

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**O ENFERMEIRO E O PORTADOR DE TRANSTORNO DO DÉFICIT DE
ATENÇÃO COM HIPERATIVIDADE**

WELINGTOWN MOREIRA CARVALHO

SÃO GONÇALO DO SAPUCAÍ / MG
2011

WELINGTOWN MOREIRA CARVALHO

**O ENFERMEIRO E O PORTADOR DE TRANSTORNO DO DÉFICIT DE
ATENÇÃO COM HIPERATIVIDADE**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização em
Atenção Básica em Saúde da Família,
Universidade Federal de Minas Gerais, para
obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Prof. Edison José Corrêa

**SÃO GONÇALO DO SAPUCAÍ / MG
2011**

WELINGTOWN MOREIRA CARVALHO

**O ENFERMEIRO E O PORTADOR DE TRANSTORNO DE DÉFICIT DE
ATENÇÃO COM HIPERATIVIDADE**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização em
Atenção Básica em Saúde da Família,
Universidade Federal de Minas Gerais, para
obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Prof. Edison José Corrêa

Banca Examinadora

Prof. Edison José Corrêa

Profª Eulita Maria Barcelos

Aprovado em Belo Horizonte, em 9 / 12/ 2011

Dedico este trabalho

À minha noiva Simone, à minha mãe, a meus amigos que me ajudaram a realizar este sonho.

AGRADECIMENTOS

Principalmente, a DEUS, pelas forças atendidas.

A meus professores.

A meu orientador Edison José Corrêa e aos meus amigos de caminhada do Curso de Especialização.

“A melhor maneira que a gente tem de fazer possível amanhã alguma coisa que não é possível de ser feita hoje, é fazer hoje aquilo que hoje pode ser feito. Mas se eu não fizer hoje o que hoje pode ser feito e tentar fazer hoje o que hoje não pode ser feito, dificilmente eu faço amanhã o que hoje também não pude fazer.”

Paulo Freire

RESUMO

Nos últimos anos, pais, profissionais da área de saúde e educacional estão buscando mais informações para atender e entender as dificuldades únicas e específicas apresentadas por seus filhos, pacientes e/ou alunos que apresentam o Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH). Este trabalho objetiva registrar as principais evidências sobre o TDAH e a importância da enfermagem na assistência à criança em tal situação. Sabe-se que as crianças portadoras de TDAH têm dificuldades em prestar atenção, controlar emoções, dirigir a atividade psíquica e não pensam antes de agir. Foi realizada uma revisão narrativa da literatura em bases nacionais, principalmente em livros, artigos científicos e revistas semanais, acessados em bibliotecas e na Internet. Os resultados apontam que o enfermeiro frente a essa criança pode solucionar problemas para atender suas necessidades de assistência à saúde, o que envolve avaliação, coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e investigação, com as modificações subseqüentes sendo utilizadas como mecanismos de *feedback* que promovam a resolução dos diagnósticos de enfermagem diante do problema TDAH. O Programa de Saúde da Família está voltado para a implementação de ações direcionadas à população geral, com programas e ações singularizadas, sendo considerado um aliado no que diz respeito à promoção, prevenção e intervenções básicas de saúde para diversas áreas de trabalho, sejam essas áreas de educação ou saúde, o que envolve a TDAH.

Palavras-chave: Enfermagem. Cuidado da criança. Atenção Primária à Saúde. Saúde da Família. Transtorno do Deficit de Atenção com Hiperatividade

ABSTRACT

In recent years, parents, professionals in health and education are seeking more information to meet and understand the unique and specific difficulties presented by their children, patients and/or students who have the Attention Deficit Disorder with Hyperactivity (ADHD). This study aims to record the main evidence on ADHD and the importance of nursing care to children in such a situation. It is known that children with ADHD have difficulty paying attention, controlling emotions, direct the psychic activity and does not think before they act. We performed a narrative review of the literature on national basis, particularly in books, papers and weekly magazines, accessed in libraries and the internet. The results indicate that the nurse in the face of this child can solve problem to meet their needs for health care, which involves evaluation, data collection, diagnosis, planning, implementation and research with subsequent modifications being used as feedback mechanisms that promote the resolution of the diagnoses of the problem on ADHD. The Family Health Program is focused on the implementation of actions aimed at the general population with programs and activities singled out and is considered an ally in regard to promotion, prevention and basic health interventions for various work areas, these areas are education or health, which involves ADHD.

Keywords: Nursing. Child care. Primary Health Care. Family Health. Attention Deficit Disorder with Hyperactivity

LISTA DE ABREVIACÕES

CAPS - Centros de Atenção Psicossocial

ESF – Equipe Saúde da Família

LDBN - Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional

NASF - Núcleo de Apoio à saúde da Família

PACS – Programa dos Agentes Comunitários de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TDAH - Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	15
2.1 Objetivo geral	15
2.2 Objetivo específico	15
3 METODOLOGIA	16
4 PORTADORES DE NECESSIDADES ESPECIAIS	17
4.1 Da inclusão social à exclusão	20
4.2 Diferença conceitual entre inclusão e integração	21
5 TRANSTORNO DE DEFICIT DE ATENÇÃO COM HIPERATIVIDADE	25
5.1 Sintomas	26
5.2 Diagnóstico	28
6 TRATAMENTO	32
6.1 Causas do transtorno de déficit de atenção com hiperatividade	35
6.2 Comportamento do portador de TDAH	38
6.3 Dificuldades de relacionamento	40
6.4 Como os pais podem ajudar seus filhos	42
7 AÇÕES DO ENFERMEIRO AOS PORTADORES DE NECESSIDADES ESPECIAIS	45
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
REFERÊNCIAS	54

1 INTRODUÇÃO

O Programa Saúde da Família (PSF) teve início, em 1994, como um dos programas propostos pelo governo federal aos municípios para implementar a atenção básica. O PSF é tido como uma das principais estratégias de reorganização dos serviços e de reorientação das práticas profissionais no nível de assistência, promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação. Traz, portanto, muitos e complexos desafios a serem superados para consolidar-se enquanto tal. Como estratégia de reorganização da atenção não prevê um tempo para finalizar esta reorganização. Constitui-se como processo de reforma para incrementação do SUS, recebendo a missão de ser o eixo estruturante da organização dos serviços no âmbito do sistema público de saúde no Brasil (BRASIL, 2006a).

No âmbito da reorganização dos serviços de saúde, a estratégia da saúde da família vai ao encontro dos debates e análises referentes ao processo de mudança do paradigma que orienta o modelo de atenção à saúde vigente e que vem sendo enfrentada, desde a década de 1970, pelo conjunto de atores e sujeitos sociais comprometidos com um novo modelo que valorize as ações de promoção e proteção da saúde, prevenção das doenças e atenção integral às pessoas. (BRASIL, 2006a, p.78)

Esses pressupostos são relatados como capazes de produzir um impacto positivo na orientação do novo modelo e na superação do anterior, calcado na supervalorização das práticas da assistência curativa, especializada e hospitalar. O modelo anterior induz ao excesso de procedimentos tecnológicos e medicamentosos e, sobretudo, na fragmentação do cuidado e em relação aos recursos humanos para o Sistema Único de Saúde (SUS), encontra outro desafio (GIL, 2005).

De acordo com Teixeira (2002) a saúde da família, entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial é operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e agravos mais frequentes.

Com a expansão do Programa Saúde da Família, que se consolidou como estratégia prioritária para a reorganização da Atenção Básica no Brasil, o governo publicou a Portaria Nº 648, de 28 de março de 2006, em que ficava estabelecido que o PSF seja a estratégia prioritária do Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica que tem como um dos seus fundamentos possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade, reafirmando os princípios básicos do SUS: universalização, equidade, descentralização, integralidade e participação da comunidade - mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários (BRASIL, 2006a).

É nesse contexto da Estratégia Saúde da Família, e em um processo de capacitação profissional, no Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, que esse trabalho tem origem. O autor, enfermeiro de equipe de Saúde Edgar Gomes no município de São Gonçalo do Sapucaí, exerce suas funções profissionais junto a uma população de 3000 habitantes, moradores de uma área 834 famílias.

O município tem três ESF e o serviço local organiza-se com uma Unidade Básica de Saúde, um centro de imunização e um Hospital.

Justificativa

O problema TDAH surge no dia a dia de trabalho na Estratégia Saúde da Família com frequência, pois minha equipe tem sua unidade de referência situada dentro de uma escola e muitas vezes convivo com vários encaminhamentos de médicos para os neuropediatras que diagnosticam nessas crianças o TDAH. Muitas são tratadas com medicamentos, outras com acompanhamentos por psicólogos e psicopedagogos. Mas, como toda doença, é difícil de lidar pelos fatores adesão ao tratamento e condições financeiras e as questões retornam à equipe. Minha área é uma área muito pobre, onde dependemos quase exclusivamente do Sistema Único de Saúde (SUS), e neuropediatras, assim como psicopedagogos, são raros. Eles existem, mas pelo SUS o acesso é muito difícil. É de grande importância que essas crianças sejam tratadas o mais precocemente possível, pois só assim os problemas não vão refletir na vida adulta, como os decorrentes da grande evasão escolar e os sociais, como desajustamentos e uso de drogas e álcool.

Para o autor esse estudo se coloca como um projeto de revisão, pois o material a respeito do tema é escasso e de difícil acesso para os profissionais. Muitos não sabem do que se trata, ao se falar em TDAH, principalmente os médicos generalistas e professores. Busco, nesse tema, um estudo mais abrangente, pois, embora grande parte de material informativo se encontre na Internet, essa informação pode ser falsa ou inexata.

Já escrevi a respeito do assunto em trabalhos acadêmicos buscando dialogar com profissionais de diversas áreas um melhor acompanhamento para o portador de TDAH. Escolhi esse tema porque, embora muitos considerassem inapropriado, pois era um tema difícil e com pouco material a disposição, convivo com ele diariamente no meu PSF, e com as crianças da escola. Também vivencio a questão em casa, na minha família, e sei muito bem dos desafios e das dificuldades do portador. Minha ESF tem participação ativa nos meus estudos, porque procuro instruir a todos a respeito do problema. Quando contatam alguma criança com possível diagnóstico, discuto com o médico da equipe a respeito do problema, e buscamos, na casa da criança, se o problema é genético ou um problema comportamental familiar. Tarefa difícil, pela pobreza da área e a concomitância de situações que poderiam ser parte do quadro clínico ou problemas paralelos, sociais e culturais, como uso de substâncias ilícitas e lícitas que causam dependência química e psíquica.

Considerando como aspecto fundamental da atenção a ser prestado pelo enfermeiro o acompanhamento da criança e da família, em suas relações sociais, assim também o portador TDAH deve ser competência do enfermeiro, bem como de professores dessa criança e da escola, pois é preciso auxílio para que a criança com TDAH possa reestruturar seu ambiente, reduzindo sua ansiedade, para que os pais reconheçam a importância de seu comportamento, que pode incluir a permissividade, por exemplo, não útil para a criança.

Com alternativas, como modelo claro e previsível de recompensas e punições, baseado em terapias comportamentais, o desenvolvimento da criança pode ser mais bem ajudado e acompanhado (BRUM e BOZZA, 2011). Segundo esses autores a assistência ao portador de TDAH é uma prática complexa e frequentemente, o profissional enfermeiro pode avaliar seu cliente, ao mesmo tempo, sob mais de um modelo: o moral, quando expressa conselhos, profissional de saúde, quando executa procedimentos terapêuticos e o social, quando atua na retaguarda necessária para a reintegração social.

