

TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/ HIPERATIVIDADE (TDAH): UM OLHAR VOLTADO PARA OS PAIS

BRITO, Jéssica Raizi¹
CECATTO, Luis Humberto²
NASCIMENTO, Juliano Farias³

RESUMO

A literatura atual ainda é escassa no que diz respeito ao trabalho com pais e/ou responsáveis de crianças com o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH), realizando poucos apontamentos das principais necessidades encontradas no dia-a-dia dos mesmos, contudo, quanto mais os pais e/ou cuidadores se informarem e se educarem a respeito do assunto, mais preparados estarão para lidar com as questões que envolvem a rotina de uma criança com TDAH. Passando a enxergar o mundo através dos olhos dessa criança, percebendo como ela se comporta, conseguindo identificar situações que deflagram determinados comportamentos, compreendendo que muitos desses comportamentos indesejáveis não ocorreram de maneira intencional e consciente. Tendo esse olhar, pais e /ou cuidadores passarão a agir de maneira preventiva, controlando seus próprios comportamentos indesejáveis. Para que isto de fato aconteça, busca-se aplicar uma pesquisa de ordem qualitativa e por meio dos resultados obtidos realizar palestras e *Workshops* com pais e/ou responsáveis com esclarecimentos acerca da psicopatologia e suas comorbidades, treinando os mesmos, tendo a terapia cognitiva comportamental como principal viés terapêutico, orientando esses pais acerca do manejo adequado em relação aos cuidados na educação dada aos seus filhos, promovendo assim, o bem-estar e sucesso da criança.

Palavras-chave: Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade; orientação educacional; pais/responsáveis.

¹ Acadêmica Pesquisadora do curso de Psicologia do Centro Universitário FAG. jessicaraizibrito@hotmail.com

² Acadêmico Pesquisador do curso de Psicologia do Centro Universitário FAG. luiscktto@hotmail.com

³ Docente Orientador do curso de Psicologia do Centro Universitário FAG. julianopsicologo@hotmail.com

ATTENTION DEFICIT/HYPERACTIVITY DISORDER (ADHD): AN EYE TOWARDS PARENTS

ABSTRACT

The current literature is still scarce concerning studies with parents or caregivers for children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder, having a little information about the main necessities found in their daily lives, the more informed and educated the parents or caregivers are on the subject the more prepared they will be to deal with the routine of a child with ADHD. Being able to see the world through the eyes of this child, realizing how this child behaves and identifying situations that deflagrate certain behaviours, comprehending that many of those undesirables behaviours do not happen in an intentional and conscious way. Through these eyes parents and caregivers will start acting in a preventive manner, controlling their own undesirable behaviour. To make it happen, first a qualitative survey is going to be done and according to the results workshops and lectures with the parents and caregivers are going to be made to expand their knowledge about the psychopathology and its comorbidities, training them having cognitive behavioral therapy as a therapeutical approach, orienting these parents on how to manage their child's education, promoting their well being and success.

Key-words: Attention Deficit Hyperactivity Disorder; child's education; parents and caregivers.

INTRODUÇÃO

Repensando alguns dos principais aspectos designados às necessidades dos indivíduos com o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH), a relevância deste projeto de pesquisa faz necessária a inserção de cuidadores, pais e/ou responsáveis, que estejam diretamente ligados a essas crianças, as quais recebem o diagnóstico ainda na infância. No que diz respeito a tal diagnóstico e avaliação, é possível encontrar em diversas literaturas a importância de um trabalho multiprofissional (Psiquiatra; Neuropediatra; Psicopedagogo; Psicólogo; Pedagogo; Fonoaudiólogo; Terapeuta Ocupacional), porém pouco conhecidos, pois se percebe que em instância familiar ainda existem controvérsias e desinformações quanto à existência destes, a educação correta e os cuidados para com estas crianças.

Partindo deste princípio, é necessário esclarecer, informar e otimizar os conhecimentos dos cuidadores, explicando aos mesmos as multifacetadas razões pelas quais seu filho(a) apresenta determinado comportamento, exemplificando os sintomas e incentivando-os a participar da intervenção e consequentemente aumentando a adesão ao tratamento, conduzindo-os de forma segura às etapas de transição para que este tenha qualidade de vida quando adulto, promovendo assim nesse percurso o alívio do sofrimento causado pelos sintomas.

