

Representação de TDAH em meninos diagnosticados com o transtorno*

ADHD representation in boys diagnosed with the disorder

Representación del TDAH en niños diagnosticados con dicho trastorno

*Virginia Effgem***

*Claudia Broetto Rossetti****

Resumo

Esta pesquisa de caráter qualitativo descritivo busca investigar a representação do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) de meninos diagnosticados com o transtorno em situações por eles vividas. As principais características do TDAH são: desatenção, hiperatividade e impulsividade; sintomas que costumam afetar o desempenho acadêmico e os relacionamentos familiares e sociais dessas crianças. O diagnóstico geralmente é realizado a partir do relato dos pais e dos professores e de uma avaliação multidisciplinar na área da saúde, mas sem que se ouça a criança durante o processo. Participaram do estudo 20 meninos, com idades entre nove e 11 anos, diagnosticados com TDAH, já em tratamento. Metodologicamente, utilizou-se entrevista semiestruturada e histórias em quadrinhos como instrumentos. Como resultado, nota-se que meninos com TDAH apresentam relacionamentos de amizade positivos; cerca de 95% (n=19), tomam medicamentos para tratamento do TDAH e não possuem uma rotina organizada para suas atividades. A pesquisa nos levou a perceber que, de fato, a criança não participa ativamente do processo de diagnóstico e tratamento do TDAH em nosso meio.

Palavras-chave: TDAH; Crianças; Diagnóstico; Tratamento.

* Artigo elaborado a partir de Dissertação de Mestrado. Apoio Financeiro: Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Espírito Santo - FAPES.

** Universidade Federal do Espírito Santo - UFES, Mestre em Psicologia pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo. E-mail: virginia.eggem@gmail.com

*** Universidade Federal do Espírito Santo - UFES, Doutora pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. E-mail: cbroetto.ufes@gmail.com

Abstract

This qualitative and descriptive study aims to investigate what the Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD) represents to boys diagnosed with the disorder in the situations they are faced with. The main characteristics of ADHD are: lack of attention, hyperactivity and impulsiveness; symptoms that usually affect the child's academic performance and his social and family relationships. The diagnosis is usually based on the account of parents and teachers and an interdisciplinary evaluation in the health area; however without hearing the child during the process. Twenty boys between the ages of nine and eleven, previously diagnosed with ADHD already under treatment took part in the study. The methodology used included semi-structured interviews and comic strips as instruments. As a result it's possible to observe that boys with ADHD present positive relationships with friends. Around 95% (n=19), take medication for ADHD treatment and do not have an organized routine for their activities. The study shows that, indeed, the child does not take part actively in the process of diagnosis and treatment of ADHD in our context.

Keywords: ADHD; Children; Diagnosis; Treatment.

Resumen

Este estudio de carácter cualitativo y descriptivo, tiene como finalidad investigar la representación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en niños diagnosticados con dicha enfermedad en situaciones vividas por ellos. Las características principales del TDAH son: déficit de atención, hiperactividad e impulsividad; síntomas que suelen afectar el desarrollo del aprendizaje, las relaciones familiares y sociales de los niños. El diagnóstico por lo general es realizado a partir del relato de los padres, de los docentes y por una evaluación multidisciplinar en el área de la salud, sin embargo, en todo este procedimiento, los niños no son escuchados. Participaron del estudio veinte niños, con edades entre nueve y once años, diagnosticados con el TDAH que ya se encontraban en tratamiento. Metodológicamente, fue utilizado como instrumentos la entrevista semiestructurada y tanto historietas como tiras cómicas. Como resultado, percibimos que los niños con TDAH presentan relacionamientos con amistades positivas; cerca del 95% (n=19) hacen uso de fármacos para su tratamiento y no poseen una rutina estructurada para sus actividades diarias. Esta investigación expuso que realmente los niños no participan activamente del proceso diagnóstico y tratamiento del TDAH en nuestro ambiente.

Palabras clave: TDAH; Niños; Diagnostico; Tratamiento.

INTRODUÇÃO

De acordo com Sternberg (2010), o transtorno de atenção foi descrito inicialmente pelo psiquiatra alemão Heinrich Hoffman (1809-1894), quando às primeiras descrições de transtornos hipercinéticos eram atribuídos nomes como *lesão cerebral mínima* e *disfunção cerebral mínima*. Tais nomenclaturas se modificaram ao longo dos anos, atualmente sendo mais aceito referir-se a Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) (Rohde, Barbosa, Tramontina & Polanczyk, 2000).

Segundo o DSM-V (APA, 2014; Rotta, 2016), o TDAH possui como características principais o padrão constante de desatenção, hiperatividade e impulsividade. Trata-se de transtorno de ordem multifatorial que combina fatores hereditários e ambientais, responsáveis pelos seus sintomas (Rizzutti, 2012; Rotta, 2016). A prevalência entre parentes pode ser aumentada de 2 a 10 vezes do que na população em geral (Rizzutti, 2012). De acordo com Segenreich, Castro e Nessimian (2015), o TDAH possui alto índice de herdabilidade. Aproximadamente 5% da população infantil e 2,5% da população adulta possui TDAH, sendo seu diagnóstico predominante em meninos (Rizzutti, 2012). Os sintomas devem aparecer antes dos 12 anos de idade e precisam se manifestar em pelo menos dois ambientes diferentes como escola, casa ou trabalho, sendo necessária a participação de pessoas próximas durante o processo de diagnóstico para a sua identificação (APA, 2014). A colaboração da família e dos professores é fundamental durante a coleta dessas informações (Gomes, Palmini, Barbirato, Rohde, & Mattos, 2007).

O diagnóstico de TDAH é clínico e fundamentado na combinação de sintomas antigos e atuais da criança. Condemarin, Gorostegui e Milicic (2006), sugerem que os processos de avaliação e diagnóstico passem pelas seguintes etapas fundamentais para a investigação: acolher a história relatada pelos pais, realizar anamnese, esclarecer o motivo da consulta e identificar a forma e frequência com que os sintomas se manifestam.

Segundo Gomes, Palmini, Barbirato, Rohde e Matto (2007), a participação de outras especialidades no processo de avaliação é necessária em várias situações: exame médico geral, avaliações neurológica, psiquiátrica,

neuropsicológica, psicológica, psicopedagógica e escolar. Logo, o diagnóstico depende da experiência de profissionais da área de saúde para realização da avaliação clínica e correta interpretação dos resultados das escalas utilizadas.