A escolha desse tema se justifica, portanto, por ser um tema pouco estudado no âmbito da enfermagem, mas que tem grande impacto social. Muitos estudos apontam que, com o advento da tecnologia e da grande gama de informação, tanto pela Internet como por outros meios de comunicação, o problema tem surgido com mais frequência, acarretando diversos problemas, tanto na escola, na família e na sociedade.

A equipe ao acolher um portador de TDAH deve promover uma aliança terapêutica, com ambiente acolhedor e com empatia, deve conduzir um relacionamento interpessoal, garantir assistência integral e contínua e contribuir mutuamente com a competência coletiva do trabalho da equipe. Ter boa comunicação e um trabalho cooperador para os familiares e o portador de TDAH deve ser entendido e abordado sob a ótica da integralidade, que tem como principal foco o ser humano para a compreensão e tratamento de seu problema.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Registrar as principais evidências sobre o Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) e a importância da enfermagem na assistência à criança em tal situação.

2.2 objetivo específico

Registrar os sinais e sintomas de TDAH, evidenciando os indicadores para um tratamento precoce.

Estabelecer aspectos para a orientação de pais e profissionais de saúde e da educação, de como lidar com o portador de TDAH.

3 METODOLOGIA

Esse trabalho é baseado em pesquisa bibliográfica em bases nacionais, principalmente em livros, artigos científicos e revistas semanais, acessados em bibliotecas e na Internet. Foram usados como termos de referência os descritores: Enfermagem. Cuidado da criança. Atenção Primária à Saúde. Saúde da Família. Transtorno do déficit de atenção com hiperatividade.

Na revisão e registro bibliográfico a estrutura desse trabalho obedece às seguintes orientações: a caracterização de 'portadores de necessidades especiais', entendidos que crianças com transtornos do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) devem ser considerados sob essa denominação, a descrição dos principais informações científicas sobre o Transtorno de déficit de atenção com hiperatividade e as ações do enfermeiro aos portadores de necessidades especiais.

4 PORTADORES DE NECESSIDADES ESPECIAIS

A deficiência no ser humano, em qualquer de suas modalidades, evidentemente não é tema novo. No entanto, a preocupação com a sua prevenção e a proteção das pessoas que, pela deficiência, têm necessidades especiais, são temas recentes. Pessoas com deficiências são as que apresentam “inaptidão física ou mental que afeta ou limita suas atividades de vida diárias e que podem requerer acomodações especiais”, como registrados nos descritores em ciências da saúde (BRASIL, 2011, s.p.), utilizando-se também a sinonímia ‘pessoas com necessidades especiais’. Todas as necessidades decorrentes do contexto de vida, particularmente das características da incapacidade, devem ser consideradas para que o indivíduo possa exercer todas as funções, direitos e deveres sociais e ter garantida igualdade de oportunidades. Toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano, deve ser considerada (BRASIL, 2007).

Um dos aspectos correlaciona-se à expressão necessidades educativas especiais, que se refere a todas as pessoas cujas necessidades decorrem de sua capacidade ou de suas dificuldades de aprendizagem e têm, portanto, necessidades especiais em algum momento de sua escolarização.

Compreender as necessidades educativas especiais é uma experiência apaixonante, desafiadora e se constitui em uma busca interminável por caminhos que possibilitem o falar, o expressar, o aprender, o caminhar, o alcançar. Por vezes, nessas buscas, muitos profissionais se surpreendem e percebem que cresceram tanto, ou mais, que seus alunos (BATISTA, 2006).

O tema inclusão educacional e educação especial também deve ser amplamente discutido e divulgado, em textos e pesquisas realizados sobre crianças, pelos projetos desenvolvidos na escola, em entrevistas com palestrantes, em notícias da escola e em jogos, brincadeiras, receitas e poesias elaborados pelos alunos.

A educação inclusiva tem início nos Estados Unidos, através da Lei n. 4.142 de 1975, que estabelece a modificação dos currículos e a criação de uma rede de informações entre escolas, biblioteca, hospitais e clínicas, no sentido de facilitar a

inserção das pessoas, portadoras de deficiência, nos circuitos sociais (BRASIL, 2001).

Do ponto de vista nacional, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional de 1986, em seu capítulo V, traz novas características de flexibilidade, abertura e inovação e nova conceituação de Educação Especial e do alunado com necessidades educativas especiais. Valoriza o papel e a formação dos profissionais da educação e o incentivo, pelo poder público, para a formação e capacitação desses profissionais.

Em setembro de 2003, importante avanço nos instrumentos de normatização da Educação Especial é obtido através do Parecer n. 424 e da Resolução n. 451 do Conselho Estadual de Educação/MG. Esta resolução fixa normas para a educação especial no sistema estadual de ensino em Minas Gerais. O conceito de Educação Especial se amplia e passa a ser assim definido:

Entende-se por educação especial o processo educacional definido em uma proposta pedagógica assegurando um conjunto de recursos e serviços educacionais especiais, organizados institucionalmente para apoiar, complementar, suplementar e em alguns casos substituir os serviços educacionais comuns, de modo a garantir a educação escolar e promover o desenvolvimento das potencialidades dos educandos que apresentam necessidades educacionais especiais, em todos os níveis e modalidades de educação (BRASIL, 2007, p. 32).

A Educação Especial deixa de ser o lugar para o qual convergem as pessoas com deficiência e passa a ser o meio através do qual aluno com necessidades educacionais especiais encontra apoio para obter sucesso em seu percurso escolar. Amplia-se também o conceito de necessidades educacionais especiais, que deixa de estar ligado exclusivamente à deficiência e passa a ser entendido como dificuldades acentuadas de aprendizagem ou limitação no processo de desenvolvimento que dificultem o acompanhamento das atividades curriculares, dificuldades de comunicação e sinalização, diferenciadas dos demais alunos, e altas habilidades e superdotação.

O Ministério da Educação (MEC) publica o documento Atendimento Educacional Especializado para a Deficiência Mental, em 2006, que traz contribuições valiosas para nortear a reflexão sobre a necessária transformação conceitual e a prática da escola para a atenção à diversidade. Nesta perspectiva,

abrange princípios que fundamentam o direito de todos à educação, à luz do enfoque da educação inclusiva (GOMES *et al.*, 2007).

Do ponto de vista das políticas públicas, cabe constitucionalmente ao Ministério da Educação subsidiar e capacitar os gestores da educação nos municípios para a implementação da educação inclusiva. O trabalho de qualificação dos professores é um dos pontos estratégicos e é preciso haver disposição para enfrentar os desafios da educação inclusiva e direcionar as políticas públicas no sentido de que o processo educacional seja planejado para todas as crianças. Essa preocupação deve ser incorporada na base da própria construção do projeto pedagógico da instituição de ensino, na condição de tema inadiável, que configura um direito humano e constitucional (BRASIL, 2007).

Nesse sentido, é importante que o processo educacional aconteça com a presença de alunos com deficiência em sala de aula, e não com os mesmos distantes de todo o contexto de formação (GOMES *et al.*, 2007).

Por isso, numa escola inclusiva, onde inclusão signifique mudar a escola para atender bem a todos os seus alunos, não são os alunos que necessitam acompanhar os conteúdos e o programa, mas os conteúdos e o programa é que precisam acompanhar os alunos, por toda a vida (BRASIL, 2007) e o papel do professor, como mediador, é fundamental neste processo.

O professor deve acreditar nas possibilidades de cada um, por menores que elas sejam. É o acreditar que cria expectativas, é o acreditar que faz com que o professor invista naquele aluno, desafie, estimule, crie alternativas, motive a trabalhar com os colegas. (GOMES *et al.*, 2007).

Nesta sala de aula, todos necessitam utilizar sua atenção para resolver problemas, e os resolvem porque tem interesse, aquilo que é proposto tem sentido, e mesmo nos problemas com maior complexidade, devem existir tarefas com vários níveis, em que cada um, de acordo com suas possibilidades, irá se adequar. Não é o professor que determina *a priori* até onde cada um vai e o que sabe fazer. São os alunos que se autorregulam. É preciso, também, discutir com os alunos questões referentes à diversidade. Porque todos são diferentes e alguns têm características bem específicas. Mostrar que as diferenças, no caso, não inferiorizam nem incapacitam as pessoas, mas que, pelo contrário, oportunizam a todos a vivência da

solidariedade e do trabalho compartilhado. Eis um dos traços do professor inclusivo (MANTOAN, 2006).

Portanto, a formação do professor, para trabalhar numa escola que se proponha a respeitar e a valorizar a diversidade, deve capacitá-lo a entender as diferenças e a encará-las não como algo que inferiorize o ser humano, mas como um desafio que deve ser levado em conta na preparação das atividades, na atenção que deve dedicar a cada aluno durante a aula, e na maneira de avaliar e utilizar os resultados da avaliação. É nesses momentos de formação que o professor deve aprender a planejar, perguntando-se sempre não o que ele terá que ensinar, mas o que os alunos gostariam de aprender. Respeito à diversidade e formação contínua do professor, eis aí os dois pilares da escola inclusiva (GOMES *et al.*, 2007).

A inclusão é uma possibilidade que se abre para o aperfeiçoamento da educação escolar e para o benefício de todos os alunos com e sem deficiência. Depende, contudo, de uma disponibilidade interna para enfrentar as inovações (MANTOAN, 2006).

A educação inclusiva representa um novo caminho, que está sendo construído por tantas e tantas pessoas que sonham com uma sociedade justa, solidária e pronta para garantir os direitos de todos os que nela vivem. E quando se fala em viver, refere-se ao sentido pleno da palavra: viver significa conviver, compartilhar, desfrutar, participar, relacionar, interagir, trocar (GOMES *et al.*, 2007).

4.1 Da inclusão social à exclusão

Segundo Mantoan (2006.p.5) na inclusão social não está prevista a utilização de métodos e técnicas específicas para diferentes deficiências. O limite do aluno é respeitado eles aprendem até onde é possível, A escola deve ser de qualidade e “o professor considera o nível de possibilidades de desenvolvimento de cada um e explora suas possibilidades, por meio de atividades abertas,” onde cada aluno se enquadra, de acordo com seus interesses e necessidades, “seja para construir uma idéia, resolver um problema, ou realizar uma tarefa”

Logo, pensar em organizar a escola para torná-la inclusiva é pensá-la para além das questões puramente políticas e pedagógicas. É pensá-la, também, como contexto cultural que envolve relações entre indivíduos, pois, embora seja possível cumprir uma lei que obrigue escolas a receberem crianças portadoras de

deficiências em suas classes. Não se pode fazer uma lei obrigando que as pessoas aceitem e sejam amigas dos deficientes. Nesse sentido, apesar da inclusão do aluno com deficiência na escola regular ser hoje um direito legalmente garantido, muitos preconceitos ainda se fazem presentes na comunidade escolar, sendo ali reproduzidos da mesma maneira que o são na sociedade, ou seja, através da linguagem, de gestos, do olhar, de atitudes, da intolerância, da própria indiferença (GLAT, 1995).

Segundo Stainback e Stainback (1999) as reações frente a uma pessoa com deficiência são inúmeras, múltiplas, diversas, por vezes inesperadas, contraditórias, mas estão sempre carregadas de sentimentos e emoções. Todo ser humano, diante de pessoas com deficiência, já passou por situações de desespero, de pena, de impotência, de motivação para apoiar, de uma vontade extremada de ajudar, de querer a todo custo minimizar as limitações e promover o crescimento.

Mesmo profissionais experientes na área de educação especial, ainda se emocionam diante de relatos ou mesmo diante da complexa e intrigante limitação imposta a alguns alunos por suas deficiências. Situações assim fazem com que muitos questionem suas competências, seu grau de humanismo e enfim, a sua capacidade de se sentir útil em traçar estratégias educacionais que possam efetivamente apoiar esse aluno.