Processos Históricos sobre o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH)

Diferentes pesquisas foram realizadas acerca das definições do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH), apesar de o nome TDAH, como se conhece hoje, ser relativamente recente, a doença em si já é estudada e descrita há mais de dois séculos, onde alguns autores como Rotta (2006), afirmam que desde o século XIX os estudiosos já se preocupavam com as crianças que, por seu comportamento diferente, apresentavam desempenho escolar insatisfatório.

Historicamente, diversas foram as alterações nas definições e nomenclatura do TDAH, o qual representou diferentes focos de pesquisas em cada época com novas explicações. Ainda sobre a autora, alguns desses relatos históricos foram apontados desde 1966, onde Clements denominou déficit de atenção à síndrome que deixou muitos especialistas da época preocupados. Já em 1975, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (CID-10), ficou assim definido o transtorno, em que a principal característica era um grave déficit na concentração. A partir de 1980 o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais foi se modificando, inicialmente na 3ª edição (DSM-III), chamou esse transtorno de “Desordem do Déficit de Atenção com ou sem Hiperatividade”. Em 1987, o DSM-III-R foi revisado e usou

Comentado [WU1]: Onde o autor ou autora...

a expressão “Desordem de Déficit de Atenção e Hiperatividade.” Em 1994, o DSM-IV definiu mais claramente esse transtorno, tendo também valorizado, além da desatenção e hiperatividade, a impulsividade.

Sobretudo, a partir das décadas de 1980 e 1990, os estudos se intensificaram e apesar de ser classificado como o transtorno de neurodesenvolvimento mais frequente na infância, ainda é uma doença pouco conhecida e cercada de mitos e preconceitos (VALDÉS, BEZERRA E MELO, 2010).

Atualmente define-se o TDAH como uma Síndrome Neurocomportamental com sintomas classificados em três categorias: desatenção, hiperatividade e impulsividade. Portanto, o TDAH se caracteriza por um nível inadequado de atenção em relação ao esperado pela idade, o que leva a distúrbios motores, perceptivos, cognitivos e comportamentais (ROTTA, 2006).

Características Diagnósticas

Sendo o TDAH um dos transtornos da infância mais estudados e controversos, de acordo com Valdés, Bezerra e Melo (2010) este transtorno é uma doença de causa desconhecida, caracterizada pela tríade sintomática desatenção, hiperatividade e impulsividade. Apesar de ser um problema que tende a se tornar crônico, estendendo pela vida adulta, existem hoje, formas eficazes de controle, sobretudo por meio do uso de medicamentos. Entretanto, o primeiro obstáculo para o tratamento é a dificuldade em realizar um diagnóstico correto. Compreendendo que o mesmo deve ser fundamentado no quadro clínico comportamental, uma vez que não existe um marcador biológico definido para todos os casos de TDAH. Existem fatores de riscos? Qual a queixa que motivou a consulta? Estes e outros levantamentos podem indicar se existe predomínio em desatenção, se predomina a hiperatividade ou se ambas estão presentes com a mesma intensidade.

O Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade é caracterizado por sintomas com níveis persistentes de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade, de acordo com o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 5ª Edição (DSM-V)*, os quais interferem no funcionamento e no desenvolvimento. Alguns critérios são semelhantes aos utilizados pela Organização Mundial de Saúde- OMS (2008), porém, a nomenclatura usada neste último sistema é a de Transtorno Hiperkinético (F90).

Na formulação do diagnóstico, independentemente do sistema classificatório utilizado, as crianças facilmente apresentaram os sintomas de desatenção e/ou hiperatividade-

impulsividade, em vários contextos, tanto em clínicas, como escolas, ou em casa. Estes sintomas podem ser identificados de acordo com o quadro em anexo (DSM-V, 2014 p.59).

Segundo Rotta (2006), não existe nenhum teste psicométrico, neurológico, ou laboratorial que por si só dê o diagnóstico de TDAH. Esse diagnóstico deve ter embasamento clínico em um composto de evidências derivadas da história, da observação, do exame clínico e neurológico e das escalas de comportamentos, os quais se tornam claros, quando acontecem em uma intensidade acima do esperado para a fase do desenvolvimento neuropsicomotor e cognitivo da criança.

