola, FONO descreve o documento que acompanha a criança como “... um relatório que falta informação, um relatório que poderia ser muito mais abrangente, muito mais específico...”. Já PSI afirma que se for solicitado, a escola encaminha um relatório, contudo “... não existe um padrão específico.”

Os profissionais de saúde também foram questionados sobre o *envolvimento da família* na sinalização da PHDA e se há casos em que a própria família solicita a avaliação clínica por conta própria, sem encaminhamento da escola. A essa pergunta, a

maioria dos profissionais respondeu que em alguns casos sim; apenas um médico (M3) quantificou que a família procura em 50% dos casos, e a maioria dos profissionais afirmou que a maior parcela de casos é devido à sinalização da escola.

De acordo com M1 alguns pais procuram ajuda: “... pelo amor de Deus, me passa um remédio pra essa criança, que ninguém tá agüentando”. Essa fala é confirmada por M6, quando esclarece que os pais “... já vem com a expectativa de que vão sair daqui (do consultório) com uma receita pra resolver o problema de imediato”.

M5 explica que as famílias procuram o profissional de saúde para a avaliação da criança, geralmente, “mais por volta dos 3-4 anos, de uma forma mais precoce, que é quando a hiperatividade é mais exacerbada. E a escola encaminha mais por volta dos 5-6 anos por conta do déficit de atenção que se torna proeminente”. Essas declarações são corroboradas pelo estudo de Bonadio e Mori (2013, p. 146): “Cada vez mais cedo, a queixa dos pais e de professores está chegando aos especialistas” e estes levantam a hipótese da PHDA “em crianças com cinco a seis anos de idade”.

Quando os pais procuram um profissional de saúde, normalmente a queixa se deve ao comportamento, e eles mesmos solicitam ao médico que prescreva medicamentos. PSI esclarece que a procura da família pelo profissional de saúde “... é uma coisa que é bem no início do desenvolvimento da criança (...) quando a criança já está maior, em idade escolar, procuram por conta da escola”. Esse relato vem confirmar os achados de Peixoto e Rodrigues (2008, p. 101) quando afirmam que “os professores são os primeiros a sugerirem o diagnóstico”, pois é na escola que a PHDA mais se manifesta, sendo o local onde a criança tem suas primeiras experiências sociais (Silvestre, 2015).

No que se refere à *sinalização da escola*, a maioria dos profissionais de saúde acredita estar sendo realizada adequadamente. M3 declara que apesar da falta de padrão nos relatórios enviados pela escola, a sinalização realizada por essa instituição “ajuda muito” e Psi pondera que a sinalização é “um pedido de socorro” para resolver uma situação com a qual não estão conseguindo lidar.

M4 reforça dizendo que “... na maioria das vezes a escola consegue descrever bem os sinais e sintomas que a criança manifesta no ambiente escolar” e que essas informações vão “ajudar realmente a elaborar um diagnóstico”. Para M5, a sinalização

realizada pela escola é fundamental: “Se não tiver a ajuda da escola você não consegue fechar o diagnóstico. Até tá no DSM-5. Eu preciso ter o comprometimento na escola (...) a escola participa muito”.

Por outro lado, M6 critica o encaminhamento realizado apenas de forma verbal. Segundo o profissional, seria melhor “... se a coisa viesse documentada, mais fundamentada”, pois a sinalização muitas vezes acontece de maneira informal, sem nenhum documento escrito.

FONO explica que a formação pedagógica atual não contempla áreas importantíssimas como, por exemplo, o funcionamento cerebral para aprendizagem, desencadeando um processo de antecipação de processos educacionais numa faixa etária que pode não possuir desenvolvimento neurológico completo para absorver os estímulos. FONO finaliza sua resposta com um desabafo: “... normalmente a escola me manda um relatório dizendo que ele (o aluno) não sabe fazer e que ele tem dificuldade, mas ela não me diz o que ele tem facilidade e nem me diz (...) o que a escola espera dele naquela faixa etária.” Esse relato demonstra a fragilidade dos relatórios produzidos pela escola no momento de realizar a sinalização do aluno com suspeita de PHDA.

Quando questionados a respeito da *frequência da confirmação do diagnóstico*, 50% dos profissionais entrevistados foram claros ao afirmar que é mais freqüente essa confirmação após sinalização realizada pela escola, mediante a análise dos relatórios. M2 afirma que quando a criança é sinalizada com 07 anos, a frequência na confirmação do diagnóstico é maior, porém quando essa sinalização ocorre com 06 anos ou menos “é uma temeridade”. Entretanto, M6 foi categórica ao afirmar que as informações prestadas pela escola serão avaliadas, porém, “não vão... induzir ao diagnóstico”.

Ainda sobre esse assunto, FONO enfatizou que “da forma como vem (a sinalização), normalmente o diagnóstico não é fechado” para confirmação da PHDA. E PSI ponderou sobre as similaridades entre a hiperatividade propriamente dita e a dificuldade de auto-regulação do comportamento; similaridades essas que podem levar a um diagnóstico incorreto. Segundo ela, quando a escola sinaliza, “de alguma maneira tá tendo um comportamento disfuncional, não necessariamente uma hiperatividade, né? Normalmente, não é uma hiperatividade, mas é uma dificuldade de se auto-regular, que tem a ver com comportamento hiperativo. São coisas muito parecidas...”

Sobre o *tratamento da PHDA*, a maioria dos médicos citou terapia medicamentosa com psicoestimulantes (Metilfenidato) acima de 6 anos, associada a psicoterapia e apenas dois dos entrevistados afirmou a eficácia do tratamento sem medicamentos, em casos mais leves da PHDA. A combinação de medicamentos e terapia é indicada na maioria dos casos, segundo Freitas et al. (2010).

Prosseguindo-se a análise das alternativas propostas pelos profissionais de saúde, M1 e M2 citaram a prática de esportes como sendo de grande utilidade durante o tratamento da criança com a perturbação, o que não é confirmado pela literatura (Gomes et al., 2007).

Metade dos participantes também se referiu à participação do fonoaudiólogo no tratamento, três afirmaram solicitar acompanhamento psicopedagógico e apenas um se referiu à terapia ocupacional, no caso da criança apresentar dificuldades na coordenação motora.

Aprofundando o questionamento quanto ao uso do medicamento, com relação ao *benefício da medicação versus efeitos colaterais*, a maioria dos profissionais tem a opinião de que, quando houver comprometimento grave da vida da criança nas esferas familiar, social e escolar, o benefício da medicação supera os efeitos colaterais, aos quais a criança pode ser exposta. Essa escolha está de acordo com a literatura revista que cita o comprometimento em diversos ambiente como critério de confirmação do diagnóstico e da terapia medicamentosa (Guilherme et al., 2007).

Para FONO o uso do medicamento deve acontecer apenas por um período de tempo, como “um importante coadjuvante no processo terapêutico”, pois, segundo a opinião do profissional, a partir do momento que acontece a regulação dos neurotransmissores na região pré-frontal do cérebro, a criança consegue fazer “novas ligações sinápticas, que vão tornar desnecessário o uso do medicamento”.

Esta afirmação vai ao encontro da literatura que justifica a hiperatividade como um desequilíbrio neuroquímico cerebral devido à produção insuficiente de neurotransmissores na região frontal do cérebro (Silvestre, 2015).

Por outro lado, M4 justifica o uso da terapia medicamentosa pela preocupação com as comorbilidades da perturbação e afirma: “... pra mim, os psicoestimulantes são a salvação para essas crianças”.

Segundo M2 e PSI, a preocupação é com o uso abusivo do medicamento. M2 salienta que sem um contexto que “... envolva toda a educação da criança, não adianta só dar Ritalina”. E PSI adverte “... em qualquer transtorno, a gente precisa olhar mais pro ser humano e menos pro diagnóstico (...) muito além do diagnóstico tem uma pessoa, que certamente tá vivendo algum sofrimento, e é pra isso que a gente precisa de enxergar...”

## **Conclusão e Considerações Finais**

O tema da presente investigação está focado na sinalização de crianças com suspeita de PHDA realizada pelos profissionais da Educação e o diagnóstico da perturbação realizado pelos profissionais da Saúde. Com o estudo empírico pretendeu-se compreender a estrutura escolar necessária para administrar as questões relacionadas à Perturbação de Hiperatividade/ Déficit de Atenção - PHDA, a fim de realizar a sinalização e o acompanhamento do aluno com suspeita de PHDA e posterior encaminhamento ao médico, uma vez que é a Escola, frequentemente, a primeira instância a identificar os sinais das perturbações de comportamento em alunos.

Procurou-se compreender, de forma mais aprofundada, o conhecimento e a experiência que os docentes e os profissionais da saúde possuem com relação a esta problemática e o seu papel neste cenário. A conclusão a que se chegou, a partir deste estudo, demonstra que se obteve a resposta aos objetivos propostos.

Especificamente, o primeiro objetivo propunha apresentar as ações da docência relacionadas à PHDA em escolas da rede particular do ensino do Município de Colatina, E.S., Brasil. Verificou-se que a sinalização de crianças com suspeita de PHDA é realizada de forma instintiva, contudo tem sido considerada adequada e útil como instrumento de auxílio ao diagnóstico médico. Sabe-se que os docentes, mesmo os com graduação em pedagogia, não têm em sua formação, aspectos relacionados ao funcionamento cerebral necessário ao processo de aprendizagem. Youssef et al. (2015, p. 2) referem-se a vários estudos, em países como África do Sul, Irã e Turquia, dentre

outros, em cujos achados o conhecimento do professor é considerado “na melhor das hipóteses, razoável e, em muitos casos, insuficiente, exigindo intervenção”. Entretanto, observou-se nos docentes um interesse em auxiliar o aluno, não apenas no processo de aprendizagem, mas em suas dificuldades sociocomportamentais.