Sanchez (2005, p.12) afirma “que os avanços educacionais trouxeram à tona questões importantes como a educação das pessoas com pequenas ou grandes limitações, dificuldades, impedimentos e mesmo necessidades socioculturais que as levasse a terem necessidades educacionais especiais. O universo educacional vem se abrindo lenta e gradativamente, questionando-se sobre como atender a toda a diversidade de educandos em um só sistema de ensino e ainda igualar as oportunidades, universalizar o acesso aos meios e processos educacionais e garantir aos alunos o apoio de que necessitam para obterem o sucesso educacional, desejado a todos, sem exceção”.

4.2 Diferença conceitual entre inclusão e integração

A integração induz a acreditar que se podem escolher quais seres humanos têm direito a estar nas escolas, nos parques de diversões, nas igrejas, nos ambientes de trabalho, em todos os lugares. É praticado há décadas, mas desde os

anos 80, começou a ser questionado pelo então emergente movimento internacional das organizações de pessoas com deficiência. Este movimento denunciou a injustiça do modelo integrativo, que só aceitava inserir na sociedade as pessoas com deficiência que fossem consideradas prontas ou quase prontas para conviver nos sistemas sociais gerais. Prontas no sentido de aptas para aprender, trabalhar, se expressar, se locomover mais ou menos bem pelas ruas das cidades. E caso não estivessem prontas, que se esforçassem para estar (REVISTA INCLUSÃO, 2008).

Num contexto integrativo, o máximo feito pela sociedade para colaborar com as pessoas com deficiência neste processo de inserção seriam pequenos ajustes como adaptar uma calçada, um banheiro ou até receber uma criança com deficiência mental na sala de aula, mas só se ela pudesse acompanhar a turma. Como raramente crianças com deficiência mental podem ter o mesmo ritmo de aprendizagem dos alunos sem deficiência mental, era certo que em breve, no máximo em dois ou três anos, aquele aluno seria sumariamente devolvido para a família (MARTINS, 1997).

Na processo integrativo ocorre:

- Inserção parcial e condicional (crianças se preparam em escolas ou classes especiais para poderem frequentar escolas ou classes regulares);
- Pede concessões aos sistemas;
- Mudanças visando prioritariamente às pessoas com deficiência;
- Contenta-se com transformações superficiais;
- Pessoas com deficiência se adaptam as realidades dos modelos que já existem na sociedade, que faz apenas ajustes;
- Defende o direito das pessoas com deficiência;
- Inserem nos sistemas os grupos de excluídos que provarem estar aptos (sob este aspecto, as cotas podem ser questionadas como promotoras da inclusão);
- Como reflexo de um pensamento integrador cita-se a tendência a tratar pessoas com deficiência como um bloco homogêneo;
- Tende a disfarçar as limitações para aumentar as chances de inserção;
- A simples presença de pessoas com e sem deficiência no mesmo ambiente tende a ser suficiente para o uso do adjetivo integrador;
- Incentivam pessoas com deficiência a seguir modelos, não valorizando, por exemplo, outras formas de comunicação;

- O adjetivo integrador é usado quando se busca qualidade nas estruturas que tendem apenas às pessoas com deficiência consideradas aptas.

A inclusão, ao contrário, aponta para um novo caminho. Nele, as decisões são guiadas pela certeza de que o direito de escolher seres humanos é filosoficamente ilegítimo, além de ser anticonstitucional. Uma sociedade inclusiva tem compromisso com as minorias e não apenas com as pessoas com deficiência. Tem compromisso com elas e com sua diversidade e se auto exige transformações intrínsecas. É um movimento com características políticas. Como filosofia, incluir é a crença de que todos têm direito de participar ativamente da sociedade. Como ideologia, a inclusão vem para quebrar barreiras cristalizadas em torno de grupos estigmatizados.

Segundo Mantoan (2006) na inclusão ocorre Inserção total e incondicional (crianças com deficiência não precisam se preparar para ir à escola regular), exige rupturas nos sistemas, há mudanças que beneficiam toda e qualquer pessoa (não se sabe quem ganha mais; todas ganham), exige transformações profundas, a sociedade se adapta para atender às necessidades das pessoas com deficiência e, com isso, se torna mais atenta às necessidades de todos, defende o direito de todas as pessoas, com e sem deficiência, traz para dentro dos sistemas os grupos de excluídos e, paralelamente, transforma esses sistemas para que se torne de qualidade para todos, valoriza a individualidade das pessoas com deficiência (pessoas com deficiência podem ou não ser bons funcionários; podem ou não ser carinhosos), não quer disfarçar as limitações, porque elas são reais, não se caracteriza apenas pela convivência de pessoas com e sem deficiência em um mesmo ambiente, a - partir da certeza de que todos são diferentes, não existem os especiais, os normais, os excepcionais o que existe são apenas pessoas com deficiência;

O adjetivo inclusivo é usado quando se busca qualidade para todas as pessoas com e sem deficiência (escola inclusiva, trabalho inclusivo, lazer inclusivo)

Entremeando a inclusão e a exclusão esta a ética da diversidade..A ética da diversidade surge como um contraponto à chamada “ética da igualdade”, que admite o que se pode chamar de “modelos de gente” e, assim, acaba por valorizar única e exclusivamente o que as pessoas têm de semelhança. Consequentemente, permite

a hierarquização de condições humanas, pois cria a categoria do “diferente”. A “ética da diversidade”, ao contrário, por se apoiar na certeza de que a humanidade encontra infinitas formas de se manifestar, não admite a comparação entre diferentes condições humanas, nem privilegia uma delas em detrimento de outras (MANTOAN, 2006).

À medida que as ideias e intervenções forem se aprimorando e se aproximarem do paradigma da inclusão prevê-se que, o modelo integrativo será gradativamente substituído pelo modelo inclusivo. Historicamente, a integração foi um passo para a inclusão, assim como ao Código de Menores se sucedeu o Estatuto da Criança e do Adolescente.

Assim, uma escola é chamada de inclusiva quando consegue implementar medidas efetivas de acessibilidade nos contextos tais como: não tendo barreiras nos métodos e técnicas de estudo escolar; não tendo barreiras nos instrumentos escolar, de trabalho e de lazer ou recreação e não tendo preconceitos, estigmas, estereótipos e discriminações (MANTOAN, 2006).

Hoje, a questão da inclusão permeia todo discurso político, não somente na área de deficiências. E ela tem que ser corrente com a prática dos deficientes, tanto internamente dentro do movimento quanto nas relações com o público em geral.

Hoje se fala em reconstrução, um novo conceito de sociedade inclusiva a ser planejada para todos. Isso significa que não mais irão ser criados espaços físicos e serviços voltados para um mítico homem padrão e sim para uma população real, incluindo pessoas idosas, crianças, mulheres grávidas, obesos, pessoas temporariamente incapacitadas, usuários de cadeiras de roda, pessoas cegas ou com deficiência visual, surdas ou com deficiência auditiva e assim por diante (MARTINS, 1997).

Aqui se fala em diversidade, uma nova sociedade, de e para todos os homens e mulheres de todas as idades e condições físicas, de todas as origens, raças, culturas, religiões, opções sexuais e ideológicas, condições sociais. O único tipo de sociedade que pode ser sustentável e permitir verdadeiro e completo desenvolvimento humano (MARTINS, 1997).

5 TRANSTORNO DE DEFICIT DE ATENÇÃO COM HIPERATIVIDADE

Segundo Goldstein e Goldstein, (1996) o transtorno de déficit de atenção com hiperatividade é o nome que se dá a uma condição em que a pessoa, quando comparada a outra, da mesma idade e sexo, mostra uma sensível redução de habilidades para manter a atenção, controlar suas ações ou dizer algo sem pensar, regular as atividades físicas de acordo com a situação, ser motivada a ouvir os outros, compreender e acatar o que lhe foi dito.

Segundo Silva (2011) o TDAH é um transtorno neurobiológico, que atinge mais de 6% da população, com três características principais: desatenção, impulsividade e hiperatividade (a hiperatividade pode ser apenas mental). A cada cinco adultos em tratamento de outros distúrbios psiquiátricos, um apresenta TDAH. O baixo funcionamento do córtex pré-frontal compromete as funções executivas do cérebro, responsáveis pelo planejamento, observação, mudança de rota caso necessário, manutenção da atenção e do autocontrole do comportamento. A disfunção é crônica, herdada na grande maioria das vezes, daí sua presença desde a infância. Apesar de muitos terem seus sintomas atenuados na adolescência ou idade adulta, cerca de 65% das crianças diagnosticadas como portadoras de TDAH continua com os sintomas.

Um dos problemas mais graves a serem enfrentados é a discriminação de professores, colegas e até da família. Os pais, muitas vezes, criam um ambiente de tensão ao exigirem que as crianças se comportem ou dêem respostas como as outras. Isso contribui para que as pessoas nessas condições tenham autoestima baixa e passem a exigir atenção especial de pais e educadores, pois, elas não conseguem ficar por muito tempo parados em silêncio. De acordo com Goldstein e Goldstein (1996)

O TDAH é um problema que atinge nada menos do que 1/3 da população mundial, segundo levantamento realizado recentemente por especialistas dos Estados Unidos. No Brasil, onde o problema não é diferente, já se sabe que a prevalência do Déficit de Atenção e Hiperatividade está entre 3% a 5% em crianças em idade escolar. Esse transtorno afeta mais os meninos, mas quando atinge as meninas, se destaca com mais intensidade, comprometendo o desempenho escolar, dificultando as relações interpessoais. Se for hiperativa, a pessoa com TDAH sofre ainda com o aumento das suas reações emocionais e por não reconhecer seus limites, em ambiente estressante, o problema tende a se agravar.

A dificuldade em conviver com essa situação é provocada mais pela falta de informação e de compreensão dos pais e educadores, pois a questão é entender como são essas pessoas e como elas se comportam (GOLDSTEIN e GOLDSTEIN, 1996).

Para estes autores a partir do diagnóstico a solução torna-se possível com a adoção de medidas que incluem um novo direcionamento, não apenas na escola, mas em casa e em outros ambientes, sempre procurando uma acomodação de acordo com as suas necessidades. Também é fundamental que esse trabalho seja integrado, incluindo pais e todos os demais profissionais, com uma grande dose de compreensão, determinação, perseverança e paciência.

As crianças têm dificuldades para manter atenção em atividades muito longas, repetitivas ou que não lhes sejam interessantes. Elas são facilmente distraídas por estímulos do ambiente externo, mas também se distraem com pensamentos internos, isto é, vivem voando. Como a atenção é imprescindível para o bom funcionamento da memória, elas em geral são tidas como esquecidas, esquecem recados ou material escolar, aquilo que estudam, sendo, assim o esquecimento é uma das principais queixas dos pais (GOLDSTEIN e GOLDSTEIN, 1996).

Os autores acima complementam que elas também tendem a ser impulsivas (não esperam a vez, os outros, agem antes de pensar). Frequentemente também apresentam dificuldades em se organizar e planejar aquilo que querem ou precisam fazer. Embora com alguma frequência, inteligentes e criativas, podem apresentar desempenho muito inferior ao esperado para o seu nível de inteligência.

Como abordam Goldstein e Goldstein (1996), a criança manifesta certo número de comportamento tais como agitação constante, problemas para permanecer sentada, fica distraída por qualquer motivo, problema para aguardar a sua vez, respostas impulsivas, problemas para completar as coisas, dificuldade de continuar realizando uma tarefa deixa muitas coisas inacabadas, dificuldade para brincar tranquilamente, falar excessivamente, interromper frequentemente os outros, não escutar, ser desorganizada e expor-se a muitos riscos.