O TDAH é reflexo de um distúrbio de função executiva, que de acordo com Dias *et al* (2010, p.80) “constituem um conjunto de processos cognitivos que permitem a regulação da cognição e do comportamento, possibilitando o engajamento do indivíduo em ações complexas.” Nestes processos são incluídas habilidades cognitivas, estas estão diretamente ligadas ao córtex pré-frontal cerebral, as quais são direcionadas para o planejamento, iniciação, seguimento e monitoramento de comportamentos complexos e que necessitam da concentração, atenção, capacidade de abstração, planejamento, direção à metas, autocontrole e memória operacional.

Diante de novos desafios ou situações diárias, essas habilidades são essencialmente importantes, com um cunho direcionado a regulação intelectual, emocional e social, elas nos permitem determinados ajustamentos, além de adaptação e flexibilidade do comportamento para as demandas do ambiente (DIAS *et al*, 2010).

Treinamento de pais na Terapia Cognitiva Comportamental (TCC)

Muitos estudos revelam que a TCC é o principal viés terapêutico não medicamentoso citado na literatura nacional e internacional, pois tem sua atuação nos principais déficits comportamentais, nesta perspectiva Miranda, Muszkat e Mello (2013 p.53) afirmam que o “uso de treinos cognitivos, como da memória operacional e da atenção, tem como princípio não apenas remediar os déficits cognitivos específicos, mas também auxiliar o indivíduo a utilizar efetivamente estratégias compensatórias no desempenho das tarefas da vida diária.”

A grande maioria dos autores citam a necessidade de um tratamento onde o manejo seja feito de maneira multifatorial e interdisciplinar, nesta perspectiva a autora Rotta (2008) menciona que devemos dar atenção a cada fator envolvido no caso, avaliando sintomas predominantes, nível de desenvolvimento da criança bem como, sexo, idade, ambiente escolar,

familiar e social. Colocando como itens mais importantes para o tratamento, a modificação do comportamento, ajustamento acadêmico, atendimento terapêutico e terapia farmacológica.

De acordo com Rohde e Benczik (1999) além da medicação o acompanhamento psicoterápico com base em estratégias cognitivas e comportamentais, são fundamentais para um manejo adequado dos sintomas. Esses sintomas que acompanham o transtorno, na maioria das vezes estão relacionados à ansiedade, depressão, e baixa autoestima, por isso, é necessário um profissional que tenha um aparato de estratégias de apoio e compreensão para com as dificuldades que crianças e jovens possam estar enfrentando.

Contribuições para os Pais

Uma exigência quase universal consiste em ajudar os pais a reconhecer que a permissividade não é útil para a criança. Portanto, as crianças com TDAH não se beneficiam por serem dispensadas por exigências, expectativas e planejamentos aplicáveis às demais crianças (ROHDE e BENCZIK, p. 61, 1999).

De acordo com estes autores, algumas teorias referenciam os problemas familiares, especialmente um estilo parental muito permissivo, como causadores do TDAH. Embora estudos recentes indiquem que o estilo parental (as formas de educar os filhos) pode ser consequência e não causa do transtorno. Como exemplo, temos um estudo realizado com famílias de crianças com TDAH, que mostravam problemas nos relacionamentos interacionais entre a mãe e filho (a), foram administradas formas medicamentosas intercaladas por alguns dias, o metilfenidato (Ritalina) e em outros dias placebo (substância inativa tipo comprimido de farinha) para estas crianças. Nenhum dos participantes tinha consciência quando estavam tomando a medicação e quando estavam tomando o placebo. Avaliou-se então a interação entre as duplas. Os resultados apontaram claramente que o comportamento da criança para com a mãe no período em que estavam recebendo a medicação, era significativamente melhor do que o comportamento nos dias em que recebia o placebo. Surpreendentemente o comportamento da mãe para a criança também era melhor no período em que esta recebia a medicação. Portanto, a presença de uma sintomatologia mais intensa pode levar a mais dificuldades interacionais e a alterações significativas no estilo parental (ROHDE e BENCZIK, 1999).