Como reflete Seno (2010) apesar do conhecimento teórico do educador sobre a PHDA ser insuficiente, o ambiente escolar é como um laboratório, que permite a ele observar a criança e experimentar novas metodologias. Além disso, um ponto positivo é que os docentes realizam entrevistas com os familiares da criança, o que poderá contribuir para fortalecer a relação família-escola, a qual é de suma importância para a criança. Essa ação é anterior ao encaminhamento aos profissionais de saúde e é supervisionada pelo setor pedagógico das escolas, a saber, supervisores, psicopedagogos, coordenadores e diretores.

Quanto ao segundo objetivo, este consistia em inventariar os instrumentos de avaliação mais utilizados pela escola para auxiliar na sinalização e acompanhamento do aluno com suspeita de PHDA e posterior encaminhamento ao médico. Constatou-se que a escola não utiliza escalas específicas para mensurar as características observadas nos alunos com suspeita de portarem a perturbação em estudo, entretanto, há ocorrência de preenchimento de questionários, mas apenas quando estes instrumentos são enviados pelos profissionais de saúde para tal. Contudo, não foi possível determinar quais os questionários utilizados, pois os participantes não souberam especificar estes instrumentos.

Por último, o terceiro objetivo tencionava relacionar as ações provenientes da escola e as recomendações médicas no que se refere ao processo de acompanhamento do aluno com diagnóstico de PHDA. Foi verificada a existência de parceria entre a escola e os profissionais de saúde, não somente durante o diagnóstico, mas também durante o período de tratamento da criança diagnosticada com PHDA. Durante todo esse processo a escola envia relatórios aos profissionais de saúde, bem como abre suas portas para receber estes profissionais. Entretanto, não foi verificada a emissão de relatórios médicos, informando a escola sobre o diagnóstico, nem sobre a evolução do tratamento.

Deste modo, o presente estudo permitiu aumentar o conhecimento sobre a sinalização de alunos com suspeita de PHDA no município de Colatina (Espírito Santo,

Brasil), podendo contribuir assim para melhorar as práticas a serem utilizadas na educação inclusiva. Com esta investigação procuramos clarificar as lacunas existentes no processo de identificação, caracterização e sinalização da criança com suspeita de PHDA, salientando a falta de especificidade no momento da elaboração de documentos referentes às características observadas nessa criança, para sinalização ao profissional de saúde como auxílio do processo diagnóstico. Foi elucidada ainda, a importância dessa sinalização para fornecer subsídios para um diagnóstico correto e eficaz.

Como limitações do estudo poderão ser citadas: a dificuldade em encontrar atores dispostos a participar voluntariamente do estudo disponibilizando-se para as entrevistas, bem como, o curto período de tempo para realização das entrevistas e tratamento dos dados.

Como proposta futura, poderia este estudo:

1) ser replicado numa amostra maior e de maior representatividade da realidade do município pesquisado, com recurso a instrumentos que permitam complementar e ampliar a informação resultante deste estudo;

2) propor uma capacitação dos professores a respeito desta perturbação do neurodesenvolvimento, seus subtipos e as variadas apresentações dos sinais e sintomas, para que efetivamente os docentes pudessem realizar uma sinalização efetiva e eficaz dos alunos com suspeita de PHDA junto aos profissionais de saúde;

3) repensar formas de fomentar o trabalho em equipe multidisciplinar junto aos profissionais de saúde, a fim de que a criança diagnosticada com PHDA receba atenção individualizada para produção de um diagnóstico digno, correto e seguro; e

4) refletir sobre estratégias pedagógicas para incluir essas crianças, que necessitam ações mais didáticas e que facilitem o processo de aprendizagem, livrando-as das pressões, rótulos e preconceitos imbuídos nesse diagnóstico, estratégias essas que objetivassem potencializar suas habilidades e aprimorar suas dificuldades.

Utilizando-se do trocadilho elaborado por Freitas (2011, p. 106) as crianças com suspeita de PHDA seriam “desatentas ou desatendidas”? É merecida a reflexão de que talvez, a sociedade, a família, a saúde e a escola sejam portadores de uma deficiência de atenção às crianças. Afinal, essas crianças podem estar sendo medicadas por causa da

pressão que nós mesmos causamos a elas, enquanto sociedade, expondo-as ao excesso de informação, à pressa por resultados, à falta de tempo e escuta atenciosa, à não aceitação do fracasso, à rejeição das diferenças individuais.

Minayo (2000, p. 8) define a qualidade de vida como sendo “uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial”. Sabendo-se que a criança com PHDA sofre com dificuldades, limitações e preconceitos inerentes ao seu diagnóstico, pode-se inferir que sua qualidade de vida fica comprometida. Sendo assim, é justo que se desenvolvam estratégias para aprimorar o diagnóstico, bem como o tratamento, visando proporcionar maior bem-estar e aprendizagens significativas a essas crianças.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABDA, Associação Brasileira do Déficit de Atenção. [Em linha]. Disponível em <<http://tdah.org.br/carta-de-principios-da-abda/>>. [Consultado em 24/04/2018].
- ABDA, Associação Brasileira do Déficit de Atenção. Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade: TDAH. [Em linha]. Disponível em <<http://tdah.org.br/wp-content/uploads/site/pdf/cartilha%20ABDA.final%2032pg%20otm.pdf>>. [Consultado em 21/04/2018].
- ABDA, Associação Brasileira do Déficit de Atenção. [Em linha]. Disponível em <<https://tdah.org.br/cartilhas-da-abda/>>. [Consultado em 01/05/2018].
- ABDA, Associação Brasileira do Déficit de Atenção. [Em linha]. Disponível em <[http://www.tdah.org.br/wp-content/uploads/site/pdf/tdah\\_uma\\_conversa\\_com\\_educadores.pdf](http://www.tdah.org.br/wp-content/uploads/site/pdf/tdah_uma_conversa_com_educadores.pdf)>. [Consultado em 01/05/2018].
- ABDA, Associação Brasileira do Déficit de Atenção. [Em linha]. Disponível em <<http://tdah.org.br/diagnostico-criancas/>>. [Consultado em 28/04/2018].
- ABDA, Associação Brasileira do Déficit de Atenção. [Em linha]. Disponível em <<http://tdah.org.br/ii-congresso-e-ix-simposio-brasileiro-de-psiquiatria-da-infancia-e-adolescencia/>>. [Consultado em 21/04/2018].
- ABDA, Associação Brasileira do Déficit de Atenção. [Em linha]. Disponível em <<http://tdah.org.br/wp-content/uploads/site/pdf/snap-iv.pdf>>. [Consultado em 28/04/2018].
- Alves, R. J. R. (2015). Compreensão e avaliação do TDAH: possíveis interlocuções entre as abordagens neuropsicológica e analítica comportamental. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 17(1), pp. 35-53. [Em linha]. Disponível em <<http://www.usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/view/824/453>>. [Consultado em 28/04/2018].

- Amaral, L. M. G. (2009). *Crítérios diagnósticos do TDAH: uma revisão de literatura*. São Paulo, Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP.
- Andrade, Ê. R e Scheuer, C. (2004). Análise da eficácia do metilfenidato usando a versão abreviada do questionário de Connors em transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 62(1), pp. 81-85. [Em linha]. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/anp/v62n1/a14v62n1.pdf>>. [Consultado em 18/07/2017].
- Araújo, A. C. e Neto, F. L. (2014). A nova classificação americana para os transtornos mentais – o DSM-5. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, XVI(1), pp. 67-82. [Em linha]. Disponível em <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtcc/v16n1/v16n1a07.pdf>>. [Consultado em 18/07/2017].
- Araújo, A. P. Q. C. (2002). Avaliação e manejo da criança com dificuldade escolar e distúrbio de atenção. *Jornal de Pediatria*, 78(1), pp. 104-110. [Em linha]. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v78s1/v78n7a13.pdf>>. [Consultado em 21/04/2018].
- Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Edições 70.
- Bonadio, R. A. A. e Mori, N. N. R. (2013). *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: diagnóstico e prática pedagógica*. Maringá, Eduem – Editora da Universidade Estadual de Maringá.
- Bourdieu, P. *et alii*. (2011). *A miséria do mundo*. Petrópolis, Editora Vozes.
- Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. (1998). *Portaria 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial*. Brasília, Diário Oficial da União.
- Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. (2012). *Boletim de Farmacoepidemiologia do SNGPC*, 2(2/ jul.-dez.), pp. 1-14.

- Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. (2012). [Em linha]. Disponível em <[http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila\\_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=10716102013&pIdAnexo=1909485](http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=10716102013&pIdAnexo=1909485)>. [Consultado em 18/07/2017].
- Caliman, L. V. (2010). Notas sobre a história oficial do Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade TDAH. *Revista Psicologia, Ciência e Profissão*, 30(1), pp. 46-61. [Em linha]. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v30n1/v30n1a05.pdf>>. [Consultado em 21/04/2018].
- Caregnato, R. C. A. e Mutti, R. (2006). Pesquisa qualitativa: análise de discurso *versus* análise de conteúdo. *Texto contexto – enfermagem*, 15(4/ out.-dez.), pp. 679-684. [Em linha]. Disponível em <[http://www.ie.ufrj.br/intranet/ie/userintranet/hpp/arquivos/texto\\_2\\_-\\_aulas\\_6\\_e\\_7.pdf](http://www.ie.ufrj.br/intranet/ie/userintranet/hpp/arquivos/texto_2_-_aulas_6_e_7.pdf)>. [Consultado em 18/07/2017].
- Carlini *et alii*. (2003). Metilfenidato: influência da notificação de receita A (cor amarela) sobre a prática de prescrição por médicos brasileiros. *Rev. Psiq. Clín.* 30(1), pp. 11-20. [Em linha]. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-60832003000100002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832003000100002)>. [Consultado em 21/04/2018].
- Carvalho, T. S. Z. e Monte-Serrat, D. M. (2015). A “visibilidade” da dificuldade no aprendizado sob o diagnóstico de TDAH: patologização e medicalização na educação infantil. *Revista Redisco (UESB)*, dezembro. [Em linha]. Disponível em <<http://www2.uesb.br/labedisco/wp-content/uploads/2015/12/Jornal-n.51.pdf>>. [Consultado em 18/07/17].
- Charach, A. *et alii*. (2011). Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Effectiveness of treatment in At-Risk Preschoolers; Long-Term Effectiveness in All Ages; and Variability in Prevalence, Diagnosis, and Treatment. Comparative Effectiveness. *Comparative Effectiveness Review*, 44(12), 366 p. Ontário – Canadá, AHRQ. [Em linha]. Disponível em <[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK82368/pdf/Bookshelf\\_NBK82368.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK82368/pdf/Bookshelf_NBK82368.pdf)>. [Consultado em 28/04/18].

- Cheida, R. S. (2013). *Análise sociológica da “biologização” do TDA/H na Psiquiatria brasileira*. Campinas, Dissertação (Mestrado em Política científica e tecnológica) – Universidade estadual de Campinas – São Paulo.
- Collares, C. A. L. e Moysés, M. A. A. (1994). A transformação do espaço pedagógico em espaço clínico (A patologização da educação). *Publicação Série Ideias*, 23, pp. 25-31. [Em linha]. Disponível em <[https://scholar.google.com/scholar\\_lookup?title=A+transforma%C3%A7%C3%A3o+do+espa%C3%A7o+pedag%C3%B3gico+em+espa%C3%A7o+cl%C3%ADnico+\(A+patologiza%C3%A7%C3%A3o+da+Educa%C3%A7%C3%A3o\)&author=Collares+C.+A.+L.&author=Moys%C3%A9s+M.+A.+A.&publication\\_year=1994&journal=Publica%C3%A7%C3%A3o+S%C3%A9rie+Ideias&volume=23&issue=25-31](https://scholar.google.com/scholar_lookup?title=A+transforma%C3%A7%C3%A3o+do+espa%C3%A7o+pedag%C3%B3gico+em+espa%C3%A7o+cl%C3%ADnico+(A+patologiza%C3%A7%C3%A3o+da+Educa%C3%A7%C3%A3o)&author=Collares+C.+A.+L.&author=Moys%C3%A9s+M.+A.+A.&publication_year=1994&journal=Publica%C3%A7%C3%A3o+S%C3%A9rie+Ideias&volume=23&issue=25-31)>. [Consultado em 18/07/2017].
- Costa, T. C. (2006). *Crianças indóceis na sala de aula*. Canoas, Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Luterana do Brasil – ULBRA.
- Domitrovic, N. (2014). *As práticas farmacológicas com o metilfenidato: habitando fronteiras entre o acesso e o excesso*. Vitória, Dissertação (Mestrado em Psicologia Institucional) – Universidade Federal do Espírito Santo – UFES.
- Eidt, N. M. e Tuleski, S. C. (2010). Transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade e psicologia histórico-cultural. *Revista Cadernos de Pesquisa*, 40(139), pp. 121-146. [Em linha]. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/cp/v40n139/v40n139a07.pdf>>. [Consultado em 18/07/2017].
- Ferrazza, D. A., Rocha, L. C. e Rogone, H. M. H. (2010). A prescrição banalizada de psicofármacos na infância. *Revista de Psicologia da Unesp*, 9(1), pp. 36-44. [Em linha]. Disponível em <<https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/127236/ISSN1984-9044-2010-09-01-36-44.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. [Consultado em 18/07/2017].
- Foucault, M.(1979). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro, Edições Graal.
- Foucault, M. (1987). *Vigiar e punir*. Petrópolis, Editora Vozes.

- Foucault, M.(1997). *Resumo dos cursos do Collège de France (1970- 1982)*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed.
- Foucault, M.(2001). *Os Anormais. Curso no Collège de France (1974- 1975)*. São Paulo, Livraria Martins Fontes Editora.
- Franco, L. C., Cintra, É. P. U. e Lara, A. F. L. (2014). *O estado da arte da pesquisa sobre a medicalização de crianças na Universidade Estadual de Maringá (2003-2013): Um estudo exploratório*. Maringá, Trabalho de Conclusão de Curso (Licenciamento em Pedagogia) – Universidade Estadual de Maringá – UEM, Paraná.
- Freitas, C. R. (2011). *Corpos que não param: criança, “TDAH” e escola*. Porto alegre, Tese (Doutorado em Educação especial e processos inclusivos) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRS.
- Freitas, J. S. *et alii*. (2010). TDAH: nível de conhecimento e intervenção em escolas do município de Floresta Azul, Bahia. *Revista Interinstitucional de Psicologia*, 3(2), pp. 175-183. [Em linha]. Disponível em <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v3n2/v3n2a07.pdf>>. [Consultado em 28/04/2018].
- Geraldi, J. W. (2014). METILFENIDATO: O que isso tem a ver com o profissional de letras? *Revista Forum Identidades*, 15(15), pp. 11-40. [Em linha]. Disponível em <<https://seer.ufs.br/index.php/forumidentidades/article/view/3023/2659>>. [Consultado em 18/07/2017].
- Gerhardt, T. E. e Silveira, D. T. (2009). *Métodos de pesquisa*. Porto Alegre, Editora da UFRGS.
- Gil, A. C. (2008). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. São Paulo, Atlas.
- Gomes, M. *et alii*. (2007). Conhecimento sobre o transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade no Brasil. *J. Bras. Psiquiatr.*, 56 (2), pp. 94-101. [Em linha]. Disponível em <<http://atividadeparaeducacaoespecial.com/wp-content/uploads/2015/08/TDAH-NO-BRASIL-CONHECIMENTO-SOBRE-O-TRANSTORNO.pdf>>. [Consultado em 28/04/2018].

- Gomes, M. F. e Spadotto, R. (2010). Uso e Abuso: Ritalina®. *Revista Fait*. [Em linha]. Disponível em [http://fait.revista.inf.br/imagens\\_arquivos/arquivos\\_destaque/rTUKIY9tmjCFSel\\_2014-4-16-17-2-36.pdf](http://fait.revista.inf.br/imagens_arquivos/arquivos_destaque/rTUKIY9tmjCFSel_2014-4-16-17-2-36.pdf). [Consultado em 20/11/2017].
- Guilherme, P. R. *et alii*. (2007). Conflitos conjugais e familiares e presença de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) na prole: revisão sistêmica. *J. Bras. Psiquiatr.*, 56(3), pp. 201-207. [Em linha]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v56n3/a08v56n3.pdf>. [Consultado em 28/04/2018].
- Graeff, R. L e Vaz, C. E. (2008). Avaliação e diagnóstico do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). *Revista Psicologia USP*, 19(3), pp. 341-361. [Em linha]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/pusp/v19n3/v19n3a05.pdf>. [Consultado em 21/04/2018].
- IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [Em linha]. Disponível em <https://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=320150>. [Consultado em 20/11/2017].
- Itaborahy, C. (2009). *A Ritalina no Brasil: uma década de produção, divulgação e consumo*. Rio Janeiro, Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.
- Jornal Gazeta do Povo. [Em linha]. Disponível em <http://www.gazetadopovo.com.br/educacao/concurso-de-projetos-de-inclusao-premiara-professores-0ayzispexfem5csxuim6daa6>. [Consultado em 10/07/17].
- Junior, L. B. S. M. *et alii*. (2015). As dificuldades de aprendizagem e as práticas em psicologia escolar/ educacional. *Revista Travessias*, 9(1), pp. 167-179. [Em linha]. Disponível em <http://e-revista.unioeste.br/index.php/travessias/article/viewFile/11258/8773>. [Consultado em 18/07/2017].
- Laville, C. e Dionne, J. (1999). *A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas*. Belo Horizonte, Editora UFMG.