A literatura na área enfatiza que os sintomas do TDAH podem afetar o desempenho acadêmico e os relacionamentos familiares e sociais (APA, 2014; Gattás, 2012; Mattos, 2015; Rohde, Miguel, Benetti, Gallois, & Kieling, 2004). Do ponto de vista cognitivo, essas crianças apresentam maiores dificuldades escolares em comparação com seus colegas devido às funções cognitivas afetadas, que envolvem a atenção, memória e funções executivas (Ohlweiler, 2016; Santos, 2004; 2012; 2015). Do ponto de vista social, Capelatto (2013) indica que crianças com TDAH possuem maiores dificuldades em fazer e manter amizades devido aos problemas de relacionamento que podem apresentar. De acordo com Sena (2009) e Sena e Souza (2010), os relacionamentos interpessoais desempenham papel importante no desenvolvimento humano e essas interações podem influenciar no comportamento de crianças com o TDAH. Ainda segundo Sena (2009), as relações de amizade oportunizam à criança revelar-se em um ambiente afetuoso e íntimo, que favorece o crescimento de sua sensibilidade interpessoal e o aumento de autoestima.

Crianças com TDAH precisam participar dos processos de diagnóstico e tratamento do transtorno. No entanto, percebe-se que ainda não têm conhecimento sobre o transtorno e sua representação em situações do dia a dia. A presente pesquisa teve como objetivo investigar a representação de TDAH em meninos entre nove e 11 anos diagnosticados com o transtorno. Buscou-se identificar o conhecimento que têm sobre características de TDAH, sobre como lidar com seu transtorno e identificar aspectos afetivos, cognitivos e sociais vivenciados por crianças com TDAH.

MÉTODO

Participantes e Local

Participaram da pesquisa 20 meninos entre nove e 11 anos diagnosticados com TDAH e em tratamento especializado. Foram excluídas crianças com o transtorno e que possuíam alguma condição neurológica grave, sem condições visuais e auditivas mínimas. A coleta de dados realizou-se em cinco locais diferentes da Região Metropolitana de Vitória - ES, entre eles: clínica-escola de uma universidade privada em Vila Velha; ambulatório de pediatria de hospital público em Vitória; dois consultórios particulares em Vitória e entidade filantrópica em Vitória. Os participantes foram contatados no dia de suas consultas, sendo a coleta dos dados realizada em sala disponível no local.

Instrumentos

Utilizaram-se dois instrumentos distintos: três histórias em quadrinhos e um roteiro de entrevista semiestruturada. As histórias em quadrinhos foram desenvolvidas especialmente para a pesquisa e apresentavam para as crianças situações de conflito de meninos com idade aproximada às deles abordando: o ambiente familiar, o uso de medicamentos e as dificuldades escolares (Figuras 1, 2 e 3).



Figura 1. Felipe em: A Família.



Figura 2. Lucas em: A medicação.



Figura 3. Pedro em: A escola.

Elaborou-se o roteiro de entrevista visando abordar os assuntos: motivo pelo qual faziam consultas; com quais profissionais faziam acompanhamento e o que faziam nas consultas; há quanto tempo eram atendidos; o que mais e menos gostavam no local de atendimento; se sabiam dizer o que era TDAH; se tomavam algum medicamento e, em caso afirmativo, qual era essa medicação; quantas vezes os tomavam ao dia; o que tinham mais facilidade ou dificuldade em fazer e como se sentiam sobre isso; com quem gostavam de brincar e onde brincavam; se tinham amigos; o que faziam quando estavam em casa e como era um dia de semana e um de final de semana rotineiro.

A pesquisa obteve parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Espírito Santo, registrado sob número 1.345.362 CEP/UFES.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre os 20 meninos entrevistados oito possuíam nove anos, cinco possuíam 10 anos e sete contavam 11 anos de idade, todos matriculados regularmente em uma instituição de ensino.

Como forma de análise, as respostas dos participantes foram agrupadas por categorias, seguidas de subcategorias. Por meio dos resultados obtidos foi possível organizar as respostas a partir de três grandes eixos, trabalhados principalmente nas histórias em quadrinhos: família, medicação e escola. Trabalharam-se primeiramente as perguntas das entrevistas que não estão diretamente relacionadas com as histórias em quadrinhos, por essa razão, estas serão apresentadas separadamente.

Inicialmente, perguntou-se às crianças: “Você sabe o que vem fazer aqui no ambulatório/hospital? Se sim, o que?”. Para esta pergunta elaborou-se a categoria “Motivo”, geradora de duas subcategorias, “Sabe o motivo” (20%; n= 4) e “Não sabe o motivo” (80%; n= 16) das consultas. Os entrevistados responderam: “*Aham. Porque eu tenho dislexia e ela tem que passar o remédio*” (participante 16); “*Fazer consulta (...) Hiperatividade*” (participante 18). O trabalho de Brzozowski e Caponi (2009) indica que os pais de crianças com TDAH acreditam que seus filhos não sabem os motivos das consultas. Bilhar (2010) e Carim e Barbirato (2015) mostram a importância da informação e da participação da criança durante todo o processo para que haja maior adesão ao tratamento e fortalecimento da confiança na equipe.

De acordo com as respostas dadas pelos participantes para a pergunta: “Com quais médicos você se consulta?”, que corresponde à identificação dos profissionais com quem a criança faz acompanhamento, foi possível elaborar a categoria “Profissionais” e separá-la de acordo com as subcategorias: “Reconhece” (25%; n= 5) e “Não reconhece” (75%; n= 15) fazer acompanhamentos com médico, psicólogo e psicopedagogos. Mais da metade da amostra indica não reconhecer os profissionais com quem faz atendimento. Visto a necessidade de participação da criança, essa situação poderia se modificar caso houvesse reuniões de apoio e maior informação sobre o transtorno aos pais e crianças, abordando o diagnóstico e as formas de tratamento.

Elaborou-se a categoria “Consulta” a partir da pergunta: “O que vocês fazem nas consultas?”, quando a criança descreveu tais momentos. A partir da análise das respostas foi possível separá-las em três subcategorias: “Brincadeiras”, relacionada a jogos e desenhos durante as sessões (25%;

n= 5); “Conversa”, relatando a interação com o profissional (55%; n= 11) e “Nada” em referência ao profissional que se dirige apenas ao responsável pela criança durante as sessões (20%; n= 4).

Alguns participantes responderam para a subcategoria “Brincadeira”: “(...) Alguns jogos e tem vez que ela passa algumas coisas de escrever, algumas atividades” (participante 04); “Eu trabalho minhas emoções (...) A gente faz... É... Atividades. (...) É... Eu desenho algumas vezes para umas histórias...” (participante 05). Por meio das falas dos participantes percebemos atividades realizadas no campo da terapia cognitivo-comportamental, ajudando essas crianças no processo de enfrentamento das dificuldades e organização de suas emoções. Já para a subcategoria “Conversa”, os participantes responderam: “Ela conversa com a minha mãe e às vezes comigo” (participante 17); “Entrevista, ela fica perguntando um monte de coisas pra mamãe e pra mim” (participante 14). Nesse caso, as crianças realizavam acompanhamento exclusivamente com médicos neurologistas que, de acordo com a maioria dos participantes, perguntavam apenas sobre como era o rendimento escolar e seu comportamento em casa.