Segundo Goldstein, (1994) na relação parental é de suma importância que os cônjuges se apoiem mutuamente, pois frequentemente contamos apenas com a presença da mãe durante a avaliação e tratamento, sendo que o pai admite a existência do problema, mas normalmente prefere não participar. Além disso, em alguns casos o pai não concorda com o problema do filho e acaba por tornar-se um obstáculo a condução do tratamento e impede,

consequentemente, a melhoria do filho. Para que se consiga alcançar resultados positivos no tratamento desse filho se faz necessária a participação de ambos, pai e mãe, caso contrário o tratamento pode tornar-se impossível de ser realizado com sucesso. Em muitos casos o tempo gasto na tentativa de fazer com que os pais consigam identificar, definir e concordar com os problemas e intervenções passa a ser o mesmo tempo gasto na implementação das mesmas. Contudo esse tempo é de suma importância para o sucesso do tratamento, pois minimiza o impacto da criança sobre aquilo que já poderia ser uma relação conjugal desgastante e frágil.

Pais de filhos que apresentam TDAH frequentemente se queixam de que o relacionamento com eles é normalmente difícil e desgastante. Sendo que a rotina é cercada de vários momentos de tumulto, tensão e apenas alguns momentos de prazer na relação. Embora não existam “fórmulas mágicas”, algumas dicas de manejo podem ser muito úteis no alívio dessas tensões. Nesse sentido Silva, (2014) sugere algumas dicas gerais e estratégias cognitivo-comportamentais específicas para o manejo de comportamentos frequentes encontrados nessas crianças. Essas dicas terão maior efetividade, quanto melhor for a interação familiar, menos problemas os pais tiverem e quanto menos sintomas de oposição e desafio a criança apresentar. Na presença dessas características normalmente se faz necessária a intervenção aliada a psicoterapia individual ou familiar. A punição a uma criança por um ato impulsivo, geralmente surte efeito por algum tempo, mas o ato, por ser de natureza impulsiva tende a retornar em breve, percebendo-se assim a situação familiar onde pais e/ou cuidadores se tornam repreensíveis e a criança mal humorada e temerosa.

Para Rohde e Benczik (1999), antes de tudo deve-se lembrar de que a criança está tendo dificuldades, não por ser ruim ou teimosa, mas porque o TDAH leva a mesma a agir de maneira diferente do esperado. Desta forma, é importante compreender o ambiente que seu filho (a) está inserido, seja no próprio ambiente familiar, na escola ou na sociedade, e estar sempre disposto a auxiliá-lo, levando em conta as exigências e as limitações dessa criança de forma que a mesma não seja exigida além do que ela possa lhe dar.

Contudo, de acordo com Silva (2014) não se deve acusar impiedosamente os pais e/ou cuidadores por tudo, nem estes mesmos se culpabilizar, pois temos que compreender que se trata de uma criança que é literalmente ativa, em constante movimento e que parece viver no “mundo da lua”. Porém, em um cenário em que a realidade familiar que se apresenta é aquela em que o pai briga com a mãe, o irmão com o pai, a mãe com o avô e todos com a criança. Sendo que dentro deste contexto, alguns são tomados como muito rígidos e severos, enquanto outros são taxados de complacentes e liberais. E ao mesmo tempo temos uma criança que não consegue dar conta de suas tarefas escolares, mas que consegue ficar horas em frente ao vídeo

game. Essa criança, quando defrontada, por que não se compreende as características do TDAH, é vista como uma criança que não quer assumir responsabilidades.

A “chave da questão” está no conhecimento, ainda segundo a autora Silva (2014) quanto mais os pais e/ou cuidadores se informarem e se educarem a respeito do assunto, mais preparados estarão para lidar com as questões que envolvem o dia a dia de uma criança com TDAH. Desse modo esses pais e/ou cuidadores passarão a enxergar o mundo através dos olhos dessa criança, percebendo como ela se comporta, conseguindo identificar situações que deflagram determinados comportamentos, compreendendo que muitos desses comportamentos indesejáveis não ocorreram de maneira intencional e consciente. Tendo esse olhar, pais e /ou cuidadores passarão a agir de maneira preventiva controlando seus próprios acessos de raiva em relação às crianças.

Em concordância Rohde e Benczik (1999) tomaram como base a experiência clínica que tem demonstrado que crianças e adolescentes com TDAH respondem melhor ao reforço positivo do que as estratégias punitivas, ou seja, necessitam mais do que as outras crianças de constante reforço para que os comportamentos esperados predominem.

O importante é lembrar que não se pode esperar que a criança consiga “do dia para a noite” comportar-se de maneira adequada, se suas características de impulsividade e desatenção estão significativamente presentes. Essa criança poderá ser rotulada de desobediente, no exato momento em que luta contra as exigências que lhe parecem impossíveis ou simplesmente difíceis. O importante nesse processo é estimular essa criança constantemente, comemorando cada passo alcançado e estimulando-a para seguir em frente (SILVA, 2014).