- Leite, E. G. e Baldini, N. L. F. (2011). Transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade e metilfenidato: uso necessário ou induzido? *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, 2(1), pp. 151-155. [Em linha]. Disponível em <<http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/23119>>. [Consultado em 18/07/2017].
- Leonardo, N. S. T. e Suzuki, M. A. (2016). Medicalização dos problemas de comportamento na escola: perspectiva dos professores. *Fractal: Revista de Psicologia*, 28(1), pp. 46-54. [Em linha]. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-02922016000100046&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922016000100046&lng=en&nrm=iso)>. [Consultado em 18/07/2017].
- Lima, R. C. (2005). *Somos todos desatentos? O TDA/H e a construção de bioidentidades*. Rio de Janeiro, Editora Relume Ltda.
- Linhares, M. I. (2012). *Estudo da Ritalina® (cloridrato de metilfenidato) sobre o sistema nervoso central de animais jovens e adultos: aspectos comportamentais e neuroquímicos*. Fortaleza, Dissertação (Mestrado em Farmacologia) – Universidade Federal do Ceará.
- Marcon, G. T. G., Sardagna, H. V. e Schussler, D. (2016). O questionário SNAP-IV como auxiliar psicopedagógico no diagnóstico PRELIMINAR do Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). *Revista Construção psicopedagógica*, 24(25), pp. 99-118. [Em linha]. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-69542016000100008&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-69542016000100008&lng=pt&nrm=iso)>. [Consultado em 18/07/2017].
- Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais [recurso eletrônico]: DSM-5. (2014). *American Psychiatric Association*. [Em linha]. Disponível em <<http://aempreendedora.com.br/wp-content/uploads/2017/04/Manual-Diagn%C3%B3stico-e-Estat%C3%ADstico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5.pdf>>. [Consultado em 15/02/2018].
- Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais [recurso eletrônico]: DSM-IV-TR. (1994). *American Psychiatric Association*. [Em linha]. Disponível em

<<https://justines2010blog.files.wordpress.com/2011/03/dsm-iv.pdf>>.

[Consultado em 15/02/2018].

Mapas blog. [Em linha]. Disponível em

<<https://mapasblog.blogspot.com.br/2011/11/mapas-do-espírito-santo.html>>.

[Consultado em 18/07/2017].

Mesquita, R. C. (2009). *A implicação do educador diante do TDAH: repetição do discurso médico ou construção educacional?* Belo Horizonte, Dissertação (Mestrado em educação) – Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG.

Minayo, M. C. S. (2002). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis, Editora Vozes.

Minayo, M. C. S., Hartz, Z. M. A. e Buss, P. M. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciências & Saúde Coletiva*, 5(1), pp. 7-18. [Em linha]. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7075.pdf>>. [Consultado em 28/04/2018].

Missawa, D. D. A. e Rossetti, C. B. (2014). Psicólogos e TDAH: possíveis caminhos para o diagnóstico e tratamento. *Revista Construção Psicopedagógica*, 22(23), pp. 81-90. [Em linha]. Disponível em <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cp/v22n23/07.pdf>>. [Consultado em 21/04/2018].

Morro do Moreno. [Em linha]. Disponível em <<http://www.morrodomoreno.com.br/materias/municipios-mais-populosos-do-es.html>>. [Consultado em 18/07/2017].

Nascimento, N. M., Kümmer, A. M. e Lemos, S. M. A. (2016). Alterações Fonoaudiológicas no Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade: revisão sistemática de literatura. *CoDAS*, 28(6), pp. 833-842. [Em linha]. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/codas/v28n6/2317-1782-codas-28-6-833.pdf>>. [Consultado em 21/04/2018].

Ortega, F. *et alii.* (2010). A Ritalina no Brasil: produções, discursos e práticas. *Interface (Botucatu)*, 14(34), pp. 499-510. [Em linha]. Disponível em

- <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010005000003>>. [Consultado em 18/07/2017].
- Pastura, G. e Mattos, P. (2004). Efeitos colaterais do metilfenidato. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31(2), pp. 100-104. [Em linha]. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v31n2/a06v31n2.pdf>>. [Consultado em 18/07/2017].
- Peixoto, A. L. B. e Rodrigues, M. M. P. (2008). Diagnóstico e tratamento de TDAH em crianças escolares, segundo profissionais da saúde mental. *Revista Aletheia*, 28, pp. 91 a 103. [Em linha]. Disponível em <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n28/n28a08.pdf>>. [Consultado em 21/04/2018].
- Pereira, C. S. C. (2009). *Conversas e controvérsias: uma análise da constituição do TDAH no cenário científico e educacional brasileiro*. Rio de Janeiro, Dissertação (Mestrado em história das ciências e da saúde) – Casa de Oswaldo Cruz – Fiocruz.
- Pereira, J. G. (2010). *A crítica à medicalização da aprendizagem na produção acadêmica nacional*. São Paulo, Dissertação (Mestrado em Saúde da criança e do adolescente) – Universidade estadual de Campinas – UNICAMP.
- Quivy, R. e Campenhoudt, L. V. (2005). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Rhode, L. A. et alii.(2000). Transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(2/supl.), pp. 7-11. [Em linha]. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v22s2/3788.pdf>>. [Consultado em 21/04/2018].
- Rhode, L. A. e Halpern, R. (2004). Transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade: atualização. *Jornal de Pediatria*, 80(2/supl.), pp. s61-s70. [Em linha]. Disponível em <<http://www.jped.com.br/conteudo/04-80-S61/port.pdf>>. [Consultado em 18/07/2017].
- Sá, P. et alii.(2016). Uso abusivo de aditivos alimentares e transtornos de comportamento: há uma relação? *International Journal of Nutrology*, 9(2), pp.

- 209-215. [Em linha]. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v22s2/3788.pdf>>. [Consultado em 21/04/2018].
- Scherer, L. e Guazzelli, C. T. (2016). Questões atuais sobre o uso da Ritalina e sua relação com o ambiente escolar. [Em linha]. Disponível em <<http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2016/02/Larissa-Scherer.pdf>>. [Consultado em 18/07/2017].
- Schmiedeler, S. e Schneider, W. (2014). Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) in the early years: Diagnostic issues and educational relevance. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 19(3), pp. 460–475. [Em linha]. Disponível em <<http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1359104513489979>>. [Consultado em 28/04/2018].
- Seno, M. P. (2010). Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH): o que os educadores sabem? *Rev Psicopedagogia*, 27(84), pp. 334-343. [Em linha]. Disponível em <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicoped/v27n84/v27n84a03.pdf>>. [Consultado em 28/04/2018].
- Shirakawa, D. M., Tejada, S.N. e Marinho, C. A. F. (2012). Questões atuais no uso indiscriminado do metilfenidato. *Omnia Saúde*, 9(1), pp. 46-53.
- Silvestre, A. et alii. (2015). Família e escola na aprendizagem da criança com TDAH: a necessidade de uma parceria ativa e produtiva. *Pedagogia em ação*, 7(1), pp. 1-17. [Em linha]. Disponível em <<file:///E:/Downloads/12325-44261-1-SM.pdf>>. [Consultado em 28/04/2018].
- Simão, A. N. P. (2008). *Treino em solução de problemas com crianças que apresentam o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade*. São Paulo, Tese (Doutorado em ciências médicas) – Universidade Estadual de Campinas/ Faculdade de Ciências Médicas.
- Silva, A. C. P. et alii. (2012). A explosão do consumo de Ritalina. *Revista de Psicologia da Unesp*, 11(2), pp. 44-57. [Em linha]. Disponível em <<https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/127245/ISSN1984-9044-2012-11-02-44-57.pdf?sequence=1>>. [Consultado em 18/07/2017].

- Tonelotto, J. M. F. e Gonçalves, V. M. G. (2002). Autopercepção de crianças desatentas no ambiente escolar. *Revista Estudos de Psicologia*, 19(3), pp. 31-41. [Em linha]. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v19n3/a04v19n3.pdf>>. [Consultado em 21/04/2018].
- Torcatto, C. E. (2016). O metilfenidato, a escola e a cultura farmacológica contemporânea. *Revista Teias*, 17(45), pp. 83-97. [Em linha]. Disponível em <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistateias/article/view/24597/17577>>. [Consultado em 18/07/2017].
- Vasconcelos, M. M. *et alii*. (2005). Contribuição dos fatores de risco psicossociais para o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. *Arq. Neuropsiquiatr.*, 63(1), pp. 68-74. [Em linha]. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/anp/v63n1/23601.pdf>>. [Consultado em 21/04/2018].
- Youssef, M. K. *et alii*. (2015). Knowledge of and Attitudes Toward ADHD Among Teachers: Insights From a Caribbean Nation. *SAGE Open*, January-March, pp. 1-8. [Em linha]. Disponível em <<http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/2158244014566761>>. [Consultado em 28/04/2018].
- Youtube. [Em linha]. Disponível em <<https://hiperatividade.pt/documentarios-deficit-atencao-hiperatividade/>>. [Consultado em 24/04/2018].

## **ANEXOS**

## **ANEXO A – Solicitação de Autorização às Instituições de Ensino para recolha de dados**

### **SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA**

Eu, Michelli Amaral Casteluber, portadora de CPF: 074.640.547-25 e RG: 11.958-650 venho por este meio solicitar a colaboração de V. prestigiada instituição, no sentido de realizar recolha de dados para fins de investigação relativa ao Projeto de Pesquisa “A GESTÃO ESCOLAR NA SINALIZAÇÃO DO ALUNO COM SUSPEITA DE PERTURBAÇÃO DE HIPERATIVIDADE/DÉFICIT DE ATENÇÃO (PHDA)”, cujo objetivo é compreender a estrutura escolar necessária para realizar a sinalização, o encaminhamento e o acompanhamento do aluno com suspeita de PHDA, uma vez que a Escola é primeira instância a identificar as alterações de comportamento em alunos.

A referida pesquisa será apresentada à Universidade Fernando Pessoa, em Portugal, para obtenção do grau de Mestre em Docência e Gestão da Educação, na área de Administração Escolar e Administração Educacional, sob a orientação da Professora Doutora Susana Marinho. Os dados recolhidos são confidenciais e somente poderão ser utilizados para fins académicos de estudo e publicações científicas. Em momento algum, os participantes serão identificados, acrescentando ainda sob compromisso de ética e honra que o funcionamento da instituição não será posto em causa.