Já para a subcategoria “Nada” os entrevistados responderam: “Conversa. Na verdade, minha avó que conversa com ela e não eu. Bem, minha avó fica conversando com ela e eu fico lá quieto” (participante 18), enfatizando as consultas direcionadas ao responsável pela criança. De acordo com estudo realizado por Barbarini (2011), durante os processos de diagnóstico e tratamento a criança tende a ser mera expectadora da situação, vide resposta do participante 18. Mesmo havendo profissionais que conversem com os entrevistados, tais conversas não se aprofundam na vida da criança, o que nos leva a refletir sobre o nível de envolvimento que a criança possui em todo o processo. Os relatos dos participantes indicam que as abordagens utilizadas por alguns profissionais poderiam ser modificadas, direcionando algumas perguntas para a criança e fazendo com que ela seja parte ativa nesse processo.

Elaborou-se a categoria “Tempo” a partir da pergunta: “Há quanto tempo você vem aqui no ambulatório?”, referindo-se ao tempo que faz acompanhamento no local de atendimento. As respostas dos participantes foram separadas nas subcategorias: “Muito tempo” referente a mais de um

ano (50%; n= 10); “Pouco tempo” para acompanhamentos com menos de um ano (35%; n= 7) e “Não sabe” (15%; n= 3). Estudo realizado por Folquitto e de Souza (2015) sobre as crenças relativas ao tempo em crianças com TDAH ajuda a compreender porque tiveram dificuldades em determinar o tempo em que já estavam em tratamento. Neste estudo, crianças com TDAH e em faixa etária semelhante ao da presente pesquisa tendem a ter mais dificuldade em reproduzir, estimar e precisar o tempo. Situação que nos faz pensar nos problemas de organização e conclusão de tarefas em tempo determinado vivenciado por crianças com o transtorno.

A categoria “Atividades que mais gosta” foi elaborada a partir da pergunta: “O que você mais gosta de fazer aqui?”, considerando o local de atendimento. Resultaram as subcategorias “Gosta”, se referindo às pessoas do local e/ou brincadeiras que realizavam no pátio ou durante as sessões (80%; n= 16); “Procedimentos”, com relação às atividades da área da medicina durante a consulta (10%; n= 2) e “Nada” (10%; n= 2) quando relatavam não gostar de nenhuma atividade no local.

Especificamente na subcategoria “Gosta”, seguiu-se exemplo de resposta dada pelo participante 02: *“O que eu mais gosto aqui?... São as tias da sala”*. Nota-se que o participante gosta da companhia da psicóloga com quem faz acompanhamento. Outros participantes gostam de ir ao local de atendimento para brincar com outras crianças enquanto esperam a consulta. Quanto à subcategoria “Procedimentos”, uma das crianças menciona: *“O que eu mais gosto é de fazer aqueles negócios que o doutor... que a doutora fez, que bota o negócio aqui e aberta”* (participante 07), referindo-se ao aparelho que afere a pressão arterial. Outras crianças relataram achar divertidos os exames realizados por médicos ou a prescrição de medicamentos. Na subcategoria “Não Gosta”, as crianças relataram não gostar de nada no local.

Com o objetivo de identificar o que a criança menos gosta, perguntou-se: “O que você menos gosta de fazer aqui?”, sendo elaborada a categoria “Atividades que menos gosta” de realizar no local de atendimento. As subcategorias elaboradas foram: “Esperar” (30%; n= 6), relatada pela maioria das crianças *“Porque aqui é chato! Porque se a gente chegasse e marcasse a hora certa tudo, tivesse pronto, aí ia ser mais legal”* (participante 12), o

que indicia a necessidade de planejamento para receber todas as famílias atendidas nas consultas, promovendo maior satisfação no tratamento para as crianças; “Procedimentos” (20%; n= 4) como “Quando o médico passa remédio” (participante 08); “Nada” (15%; n= 3), “Consultar” (10%; n=2) e “Outros” (25%; n= 5), onde o participante 09 relata: “*Tem duas coisas que eu não gosto. Um inseto e outra coisa. Só que eu esqueci*”, em referência aos insetos que encontra no local de atendimento. No local citado pela criança há condições na estrutura que favorecem a entrada de insetos, que causam dispersão e desconforto aos pacientes. Mudanças em questões da estrutura física e grupos de sala de espera poderiam realizar-se a fim de melhorar o conforto e tornar o ambiente mais acolhedor para a família e, principalmente, para a criança com TDAH.

Outra pergunta da entrevista inquiriu: “Você saberia me dizer o que é o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade?”. A partir dessa pergunta elaborou-se a categoria “Transtorno”, havendo respostas positivas e negativas separadas por “Sim” (30%; n= 6) e “Não” (70%; n= 14). A resposta dos participantes para essa pergunta confirma os resultados obtidos à primeira pergunta discutida, em que não sabem dizer o que vêm fazer no local de atendimento. O participante 07 resume TDAH como: “*Dificuldade. Eu acho. (...) É... negócio que você aprender... sei lá... (...) De ler, de escrever e de... e de saber o quê que é matemática e português*”.

Foram encontrados estudos que objetivam conhecer a compreensão de professores e familiares sobre o que seria TDAH (Coutinho, Mattos, Schmitz, Fortes & Borges, 2009) e encontrou-se, inclusive, estudo referente à compreensão de adultos com o transtorno (Luccia, 2014). No entanto, não foram encontrados estudos que investiguem o assunto junto a crianças. É de relevante importância que crianças sejam questionadas sobre o transtorno e seus sintomas, pois quanto mais conhecimento possuírem e participativos forem, melhor será todo o processo. Novas possibilidades de interação e intervenção ocorrem a partir do momento em que se inclui a criança neste processo, envolvendo-a e levando-a a aderir ao tratamento quando suas dúvidas são sanadas.

Como proposto anteriormente, analisaram-se os eixos Rotina, Medicação e Escola, relacionando as respostas dadas pelos participantes

diante das histórias em quadrinho e das entrevistas. Em “Felipe em: A família”, primeira história em quadrinhos apresentada aos participantes, abordou-se o eixo Rotina onde foi possível criar a categoria “Atitude”, que se refere às respostas dos participantes sobre a atitude que deve ser tomada pelo personagem da história. Tal categoria foi dividida em duas subcategorias, “Arrumar” (95%; n=19) e “Brincar” (5%; n=1), a primeira se refere às respostas das crianças que indicam que antes de ir brincar o personagem deve arrumar o quarto e cumprir com as responsabilidades: *“Arrumar o quarto. (...) Porque primeiro você faz as suas obrigações e depois se diverte”* (participante 05); a subcategoria “Brincar” privilegia o lazer: *“Arrumar... é, assim que a mãe estiver distraída, pular a janela e ir embora. (...) Por ‘causo’ que vai demorar muito”* (participante 18). A maioria dos participantes parecia dar respostas automáticas, enquanto que o participante 18 aparentou dar sua opinião, o que gostaria de fazer caso estivesse no lugar do personagem, demonstrando ainda certa impaciência em ter que cumprir suas responsabilidades.