Vale ressaltar a contribuição de Rohde e Benzick (1999), o qual comenta que o ambiente onde a criança vive os erros são sistematicamente apontados é extremamente prejudicial para sua autoestima. Devendo assim ser evitada à crítica constante por parte dos pais.

Os pais precisam ter como objetivo a promoção do bem-estar e sucesso da criança, compreendendo que determinados comportamentos fazem parte de repertório há muito tempo e que os mesmos apesar de difíceis, são possíveis de serem alterados, esses pais devem abandonar seus antigos padrões onde os comportamentos positivos da criança eram deixados de lado, enquanto os negativos eram valorizados. Devendo sempre mostrar a essa criança o quanto a amam e o quanto felizes ficam diante de cada pequena coisa que ela consegue fazer. Ela se esforçará para agradar os pais e/ou responsáveis e em pouco tempo recuperará sua autoconfiança construindo uma vida que nunca teve antes (SILVA, 2014).

MÉTODOS

A presente pesquisa pode ser caracterizada como do tipo exploratória, a qual possibilitou um maior entrosamento entre o pesquisador e o tema pesquisado. Para Gil, (2008) as pesquisas exploratórias são elaboradas com o objetivo de proporcionar uma visão mais ampla acerca de determinado fato, levando em consideração a relação proximal, com particularidades similares a um estudo de caso, o qual propõe uma investigação, com o intuito de elaborar ideias e alcançar *insights*, para que em seguida sejam constituídas as hipóteses, sempre em concordância com outras fontes que darão base ao assunto pesquisado, realizando a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses que sejam pesquisáveis em estudos posteriores. Ainda segundo o autor, nestas pesquisas de caráter qualitativo normalmente são utilizados levantamentos bibliográficos e documentais, entrevistas não padronizadas e estudos de caso. Outros procedimentos de amostragem e técnicas quantitativas de coleta de dados não são comumente aplicados nestas pesquisas.

Os recursos metodológicos utilizados, tem como procedimentos técnicos a pesquisa-ação, definida como uma forma de pesquisa com base empírica que é concebida e realizada em ligação direta com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo, onde os pesquisadores e participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo (THIOLLENT, 1985).

A pesquisa-ação em virtude de exigir o envolvimento ativo do pesquisador e a ação por parte das pessoas ou grupos envolvidos no problema, é assim reconhecida como muito útil. (GIL,2002). Nesta perspectiva a finalidade desta pesquisa foi investigar os níveis de conhecimento dos pais acerca do TDAH, instrumentalizando-os a partir das demandas apresentadas pelos mesmos, onde a ação é ampliar estes níveis de conhecimento, sugerindo aos pais que analisassem seu comportamento e suas causas, a fim de evitar atitudes que comprometam o desenvolvimento dos filhos, buscando assim o manejo adequado.

Os dados coletados foram obtidos através de métodos qualitativos, considerando que existe uma relação entre o mundo e o sujeito que não pode ser traduzida em números; a pesquisa é descritiva, o pesquisador tende a analisar seus dados indutivamente, não havendo fórmulas ou receitas predefinidas, variando do estilo e da capacidade do pesquisador. Ainda sobre o autor, este afirma que em pesquisas experimentais as análises de dados e nos levantamentos, é imprescindível que se utilize de métodos quantitativos, mas em pesquisas consideradas como estudos de campo, pesquisa-ação, ou pesquisa participante os procedimentos analíticos são de natureza qualitativa (GIL, 2008).

Por fim na análise dos dados Miles e Huberman (1994) *apud* Gil (2008), numa das mais conhecidas obras que **tratam da pesquisa qualitativa, apresentam três etapas que geralmente são seguidas como: redução, exibição e conclusão/verificação.**

Os participantes da pesquisa foram pais e/ou responsáveis de alunos com o diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, sendo os mesmos pertencentes ao Ensino Fundamental da Escola Municipal Robert Francis Kennedy – Educação Infantil e Ensino Fundamental. O número de participantes foram de **colocar quantidade**, maiores de 18 anos, sendo estes os responsáveis legais pelas crianças diagnosticadas com o transtorno, bem como pertencentes ao município de Cascavel-PR.