No âmbito da investigação, pretende-se entrevistar 04 (quatro) professores do quadro de docentes e desde já solicitamos autorização também para gravação das entrevistas, a fim de tornar mais eficiente o processo de recolha de dados e posterior análise qualitativa dos mesmos.

Colatina, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.

---

Mestranda

DEFERIDO

**ANEXO B – Declaração de Consentimento Informado para a área não clínica: maiores de idade.**

## DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

***Designação do Estudo:***

**A GESTÃO ESCOLAR NA SINALIZAÇÃO DO ALUNO COM SUSPEITA DE PERTURBAÇÃO DE HIPERATIVIDADE/DÉFICIT DE ATENÇÃO (PHDA)**

Eu, abaixo-assinado, (nome completo do participante no estudo) -----

-----, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da participação na investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória. Tomei conhecimento de que a informação ou explicação que me foi prestada versou os objectivos e os métodos. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal. Foi-me ainda assegurado que os registos em suporte papel e/ou digital (sonoro e de imagem) serão confidenciais e utilizados única e exclusivamente para o estudo em causa, sendo guardados em local seguro durante a pesquisa e destruídos após a sua conclusão.

Por isso, consinto em participar no estudo em causa.

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 20\_\_

**Assinatura do participante no projecto:** \_\_\_\_\_

O Investigador responsável:

**Nome:** Michelli Amaral Casteluber

**Assinatura:**

### **ANEXO C – Guião de Entrevista aos Professores**

1. Em sua opinião, a escola possui equipe preparada para realizar avaliação e sinalização de alunos com suspeita de PHDA? Se sim, quais são os profissionais envolvidos?
2. Quais são as características observadas nos alunos que sugerem a suspeita de PHDA?
3. Quando o professor tem a suspeita de que o aluno apresenta PHDA, qual é o procedimento adotado? Escolha uma alternativa e explique o procedimento:
  - a. Sinalização para o médico sem avaliação prévia por parte da escola
  - b. Sinalização para o médico com avaliação prévia mediante preenchimento de questionários somente
  - c. Sinalização para o médico com avaliação prévia mediante preenchimento de questionários e entrevista com o aluno e familiares
4. Se a avaliação é feita mediante preenchimento de questionários, qual a escala utilizada?
5. Existem casos em que a própria família apresenta a suspeita de que a criança possui PHDA e solicita a avaliação da escola para posterior encaminhamento ao médico?
6. A escola trabalha em parceria com psicólogo, fonoaudiólogo ou médico específico para realizar a sinalização do aluno com suspeita de PHDA? Se sim, qual a justificativa para a escolha do (s) profissional (is)?
7. A escola trabalha em parceria com estes mesmos profissionais durante o tratamento dos alunos diagnosticados com PHDA?
8. Em sua opinião quais as justificativas para o aumento de diagnósticos positivos para PHDA?

### **ANEXO D – Guião de Entrevista aos Profissionais de Saúde**

1. Atualmente tem chamado a atenção o aumento do número de crianças diagnosticadas como PHDA. Em sua opinião, quais as justificativas para esse aumento?
2. Como é feita a sinalização pela escola? São apresentados relatórios, questionários ou documentos similares?
3. Se a avaliação é feita mediante preenchimento de questionários, qual a escala mais frequentemente utilizada?
4. Existem casos em que a própria família apresenta a suspeita de que a criança possui PHDA e solicita a avaliação do profissional de saúde sem solicitar a avaliação da escola?
5. Quais são as características observadas nas crianças que sugerem a suspeita de PHDA?
6. Em sua opinião, a avaliação e sinalização do aluno com suspeita de PHDA pela escola têm sido realizadas adequadamente e de forma a apresentar dados confiáveis?
7. Quando a escola faz a sinalização de crianças com suspeita de PHDA é maior a frequência de diagnósticos finais positivos em seu consultório?
8. Como deve ser o tratamento da PHDA, em sua opinião?
9. Em sua opinião, em que proporção o benefício da medicação é maior que o prejuízo dos efeitos colaterais?

**ANEXO E – Questionário Sociodemográfico**

**Participante n°:** \_\_\_\_\_

**Sexo:** \_\_\_\_\_

**Idade:** \_\_\_\_\_

**Formação Acadêmica:** \_\_\_\_\_

**Profissão:** \_\_\_\_\_

**Contexto de trabalho:** \_\_\_\_\_

**Experiência com alunos com PH/DA:** \_\_\_\_\_

**Duração:** \_\_\_\_\_



**ANEXO G – Grelha de Análise das Entrevistas (Professores)**

Participantes	Categorias/ Subcategorias							
	1. A Sinalização do aluno com suspeita de PHDA realizada pela Escola							
	1.1. Preparação da equipe	1.2. Profissionais envolvidos	1.3. Características observadas nas crianças	1.4. Procedimento para sinalização	1.5. Questionário utilizado	1.6. Solicitação da família	1.7. Parceria com profissionais da saúde	1.8. Opinião pessoal sobre as justificativas para o aumento do diagnóstico de PHDA
<b>P1</b>	“... a equipe, não...”	Professores e supervisores	“Falta de atenção, falta de concentração, “vivem no mundinho deles”, falta de interesse...”	Sinalização para o médico, com preenchimento de relatório e entrevista com o aluno e com a família	Há o preenchimento de questionários quando o médico envia e de relatórios da própria escola	“Vou ser muito sincera: é raro!”	Sim. Profissionais escolhidos pela família.	“antigamente você não ouvia falar disso, mas eu acredito que antigamente também tinha, só que você não sabia o que que era... “... às vezes o menino nem tem TDAH, e aí é diagnosticado com tal coisa, com tal transtorno, aí entra a tal da Ritalina, né?... as crianças... ficam um pouco mais concentradas, mas também acho que ficam um pouco mais apáticas... tem que ter um olhar muito criterioso em relação a isso... tem que ser muito bem diagnosticado, pra que não dê um remédio, que, de repente, não é aquilo...”
<b>P2</b>	“a gente tem a preparação através das nossas pós-graduações... mas assim, pra	Professores e equipe pedagógica	Hiperatividade, desatenção	Sinalização para o médico, com preenchimento de relatório e entrevista com o aluno e com a	Há o preenchimento de questionários quando o médico envia e de relatórios da	Às vezes, a própria família solicita a avaliação do	Sim. Parceria acontece durante o tratamento	“... tudo hoje eu acho que a medicina tá jogando pra um campo em que tem que nomear as crianças com CID’s... “... vem também de família; a gente vê muita família dando hoje tudo

A Gestão Escolar na Sinalização do Aluno com Suspeita de PHDA

	dar diagnóstico, nenhum tipo de preparação.”			família	própria escola	professor	da criança	que a criança quer... às vezes, um pai e uma mãe... tem um filho mais velhos.. mimam um pouquinho a mais...
<b>P3</b>	“Mais ou menos, eu acho que a gente precisa desse suporte a mais...”	Professores e supervisores	“... às vezes, isolados... Às vezes, muito agitados... muito dispersos...”	Sinalização para o médico, com preenchimento de relatório e entrevista com o aluno e com a família	Há o preenchimento de questionários quando o médico envia e de relatórios da própria escola	Às vezes, a própria família solicita a avaliação do professor	Às vezes, o médico ou o psicólogo vem até a escola	“... o mundo tá muito complicado... não sei...”
<b>P4</b>	“... eu vejo que ainda nós temos uma certa escassez... ...eu participei de uma palestra uma vez... a palestra acabou se voltando mais pra questão da dosagem (do medicamento) do que em si pelo conteúdo...”	Professores, pedagogos, supervisão e direção	Falta de concentração, agressividade, movimentos repetitivos	Sinalização para o médico, com preenchimento de relatório e entrevista com o aluno e com a família	Não há o preenchimento de questionários, apenas relatórios	Às vezes, a própria família solicita a avaliação do professor	Sim. Parceria durante a sinalização e durante o tratamento. A escola indica, mas a família tem liberdade de escolher.	“... essas diferenças de família, homossexualidade... a química...”
<b>P5</b>	“acho que sim, estamos aptos”	Professores, Direção, Coordenação,	Dificuldade na fala, atitudes diferenciadas, “você chama e a	Sinalização para o médico, com preenchimento de relatório e	Há o preenchimento de questionários quando o	Às vezes, a própria família solicita a	Sim. Parceria durante a sinalização e	“... (pelos pais) terem a criança numa idade avançada, ou já vem da família, é hereditário... e outros a gente pensa, às vezes, até na