Para a pergunta “Com quem você brinca?” foi possível elaborar a categoria “Lazer”, relacionada às pessoas com quem a criança brinca. A partir das respostas criaram-se as subcategorias “Vizinhos” (25%; n= 5), “Colegas” (50%; n= 10), “Famíliares” (20%; n= 4) e “Sozinho” (5%; n= 5). De acordo com Bastos, Missawa e Rossetti (2015), é no brincar que a criança desenvolve aspectos afetivos, cognitivos e sociais. Na atual pesquisa podemos perceber que a grande maioria das crianças gosta de brincar com colegas de escola, vizinhos e familiares, como irmãos e primos, considerados seus amigos, assunto que será abordado adiante.

Para a pergunta “Você gosta de brincar de quê? Onde você brinca?” foi elaborada a categoria “Brincadeiras”. A primeira subcategoria, “Ar livre”, corresponde às brincadeiras que a criança desempenha em locais abertos; já a segunda subcategoria, “Diversa”, engloba brincadeiras que podem ser realizadas ao ar livre e jogos eletrônicos. Percebemos que 100% (n=20) dos entrevistados gostam de brincadeiras ao ar livre, no entanto 35% (n= 7) relatam que além de brincadeiras ao ar livre gostam de utilizar jogos eletrônicos em suas brincadeiras. Mais da metade preferem atividades ao ar livre, como evidenciado no trabalho de Sena (2009) e de Rossetti e Souza

(2005), realizados com crianças e adolescentes com desenvolvimento típico e que mostram que meninos sem o transtorno também têm preferências por brincadeiras ao ar livre, ou seja, entre crianças com e sem o transtorno existe afinidade entre as brincadeiras preferidas.

Com a pergunta “Você tem amigos?” foi possível criar a categoria “Amigos”, que se refere ao círculo de pessoas com quem gostam de estar e possuem uma relação de confiança e amizade. As respostas foram separadas em “Sim” e “Não”. Percebe-se que colegas da escola, vizinhos e familiares, como irmãos e primos, fazem parte do círculo de amizade das crianças. No caso, 95% (n=19) das crianças relataram possuir amigos. Na resposta negativa, a única criança que relata não ter amigos diz não ter confiança nas pessoas: *“Não. Nesse mundo não tem amigos mais. Só colega. Porque nesse mundo não pode confiar em ninguém! Tudo pra mim é ‘Falsiane’.* *Só meu pai, minha mãe e meu padrasto eu confio. Só confio neles. Mas se vacilar uma vez... ‘cabou!’ (...) Você confia na pessoa e você conta seu segredo, depois ela vai e conta. Falsa. Pessoa falsa”* (participante 12).

Crianças com TDAH possuem, em geral, mais dificuldades em manter laços de amizade devido a seus sintomas (Bastos, Missawa & Rossetti, 2015) e, de acordo com Sena (2009), Sena e Souza (2010; 2013) e Capelatto (2013), 50% das crianças com TDAH apresentam dificuldades em manter um relacionamento de amizade com colegas de classe. No entanto, o resultado da presente pesquisa vai de encontro ao mencionado acima, mostrando que a maioria das crianças entrevistadas possui relações de amizade. Estudos realizados por Bastos, Canal e Queiroz (2015) mostram ainda que trocas sociais em meninas com indícios de TDAH são satisfatórias ao que é esperado para a faixa etária. Sena (2009) estudou sobre relações de amizade em crianças com TDAH e evidenciou que os participantes, de nove anos de idade, indicaram manter uma relação de amizade com colegas de sala de aula. Seu estudo mostra também que não houve diferença nas relações de amizade, tanto de crianças com TDAH quanto as sem o transtorno. Na presente pesquisa pode-se perceber que 95% dos meninos entrevistados afirmam manter um alto índice de laços de amizade, corroborando os dados encontrados na literatura.

Foi possível criar a categoria “Casa” para a seguinte pergunta: “O que você faz quando está em casa?”. Agruparam-se as seguintes subcategorias: “Responsabilidades”, 15% (n= 3) das respostas, na qual o participante relata que no momento em que está em casa estuda e pratica atividades que ajudam no funcionamento da casa, como lavar as louças; “Tempo livre”, 55% (n= 11) das respostas mencionam apenas atividades relacionadas às brincadeiras, assistir televisão, brincar com amigos, dormir e visitar pessoas que gostam junto com a família; para a subcategoria “Associado”, 30% (n= 6) das crianças realizam atividades encontradas nas duas subcategorias anteriores.

Na subcategoria “Responsabilidades” um participante respondeu: *“Lavo vasilha, jogo videogame, lavo o banheiro, levo meu cachorro pra passear e dou banho nele. E passo pano na casa e varro”* (participante 15). Para a subcategoria “Tempo livre”, os meninos responderam: *“Jogo videogame, chamo minha segunda avó pra tomar banho de maré...”* (participante 13), enquanto que na subcategoria “Associado” as respostas compreenderam: *“Brinco no celular ou tablet ou desço pra brincar. Faxino meu guarda roupa”* (participante 16). Pode-se perceber com os resultados que 45% dos entrevistados conciliam atividades de lazer com responsabilidades. Com relação à rotina da criança, estudo realizado por Machado (2012), na área de educação física, teve como objetivo descrever e comparar a rotina de atividades infantis da criança com e sem TDAH no contexto familiar. No entanto, a metodologia contemplou pais e responsáveis, não havendo participação das crianças em nenhuma das fases da pesquisa.

A categoria “Rotina” foi elaborada a partir da pergunta: “Você poderia me dizer como é um dia de semana típico seu?”. Nesta categoria, a criança relata o que faz quando está em casa e atividades que faz durante dias de semana. Foram criadas duas subcategorias, “Contam o que fazem” e “Não sabem explicar”. Para a primeira, a criança conta com alguns detalhes como é sua rotina no dia a dia; já na segunda subcategoria, não relataram suas atividades e/ou não deram muitas informações. Dos meninos entrevistados, 75% (n= 15) souberam contar sobre sua rotina e 25% (n= 5) não souberam explicá-la. Durante a entrevista notou-se que grande parte dos entrevistados não sabia diferenciar dias de semana e dias de final de semana. Notou-se

também que a maioria das crianças não seguia uma rotina estruturada, como recomendado em casos de crianças com TDAH. Essa condição poderia ser mudada, caso houvesse uma abordagem a essas famílias e à criança, oferecendo maior suporte e orientação quanto ao processo de tratamento.