5.1 Sintomas

Gruspun (1996) afirma que não há características físicas no TDAH. Os sintomas têm início antes dos sete anos de idade e o marco desse quadro é: desatenção, hiperatividade e impulsividade, que causam prejuízo ao relacionamento interpessoal.

A desatenção pode tanto manifestar-se em situações escolares, quanto sociais ou profissionais. As crianças com este transtorno não prestam muita atenção a detalhes. Os indivíduos com frequência têm dificuldade para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas e consideram difícil persistir nas mesmas tarefas até seu término (GRUSPUN, 1996).

Normalmente, essas crianças dão a impressão de estarem com a mente em outro local ou de não estarem escutando o que está sendo dito. Pode haver frequentes mudanças de uma tarefa para outra, elas podem iniciar uma atividade, passar para outra antes de completar qualquer uma de suas incumbências. São facilmente distraídas por estímulos irrelevantes.

As crianças hiperativas tendem a ser excessivamente agitadas e ativas, e facilmente levadas a uma emoção excessiva. Elas têm dificuldades de controlar o corpo em situações que exijam que fiquem sentadas em silêncio por muito tempo. Suas reações emocionais são mais intensas e mais frequentes que as de outras crianças. E isso ocorre independentemente do tipo de emoção que esteja sendo expressa: raiva, frustração, felicidade ou tristeza (ROUCEK, 1991).

Segundo Millenson (1997) a impulsividade faz com que ela tenha dificuldade de seguir as regras, de pensar antes de agir. Na maioria das vezes, elas entendem e conhecem as regras, mas a sua necessidade de agir rapidamente sobrepuja sua reduzida capacidade de autocontrole. Isso resulta em um comportamento inadequado e irrefletido. São negligentes, distraídas, impulsivas, superexcitadas, agitadas e tem baixa tolerância às frustrações.

Além desses sintomas básicos, outros problemas são comuns, como:

- Problema de conduta, através de explosões de cólera e passando rapidamente do riso às lágrimas. Seu humor e desempenho são variáveis e imprevisíveis.

- Implicações emocionais, tais como baixa autoestima, autoconceito negativo, reações de agressividade, hipersensibilidade,

- Problemas de socialização, tendo dificuldades nos relacionamentos interpessoais, por não aceitar crítica, conselho e ajuda.

- Problemas familiares, em consequência das insatisfações e pressões por parte do adulto, pelo seu comportamento inadequado.

- Comprometimentos das habilidades cognitivas, manifestando-se dificuldade de organização, de resolução de problemas, retardo do desenvolvimento da linguagem.

- Problemas neurológicos, a criança tem falta de coordenação motora e falta de equilíbrio; tem incapacidade de manter determinada postura ou posição por algum tempo, apresenta distúrbios da fala (dislalia), apresenta sincinesias frequentes, dificuldades gnósicas (inclusive na formação do esquema corporal).

Apresentam distúrbios de comportamento, de aprendizagem, mas a inteligência não é afetada, é normal.

5.2 Diagnóstico

Segundo May (1996.p.78) um pesquisador muito conhecido na área da hiperatividade infantil, afirma que:

O diagnóstico da hiperatividade é difícil e complexo. Não existe nenhum teste diagnóstico absoluto para a hiperatividade. É preciso uma cuidadosa coleção de informações das mais variadas fontes, de pais, professores, psicólogos, pediatras e neurologistas através dos mais variados instrumentos (questionários, entrevistas e testes) e por vários meios. O diagnóstico precisa ser feito por um ou mais profissionais familiarizados com comportamentos infantis.

Não há sinais significativos na história do desenvolvimento da criança que com certeza absoluta possam contribuir para diagnosticar a hiperatividade. Embora certos fatores de desenvolvimento no início da infância (o bebê difícil de acalmar ou com dificuldade para dormir) possam colocar as crianças no grupo de risco. A hiperatividade é marcada por um grupo desses problemas, pela sua intensidade ou gravidade e pela sua persistência durante o processo de crescimento da criança (FICHTNER, 1997).

Mattos (2005) afirma que de acordo com um manual preparado pela Associação Psiquiátrica Americana a criança deve ter pelo menos seis dos sintomas

descritos nos itens abaixo, durante pelo menos seis meses, antes dos sete anos de idade:

- Desatenção.
- Falta de atenção em detalhes ou erro por descuido.
- Dificuldade em manter a atenção em tarefas ou jogos.
- Desatenção quando lhe dirigem a palavra diretamente.
- Não segue instruções e falha em terminar os deveres da escola, tarefas rotineiras ou de trabalho.
- Dificuldades em organizar tarefas e atividades.
- Relutância ou desgosto em desenvolver tarefas rotineiras ou de trabalho que exijam esforço mental constante, como trabalhos escolares e lições de casa.
- Facilidade em perder objetos necessários para tarefas escolares ou atividades (material escolar, brinquedos).
- Distração.
- Esquecimento de atividades diárias.
- Hiperatividade ou impulsividade.
- Inquietação: mexe-se na cadeira, balança os pés, movimentam as mãos, levanta-se da cadeira com frequência na sala de aula.
- Corre ou pula excessivamente em situações impróprias.
- Dificuldade em participar de jogos ou atividades de lazer em silêncio.
- Parece estar a "mil por hora" ou a "todo vapor".
- Fala incessantemente e intromete-se em conversas alheias.
- Costuma interromper conversa e não espera que terminem frases para respondê-las.

Segundo Fichtner (1996) um diagnóstico minucioso da hiperatividade na infância deve incluir informações necessárias desde a coleta e a observação de diversos tipos de informação:

- Histórico: fornecer um histórico da família e do desenvolvimento do seu filho. Problemas que a família teve, métodos usados para impor disciplina, sinais precoces de temperamento difícil, as lembranças dos pais sobre os acontecimentos da vida da criança são fundamentais para o diagnóstico.
- Inteligência: crianças com inteligência abaixo da média ficam provavelmente muito mais frustradas pelas exigências cada vez mais complexas impostas pela

escola e pela vida. Assim, elas têm mais probabilidade de apresentarem problemas de hiperatividade como resultado da frustração e não necessariamente decorrente de uma dificuldade temperamental.

- Personalidade e desempenho emocional: algumas crianças hiperativas são bastante conscientes de seus problemas e, em consequência, tomam-se cada vez mais infelizes, desamparadas e frustradas na medida em que continuam a fracassar. Uma avaliação completa de hiperatividade precisa incluir dados sobre a personalidade e sobre o funcionamento emocional atual.

- Desempenho escolar: 20% a 30% das crianças hiperativas também apresentam algumas deficiências em habilidades específicas, que interferem na sua capacidade de aprender.

- Amigos: foi constatado que a facilidade de fazer amigos e de conservá-los é um importante e insubstituível fator que vai determinar o quanto a criança vai se sair bem ou mal em termos comportamentais ou emocionais durante o decorrer da sua infância.

A avaliação dos amigos e das capacidades sociais da criança é, geralmente, obtida por meio de entrevistas com pais e professores, questionários e entrevista com a criança.

- Disciplina e comportamento em casa: o comportamento da criança hiperativa se dá no isolamento. A maneira como os pais interagem com a criança pode não ser a causa da hiperatividade, mas é, um fator que determina o nível de gravidade dos problemas que a criança hiperativa possa ter em casa (FICHTNER, 1997).

- O comportamento na sala de aula: inclui as percepções e observações do professor sobre a capacidade de seu filho seguir regras e limites e de respeitar a autoridade na sala de aula. Quando a hiperatividade não é orientada de uma maneira eficaz na sala de aula, algumas crianças isolam-se e começam a ficar cada vez mais desatentas. Outras adotam um comportamento típico de oposição e de desafio ou então se tornam os palhaços em sala de aula.

- A consulta médica: um diagnóstico clínico é parte essencial do processo de avaliação, esse diagnóstico é feito através de uma entrevista clínica com um especialista, utilizando-se critérios definidos, pois até hoje não existe um exame para o diagnóstico do TDAH.

O diagnóstico segundo Benczik e Rodhe (1999) tem três etapas durante o processo pelo qual a criança será avaliada para se pesquisar um possível diagnóstico de hiperatividade deve incluir cinco etapas importantes.

A primeira é que o comportamento da criança deve se enquadrar na definição do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade conforme descrito no *Diagnostic and Statistic Manual*, da *American Psychiatric Association* (Washington, DC, 1987). Os problemas de hiperatividade devem ter começado antes dos sete anos de idade, não ser resultado de distúrbio autista e já estar se manifestando há mais de seis meses.

A segunda etapa envolve a aplicação de um questionário bem elaborado para os pais e professores. Os questionários não fazem diagnósticos, apenas descrevem os comportamentos.

A terceira etapa envolve a coleta de informações objetivas e científicas relativas ao comportamento e às deficiências de habilidades da criança. Ela inclui a observação do seu comportamento na sala de aula e um teste direto com a criança, cujo objetivo é avaliar a habilidade da criança de prestar atenção, planejar e se organizar. A quarta etapa envolve uma avaliação cuidadosa da criança em vários ambientes, na escola, sua casa e vizinhança (BENCZIK; ROHDE 1999).

A quinta etapa é a mais importante, pois é quando se considera, cuidadosamente, se os sintomas refletem ou não algum outro distúrbio emocional, de aprendizagem ou clínico.

A maioria das crianças com uma história de hiperatividade apresenta problemas antes de entrar para a escola. Os pais não devem esquecer que, frequentemente, problemas como a hiperatividade caracterizam crianças com dificuldades sociais, de linguagem, de aprendizado e de comportamento. (BENCZIK; RODHE 1999, p.31)

6 TRATAMENTO

De acordo com Mattos, (2005) o tratamento do TDAH envolve vários aspectos que são complementares. Alguns passos podem ser opcionais:

- Confirmação do diagnóstico e avaliação de outros diagnósticos associados. Isso pode exigir o parecer de um especialista e a realização de entrevistas mais aprofundadas, preenchimento de questionários e a realização de testes neuropsicológicos incluindo testes por fonoaudiólogos;
- Explicação detalhada do transtorno, indicação de livros, associações ou sites da Internet para que os pais (e o adolescente) conheçam o TDAH;
- Uso de medicamentos;
- Orientação aos pais, incluindo a modificação do ambiente de casa e aconselhamento sobre a forma de se lidar com o transtorno;
- Orientação à escola (pode ser feita por material impresso, indicação de livros, associações ou sites da Internet);
- Psicoterapia e programas especializados (opcional, conforme adiante);
- Tratamento fonoaudiológico (opcional, conforme adiante);
- Treino em técnicas de reabilitação da atenção.

O tratamento medicamentoso deve sempre ser feito se o diagnóstico de TDAH estiver claro, ou seja, se existem desatenção, hiperatividade e impulsividade que causam problemas significativos na escola, no ambiente familiar, no trabalho e no convívio com as outras pessoas em geral, a resposta é sim. Segundo Mattos (2005.p.65);

A ideia de se tentar alguma outra coisa antes dos medicamentos é comum, mas ela se baseia em preconceitos, não em evidências científicas. Ela se deve em parte às preocupações dos pais em administrar um medicamento de uso controlado ao seu filho. Também não é raro que um profissional não médica tenha receio de Ter o seu paciente tratado por meio de abordagens que ele próprio não pode fazer. A grande maioria dos profissionais não médicos que tem um bom conhecimento acerca do TDAH e que trabalham em centros de pesquisa ou de referência para tratamento informa que é necessário o uso de medicamentos e indica um médico de sua confiança, geralmente com quem trabalha em equipe. Muitos, inclusive, só aceitam para tratamento psicoterápico pacientes medicados, porque sabem que seu trabalho não terá o mesmo êxito com pacientes sem medicação.