Para o recrutamento destes participantes, recebemos o auxílio do Departamento de Psicologia da Secretaria Municipal de Educação (SEMED) o qual selecionou estes pais de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. Os critérios de inclusão adotados para esta pesquisa foram os de idade mínima dos pais e/ou responsáveis de 18 anos, onde os mesmos possuam filhos matriculados na rede municipal de ensino e um laudo Neuropsiquiátrico do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) fornecido por profissional capacitado e autorizado. Já as possibilidades de exclusão serão daqueles os quais não possuírem um laudo contendo o diagnóstico da criança com o TDAH. Também foram excluídos os participantes, cujos pais e/ou responsáveis se negarem a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Para a coleta de dados desta pesquisa, foram aplicados dois questionários semiestruturado, um para a mensuração do conhecimento dos pais e responsáveis sobre as características apresentadas pelo transtorno caracterizado no diagnóstico do filho (a) e outro posterior aos encontros para avaliar os efeitos da orientação para os pais. Os questionários foram elaborados através de perguntas abertas e alternativas, de acordo com os pressupostos teóricos e as principais características do diagnóstico encontradas no DSM-V. Os dados obtidos nestes questionários foram avaliados e apresentados como amostra para a finalidade desta pesquisa.

Inicialmente para encontrar uma demanda a ser trabalhada, os pesquisadores buscaram **através** do setor de Psicologia da SEMED- Secretaria Municipal de Educação de Cascavel-PR, um levantamento de crianças com laudos de TDAH de todas as escolas da rede municipal de ensino, com a finalidade de avaliar a viabilidade desta pesquisa. De acordo com os números fornecidos pela Secretaria, o município conta com um volume significativo de crianças diagnosticadas com TDAH, o qual excedia o número de pais citados na pesquisa, desta forma,

Comentado [WU2]: Por meio

a Secretaria indicou a Escola Municipal Robert Francis Kennedy (Educação Infantil e Ensino Fundamental), com um público de 20 crianças com laudos de TDAH, a qual concedeu disponibilidade e abertura para atividades de cunho acadêmico.

Após ciência da existência de uma demanda, e da aprovação do Comitê de ética, o primeiro encontro realizado teve por finalidade conhecer os pais/responsáveis, apresentando a proposta da pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Posteriormente, foram esclarecidas dúvidas e salientado a importância do envolvimento de todos nesta pesquisa, para a construção de conhecimento tanto dos pais como dos pesquisadores, onde através do levantamento inicial das demandas, foi possível abordar temas fidedignos com a realidade apresentada pelos envolvidos em cada encontro.

As intervenções foram realizadas em 8 encontros, onde o primeiro encontro foi baseado em explicações e apresentações referente à pesquisa, bem como o planejamento dos meios mais favoráveis para realizarmos os encontros, ex: semanal, quinzenal, ou seja, de acordo com a disponibilidade da maioria. As avaliações também foram observadas mediante as discussões realizadas em cada encontro.

Inicialmente houve a organização dos dados coletados, através de um processo de seleção e simplificação, tomando notas dos resultados apresentados nas intervenções. Onde estes dados originais foram organizados em gráficos de acordo com os temas e padrões definidos nos objetivos da pesquisa, com o intuito de codificar as categorias, agrupá-las e organizá-las para que as conclusões se tornem razoavelmente construídas e verificáveis. A apresentação deste dados consiste na análise sistemática das **semelhanças e diferenças e seu inter-relacionamento**. Esta apresentação é constituída por textos e diagramas, as quais permitem uma nova maneira de organizar e analisar as informações. Nesta etapa geralmente são definidas outras categorias de análise que vão além daquelas descobertas na etapa de redução dos dados. A terceira etapa é constituída pela conclusão/verificação. A elaboração da conclusão requer uma revisão para considerar o significado dos dados, suas regularidades, padrões e explicações. A verificação, intimamente relacionada à elaboração da conclusão, requer a revisão dos dados tantas vezes quantas forem necessárias para verificar as conclusões emergentes. Os significados derivados dos dados precisam ser testados quanto à sua validade. Cabe considerar, no entanto, que o conceito de validade é diferente do adotado no contexto das pesquisas quantitativas, que se refere à capacidade de um instrumento para medir de fato aquilo que se propõe a medir. Aqui validade significa que as conclusões obtidas dos dados são dignas de crédito, defensáveis, garantidas e capazes de suportar explicações alternativas.