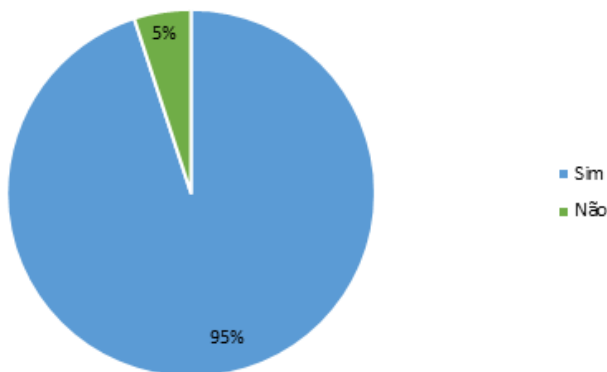
Na segunda história em quadrinhos apresentada aos participantes, “Lucas em: A medicação”, foram analisados aspectos que envolvem medicamentos. A partir da tirinha elaborou-se a categoria “Cuidado”, que descreve a opinião do participante sobre a melhor maneira para cuidar da agitação do personagem. Foram criadas três subcategorias, “Com remédio” (60%; n= 12), “Sem remédio” (30%; n= 6) e “Integrado” (10%; n= 2). A subcategoria “Integrado” envolveu respostas em que os cuidados medicamentosos são uma segunda opção no tratamento, somado a outros cuidados. Conforme será apresentado, percebeu-se que algumas crianças que tomam medicação (30%) acreditam que o personagem não deve tomar remédios para realizar o tratamento do transtorno.

O cuidado associado à agitação do personagem foi relatado de diferentes formas: na subcategoria “Com remédio”, afirmou-se que *“Tomar remédio, porque ele tá muito agitado e vive correndo”* (participante 10); *“Porque o remédio vai ajudar ele a parar quieto e não se machucar”* (participante 16); com relação à subcategoria “Sem remédio”, os participantes argumentaram que *“(...) é melhor cuidar, tomar remédio não é bom tomar. É melhor ele melhorar do que ficar tomando”* (participante 06) e, considerando a subcategoria “Integrado”, os participantes indiciam que o tratamento deve ser *“Sem remédio. (...) Se primeiro ele consegue ficar quieto ou se ele não conseguisse, dar o remédio pra ele”* (participante 05); *“A mãe ficar mais perto do filho. (...) Se isso não funcionar, aí passa pro remédio”* (participante 12). Nesses casos observamos que 40% das respostas dadas pelos participantes estão voltadas a um tipo de tratamento que não o medicamentoso, visto que 95% das crianças entrevistadas fazem uso de remédios para o tratamento do TDAH. Alguns participantes relatam desconforto em tomar o comprimido e que não gostam de seu sabor, considerando-o amargo.

A categoria “Medicação” foi elaborada devido à seguinte pergunta: “Você toma algum remédio?”. Nessa categoria as crianças relataram se

tomam ou não remédios para o tratamento de TDAH. No total, 19 participantes tomam remédios para o cuidado do TDAH e apenas uma criança não faz uso de medicamentos para o cuidado do transtorno (Gráfico 1):

Gráfico 1. Categoria Medicação.



De acordo com a pesquisa realizada com médicos neurologistas e psiquiatras por Carlini, Nappo, Nogueira e Naylor (2003), 60,1% de psiquiatras e 78,8% de neurologistas prescrevem o metilfenidato para o tratamento de TDAH. Shirakawa, Tejada e Marinho (2012) mostram em seu estudo que nos anos de 2010 a 2011, houve um aumento de 54,9% na distribuição de metilfenidato na rede pública de saúde. Estudo realizado por Peixoto e Rodrigues (2008) também mostra que a maioria dos médicos neurologistas prescreve medicação para o tratamento de TDAH como primeira alternativa de tratamento. Estudo organizado pelo Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (2015) e pesquisa de Moysés e Collares (2011) indicam que a medicina opera frente aos cuidados de crianças com transtornos, tendo autoridade sobre pessoas que possivelmente não estão doentes. Essa condição precisa ser pensada, pois, de acordo com indicação do Ministério da Saúde (Torcato, 2016), há necessidade de prescrever-se menos o metilfenidato para crianças com TDAH, reforçando a necessidade de voltar o tratamento para medidas não farmacológicas.

Conforme analisado por Shirakawa, Tejada e Marinho (2012), o uso não é questionado quando o medicamento é para casos de diagnósticos comprovados de TDAH e sim nos casos em que o médico prescreve a

medicação para aliviar sintomas que não correspondem ao quadro clínico completo do transtorno.

Como forma de conhecer a medicação utilizada pelos entrevistados, perguntou-se: “Você sabe o nome do remédio que toma?”. Dessa forma criou-se a categoria “Fármaco”, que indica quais medicamentos a criança consome para o tratamento. Foram criadas as subcategorias “Ritalina®”, “Associado” e “Outros”. A subcategoria “Ritalina®”, com 36,80% (n= 7) de respostas dos participantes, se refere ao psicoestimulante metilfenidato, medicamento usado como forma exclusiva de tratamento pela criança. Já na subcategoria “Associado”, em 31,57% (n= 6) estão presentes repostas de crianças com TDAH que, além de fazerem uso de metilfenidato, fazem uso de outro medicamento que não souberam nomear. Na subcategoria “Outros”, 31,57% (n= 6) dos meninos entrevistados relatam que utilizam algum medicamento de forma continuada, porém não sabem informar seu nome. A pesquisa realizada por Brzozowski e Caponi (2009) mostra, nos relatos dos pais de crianças com TDAH, que as crianças que usam metilfenidato não sabem para que serve a sua ingestão.

Trabalhos como o de Brzozowski e Caponi (2009), Folquitto (2009) e Schicotti, Abrão e Gouveia Júnior (2014) indicam que o medicamento mais utilizado para o tratamento de TDAH é a Ritalina®. Apesar de o metilfenidato ser o medicamento mais utilizado para o tratamento do TDAH, Mattos, Rohde e Polanczyk (2012) afirmam que o transtorno ainda é subtratado no Brasil. Ou seja, é ainda mais dispendioso para as famílias não tratar o TDAH do que tratá-lo, pois crianças com esse transtorno requerem maior custo quando não tratadas, seja com cuidados médicos ou escolares. Torna-se importante ressaltar que o Ministério da Saúde recomenda a adoção de práticas não medicalizantes, incentivando ações que dispensam o uso de metilfenidato a fim de prevenir a excessiva medicalização de crianças (Fórum Sobre Medicalização da Educação e da Sociedade, 2015a; 2015b).

A categoria “Frequência” fora criada para a pergunta: “Quantas vezes você toma medicamentos por dia?”, e dela derivaram subcategorias relacionadas à dosagem de Ritalina®, identificada como “Única” (63,25%; n= 12) ou utilizada “Mais vezes” durante um mesmo dia (36,80%; n= 7) como relata, por exemplo, um participante: “Às vezes eu vou revezando. Uma

hora é um de manhã e um de noite; e outra hora, um de manhã e outro de noite” (participante O6). De acordo com a bula do medicamento, no caso de Ritalina® 10mg, recomenda-se sua administração uma ou duas vezes ao dia, já a Ritalina® LA 20mg possui posologia aconselhada uma única vez ao dia. As crianças entrevistadas não souberam fazer tal distinção. Mais uma vez, ressalta-se que a psicoeducação é uma aliada para tirar dúvidas sobre as formas de tratamento.