Para Mattos (2005) os medicamentos para o tratamento do TDAH, aumentam a quantidade de dopamina e noradrenalina que se encontram diminuídos em

determinadas regiões do sistema nervoso central, mais especificamente na região frontal (parte anterior do cérebro) e suas conexões. A dopamina e a noradrenalina são substâncias normalmente produzidas e liberadas pelas células nervosas e servem para transmitir as informações entre elas, por isso são chamadas de neurotransmissores. Uma regulação deficitária nos sistemas de dopamina e noradrenalina parece estar envolvida no aparecimento dos sintomas de TDAH.

Acrescenta que os medicamentos de primeira escolha, os estimulantes, são considerados muito seguros e trazem benefícios enormes em pouco tempo, todas as pesquisas realizadas até hoje demonstram que os medicamentos são a forma de tratamento mais eficaz.

O mesmo autor enfatiza que quando o portador de TDAH está tomando a medicação tem sua produção de neurotransmissores regularizada, qualquer outra abordagem que se faça em especial a psicoterapia e a modificação de ambiente traz resultado muito melhores do que se ele não usasse medicamentos. Além do tratamento farmacológico, já foram desenvolvidas outras modalidades terapêuticas para o portador de TDAH. Não existe, porém, comprovação de que qualquer uma delas seja tão eficiente quanto à medicação. Assim sendo a psicoterapia não deve ser vista como uma alternativa para o tratamento farmacológico do TDAH, e sim como uma medida complementar, em especial em alguns casos.

Segundo Mattos (2005) como o TDAH também associa vários outros problemas, a psicoterapia pode estar indicada quando existe:

- Dificuldade muito grande em respeitar limites e respeitar regras;
- Baixa autoestima;
- Depressão ou ansiedade;
- Dificuldades muito significativas de relacionamento interpessoal.

Mattos (2005) diz que é importante que o psicoterapeuta conheça muito bem o TDAH. Hoje em dia profissionais que fazem de tudo um pouco e alegam saber tratar um número muito grande de problemas completamente diferentes entre si não são bem vistos. Existem várias opções de medicamentos para o tratamento do TDAH. A primeira opção permanece sendo até hoje os estimulantes, tais como os derivados anfetamínicos (que não existem no Brasil) e o metilfenidato. Os estimulantes diminuem ou mesmo eliminam os principais sintomas do TDAH em uma enorme parcela de crianças e adolescentes tratados com ele (cerca de 70% dos casos). O metilfenidato é comercializado sob diferentes apresentações, desde

aquela de curta duração até aquelas que são tomadas uma única vez ao dia, por terem liberação prolongada.

Muitas vezes há necessidade de se tomar outro medicamento em conjunto com os já citados acima, especialmente quando o metilfenidato causa insônia, exacerba tiques ou provoca algum tipo de agitação, nesses casos se associa a (Clonidina) (MATTOS, 2005).

Para a autora citada acima naqueles casos que existem outros problemas além do TDAH, isto é, comorbidade, é necessário utilizar medicamentos específicos (para ansiedade, fobia) junto com o medicamento para TDAH.

Acrescenta também que os estimulantes, a principal medicação utilizada no tratamento do TDAH, não são considerados perigosos. Como no caso de qualquer medicação, o seu uso deve ser avaliado por um médico. Por muito tempo existiram receios de que ele pudesse induzir ou facilitar, mais tarde, a ocorrência do uso de drogas na vida do indivíduo. Há estudos comparando grupos de indivíduos com TDAH tratados com estimulantes versus grupo de indivíduos que não foram tratados, e observou-se que a incidência de uso de drogas era menor em indivíduos não tratados.

Mas existe também a dúvida da dependência do medicamento e de se começar a abusar das doses, tal qual uma droga ilícita. Os vários estudos feitos mostram que o abuso do medicamento é muito raro, o contato diário não torna os pacientes vulneráveis a ficar dependentes dele. Os raros casos de abuso de metilfenidato relatados geralmente envolvem pessoas que não tem o TDAH e passam a abusar do medicamento do portador (MATTOS, 2005).

Outro fato abordado pelo autor é que tem relatos de crianças que foram medicadas com estimulantes apresentavam diminuição na sua taxa de crescimento. Isso fez com que se temesse que elas ficassem com baixa estatura, com o passar dos anos, fazendo uso contínuo do medicamento. Algumas crianças perdem peso, por diminuição da gordura corporal - coisa que acontece com todos os estimulantes, mas não se tornam com menos estatura, elas tendem a ter um ritmo menor de crescimento logo no início, porém atingem a mesma altura de seus pares com o passar do tempo.

Os pais muitas vezes ficam receosos em dar o medicamento à criança, principalmente quando sabem que este medicamento é de uso controlado. Então o médico pode combinar de "experimental" o medicamento durante um período curto

(um ou dois meses) e depois disso discutir os resultados da experiência com pais, professores e psicólogos ou mesmo com o próprio portador (MATTOS, 2005).

Para o mesmo autor os pais devem ficar cientes que o medicamento não cura o TDAH, eles apenas ajudam a normalizar os neurotransmissores enquanto estão sendo tomados. Com o passar dos anos, todos os portadores e não portadores do TDAH irão desenvolver a capacidade de prestar mais atenção, controlar o comportamento, administrar as deficiências pessoais, e hoje em dia já se sabe que o TDAH pode ser uma condição crônica que persiste, na maioria das vezes, muitos anos ou mesmo durante toda a vida. Alguns indivíduos com diagnóstico de TDAH na infância não apresentam sintomas significativos quando adultos, entretanto, sabe-se que, tratado precocemente, se pode diminuir as consequências emocionais negativas e as dificuldades acadêmicas, a baixa autoestima, o risco de acidentes, o risco de abuso de drogas e a má adaptação social, diminuindo o impacto do TDAH na vida de quem é portador do transtorno.

Mattos (2005.p.84) cita que:

O aparecimento de efeitos indesejáveis é variável de indivíduo para indivíduo. Existem aqueles que tomam doses altas de medicação sem qualquer tipo de sintoma e indivíduos que mesmo com doses baixas podem apresentar efeitos indesejáveis intensos. Mas isso ocorre com qualquer tipo de substância (vale para medicamentos, o álcool, o café). Há indivíduos que apresenta náusea, desconforto gástrico, diminuição do apetite, gastrite, dores de cabeça e dificuldade de conciliar o sono quando usam estimulantes. O metilfenidato também pode exacerbar tiques em indivíduos que já os tinham previamente. A atomoxetina e os antidepressivos podem associar em alguns casos de insônia ou sonolência, palpitações. A clonidina pode causar queda na pressão e sonolência. Todos os sintomas acima não ocorrem necessariamente quando se toma tais medicamentos, apenas alguns indivíduos apresentam aqueles efeitos indesejáveis, mas que desaparecem dentro de poucos dias ou semanas, mas quando persistem (o que é raro), devem ser interrompidos. Há grande dúvidas se os medicamentos podem causar dependência, teoricamente, apenas os estimulantes (derivados anfetamínicos e o metilfenidato). Acontece, porém, que os estimulantes, utilizados em doses apropriadas, prescritas e acompanhadas por um médico, não tem chances significativas de causar dependência.

6.1 Causas do transtorno de déficit de atenção com hiperatividade

Segundo Mattos (2005) não existe uma causa única perfeitamente estabelecida. Mas existem várias evidências que foram sendo acumuladas com as descobertas científicas das últimas décadas. Em primeiro lugar sabemos que existe

uma participação genética no TDAH. Quando se diz que uma determinada enfermidade sofre influência genética, não significa que todos os indivíduos daquela família, do lado materno ou paterno, também sofram do mesmo mal. Significa apenas que a incidência do problema é bem maior naquela família do que seria esperado matematicamente pelo acaso.

Quem examina uma criança com TDAH frequentemente reconhece a existência do mesmo transtorno, ou pelo menos alguns dos sintomas dele, no pai ou na mãe. Muito frequentemente, quando elas são entrevistadas na presença dos pais, já identificados alguns sinais neles próprios, em geral inquietude na cadeira, movimentação das mãos e dos pés, impulsividade para responder as perguntas antes de ouvi-las por completo, pegar coisas com as mãos e as manipular o tempo todo (MATTOS, 2005).

Continuando, segundo o autor em outras ocasiões, quando o diagnóstico é feito e explicado aos pais, eles próprios percebem em si mesmos (ou então um percebe no outro). Mas isto não é obrigatório. A incidência do TDAH em parentes de crianças com este diagnóstico é, no mínimo, duas vezes maior que o encontrado no restante da população. Não se sabe exatamente qual gene ou quais os genes que estariam envolvidos com o aparecimento do TDAH, mas existem muitas teorias que envolvem os genes relacionados à dopamina, uma substância existente no sistema nervoso, que permite a comunicação entre as células nervosas. A noradrenalina também parece estar envolvida. Também sabemos que os circuitos que envolvem o lobo frontal (a parte anterior do cérebro) e suas conexões estão envolvidos.

Acrescenta ainda que de qualquer forma, a herança genética parece não ser o único fator determinante para o aparecimento do TDAH, mas é o maior responsável. Algo em torno de 90%, o que é muito em medicina. Alguns pesquisadores acreditam que à predisposição herdada dos pais podem se somar outros fatores externos, mas em inúmeros casos também não há registro de nenhum deles quando se entrevistam os pais.

Estes fatores externos, também chamados de ambientais, já foram considerados muito importantes antigamente, o que valeu ao TDAH os nomes de lesão cerebral mínima e disfunção cerebral mínima. Esses nomes indicavam que embora houvesse um comprometimento "orgânico" ou neurológico (e não psicológico), este era de pequena monta. Estes comprometimentos eram secundários a vários fatores que poderiam afetar o sistema nervoso do feto ou da

criança, ainda em desenvolvimento. Estes termos não são mais utilizados (MATTOS, 2005).

Já existem teorias das mais variadas no que diz respeito a esses fatores:

- Aditivos alimentares (corantes e conservantes);
- Aspartame;
- Excesso de açúcar na alimentação;
- Luz fluorescente;
- Deficiências de vitaminas;
- Problemas na tireoide.

Nenhuma delas revelou-se sólida o suficiente e todas foram abandonadas. De acordo com Edward M. Hallowell, que é um especialista no diagnóstico e no tratamento do TDAH, área na qual trabalha há 25 anos, os sintomas que antes descreviam os pacientes com TDAH agora parecem descrever praticamente todo mundo. Mas há diferenças entre o déficit de atenção "natural" e o induzido, a explicação é que a tecnologia que nos ajuda também nos distrai (REVISTA VEJA, 2006).

Alguns fatores são considerados importantes problemas durante o parto, uso de cigarro e álcool durante a gravidez. Os problemas obstétricos (quando se fala em problemas durante o parto não se está referindo a problemas emocionais bem entendidos, trata-se de trabalhos de parto laboriosos ou com algum grau de sofrimento para o feto) realmente se associar a uma maior frequência do TDAH. Acontece que mulheres que têm elas próprias o TDAH são normalmente mais descuidadas, impulsivas e poderiam ter mais problemas exatamente por conta disso (MATTOS, 2005).

Apesar de mulheres portadoras do TDAH também costumarem usar mais cigarro e álcool (e, portanto, seria a carga genética da mãe o que estaria em jogo, de qualquer jeito), parece realmente que problemas obstétricos, o cigarro e o álcool contribuem para o aparecimento do TDAH. Segundo Mattos (2005) não se sabe ainda se fatores ambientais de natureza psicológica aumentariam a chance de uma pessoa que herdou a predisposição ao TDAH efetivamente desenvolver o transtorno. É importante, por outro lado, que uma pessoa que não tenha nenhuma predisposição venha a desenvolver o TDAH apenas por conta de fatores psicológicos.