A Gestão Escolar na Sinalização do Aluno com Suspeita de PHDA

		Orientação.	criança não atende”, movimentos repetitivos	entrevista com o aluno e com a família	médico envia e de relatórios da própria escola	avaliação do professor	durante o tratamento. Alguns profissionais fazem formação com a equipe. A escolha é por análise dos resultados em crianças que já fazem tratamento.	alimentação que está sendo ingerida...”
<b>P6</b>	“... nós aqui somos professores, não podemos diagnosticar, dar laudo pra ninguém... os pais levam... vai ver a fala, no caso, de um especialista”	Professores e a equipe da supervisão da escola	“... é uma criança que bate, uma criança agressiva, uma criança que não acompanha...”	Sinalização para o médico, com preenchimento de relatório e entrevista com o aluno e com a família	Há o preenchimento de relatórios	Às vezes, a própria família solicita a avaliação do professor	Sim. Parceria com profissionais que são pais de alunos devido ao conhecimento do trabalho deles, na sinalização e durante o tratamento.	“... quando eu comecei, lá, há 15 anos atrás, a gente não via isso, era muito raro. Nós também, não tinha essa carga toda, essa base que nós temos. Talvez até tinha (a perturbação), mas a gente também não percebia... a gente vai aprendendo muita coisa, a gente tem muito curso, a gente tem muita informação... “... às vezes eu brinco, parece que tá no ar, né? “... na genética, eu não sei, é tanto agrotóxico, é tanta coisa que o ser humano ta ingerindo...”
<b>P7</b>	“Olha, eu acredito que sim... a escola	Professores, Diretores e	“Às vezes muito paradas, às vezes muito agitadas,	Sinalização para o médico, com preenchimento	Há o preenchimento	“Não; muito difícil.”	Sim. Parceria durante a	“... pode ser hereditário, né? Pode ser o convívio da família... a idade dos pais hoje, né?... vivendo a vida

A Gestão Escolar na Sinalização do Aluno com Suspeita de PHDA

	está preparada sim.”	Supervisores	não sentam... “... no nosso trabalho, através das nossas atividades, no conteúdo, a gente vê as dificuldades de aprendizado, a falta de atenção...”	de relatório e entrevista com o aluno e com a família	de relatórios		sinalização e durante o tratamento. Os profissionais vêm até a escola.	primeiro, o trabalho, pra depois ter as crianças mais tarde...”
<b>P8</b>	“... A escola em si... não tem, não... alguns profissionais ajudam...”	Professores, Diretores e Coordenadores	“Quando a criança não corresponde a alguns comandos, ou... a criança também não aceita algumas atividades...”	Sinalização para o médico, com preenchimento de relatório e entrevista com o aluno e com a família	Há o preenchimento de relatórios	Na maioria das vezes, a própria família solicita a avaliação do professor	Sim. Parceria com profissionais que são pais de alunos devido ao conhecimento do trabalho deles, na sinalização e durante o tratamento.	“... a saúde em si... eles (os médicos) deveriam estudar mais quando a mulher fica grávida, investigar mais a fundo...”

**ANEXO H – Grelha de Análise das Entrevistas (Profissionais de Saúde)**

Participantes	Categorias/ Subcategorias							
	2. O Diagnóstico de PHDA efetuado pelos Profissionais da Saúde							
	2.1. Opinião pessoal sobre as justificativas para o aumento do diagnóstico de PHDA	2.2. Documentos recebidos através da sinalização da escola	2.3. Solicitação da família	2.4. Características observadas nas crianças	2.5. Opinião pessoal sobre a sinalização realizada pela escola	2.6. Frequência de diagnósticos positivos para PHDA após sinalização da escola	2.7. Tratamento da PHDA	2.8. Opinião pessoal sobre os benefícios da medicação/ efeitos colaterais
<b>M1</b>	<p>“uma certa maioria das crianças vem de pais e mães separados...</p> <p>“no passado essas crianças talvez essas crianças não seriam diagnosticadas igual são hoje. Hoje você tem o diagnóstico, a mãe traz no médico, o pai traz no médico, a professora manda um relatório da criança, e hoje tem o tratamento. Então talvez começou a aparecer, entre aspas, essas crianças agora por ter um especialista</p>	<p>“... a mãe chega, geralmente já mostra uma folha encaminhada da escola, assinada pelo professor e pela diretora, ou supervisor, coordenador da escola, e ali já vem tudo escrito o que a criança tem, a mãe às vezes não fala quase nada da criança, já vem tudo escrito, né, da própria sala de aula. Então aí, você já baseia naquilo ali, na sala de aula e conversa com a mãe como que a criança também é adaptada dentro de casa, se dentro</p>	<p>“Não... A maioria das vezes já vem com laudo da escola.</p> <p>“... mas tem mães e pais também, principalmente em crianças mais hiperativas, que não consegue socializar com essas crianças na própria casa, e pede</p>	<p>“A falta de atenção, o transtorno de hiperatividade e a impulsividade”.</p>	<p>Está sendo realizada adequadamente</p>	<p>O laudo da escola ajuda muito.</p>	<p>Medicamentoso acima de 6 anos usa a Ritalina, associado à psicoterapia no caso de problemas familiares ou sociais, e atividade física.</p>	<p>“O efeito benéfico da substância com certeza supera o efeito colateral, porque nem todas as crianças vai ter esse efeito colateral, são poucas que tem”.</p>

A Gestão Escolar na Sinalização do Aluno com Suspeita de PHDA

	<p>e os pais hoje procurar solução pra criança. Os pais já chegam aqui com o diagnóstico quase que pronto: ‘Doutor, eu acho que meu filho tem déficit de atenção; Doutor, eu acho que meu filho é hiperativo; Doutor, meu filho não pára quieto nem em casa, meu filho não pára quieto na escola e a professora ta reclamando, e eu pesquisei já na internet’, eles chegam já falando isso, e que ele (a criança) tem que tomar metilfenidato, que é a Ritalina”.</p>	<p>de casa a criança está com os mesmos problemas”.</p> <p>A escola não realiza nenhum questionário.</p>	<p>uma ajuda: pelo amor de Deus, me passa um remédio pra essa criança, que ninguém tá agüentando”.</p>					
<b>M2</b>	<p>“... nós vivemos numa sociedade em que a tecnologia embarcou na sociedade, e aí você ta criando crianças sem limite e vinculadas a equipamentos eletrônicos, que aumenta muito a ansiedade de criança...</p> <p>“quando isso não é bem manuseado, e há uma família</p>	<p>“... com laudo, nunca!...</p> <p>“... a gente pega um questionário de ansiedade e desatenção... e manda pros pais preencherem e manda pra escola preencher...”</p>	<p>Sim.</p> <p>“... esses que chegam: ‘meu filho é hiperativo’, eu tento mostrar que ele é sem educação”.</p>	<p>“Criança que tá com 7, 8 anos, hiperativa de fato, criança que senta e o olhar dela não fixa em lugar nenhum, ela tem necessidade de ficar se movimentando, agindo pra lá e pra cá, e ela já ta fora do tempo, ela não tem mais 5 anos, pra ter aquele</p>	<p>“você preenche uma avaliação neuropsicológica muito simples... ele não vem com nenhum laudo do psicólogo</p>	<p>“Quando a escola manda com 7 anos, realmente a maioria é TDAH sim, agora quando vem com menos idade, não dá pra você fazer diagnóstico”.</p>	<p>“... mudança de comportamento familiar, estruturação familiar, é uma criança que tem que ter uma base familiar melhor, pra poder lidar melhor com as próprias dificuldades</p>	<p>“Praticamente não tem efeitos colaterais. O que existe hoje é um uso abusivo da Ritalina...”</p>

A Gestão Escolar na Sinalização do Aluno com Suspeita de PHDA

	<p>desestruturada por trás, então você vai tá criando uma criança extremamente ansiosa e extremamente fora de foco, ela não tem atenção pra aquilo que é mais importante (...) e vai chegar na sala de aula, toda educação que era pra ela ter em casa, você coloca no professor (...) então esse é o contexto do aumento do tal diagnóstico de TDAH, que na maioria são crianças sem educação”.</p>			<p>comportamento e isso ta atrapalhando o rendimento escolar dela (...) e esse diagnóstico é feito na faixa dos 7 anos (...) você fazer diagnóstico de TDAH com menos de 6 anos é uma temeridade”.</p>	<p>(...) às vezes vem com psicopedagogo informando...</p>		<p>dela...                  “A prática de esporte é importantíssima. .. com autoridade do professor...                  “... isso tudo é um contexto de tratamento; não adianta você dar a Ritalina só, se você não tiver um contexto que envolva toda a educação da criança, não adianta só dar Ritalina”.</p>	
<b>M3</b>	<p>“Eu acho que o diagnóstico também tá um pouquinho sobrecarregado, vamos dizer assim, as crianças realmente tem muito diagnóstico de TDAH, mas tem muito também conflitos familiares, pais que não dão os limites pros seus filhos, a educação e os valores familiares tão muito deturpados (...) e uma alimentação sem</p>	<p>“... geralmente vem só solicitação (...) eu que faço solicitação pra escola de um relatório do acompanhamento pedagógico da criança, comportamento, afetividade, como é que é o relacionamento da criança com os coleguinhas...”</p>	<p>Sim.                  “Metade a escola encaminha, metade a própria família...”</p>	<p>“As queixas, né, dos pais (...) ‘olha, meu filho não pára quieto um minuto, não pára nem pra comer, não consegue assistir um filmezinho na TV (...) os brinquedinhos todos são quebrados, ele não consegue parar pra poder brincar com os próprios brinquedinhos (...) e na escola, a</p>	<p>“Às vezes, tem relatórios que vem melhor, mais bem desenvolvido, outros relatórios não, mas ajuda muito.”</p>	<p>“Quando é observado pela escola é muito mais freqüente a gente fechar o diagnóstico de TDAH, com certeza.”</p>	<p>“Quando a gente fecha mesmo o diagnóstico, entra com medicamento e terapia comportamental (...) tem que ter acompanhamento com psicólogo, às vezes tem que ter acompanhamento</p>	<p>“Tem pacientes que só respondem com intervenção farmacológica junto”.</p>