O uso indiscriminado do metilfenidato pode estar relacionado ao aumento de diagnósticos de TDAH realizados. Mesmo sendo necessária a participação de vários profissionais para realizar o diagnóstico correto, ainda não há um procedimento operacional padrão para ser seguido. Outro fator que pode ter aumentado a prescrição do medicamento seria a influência da mídia, que não explica de maneira esmiuçada os sintomas do TDAH, muitas vezes banalizando-o e rotulando a criança por vezes simplesmente mais inquieta com o transtorno (Fiore, 2005; Silva, Luzio, Santos, Yasui & Dionísio, 2012; Pastorello, Rodrigues, Oliveira & Mozzer 2016).

A partir da pergunta “Quem te dá o remédio?”, elaborou-se a categoria “Responsável pela medicação” a fim de conhecer quem é o responsável pela medicação dada à criança, de acordo com a prescrição médica. Emergiram três subcategorias em que o responsável é a “Mãe” (63,25%; n= 12) a própria “Criança” (26,31%; n= 5) ou “Outros” (10,52%; n= 2). Chama a atenção o considerável número de crianças que tomam os remédios sozinhas, estando o responsável por perto ou não. Tal situação pode ser considerada de risco em caso de superdosagem. Considerando a bula do medicamento Ritalina® e o estudo realizado por Moraes (2012), a superdosagem do medicamento pode causar vômitos, agitação, tremores, espasmos musculares, convulsões, confusão, alucinação, sudorese, rubor, cefaleia, taquicardia, palpitação, arritmias cardíacas, hipertensão, midríase, entre outros. No entanto, de acordo com o fabricante, os sintomas são considerados de baixa gravidade e o medicamento é assertivamente seguro. Convém, porém, nos perguntar: Até que ponto é seguro para uma criança automedicar-se com Ritalina®?

A terceira história em quadrinhos, chamada “Pedro em: A escola”, foi elaborada com o intento de abordar aspectos relacionado ao eixo Escola. De sua análise emergiu a categoria “Ajuda”, que discutiu as formas de ajudar

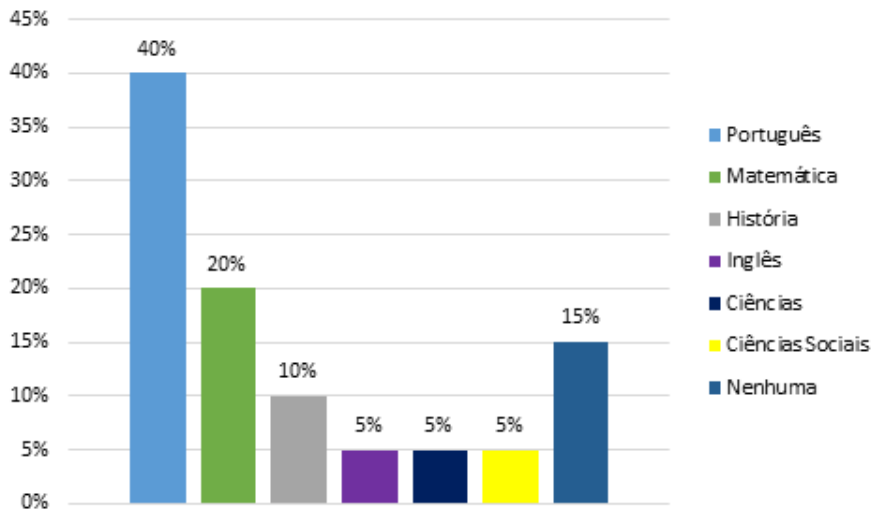
o personagem a melhorar o seu rendimento escolar. As soluções apontadas pelas crianças constituem as subcategorias “Médico” (25%; n=5), pois consideraram necessário *“Procurar um médico. Porque talvez o médico passa algum remédio pra ele, pra fazer estimular a memória”* (participante 04); *“É... comprar o remédio”* (participante 07); “Professora auxiliar” (30%; n= 6), pois julgam útil *“ter uma professora que ajuda nos estudos. Igual eu”* (participante 09); *“Praticar a leitura, praticar... escrever no caderno de caligrafia. (...) Espera... Professora!”* (participante 14); “Familiares e professora” (35%; n= 7) porque *“A mãe dele pode ajudar ele. (...) Uma professora auxiliar [também]”* (participante 11); *“O pai ou a mãe. Uma professora auxiliar”* (participante 12) e a subcategoria “Médicos e Outros” (10%; n= 5) quando argumentam que *“Aí ele tem que pedir ajuda do pai ou da mãe pra ajudar ele. (...) O médico ajuda”* (participante 10). Importante ressaltar que mais da metade da amostra acredita que para ajudar o personagem deve-se buscar o familiar e/ou a professora. Isso nos mostra que a participação de familiares e de uma professora auxiliar favoreceria o bom rendimento escolar dessas crianças fortalecendo, assim, sua rede de apoio.

A categoria “Facilidade” emergiu da pergunta “Você poderia me dizer algumas coisas que tem facilidade fazer?”, quando se notou que as crianças espontaneamente se referiam às disciplinas escolares, ao bom desempenho no seu dia a dia no ambiente escolar. As subcategorias elaboradas e os resultados das respostas indiciam as disciplinas de “Ciências” (15%; n= 3), “Matemática” (40%; n= 8), “Outros” (35%; n= 7) e “Nenhuma” (10%; n= 2). Percebeu-se nos artigos científicos revisados a ausência de interesse em conhecer quais disciplinas as crianças com TDAH gostam ou alegam ter mais facilidade na escola. Observa-se que, mais uma vez, crianças com TDAH não são participativas no tratamento, pois este está focado apenas nas suas dificuldades, deixando de levar em consideração as potencialidades do paciente.

Quando questionados sobre suas dificuldades, a partir do enunciado “Você poderia me dizer algumas coisas que você tem dificuldade em fazer?”, emergiu a categoria “Dificuldade” relacionada ao ambiente escolar. As subcategorias elaboradas foram “Português”; “Matemática”; “História”; “Inglês”; “Ciências”; “Ciências Sociais” e “Nenhuma”,

em que os participantes relatam ter dificuldade em nenhuma matéria, conforme Gráfico 2.

Gráfico 2. Categoria Dificuldade.