Segundo Benczik e Rodhe (1999) muitas vezes, tais características também funcionam determinando maior gravidade ou persistência para os sintomas do transtorno. Tais características familiares englobam:

- Funcionamento familiar caótico;
- Alto grau de discórdia conjugal;
- Baixa instrução materna;
- Famílias com nível sócio econômico mais baixo;
- Famílias com apenas um dos pais, ou que o pai abandona a família.

Assim parece ser de bom senso esperar que uma criança com TDAH vá funcionar pior em uma família com funcionamento caótico do que em uma família bem-estruturada.

6.2 Comportamento do portador de TDAH

Neste item será abordado o comportamento em casa e na escola, que segundo Roucek (1991) o portador de TDAH pode apresentar comportamento diferente em casa e na escola (ROUCEK, 1991).

Em casa apresenta o seguinte comportamento:

- Chora em demasia quando recém-nascido.
- Sente muitas cólicas.
- Apresenta distúrbio de sono.
- Perda de fôlego.
- Faz birras como bater a cabeça no chão, se morder, puxar os cabelos.
- Bruxismo.
- Sonambulismo.
- Solilóquio.
- Demora a controlar a urina.
- Comportamento inquieto, teimoso e rebelde.
- Não sabe brincar.
- Corre muito, tropeça, cai.
- Apresenta dificuldades para: vestir, despir, abotoar, amarrar cordão.
- Quase tudo cai das mãos.
- Não presta atenção a detalhes.
- Claridade, ambiente ruidoso e roupas apertadas incomodam.

- Socialmente desinibida, sem reservas e despreocupada.
- Corre muito e sobe em objetos.
- Reclama muito de dores no corpo.
- Culpa os outros por seus fracassos.
- Problemas na orientação esquerda e direita
- Impressão de que às vezes ouve bem e às vezes não.
- Dificuldade em ouvir em ambiente ruidoso.
- Propensa a se acidentar com frequência
- Precisa de muita supervisão.
- Resiste às mudanças, prefere a rotina.
- Mudanças de humor.

Na escola apresenta comportamento na área cognitiva:

- Dificuldade de manter a atenção.
- Não segue as instruções e nem termina as lições.
- Dificuldade em organizar as tarefas.
- Perde objetos com facilidade.
- Problema com os sons das palavras.
- Dificuldade de entender palavras e conceitos.
- Troca letras por ordem incorreta ou letras erradas.
- Problemas de linguagem envolvendo a estrutura gramatical.
- Não entende palavras com duplo sentido, piadas.
- Dificuldade em compreender o que lê.
- Dificuldade para distinguir formas e tamanhos.
- Dificuldade de colorir, escrever e recortar.
- Falta estabilidade no uso das mãos.
- Letras e palavras ao contrário.
- Esquece fácil.
- Demora no desenvolvimento da linguagem.
- Dificuldade de se expressar verbalmente.
- Repele tudo o que exige atividade mental prolongada.
- Distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes.
- Muda rapidamente de uma atividade para outra.

- Mexe as mãos e os pés com frequência.
- Tem dificuldade de permanecer sentado.
- Não se envolve silenciosamente em brincadeiras.
- Parece ser movida "a motor".
- Muito sensível a qualquer comentário.
- Está sempre se envolvendo em discórdias.
- Explode com facilidade, mas não é mal humorado.
- Fala muito.
- Responde antes de ouvir toda a pergunta
- Dificuldade em esperar a sua vez.
- Intromete-se nas atividades dos outros.
- É agressiva.
- Obstinação - inacessível - insolente.
- Relacionamento inexistente.
- Sociabilidade ruim, faz amizade fácil, mas não consegue manter.
- Medidas disciplinares não funcionam com ela.
- Vive isolada.

6.3 Dificuldades de relacionamento

Segundo Krech e Crutchfields (1971) as crianças hiperativas exibem problemas de relacionamento, apresentam comportamento que não chega a ser terrível, mas que resulta na falta de boas maneiras sociais. Anseiam desesperadamente por um contato social e não obstante, parecem incapazes de entender o impacto de seu comportamento sobre os outros, de aprender novas habilidades ou de mudar seu comportamento ineficiente para, então, conquistar um sucesso social.

Durante os últimos dez anos, profissionais de saúde mental e educadores manifestaram um renovado interesse na área de aptidões sociais e desenvolvimento de amizades. A capacidade de uma criança para desenvolver e manter amizades é um componente essencial de uma boa saúde mental e um importante fator para prognosticar a felicidade da criança até a maturidade (KRECH; CRUTCHFIELDS, 1971).

As amizades são desenvolvidas e mantidas através dos jogos / brincadeiras. Nos últimos quarenta anos, pesquisadores e teóricos vêm enfatizando a importância dos jogos como um meio para as crianças aprenderem a controlar seu ambiente e fortalecer as habilidades sociais e de raciocínio (KRECH; CRUTCHFIELDS, 1971).

Na idade pré-escolar, a brincadeira do faz de conta é uma atividade que frequentemente ajuda as crianças a desenvolver os fundamentos básicos para o desenvolvimento social normal. Pré-escolares hiperativos, ou do grupo de risco, por causa do seu comportamento desatento e impulsivo, podem ser privados dessas interações e, assim, deixam de dar os primeiros passos necessários para um desenvolvimento social adequado.

Crianças hiperativas mais velhas têm uma grande dificuldade em fazer amigos e desenvolver aptidões sociais mais complexas por causa do seu comportamento desatento, impulsivo e intempestivo. Infelizmente, os problemas sociais são, frequentemente, menosprezados quando se consideram as dificuldades vividas pela criança hiperativa. Alguns pesquisadores constataram que os problemas com amizades podem ser um modo tão eficiente de identificar as crianças hiperativas quanto os problemas de concentração, impulsividade e agitação.

Embora o comportamento da criança hiperativa possa levar à interação negativa com os amigos, também pode permitir interações normais como as que realizam as outras crianças. Algumas apresentam o mesmo grau de interação positiva. Entretanto, a rejeição pelos amigos tem como consequência uma baixa autoestima por parte da criança hiperativa. Isto leva a problemas ainda maiores, já que estas dificuldades restringem ainda mais as oportunidades que tem a criança hiperativa de desenvolver e praticar as habilidades sociais adequadas. (KRECH; CRUTCHFIELDS, 1971, p. 54)

Nos problemas de habilidades sociais que as crianças hiperativas vivenciam, os pesquisadores tentam identificar deficiências em aptidões específicas que possam ser comuns a essas crianças. Entretanto, tem-se evidenciado que a criança hiperativa vivencia tamanha gama de problemas de relacionamento que se torna praticamente impossível a identificação de comportamentos específicos e sintomáticos. Pais e professores descrevem as dificuldades de relacionamento da criança hiperativa, incluindo comportamento imprevisível, descontínuo, impulsividade, imaturidade, agressividade e dificuldades básicas de comunicação. Crianças hiperativas também apresentam dificuldades em lidar com situações novas. A queixa mais comum das pessoas que se relacionam com a criança hiperativa é sobre seu

comportamento agressivo. As pesquisas indicam que a agressividade é uma característica constante. A agressividade não é um aspecto básico para o diagnóstico de hiperatividade. Trata-se, entretanto, de um componente geralmente presente entre os problemas apresentados pela criança hiperativa. Foi estimado que pelo menos 30% a 40% das crianças hiperativas exibem comportamento social agressivo (MILLENSON, 1997).

Segundo Fichtner (1997) quais as falhas de atitude da criança hiperativa que provocam este padrão de problemas de relacionamento social? São somente a desatenção, a impulsividade e a agitação que interferem nas relações sociais? Existem algumas atitudes que não se desenvolvem porque a criança é desatenta? O autor diz que os pesquisadores não são capazes de fornecer respostas específicas a estas questões. Estudos recentes apontam para o fato de que crianças desatentas e hiperativas não sabem como se submeter adequadamente às regras do jogo. Frequentemente elas não são capazes de expressões positivas em relação aos outros e de solicitações verbais adequadas. Estas podem ser atitudes determinantes no fracasso social da criança hiperativa. Pode-se, então, também distinguir as crianças hiperativas: aquelas com amigos e aquelas sem.

Por causa de sua desatenção e impulsividade, a criança hiperativa pode não aprender a considerar a perspectiva de outra pessoa ou a trabalhar com as emoções. Isto pode interferir em sua capacidade de socialização. A criança hiperativa pode conquistar e manter amizades? Pesquisadores demonstram que com uma combinação de medicação estimulante, reforço positivo e um método de treinamento autoinstrutivo (aprendendo como resolver problemas efetivamente), a criança hiperativa pode atingir níveis quase normais de comportamento social adequado ou inconveniente. Para ser efetivo, um programa de construção de atitudes sociais deve ajudar a criança hiperativa a aprender e usar atitudes sociais adequadas diariamente; oferecer recompensas para melhoria de comportamento; além de acompanhar a criança por um longo período de tempo, com tantas sessões quantas forem necessárias (FICHTNER, 1997).

6.4 Como os pais podem ajudar seus filhos

Roucek (1991) diz que os pais agem como facilitadores quando valorizam as atitudes ensinadas ao filho e as recomendações do profissional. Em um primeiro

estágio os pais podem ajudar seu filho a aprender e a usar um método lógico para solucionar problemas de relacionamento. Num segundo estágio você pode identificar áreas específicas de atitudes inadequadas e atenção, usando o modelo de solução de problemas, ajudando a criança a reforçar as atitudes positivas. Finalmente, em um terceiro estágio, os pais podem ajudar a criança a desenvolver novas amizades e a criar oportunidades que permitam o crescimento destas amizades. O modelo para solução de problemas foi desenvolvido por dois psicólogos sociais, em que foi ajustado, adaptado e modificado, aparecendo em diferentes versões em várias publicações para pais e profissionais. Ele pode ser eficiente na solução de problemas de relacionamento e de muitos outros problemas vivenciados pela criança.

Ainda segundo Roucek (1991) primeiramente, define-se o problema, portanto, começa com um problema de relacionamento que a criança reconhece e tende a aceitar. Num segundo momento, é identificada pelos pais e pela criança uma variedade de soluções possíveis, fazendo uma relação por escrito. Ouse sugerir soluções bem-humoradas para encorajar a participação da criança. Num terceiro momento escolha a melhor solução e imagine como realizá-la. Pai e criança podem encontrar a solução que mais pareça passível de sucesso. Conduza a criança por cada um dos estágios necessários para que esta solução possa ter sucesso. Num quarto momento, ajude a criança a compreender que durante este processo haverá momentos com e sem amigos. Isto pode ajudá-la a desenvolver a noção de causa efeito.

A compreensão de relação causa-efeito é atitude essencial para o sucesso social. Este modelo poderá ajudar a criança a compreender que seu comportamento não se deve a uma série de fatos isolados.

A criança hiperativa quando confrontadas com problemas de relacionamento, dificuldades escolares, ou outros, elas respondem de modo impulsivo e impensado. Sem orientação, ela parece perder a capacidade de desenvolver um conjunto de atitudes capazes de solucionar um problema. Pela demonstração repetitiva da solução de problemas, usando este modelo, as crianças eventualmente começarão a usá-lo independentemente (MILLENSON, 1997).

Num segundo estágio consiste em entender, definir e ajudar a criança com dificuldades para a interação social. A maioria dos problemas de relacionamento

social vividos por uma criança hiperativa é resultado da falta de habilidade e não necessariamente de incompreensão (ROUCEK, 1991).