Comentado [WU3]: (oito)

Comentado [WU4]: Por meio

RESULTADOS

A seguir serão apresentados os resultados encontrados a partir dos dados coletados bem como de relatos dos participantes no decorrer dos encontros os quais ficaram evidente a falta de orientação aos pais, por parte dos médicos, sobre o que fazer com seus filhos quando o mesmo recebe o diagnóstico, relatos como: “*não, só o medicamento*”, “*Não tive orientação médica alguma*” ou “*Apenas receitou medicação e marcou a próxima consulta*” deixam claro que a grande maioria dos pais apenas recebe informações quanto a dosagem e uso do medicamento, e que orientações acerca do TDAH e manejo dos filhos normalmente será encontrado em outros profissionais da área de saúde como psicólogos ou psicopedagogos. Lembrando que alguns pais, dado ao contexto sócio econômico ainda se encontravam na fila de espera do Sistema Único de Saúde para atendimento por parte de psicólogos ou psicopedagogos sendo que já haviam recebido o diagnóstico por parte do psiquiatra ou neurologista a mais de seis meses, enquanto pais pertencentes a classes mais abastadas já tinham seus filhos em processo de tratamento multidisciplinar.

A maioria dos pais relata que o sofrimento maior diz respeito ao rótulo dado a seus filhos, o rótulo de TDAH que acompanha a criança no ambiente familiar, onde familiares passam a ver a criança como “diferente”, sendo que até mesmo os pais passam a ser culpados por “*não ter visto isso antes*” ou por “*estarem colocando coisas onde não existe*”. No ambiente escolar não muda muito pois a criança passa a ter uma “doença” que colegas e professores desinformados muitas vezes desacreditam e despotencializam essa criança.

De acordo com os relatos a medicalização é vista de diversas maneiras dentro do grupo, onde alguns pais, conseguiram manter um diálogo aberto com os filhos e acompanhando o dia a dia dos mesmos e questionando a necessidade e funcionalidade do medicamento, decidiram junto com o psiquiatra ou neurologista fazer mudanças ou até mesmo a suspensão do medicamento em definitivo, enquanto outros, talvez por falta de conhecimento ou de uma **reflexão** maior com a criança mantém o uso do medicamento, mesmo não concordando com os efeitos.

Após questionados de que forma os encontros contribuíram para o melhor desenvolvimento de seus filhos alguns relatos como: “*Nos prepara para sabermos lidar com nossos filhos e ajudá-los, exemplo: fazer nossa filha levantar para ir à escola sem chorar e fazer manhã.*” ou “*me ajuda muito a entender que estou no caminho certo, mas sempre*

Comentado [WU5]: Reflexão

aprendendo mais, há sempre informações para nos ajudar”, demonstram que o trabalho com técnicas e atividades cognitivo comportamentais como quadro de atividades e assertividade fornecem subsídios para que esses pais ampliem seus conhecimentos acerca do TDAH e consequentemente passem a lidar com seus filhos de maneira mais segura e compreensiva, sem se deixar cair nas “armadilhas” do dia a dia.

Percebe-se que apesar do número de encontros ter sido pequeno (cinco), foram suficientes para que o espaço servisse como um grupo de apoio onde os participantes tiveram a oportunidade de trocar experiências com uma postura mais ativa, falando de suas vivências relacionadas ao TDAH e suas próprias vidas. Relatos como: *“Hoje foi minha primeira participação, mas gostei muito dos outros relatos, porque podemos perceber que o que passamos acontece também em outras casas”* ou *“Trocamos ideias e experiências, ajudamos uns aos outros e compreendemos melhor nossos tesouros”* demonstram que a necessidade de um espaço de acolhimento e aceitação é extremamente importante para que esses pais consigam expressar seus sentimentos e emoções sentindo-se partes de um grupo. Ao final dos encontros uma das participantes relata *“que pena, já estava acostumada que ao chegar o dia do encontro teria a oportunidade de botar um pouco para fora tudo o que passo no dia a dia”*.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Vamos usar **essa** citações

Comentado [WU6]: essas

Há influência do uso de treinamento parental em populações com TDAH. Segundo esse ponto de vista, o fato de haver uma criança com TDAH coloca a família em maior risco de perturbações nos relacionamentos familiares, podendo incluir problemas na aliança entre pai e mãe ou entre irmãos, que excluem o irmão afetado. Quando isso ocorre, a teoria dos sistemas familiares prevê que deve haver mudanças na estrutura familiar para que o funcionamento melhore. Com essa finalidade, o treinamento parental pode fortalecer a aliança entre os pais ensinando-os maneiras de criar um filho com TDAH. (apud BARKLEY, 2008, p. 467).