A Gestão Escolar na Sinalização do Aluno com Suspeita de PHDA

	<p>qualidade; a alimentação faz toda diferença na vida da criança”.</p>			<p>dificuldade de aprendizado; quando chega na fase da alfabetização então é o mais complicado: ‘olha, ele conhece as letrinhas, mas não consegue fazer os fonemazinhos, não consegue desenvolver a leitura, não consegue aprender...”</p>			<p>o com fonoaudiólogo (...) pra desenvolver mesmo da melhor forma a linguagem, a escrita, a leitura...</p> <p>“... essa coisa do acompanhamento comportamental é interessante porque, como os pais são despreparados! é o acompanhamento da criança mas a gente sabe que os pais vão ser orientados junto...”</p>	
<b>M4</b>	<p>“... as pessoas estão mais conscientes, estão procurando se informar mais (...) a mídia também a imprensa tem divulgado mais sobre o tema, então as pessoas tão ampliando os conhecimentos e isso ta fazendo com que mais casos</p>	<p>“... eu solicito um relatório pra escola, porque eu acho importante esse olhar da escola...</p>	<p>“Existem casos que antes da escola encaminhar a própria família já percebe que tem alguma alteração de comportamento, alguns sinais e</p>	<p>“... desde o início da infância, com 3-4 anos, são aquelas crianças mais inquietas, com dificuldade de ficarem sentadas (...) são crianças que atrapalham a aula, levantam e às vezes querem sair da sala</p>	<p>“... na maioria das vezes a escola consegue descrever bem os sinais e sintomas que a criança</p>	<p>“Quando a gente tem essas informações da escola e realmente a gente vê que são informações pertinentes. Porque a gente</p>	<p>“O tratamento é principalmente multimodal, ou seja, a criança tem quer acompanhada por um psicólogo (...) os pais também muitas vezes precisam</p>	<p>“... já foram feitos vários estudos mostrando (...) viu-se que o tratamento com a medicação foi superior ao tratamento sem a medicação, então realmente</p>

A Gestão Escolar na Sinalização do Aluno com Suspeita de PHDA

	<p>cheguem até o consultório e sejam diagnosticados.”</p>		<p>sintomas que podem sugerir um quadro de TDAH, então os pais marcam a consulta e trazem a criança pra avaliação”.</p>	<p>sem autorização do professor; em casa, aquela criança que sobe no sofá, sobe nas coisas, mesmo que os pais falam, elas não obedecem, crianças que tem dificuldade de organização dos materiais da escola (...) crianças que são mais esquecidas e esquecem onde colocam as coisas, perdem coisas com facilidade (...) não tem muita paciência, querem furar fila, não esperam a vez (...) se intrometem na conversa dos adultos (...) não conseguem ter aquela consciência que tem que esperar a pessoa terminar pra depois falar; são crianças que às vezes (...) antes de terminar a pergunta já dão a resposta, aquela atitude precipitada (...) crianças que às vezes não conseguem brincar normalmente e se envolvem em</p>	<p>manifesta no ambiente escolar, que aí vão nos ajudar realmente a elaborar um diagnóstico”.</p>	<p>também sempre faz uma comparação da criança na escola coma criança em casa e quando a gente vê que as características batem, ou seja, são semelhantes tanto no ambiente escolar quanto no ambiente domiciliar então a gente fica até mais confiante assim pra poder fechar um diagnóstico”.</p>	<p>receber um acompanhamento o domiciliar, nesse caso, também fazer uma terapia familiar, um acompanhamento o psicopedagógico também é importante (...) e o tratamento medicamentoso também é fundamental. No caso, a gente utiliza principalmente os psicoestimulantes, que são as medicações de primeira escolha. Alguns casos também a gente precisa do acompanhamento o com uma fonoaudióloga, quando a gente percebe que a criança tem alguma alteração da linguagem e</p>	<p>os benefícios são maiores que os efeitos adversos.</p>
--	---	--	---	---	---	--	---	---

A Gestão Escolar na Sinalização do Aluno com Suspeita de PHDA

				confusão em brincadeiras de grupo, são crianças que são mais intolerantes a frustrações...”			alguns casos também acompanhamento de terapia ocupacional, quando a gente que a criança ta com muita dificuldade de coordenação motor...”	
<b>M5</b>	“... um maior conhecimento dos profissionais da área de educação e da área de saúde...”	“60% vem pela escola, no mínimo, e sempre com relatório escolar (...) do professor, com as palavras dele mesmo sobre o comportamento, sobre o rendimento”.	“Existem muitos casos. As famílias geralmente (...) mais por volta dos 3-4 anos, de uma forma mais precoce, que é quando a hiperatividade é mais exacerbada. E a escola encaminha mais por volta dos 5-6 anos por conta do déficit de atenção que se torna proeminente”.	“... Hiperatividade, com TOD (Transtorno Opositor Desafiador) associado (...) déficit de atenção (mais meninas) (...) atraso da alfabetização (...) tumultua a sala, atrapalha bastante a professora (...) quando pequenos já é um bebê mais irritado, já é um bebê difícil, choroso, que com 3 anos ele se torna muito agitado (...) gera um transtorno familiar...”	“Se não tiver a ajuda da escola você não consegue fechar o diagnóstico. Até tá no DSM-V. Eu preciso ter o comprometimento na escola (...) a escola participa muito”.	“Quando tem esse laudo ajuda muito. Até porque, eu não posso fechar (...) porque eu preciso ter mais de dois ambientes (...) a esfera do comprometimento”.	“Multidisciplinar (...) não tem como ser um tratamento só medicamentoso. Os estudos já mostram que as crianças que usam só o psicoestimulante e sem o tratamento coadjuvante não têm a mesma resposta das crianças que tem o multidisciplinar junto. Então a gente precisa do apoio do psicólogo, do apoio do psicopedagogo,	“... super vale à pena, muda a vida dessas crianças assim por completo; a gente sabe que as comorbidades do TDAH são muito graves, na adolescência ele se torna muito grave, facilmente influenciável, porque o uso de substância é absurdo, em excesso, morte por acidentes, por causa do transtorno de conduta, depressão

A Gestão Escolar na Sinalização do Aluno com Suspeita de PHDA

						<p>do apoio do fonoaudiólogo (...) principalmente quando eu tenho um transtorno de aprendizado associado, uma dislexia, que é muito comum em quem tem TDAH...</p> <p>“Se eu pego uma criança com TDAH leve mas ela consegue com reforço escolar, com uma rotina, uma reeducação desse estudo sair –se bem e superar essa dificuldade dela, eu não começo psicoestimulante... mas esses leves nem chegam muito pra gente...</p> <p>“Também não começo de uma forma muito precoce (...) 6 anos, eu prefiro.</p>	<p>ocorre muito (...) então, pra mim, os psicoestimulantes são a salvação pra essas crianças”.</p>
--	--	--	--	--	--	---	--

A Gestão Escolar na Sinalização do Aluno com Suspeita de PHDA

							Às vezes, a gente até começa antes quando a hiperatividade é muito grave... antes do 5 eu prefiro muito mais optar pela terapia comportamental”.	
<b>M6</b>	<p>“Eu acho que houve um aumento da divulgação desse tipo de transtorno e hoje as pessoas tem acesso mais fácil à informação a respeito de transtornos psiquiátricos, no caso, esse é um transtorno neuropsiquiátrico, e buscam... a gente tem também pouco mais acesso a esses profissionais, não é ainda tão de acordo com a demanda, ainda deixa a desejar, mas já é bem melhor do que há uns 15 anos atrás, hoje você tem mais acesso ao psiquiatra, ao psiquiatra infantil, ao</p>	<p>“a maioria eu vejo que até tem vindo sem encaminhamento nenhum, sem encaminhamento escrito...  “Alguns casos chegam com um pedido escrito da escola (...) descrevendo já algumas alterações que a escola observa e me solicitando uma avaliação...  “É um relatório da escola. Cada escola tem o seu modelo”.</p>	<p>“Outras vezes, os pais acham, ninguém da escola nem falou, mas os pais acham que é aquilo que o filho tem e já vem com a expectativa de que vão sair daqui com uma receita pra resolver o problema de imediato”.</p>	<p>“São crianças que tem um comportamento muito inquieto, (...) elas entre aspas atrapalham o andamento da aula, porque ou elas conversam muito, ou elas levantam pra trás e mexem com os coleguinhas (...) outro tipo que é o predominantemente desatento (...) vai ter um predomínio dos sintomas de desatenção, não vai ser uma criança que atrapalha a aula, mas essas são as que demoram mais pra</p>	<p>“eu acharia melhor se a coisa viesse documentada, mais fundamentada, quando você escreve exige já de você que você tenha uma fundamentação para escrever aquilo ali. Muitas vezes foi sugerido por um</p>	<p>“Eu não acho que seja mais freqüente eu confirmar um diagnóstico. Eu sempre vou fazer as primeiras avaliações isenta daquelas informações, vou utilizar, mas não vão me induzir ao diagnóstico”</p>	<p>Na minha prática, ele (o tratamento) não tem que ser sempre medicamentoso. Vai depender do grau de comprometimento que eu vou observar nessa criança a nível de relações interpessoais: família, escola e com os amiguinhos (...) se a intensidade dos sintomas for muito grande, já comprometendo rendimento escolar, levando</p>	<p>“Se a gente tá seguindo aquele critério que eu te falei, do grau de comprometimento na vida dessa criança, principalmente, três aspectos, que é o interpessoal, o escolar e o social, aí eu acho que (o benefício da medicação) supera. Eu, como médica, vou ajudar ao máximo essa criança se adaptar ao</p>