Segundo Gruspun (1996) para fugir à frustração, pais e professores punem a criança hiperativa tanto por sua deficiência em se integrar socialmente como por comportamento inadequado.

Num terceiro estágio, criar oportunidades supervisionadas para a criança fazer e manter amigos, identificando algo que lhe faça bem e possa usar como exercício de autoestima (ROUCEK, 1991).

Segundo Goldstein (1996) os pesquisadores identificaram uma série de habilidades sociais que são importantes para a conquista e a manutenção de amizades. Pode-se usar um questionário para identificar as dificuldades sociais específicas de seu filho e segue-se uma descrição de cada uma das habilidades que você deve ensinar para a criança hiperativa a aprender e saber utilizá-las de forma eficiente.

7 AÇÕES DO ENFERMEIRO AOS PORTADORES DE NECESSIDADES ESPECIAIS

Sabe-se que o processo de enfermagem é uma abordagem intencional de solucionar problemas para atender às necessidades de assistência à saúde dos pacientes e de enfermagem. Envolve avaliação (coleta de dados), diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e a investigação, com as modificações subsequentes sendo utilizadas como mecanismos de *realimentação* que promovem a resolução dos diagnósticos de enfermagem. Todo o processo é cíclico, e suas etapas são interligadas, interdependentes e recorrentes (BRUNNER e SUDDARTH, 2005).

As estruturas curriculares que orientam a formação dos trabalhadores de saúde e da enfermagem estão solidamente centradas nos determinantes biológicos, que baseiam os modelos de atenção à saúde. Preocupam-se com as doenças do corpo e mente, com enfoque individual, desenvolvido por especialidades afins à medicina interna (BRUNNER e SUDDARTH, 2005).

A política de saúde no Brasil propõe que as práticas de saúde mental na atenção básica/saúde da família devam ser substitutivas ao modelo tradicional e não medicalizantes ou produtoras da psiquiatrização e psicologização do sujeito e de suas necessidades. Por isso é necessária a articulação da rede de cuidados, tendo como objetivo a integralidade do sujeito, constituindo um processo de trabalho voltado para as necessidades singulares e sociais e não somente para as demandas. Considera-se que a atenção básica/saúde da família é a porta de entrada preferencial de todo o Sistema de Saúde, inclusive no que diz respeito às necessidades de saúde mental dos usuários. Busca-se resgatar a singularidade de cada usuário, investindo no seu comprometimento com o tratamento, apostando em seu protagonismo, tentando romper com a lógica de que a doença é sua identidade e de que a medicação é a 'única' responsável pelas melhoras; investir nas suas potencialidades; auxiliar na formação de laços sociais e apostar na força do território como alternativa para a reabilitação social (BRASIL, 2006a).

Porém há uma convergência de princípios entre a saúde mental e a atenção básica. Para que a saúde mental aconteça de fato na atenção básica é necessário que os princípios do SUS se transformem em prática cotidiana. Pode-se sintetizar

como princípios fundamentais da articulação entre saúde mental e atenção básica/saúde da família (BRASIL, 2007):

- Promoção da saúde;
- Território;
- Acolhimento, vínculo e responsabilização;
- Integralidade;
- Intersetorialidade;
- Multiprofissionalidade;
- Organização da atenção à saúde em rede;
- Desinstitucionalização;
- reabilitação psicossocial;
- participação da comunidade, e
- promoção da cidadania dos usuários.

Na articulação entre a saúde mental e a atenção básica o apoio matricial constitui um arranjo organizacional que visa ações conjuntas. Nesse arranjo, o profissional da saúde mental responsável pelo apoio participa de reuniões de planejamento das equipes de ESF, realiza ações de supervisão, discussão de casos, atendimento compartilhado e atendimento específico, além de participar das iniciativas de capacitação. Esse compartilhamento se produz em forma de corresponsabilização pelos casos, que pode se efetivar por meio de discussões conjuntas, intervenções junto às famílias e comunidades (BRASIL, 2007).

Uma forma de implementar o apoio matricial é através do NASF (Núcleo de Apoio à saúde da Família). Desde janeiro de 2008 há regulamentação para a formação destas equipes, com recomendação explícita de que cada NASF conte com pelo menos um profissional de saúde mental (BRASIL, 2007).

A mudança do modelo de atenção à saúde mental dentro do SUS é direcionada para a ampliação e qualificação do cuidado nos serviços comunitários, com base no território. Trata-se de mudança na concepção e na forma de como deve se dar o cuidado: o mais próximo da rede familiar, social e cultural do paciente, para que seja possível a retomada de sua história de vida e de seu processo de adoecimento. Aliado a isto se adota a concepção de que a produção de saúde é também produção de sujeitos. Os saberes e práticas não somente técnicos devem se articular à construção de um processo de valorização da subjetividade, onde os

serviços de saúde possam se tornar mais acolhedores, com possibilidades de criação de vínculos (BRASIL, 2007).

Os problemas de saúde mental constituem uma demanda para a saúde pública devido à alta prevalência e impacto psicossocial. Portanto, quando se refere à atenção básica e a seu componente saúde mental, é importante ressaltar que, em todo o processo de adoecer, faz parte a questão subjetiva, ou seja, todo o problema de saúde é sempre de saúde mental (SILVA, 2005).

Transtornos mentais comuns (expressão epidemiológica) que são caracterizados por sintomas como: insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas são os mais encontrados na comunidade e causam alto custo social e econômico, pois são incapacitantes, sendo uma das causas relevantes quanto aos dias perdidos de trabalho, o que também elevam a demanda por serviços de saúde (PAUL e REVES, 2000).

Porém, é necessário ampliar a concepção do cuidado ao portador de sofrimento psíquico ampliando possibilidades e potencialidades do usuário, família, profissionais e comunidade; esses continuarão a enfrentar um problema pouco visualizado pelos órgãos governamentais, o que acarreta uma grande dificuldade para uma população que merece outra forma de intervenção e resolubilidade em seu território. Para entender esse processo é importante resgatar alguns aspectos históricos que permeiam a assistência psiquiátrica no Brasil marcada pela criação de hospitais psiquiátricos públicos e por convênios com hospitais privados para assistir àqueles acometidos pela doença mental (TENÓRIO, 2001).

Segundo Toledo (2004) o marco terapêutico do enfermeiro é a atividade que realiza para que o paciente se desenvolva como pessoa, no sentido de respeitar a si e aos outros, através do relacionamento interpessoal, sentindo-se parte de uma comunidade. Dessa forma define a assistência enfermagem de qualidade como um processo interpessoal através do qual o enfermeiro direciona uma pessoa, uma família ou uma comunidade à compreensão das experiências relacionadas ao sofrimento mental, às ações de prevenção e cura.

Para Segundo Bandeira *et al.* (2000) entende-se como assistência de enfermagem de qualidade aquela que é pautada nas escolhas e na satisfação profissional do enfermeiro em seu ambiente de trabalho. Os dois itens descritos, escolhas e satisfação profissional, podem ou não estar atrelados com a trajetória profissional do enfermeiro que hoje cuida do doente mental. É de fundamental

importância que tanto a instituição como os enfermeiros estejam abertos a novas ideias e procurem executá-las, mantendo uma equipe de enfermagem integrada e com boa comunicação, conscientizando-os de sua função e não alimentando o medo de novos desafios.

Coimbra *et al.* (2005), precursores da enfermagem psiquiátrica, abordaram os processos interpessoais por acreditar que a enfermagem sempre envolve mais de duas pessoas no processo terapêutico, prega o respeito mútuo da relação doente mental– enfermeiro.

A reforma psiquiátrica veio para mudar um conceito básico e fundamental, a assistência passa do tratamento da doença mental para a promoção da saúde mental, o que é considerado uma mudança extremamente significativa, e aí surgem as novas psiquiatrias (AMARANTE, 2003).

Surge a ideia de capacitação dos enfermeiros e especialização de uma equipe multiprofissional, que atue baseando-se em suas escolhas e satisfeita com o contexto em que está inserida, com formação diversificada, mas tendo como foco principal o amparo, o cuidado e o tratamento específico, com uma visão ampla da doença mental (LIMA e AMORIM, 2003).

A satisfação profissional do enfermeiro é um acontecimento bastante complexo e diferenciado, que é vivenciado pelos enfermeiros na medida em que os acontecimentos tomam a proporção profissional. Considera-se um tema bastante relevante e fortemente relacionado com fatores como desempenho profissional, qualidade de vida, saúde física e mental e com a autoestima. E estando em harmonia estes itens, tem-se um cuidado integral para com o doente mental (LIMA e AMORIM, 2003).

Existem dois fatores que se relacionam ao comportamento do enfermeiro no trabalho: higiênicos e os motivadores. Os trabalhadores valorizam mais as recompensas emocionais do que as financeiras, que são valores psicológicos espirituais: tranquilidade, reverência à vida, autossuficiência e estreitos laços familiares, comunitários ou religiosos. O estado emocional, denominado perda do idealismo, é um sério obstáculo à satisfação no trabalho para enfermeiros que convivem com realidades ruins, degradantes, e entram em contato com clientes aflitivos (COSTA *et al.*, 2000).

Sabe-se que, na perspectiva de superar o modelo hegemônico, o processo de trabalho do enfermeiro psiquiátrico necessita de referencial teórico, cujas

concepções articulam às várias dimensões da existência da pessoa com a doença mental, para que enfrentem a sociedade capitalista, que historicamente determinou sua exclusão. A assistência de enfermagem psiquiátrica necessita reconstruir suas bases sobre novos paradigmas acerca da loucura, deixando de lado o status ou classes sociais que o enfermeiro se insere, para que possa se apropriar efetivamente do cuidado, recriando as práticas de saúde mental e psiquiatria neste novo cenário. Sendo assim, o processo de trabalho em saúde mental pode ser legitimado pela prática, como trabalho, que só se transforma quando agrega novos significados (SILVA, 2004).

O enfermeiro que está inserido na nova política de saúde mental conhece a trajetória da psiquiatria e a importância da reforma e, sendo assim, pode ter maiores chances de realizar um trabalho de maior consciência no âmbito assistencial do que aqueles que são de certa forma alienados. Trata-se de um processo social complexo, que envolve várias dimensões da realidade social, sendo a dimensão epistemológica a que constitui um dos primeiros momentos, o da reflexão e crítica sobre a produção dos conhecimentos que devem fundamentar novo saber-fazer profissional nesta área (COIMBRA et al., 2005).

O trabalho humano organiza-se em um conjunto articulado de momentos essenciais ao encadeamento dinâmico para a produção intencional do algo novo, a partir da descoberta da potencialidade pressuposta para a transformação, mediada pela energia humana. Essa processualidade é constituída pelo relacionamento entre os elementos do processo de trabalho, o objeto de trabalho, os meios de trabalho entre os quais os instrumentos e a finalidade do trabalho. Assim, as ideias de necessidade, energia, intencionalidade e transformação de uma realidade, para atender às carências humanas, sintetizadas em um único processo representam o plano de maior abstração do conceito de trabalho humano (TOLEDO, 2004).