De acordo com estudo de Mayes e Calhoun (2006), crianças com TDAH tendem a apresentar mais dificuldades em disciplinas específicas. Segundo estudo de Pisacco, Sperafico e Dorneles (2014), crianças com a apresentação combinada dos sintomas (TDAH-C) se deparam com maior dificuldade em Língua portuguesa e Matemática. Reis e Camargo (2008), em estudo sobre a infância de adultos, mostram que as maiores dificuldades enfrentadas no passado estavam relacionadas ao campo da leitura e da escrita, situação esperada em casos de TDAH. As crianças que não responderam à pergunta da presente pesquisa apenas olhavam para baixo, podendo indicar baixa autoestima diante de suas frustrações no processo de ensino-aprendizagem.

A categoria “Sentimento”, elaborada a partir da pergunta “Como você se sente em relação a isso? Como isso afeta a sua vida?”, agrupou o relato das crianças sobre como se sentem frente às dificuldades escolares. Verificaram-se três subcategorias relacionadas às dificuldades advindas do TDAH que os levam a sentir-se, ao longo de sua rotina, “Bem” (30%; n= 6), “Mal” (60%; n= 12) ou indiferentes (“Não responderam”; 10%; n=2).

Estudo realizado por Capelatto (2013) menciona que crianças com TDAH se sentem mal em relação ao desempenho e eficácia pessoal frente às atividades cotidianas. As crianças que relataram sentir-se bem ou afirmaram que as situações decorrentes do TDAH não afetam sua vida demonstraram não se importar com as dificuldades. Já nos casos das crianças que não responderam à pergunta, agiram abaixando a cabeça e olhando para chão, o que pode indicar incômodo ao falar sobre o assunto.

Portanto, tanto a família quanto a criança precisam de informação e auxílio na condução do tratamento do TDAH. Quanto mais estruturada for a equipe multiprofissional e mais coesa for a forma de abordar e atuar com as famílias, a etapa do tratamento será realizada com menos complicações e maior engajamento por parte de todos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O TDAH geralmente é um transtorno diagnosticado ainda na infância e que necessita de uma equipe experiente para realizá-lo com perícia, pois fatores biológicos e ambientais podem desencadear o transtorno cujo tratamento deve necessariamente envolver a criança, a família e a escola.

Neste estudo, observou-se que muitos dos entrevistados não sabiam o motivo pelo qual faziam acompanhamento com profissional de saúde, desconhecendo o próprio diagnóstico do transtorno. Dentre os 20 entrevistados, apenas um não fazia uso de medicamentos para tratamento do transtorno. Tais dados elucidam a baixa inclusão da criança durante os processos de diagnóstico e tratamento. Com isso, levanta-se o questionamento: Até que ponto essas crianças participam desses processos? Mesmo a literatura revisada afirmando a necessidade do envolvimento de todos no tratamento, ainda existe um grande déficit da participação da criança.

Alguns resultados obtidos neste estudo mostram que meninos com TDAH possuem dificuldades escolares, havendo frustração sobre seu rendimento acadêmico. O resultado que consideramos mais expressivo aponta divergência com dados da literatura revisada no que diz respeito ao

fato de 95% dos entrevistados relatarem ter relações de amizade, seja com familiares, vizinhos ou colegas de escola, apontando para maiores trocas afetivas e sociais dessas crianças.

A maioria das pesquisas encontradas aborda o assunto na visão de pais e professores, deixando de lado a opinião e as percepções da criança atendida, postura que o presente trabalho refuta ao ter como foco central o relato das crianças diagnosticadas com TDAH sobre aspectos de sua vida, dando voz a quem sofre com os sintomas do transtorno.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association [APA] (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V)*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Barbarini, T. A. (2011). *O controle da infância: caminhos da medicalização* (Dissertação de mestrado). Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, SP, Brasil.
- Bastos, C. B. R. (2015). *Teoria das trocas sociais: um estudo em crianças com transtornos de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH)* (Dissertação de mestrado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil.
- Bastos, C. B. R., Canal, C. P. P., & Queiroz, S. S. (2015). Trocas Sociais de meninas com indícios de déficit de atenção e hiperatividade. *Schème*. 7(1), 114-132.
- Bastos, C. B. R., Missawa, D. D. A., & Rossetti, C. B. (2015). O lúdico e o desenvolvimento sociocognitivo da criança com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH). In F. H. F. Miranda, & A. S. Nascimento (Orgs.), *Da Psicologia Social à Psicologia do Desenvolvimento - Pesquisas e Temáticas no Século XXI* (pp. 63-82). Jundiaí, SP: Paco Editorial.

- Bilhar, J. C. F. A. (2010). *Qualidade de vida de crianças com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade* (Dissertação de mestrado). Programa de Pediatria, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- Brzozowski, F. S., & Caponi, S. (2009). Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade: classificação e classificados. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 19(4), 1165-1187.
- Capelatto, I. V. (2013). *Funções cognitivas e aspectos emocionais em crianças com transtornos de déficit de atenção e hiperatividade* (Dissertação de mestrado). Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.
- Carim, D. B., & Barbirato, F. (2015). Orientação aos pais no transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. In A. E. Nardi, J. Quevedo, & A. G. Silva (Orgs.), *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: Teoria e Clínica* (pp. 193-201). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Carlini, E. A., Nappo, S. A., Nogueira, V., & Naylor, F. G. M. (2003). Metilfenidato: Influência da notificação de receita A (cor amarela) sobre a prática de prescrição por médicos brasileiros. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 30(1), 11-20.
- Condemarín, M., Gorostegui, M. E., & Milicic, N. (2006). *Transtorno do Déficit de Atenção: Estratégias para o diagnóstico e a intervenção psico-educativa* (M. Lopes, Trad.). São Paulo, SP: Editora Planeta do Brasil.
- Conselho Regional de Psicologia de São Paulo [CRP-SP] (Org.). (2015). *Medicalização de Crianças e Adolescentes - conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Coutinho, G., Mattos, P., Schmitz, M., Fortes, D., & Borges, M. (2009). Concordância entre relato de pais e professores para sintomas de TDAH: resultados de uma amostra clínica brasileira. *Revista de Psiquiatria. Clínica*, 36(3), 97-100.