A Gestão Escolar na Sinalização do Aluno com Suspeita de PHDA

	<p>neuropediatra , então primeiro tem que admitir que houve uma maior oferta de informação, as pessoas estão tendo mais acesso, mas por um outro lado, as pessoas estão valorizando muito mais, estão confundindo, eu acho, assim qualquer tipo de alteração de comportamento na criança, alguns que são até muito comuns, que são normais em determinadas faixa etárias, e aí as famílias (...) eu percebo que elas tem tido menos estrutura pra educar uma criança, então elas já querem que o outro resolva, às vezes por um comportamento agitado mesmo, ansioso, mas que ta sendo produzido ali pelo meio, por uma situação que a criança tá vivendo, seja na família ou seja na escola, e aí já querem dar logo um rótulo numa ilusão de que</p>			<p>serem diagnosticadas (...) às vezes ela passa até como uma criança que tem um coeficiente de inteligência baixo. Esses casos eu não me lembro de ter recebido um encaminhamento da escola. Parece que a escola tende a encaminhar mais quando eles têm sintomas de hiperatividade”.</p>	<p>profissional da escola e a mãe procura a gente, os pais procuram, mas sem nada escrito...”</p>		<p>a um isolamento social, porque as outras crianças ou os outros parentes se afastam daquele ali, e a família fica com uma dificuldade grande, aí sim, eu vou medicar (...) se esse grau de comprometimento for pequeno, eu vou indicar primeiro um tratamento em psicoterapia com um psicólogo (...) tanto a terapia comportamental como a psicanálise também (...) na maioria dos casos, eu vou pedir um acompanhamento o psicopedagógico também”.</p>	<p>medicamento”.</p>
--	--	--	--	--	---	--	---	----------------------

A Gestão Escolar na Sinalização do Aluno com Suspeita de PHDA

	esse rótulo e um remédio que venha com esse rótulo vá resolver”.							
<b>FONO</b>	<p>“Eu acredito que existe uma falha muito grande no processo de diagnóstico do TDAH porque as características apresentadas por este paciente, à inquietação, a desatenção, as questões escolares (...) também são compartilhadas por outras patologias e hoje a gente não vê um diagnóstico diferencial pra eliminação dessas outras patologias (...) pra, descartando essas alterações, poder concluir que realmente aquela criança tem sim um (...) transtorno de déficit de atenção e hiperatividade...”</p>	<p>“quando a escola encaminha, ela tem o hábito de encaminhar direto ao neurologista (...) quando vem pra mim enquanto fono, normalmente vem do neurologista (...) as poucas vezes que vem direto da escola, vem um relatório com uma queixa normalmente vinculada à dificuldade de leitura, escrita e interpretação (...) quando vem só hiperatividade, sem a desatenção, vem mais as questões comportamentais e aí, por conta disso, é encaminhado pra psicologia...”</p> <p>“vem um relatório que falta informação, um relatório que poderia ser muito mais abrangente, muito mais específico...”</p> <p>“eles encaminham características sociais dessa criança, como que</p>	<p>“é a menor porção que eu tenho, mas existe (...) normalmente é a família que já me conhece, ou que conhece alguém que já tratou, que foi encaminhado por uma família que já passou por mim (...) normalmente a pessoa chega com um quadro: ‘acho que meu filho tem hiperatividade, acho que ele tem déficit de atenção’, baseado no consenso comum...”</p>	<p>“... tanto as questões auditivas quanto as visuais podem gerar esses sintomas de desatenção, de inquietação motora, de tempo de memória curto, e agente tem que considerar também (...) a desatenção de origem auditiva ou de origem visual? Tem essas duas coisas que coexistem pra gente aprender...”</p> <p>“quando há realmente uma hiperatividade por transtorno neurológico, a gente tem uma deficiência de neurotransmissor na região pré-frontal do lobo frontal, então existem testes específicos que a gente verifica o funcionamento dessa região (...) quando a gente testa crianças que estão dentro da</p>	<p>“... a escola hoje também trabalha com senso comum (...) infelizmente, a formação pedagógica hoje não contempla áreas importantes de formação do profissional da pedagogia (...), por exemplo, (...) o funcionamento cerebral pra aprendizagem (...) e aí hoje</p>	<p>“Da forma como vem, normalmente o diagnóstico não é fechado como TDAH.”</p>	<p>“... o processo de terapia ou de intervenção medicamentosa se for o caso, porque existem sim os pacientes que precisam de integração medicamentosa, mas na grande maioria que tem chegado pro consultório, não; não precisa...”</p>	<p>“Quando o paciente realmente tem uma disfunção desta região (pré-frontal) precisa sim o uso do medicamento...”</p> <p>“eu entendo o uso do medicamento como durante um período específico, pra que ele seja um coadjuvante, um importante coadjuvante no processo terapêutico, porque a medida que a gente junta o medicamento que vai fazer a regulação de neurotransmissores e tudo mais com a terapia, a gente</p>

A Gestão Escolar na Sinalização do Aluno com Suspeita de PHDA

		<p>ele interage com a professora, com os demais alunos, as questões comportamentais: se é uma criança afetiva, se não é afetiva, se é uma criança que colabora ou não com as atividades; e traz poucas informações com relação ao processo de aprendizagem que esta criança vem, já passou (...) vem pontual: dificuldade de leitura e escrita, dificuldade de interpretação...”</p>		<p>normalidade e tem falhas, por exemplo, no processamento auditivo, no processamento visual e que são corrigíveis; ao corrigir, a criança pára com toda essa sintomatologia que antes ela apresentava”.</p>	<p>acontece muito antecipação de processos educacionais numa faixa etária que não tem desenvolvimento neurológico completo pra absorver aquele estímulo...</p> <p>“... normalmente a escola me manda um relatório dizendo que ele (o aluno) não sabe fazer e que ele tem dificuldade, mas ela não me diz o que ele tem facilidade</p>		<p>consegue fazer novas ligações sinápticas que vão tornar desnecessário o uso do medicamento.”</p>
--	--	--	--	--	---	--	---

A Gestão Escolar na Sinalização do Aluno com Suspeita de PHDA

					e nem me diz (...) o que a escola espera dele naquela faixa etária.”			
<b>PSI</b>	<p>“... Eu vejo que existe uma dificuldade muito grande, de um modo geral vem das escolas, de lidar com comportamentos que são, entre muitas aspas, indesejados ou que são inadequados (...) acaba-se já, na própria escola já criando um falso diagnóstico (...) e isso é passado pra família, e a família vai atrás e acabam indo em vários profissionais que vão dando um diagnóstico, que confirmam um diagnóstico, às vezes sem mesmo fazer uma avaliação a fundo e receitando medicações que não auxiliam em nada, né, só mascaram uma situação que pode ser resolvida com outras intervenções. Então, na minha</p>	<p>“a maioria dos meus casos, eles vem depois de irem num neuro (...) já estão tomando remédio (...) eles já vem aqui depois disso tudo...”</p> <p>“existe muito mais uma busca nossa pela escola, a gente vai até a escola pra tentar mediar, pra tentar orientar, do que o contrário, né?”</p> <p>“... normalmente não me vem encaminhamento, não. Quando vem, vem do médico.</p> <p>“Se a gente pedir, aí eles (a escola) fazem um relatório (...) não existe não um padrão específico.”</p>	<p>“Quando a família vem, eu vejo é quando, é uma coisa que é bem no início do desenvolvimento da criança (...) quando a criança já está maior, em idade escolar, procuram por conta da escola...”</p>	<p>“a gente sabe da inquietação, de uma dificuldade muito grande de se regular (...) cada criança tem o seu tempo e o seu desenvolvimento e vai apresentar isso da sua maneira.”</p>	<p>“... é o que eles vêm pra eles aquilo tá disfuncional, de alguma maneira, isso é um pedido de socorro, eles não tão conseguindo lidar...”</p>	<p>“... claro que tem fundamento; a busca da escola tem um fundamento porque de alguma maneira tá tendo um comportamento o disfuncional, não necessariamente uma hiperatividade, né? Normalmente, não é uma hiperatividade, mas é uma dificuldade de se autorregular, que tem a ver com comportamento o hiperativo. São coisas</p>	<p>“... em qualquer transtorno, a gente precisa olhar mais pro ser humano e menos pro diagnóstico (...) se é o que for (...) muito além do diagnóstico tem uma pessoa, que certamente tá vivendo algum sofrimento, e é pra isso que a gente precisa de enxergar...”</p> <p>a gente precisa de uma conversa melhor com esses profissionais que passam remédio deliberadamente, um trabalho</p>	<p>“Eu não sou contra a medicação, de forma alguma, desde que ela seja administrada pra quem realmente precisa. Porque quando ela é administrada pra quem não precisa, ela não vai ajudar, ela vai atrapalhar muito mais do que ajudar.</p> <p>“... existem casos que é preciso sim, que os prejuízos que a pessoa tem sem a medicação são muito maiores, então</p>

A Gestão Escolar na Sinalização do Aluno com Suspeita de PHDA

	<p>opinião é uma tendência a padronizar todo mundo, querer todo mundo como se fossem bonequinhos de corda...”</p>					<p>muito parecidas...”</p>	<p>em conjunto é muito mais bacana, então talvez uma equipe multidisciplinar (...) seria o ideal...”</p>	<p>precisa sim. Mas tem casos que não precisa, e o grande problema de hoje, são muitos casos que não precisam sendo medicados, aí não vale a pena.”</p>
--	---	--	--	--	--	----------------------------	--	---