Segundo Barkley (2008, p. 207), as reações de pais de crianças com TDAH parecem se caracterizar por um estilo de disciplina mais frouxo e com táticas de controle ineficientes. A criança com TDAH geralmente viola as regras, negligência tarefas doméstica, opõe-se as tarefas de casa e definitivamente perturba a paz. Existem alguns princípios que os pais podem trabalhar com seus filhos para melhorar o comportamento deles, seus relacionamentos sociais e o ajuste geral em casa.

CONCLUSÃO

Considerando o trabalho realizado com os pais percebe-se que o nível de conhecimento por parte dos mesmos acerca do TDA ou TDAH é aparentemente precário e que se faz necessário um trabalho de sistematização, tanto no diagnóstico, quanto no tratamento de forma que os pais desses portadores não permaneçam por tanto tempo a esmo. O suporte, apenas medicamentoso, demonstra ser insuficiente para o tratamento e muitas vezes um gerador de ansiedade, pois na incerteza e desinformação esses pais passam a agir de forma intuitiva, passando toda essa ansiedade e insegurança para a própria criança.

Faz-se necessário ressaltar ainda que estamos falando de processos subjetivos e que a necessidade de uma equipe multidisciplinar é de suma importância, fazendo com que a criança encontre equilíbrio nos ambientes familiar, escolar e social, sendo vista como parte de um todo e não um indivíduo que irá carregar para o resto de sua vida um rótulo de “TDA” ou “TDAH”.

FALEM MAIS....

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014

DIAS, N.M.; MENEZES, A.; SEABRA, A.G. **Alterações das funções executivas em crianças e adolescentes**. in *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, v. 1, n. 1, p. 80-95, 2010.

DUCHESNE, M.; MATTOS P. **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**/ organizado por Bernard Rangé. – Porto Alegre: Artmed Editora, 2001.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**- 4. ed. - São Paulo: Atlas, 2002

_____. **Métodos e técnicas de pesquisa social**- 6. ed. - São Paulo: Atlas, 2008.

GOLDSTEIN, S. **Hiperatividade: Como desenvolver a capacidade de atenção na criança**./ Sam Goldstein, Michael Goldstein; tradução de Maria Celeste Marcondes. Papirus, Campinas-SP, 1994,

HOLMES, D.S. **Transtornos da Primeira Infância, da Infância e da Adolescência**. In *Psicologia dos Transtornos Mentais*; tradução Sandra Costa- 2 Ed. -Porto Alegre: Artmed, 1997.

MIRANDA, M.C.; MUSZKAT, M.; MELLO, C.B. **Transtornos de Déficit de Atenção e Hiperatividade**. in *Neuropsicologia do Desenvolvimento-Transtornos do Neurodesenvolvimento*. Rio de Janeiro: Rubio, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. – CID-10. 10ª Revisão. 2008. Disponível em: < <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/cid10.htm>>. Acesso em 22/04/2017.

ROTTA, N. T. **Transtorno da atenção: aspectos clínicos**. In: ROTTA, N. T. et al. Transtorno da Aprendizagem: abordagem neurobiológica e multidisciplinar. Porto Alegre: Artmed. 2006, p. 301-313.

THIOLLENT, Michel. **Metodologia da pesquisa-ação**. São Paulo: Cortez, 1985.

VALDÉS M.T. M; BEZERRA, M.H. O, MELO, E.L.A. **Qualidade de Vida e TDAH**. in *Qualidade de Vida na Infância e na Adolescência: Orientações para pediatras e profissionais da saúde mental*, Artmed, Porto Alegre, 2010.

VIRTUOSO, S. **Avaliação do tratamento do Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade e de dados de prescrição** / Suzane Virtuoso – Curitiba, 2016.

WHITBOURNE, S.K.; **Psicopatologia Perspectivas Clínicas dos Transtornos**/ Suzan Krauss Whitbourne, Richard P. Halgin; tradução Maria Cristina G. Monteiro; Revisão técnica: Francisco B. Assumpção Jr. Evelin Kuczysky- 7 Ed-AMGH, Porto Alegre, 2015.