- Fiore, M. A. (2005). Medicalização do corpo na infância - Considerações acerca do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade. *Mnemosine*, 1(1), 364-380.
- Folquitto, C. T. F. (2009). *Desenvolvimento Psicológico e Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH): a construção do pensamento operatório* (Dissertação de mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- Folquitto, C. T. F., & Souza, M. T. C. C. (2015). Desenvolvimento da noção operatória de tempo: contribuições para a compreensão do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). *Schème*, 7(1), 91-113.
- Fórum sobre medicalização da educação e da sociedade. (2015a, outubro). *Ministério da Saúde recomendações sobre uso abusivo de medicamentos na infância*. Recuperado de <http://medicalizacao.org.br/ministerio-da-saude-publica-recomendacoes-sobre-o-uso-abusivo-de-medicamentos-na-infancia/>
- Fórum sobre medicalização da educação e da sociedade. (2015b, outubro). *Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CSN) para a promoção de práticas não-medicalizantes*. Recuperado de <http://medicalizacao.org.br/resolucao-do-conselho-nacional-da-saude-csn-para-a-promocao-de-praticas-nao-medicalizantes/>
- Gattás, I. G. (2012). TDAH e suas comorbidades. In M. Muszkat, *TDAH e Interdisciplinaridade: Intervenção e Reabilitação* (pp. 57-64). São Paulo, SP: All Print.
- Gomes, M., Palmini, A., Barbirato, F., Rohde, L. A., & Mattos, P. (2007). Knowledge about attention-deficit hyperactivity disorder in Brazil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56(2), 94-101.
- Luccia, D. P. B. (2014). *Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) diagnosticado na infância: a narrativa do adulto e as contribuições da psicanálise* (Dissertação de mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

- Machado, T. A. M. (2012) *Conhecendo a Criança com Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade: desempenhos motor e cognitivo, atitudes de engajamento e a rotina de atividades infantis* (Monografia). Escola de Educação Física da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.
- Mattos, P. (2015). *No mundo da lua - Perguntas e respostas sobre Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade em crianças, adolescentes e adultos* (16a ed.). Brasil: ABDA.
- Mattos, P., Rohde, L. A., & Polanczyk, G. V. (2012). O TDAH é subtratado no Brasil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34(4), 513-514.
- Mayes, S., & Calhoun, S. (2006). Frequency of Reading, math, and writing disabilities in children with clinical disorders. *Learn Individ Differ*, 16(2), 145-157.
- Moraes, R. B. S. (2012). *“Como se fosse lógico”: considerações críticas da medicalização do corpo infantil pelo TDAH na perspectiva da sociedade normalizadora* (Tese de doutorado). Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, SP, Brasil.
- Moysés, M. A. A., & Collares, C. A. L. (2011). O lado escuro da dislexia e do TDAH. In M. G. D. Facci, M. E. M. Meira, & S. C. Tuleski (Orgs.), *A exclusão dos incluídos: uma crítica da psicologia da educação à patologização e medicalização dos processos educativos* (pp. 103-153). Maringá, PR: EDUEM.
- Ohlweiler, L. (2016). Introdução aos transtornos da aprendizagem. In N. T. Rotta, L. Ohlweiler, & R. S. Riesgo (Orgs.). *Transtornos da aprendizagem: abordagem neurobiológica e multidisciplinar* (2a ed., pp. 107-111), Porto Alegre, RS: Artmed.
- Pastorello, J., Rodrigues, A. P., de Oliveira, C., & Mozzer, E. B. (2016). Possíveis causas do aumento do uso de metilfenidato nas crianças brasileiras. In II Jornada Acadêmica Interdisciplinar Internacional do Curso de Medicina, II Seminário de Acompanhamento e Avaliação do Perfil Profissional do Curso de Medicina, *Anais de Medicina* (pp. 105-106). Joaçaba, SC: Unoesc.

- Peixoto, A. L. B., & Rodrigues, M. M. P. (2008). Diagnóstico e tratamento de TDAH em crianças escolares, segundo profissionais da saúde mental. *Aletheia*, 28, 91-103.
- Pisacco, N. M. T., Sperafico, Y. L. S., & Dorneles, B. V. (2014, julho). Descrevendo a prevalência de baixo desempenho acadêmico em crianças e adolescentes com TDAH. *International Conference on Learning*, New York, NY, Estados Unidos, 21.
- Reis, M. G. F., & Camargo, D. M. P. (2008). Práticas escolares e desempenho acadêmico de alunos com TDAH: Práticas escolares e TDAH. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*, 12(1), 89-100
- Rizzutti, S. (2012). Fatores ambientais e TDAH. In M. Muszkat, *TDAH e Interdisciplinaridade: Intervenção e Reabilitação* (pp. 37-56). São Paulo, SP: All Print.
- Rohde, L. A., Barbosa, G., Tramontina, S., & Polanczyk, G. (2000). Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(2), 7-11.
- Rohde, L. A., Miguel, E. C., Fº., Benetti, L., Gallois, C., & Kieling, C. (2004). Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade na infância e na adolescência considerações clínicas e terapêuticas. *Revista de Psiquiatria. Clínica*, 31(1), 124-131.
- Rotta, N. T. (2016). Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: aspectos clínicos. In N. T. Rotta, L. Ohlweiler, & R. S. Riesgo, *Transtornos da aprendizagem: abordagem neurobiológica e multidisciplinar* (2ª ed., pp. 274-302). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Santos, F. H. (2004). Funções executivas. In V. M. Andrade, F. H. Santos, & O. F. A. Bueno (Orgs.), *Neuropsicologia Hoje* (pp.125-134). São Paulo, SP: Artmed.
- Santos, F. H. (2012). Desenvolvimento da Memória Operacional. In M. Muszkat, *TDAH e Interdisciplinaridade: Intervenção e Reabilitação* (pp. 77-92). São Paulo, SP: All Print.
- Santos, F. H. (2015). Funções executivas. In F. H. Santos, V. M. Andrade, & O. F. A. Bueno (Orgs.), *Neuropsicologia Hoje*. (2ª ed., pp. 68-75). Porto Alegre, RS: Artmed.

- Schicotti, R. V. O., Abrão, J. L. F., & Gouveia, S. A., Jr. (2014). TDAH e Medicalização: Considerações sobre os sentidos e significados dos sintomas apresentados por crianças diagnosticadas. *Nuances: estudos sobre Educação*, 25(1), 135-154.
- Segenreich, D., Castro, A. C., & Nessimian, B. C. (2015). Etiologia do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. In A. E. Nardi, J. Quevedo, & A. G. Silva (Orgs.), *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: Teoria e Clínica* (pp. 23-34). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Sena, S. S. (2009). *Relações de amizade em meninos com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH)* (Dissertação de mestrado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.
- Sena, S. S., & Souza, L. K. (2010). Amizade, infância e TDAH. *Contextos Clínicos*, 3(1), 18-28.
- Sena, S. S., & Souza, L. K. (2013). Percepção dos pais sobre amizade em crianças típicas e com TDAH. *Psicologia Clínica*, 25(1), 53-72.
- Shirakawa, D. M., Tejada, S. N., & Marinho, C. A. F. (2012). Questões atuais no uso indiscriminado do metilfenidato. *Omnia Saúde*, 9(1), 46-53.
- Silva, A. C. P., Luzio, C. A., Santos, K. Y. P., Yasui, S., & Dionísio, G. H. (2012). A explosão do consumo de ritalina. *Revista de Psicologia da UNESP*, 11(2), 44-57.
- Sternberg, R. J. (2010). Atenção e Consciência. In J. R. Sternberg, *Psicologia Cognitiva* (R. C. Costa, Trad.) (pp. 71-114). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Torcatto, C. E. (2016). O metilfenidato, a escola e a cultura farmacológica contemporânea. *Revista Teias*, 17(45), 83-97.