Na enfermagem, o estudo de sua prática como trabalho social, historicamente constituído no conjunto das práticas sociais, no plano particular da área da saúde e na singularidade de suas especificidades profissionais foi iniciado na década de 1980. Na análise do processo de trabalho em enfermagem, foram identificados dois processos distintos, contudo, inter-relacionados: os Processos de Trabalho na Saúde Individual e os Processos de Trabalho em Saúde Coletiva, sendo o primeiro constituído por dois diferentes processos: o processo de “Cuidar” e o processo de “Administrar”. O processo de “cuidar” é desenvolvido, sobretudo, no hospital, como

parte do trabalho médico que incorporou como seu objeto de trabalho, os corpos individuais. Entre os instrumentos encontram-se os sistemas de assistência de enfermagem, seus procedimentos técnicos e de comunicação e a interação entre os sujeitos envolvidos com a assistência. Já no processo de “Administrar”, este tem como elementos recortes de objetos de trabalho da área da Administração e da Educação Continuada; entre os instrumentos estão os modelos da administração, a força de trabalho de enfermagem e os equipamentos. A finalidade é a de organizar o processo de trabalho/cuidar em enfermagem. O modelo de trabalho em Saúde Coletiva, por sua natureza, apresenta diferentes objetos que podem ser tomados pelos diferentes profissionais (TEIXEIRA, 2004).

Desse modo, o processo de trabalho de enfermagem nesse modelo admite vários tipos de processo, tais como, o educativo, o da vigilância epidemiológica, o controle das populações e a assistência à família. Nessa abordagem o processo de trabalho em enfermagem no modelo da saúde coletiva contém um processo de trabalho administrativo e um processo de trabalho individual (MORAES, 2005).

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Todo ser humano com qualquer deficiência, independentemente de suas condições físicas, sensoriais, cognitivas ou emocionais, é um ser que tem as mesmas necessidades básicas de afeto, cuidado e proteção, e os mesmos desejos e sentimentos dos outros. Possuem a possibilidade de conviver, interagir, trocar, aprender, brincar e serem felizes, embora algumas vezes, de forma diferente. E essa forma diferente de ser e agir é que torna seres únicos, singulares. Eles devem ser olhados não como defeito, mas como pessoas com possibilidades diferentes, com algumas dificuldades, que muitas vezes se tornam desafios com os quais todos podem aprender e crescer, como pessoas.

Mais importante que a caracterização da deficiência, das dificuldades ou limitações é procurar compreender a singularidade da história de vida de cada ser humano, suas necessidades, seus interesses, como interagem, como se relaciona com outras pessoas, objetos e com o conhecimento.

Assim, através da elaboração deste trabalho, pude notar que embora o TDAH afete uma parcela grande da população, especialmente a infantil, este problema não deve ser algo novo, pois se acredita que o TDAH tenha acompanhado a espécie humana desde sempre, mas foi apenas neste século que começaram a ocorrer alguns avanços nesta área. Novas tecnologias possibilitaram a definição do TDAH como um transtorno e possibilitou também estabelecer quais são os seus sintomas e como estes se manifestam. Outros avanços na neuropsicologia e na psicofarmacologia permitiram que o tratamento de TDAH fosse possível, permitindo que o indivíduo possa ter uma vida praticamente normal, especialmente se este diagnóstico for feito precocemente.

O diagnóstico da TDAH continua a ser um dos maiores problemas em relação à doença. Embora o conhecimento sobre TDAH na comunidade científica esteja bem avançada, o mesmo não acontece com a população leiga. As pessoas com TDAH passam um bom tempo da sua vida sendo acusada de uma série de coisas, sua autoestima é rebaixada, ela tem dificuldade na escola e apresenta dificuldades sociais. Como se pode perceber, as pessoas ainda não estão preparadas para enfrentarem essas situações comportamentais. Acredita-se que, com o atual ritmo

de vida das pessoas como: crise econômica, pobreza, excesso de informação, violência, vêm agravando no cotidiano das pessoas.

Também a sua situação em casa normalmente não é melhor, pois os pais, pressionados pela sociedade, frequentemente culpam a criança de algo que ela não tem culpa e ficam se perguntando onde eles erraram. Mesmo quando os pais procuram ajuda para o problema pode não ser resolvida sem antes ter passado por um longo caminho de tratamentos ineficazes, diagnósticos mal feitos e opiniões divergentes. Muitos casos de TDAH passam anos e anos em terapias psicodinâmicas ou em terapias alternativas que só trazem ainda mais sofrimento para o paciente. Que haja melhor entendimento entre a Medicina, a Psicologia e a Pedagogia de forma que os profissionais de cada uma destas ciências não tenham a ilusão que possa resolver o problema sem se utilizar do apoio de outros profissionais. O problema exige uma visão multidisciplinar para ser resolvido. Temos uma visão otimista que os progressos atuais nos levarão a conhecer melhor a nossa mente e a nossa psicologia, ajudando o Ser Humano a se compreender melhor, trazendo benefícios para a sociedade e quem sabe, melhorando o humor do mundo que anda tão carente de amor, otimismo, compreensão e esperança. A frustração de sentir rejeitada resulta em um aumento da agressividade e tentativa de controlar amigos.

Ajudá-la a aprender a usar um método lógico para solucionar problemas de relacionamento e o método de solução de problemas para identificar as áreas específicas de atividades inadequadas, ajudando assim, a criança a reforçar as atividades positivas e por último, a desenvolver novas amizades, permitindo seu crescimento. A capacidade de uma criança para desenvolver e manter amizades é um componente essencial de uma boa saúde mental é um importante fator para prognosticar a felicidade desta criança até a maturidade.

A inclusão da família como foco de atenção básica de saúde pode ser ressaltada como um dos avanços, como contribuição do PSF para modificar o modelo biomédico de cuidado em saúde. Ultrapassa o cuidado individualizado focado na doença; elege-se aquele que contextualiza a saúde, produzida num espaço físico, social, relacional, resgatando as múltiplas dimensões da saúde. Ressalta-se que essa inclusão não decorreu de entendimento e convicção pactuados; viu-se que a família chega à atenção primária de saúde impulsionada por

diferentes e conflitantes representações e motivações, daí as facilidades de se produzirem contradições (PAIM, 2001).

Mencionar a família como foco central da atenção básica de saúde não garante que isso se concretize no PSF real. Nesse cenário, os diferentes atores podem trabalhar com múltiplas abordagens de família produzindo-se o entendimento de que se fala e cuida de um mesmo objeto.

O Programa de Saúde da Família, desde sua implantação, vem crescendo com relação à extensão territorial de atendimento, com relação à implementação de ações direcionadas a população geral, com programas e ações singularizadas, isto é, as de necessidades específicas de uma comunidade, sendo considerado um aliado no que diz respeito à promoção, prevenção e intervenções básicas de saúde para diversas áreas, entre elas a saúde mental.

Porém, sem formação específica em Saúde Mental, treinamentos e/ou atualizações, os profissionais de enfermagem podem encontrar dificuldades para desenvolver ações nesta área, bem como para acompanhar mudanças propostas nas diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Percebe-se, assim, que as ações em saúde mental que são realizadas para atender a população são isoladas, o que leva uma parte da comunidade a ficar sem atendimento específico. E sabe-se que as ações públicas necessitam de um fim definido e de articulação em sua operacionalização para se tornarem políticas públicas e assim caminharem para o encadeamento de ações que visem a atender uma parcela maior da população.

A saúde mental, se bem conduzida e trabalhada com as equipes de PSF, poderia contribuir decisivamente para a diminuição das internações hospitalares psiquiátricas. Deste modo, chama-se a atenção para que os enfermeiros reflitam juntamente com toda sua equipe sobre o importante papel que podem desempenhar na promoção da desinstitucionalização do paciente psiquiátrico.

Portanto, deve-se ressaltar que o PSF não é um instrumento único que irá resolver todos os problemas relacionados à Saúde Mental, o programa deve ser considerado um dos componentes de uma rede de atendimento, interligados entre si. Mas para isso faz-se necessário adotar medidas com o intuito de direcionar caminhos que levem à almejada reforma nas ações e nos serviços de Saúde Mental/Psiquiatria.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **A clínica e a Reforma Psiquiátrica**. In: AMARANTE, P. Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Nau, 2003.

BANDEIRA, M. et al. **Escala brasileira de avaliação da satisfação e da sobrecarga da equipe técnica em serviços de saúde mental**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

BATISTA, C. A. M. **Educação inclusiva: atendimento educacional especializado para deficiência mental**. Brasília: MEC/SEESP, 2006.

BAPTISTA, C. **Inclusão e escolarização: múltiplas perspectivas**. Porto Alegre: Mediação, 2006.

BAPTISTA, C. **REVISTA INCLUSÃO**. Política Nacional de Educação Especial na perspectiva da Educação Inclusiva – jan/jun, ano 2008.

BENCZIK, E. B.P.; ROHDE, L. A. P. **Atenção ao portador de hiperatividade**. Porto Alegre, 1999.

BRASIL. Constituição. Constituição da república Federativa do Brasil. Brasília, DF, Senado, 1998.

_____. Ministério da Educação. **Política Nacional de Educação Especial**. Brasília: MEC/SEESP, 1994. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/politicaeducspecial.pdf>>. Acesso em: 18 ago. 2011.

_____. Ministério da Educação. **Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica**. MEC/SEESP, 2001. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>>. Acesso em: 11 ago. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. 2006. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 10 out. 2011.

_____. Ministério da Educação. **Educação Inclusiva: Atendimento Educacional Especializado para a Deficiência Mental**. Brasília: MEC/SEESP, 2006a. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/politica.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Norma Técnica. **Programa de Saúde da Família**. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2007. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/genero/s00a.htm>>. Acesso em 12 ago. 2011.

BRUM, S. L. F.; BOZZA, M. **TDHA – TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO COM e a relação com o uso abusivo de drogas**. 2011. Disponível em: <<http://www.institutoeficaz.com.br/revistacientifica/wp-content/.../Sônia-Luzia.pdf>>. Acesso em: 30 ago. 2011.

BRUNNER e SUDDARTH'S. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

COIMBRA, V. C. C. et al. **A saúde mental e o trabalho do enfermeiro**. Rio de Janeiro: Vozes, 2005.

CONFERÊNCIA MUNDIAL SOBRE NECESSIDADES EDUCATIVAS ESPECIAIS. **Declaração de Salamanca**. Brasília: Corde, 1994.

COSTA, A. R. C. et al. Atuação do enfermeiro no programa saúde da família em Sobradinho II. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília: REBEN, 2000.

Disponível em: <http://www.proec.ufg.br/revista_ufg/familia/D_percepcao.html>. Acesso em: 17 ago. 2011.

DIAS, O. **REVISTA VEJA**, n. 1976, A Epidemia da Hiperatividade. 4 out. 2006.

FICHTNER, N. **Prevenção, diagnóstico e tratamento dos transtornos mentais da infância e da adolescência**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

GIL, C. R. R. **Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(2):490-498, mar-abr, 2005. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v21n2/15.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2011.

GLAT, R. **A integração social dos portadores de deficiência: uma reflexão**. Rio de Janeiro: Sete Letras, 1995.

GOLDSTEIN, S.; GOLDSTEIN M. **Hiperatividade: como desenvolver a capacidade de atenção da criança**. Tradução Maria Celeste Marcondes, 23 ed. São Paulo: Papiros, 1996.

GOMES, A. L. L. et. al. **Atendimento educacional especializado: deficiência mental**. São Paulo: MEC/SEESP, 2006. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/defmental.pdf>>. Acesso em 10 ago. 2011.

GRUSPUN, H. **Distúrbios das crianças**. 2. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 1996.

KRECH, D.; CRUTCHFIELDS S. R. **Elementos de Psicologia**. Tradução Dante Moreira Leite, 3. ed. São Paulo: Pioneira, 1971.

LIMA, L. V.; AMORIM, W. M. A prática de enfermagem psiquiátrica em uma instituição pública do Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília: REBEn, 2003. Disponível em: <http://scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672003000500013&script=sci_arttext>. Acesso em: 14 ago. 2011

MANTOAN, M. T. E. **Inclusão escolar: o que é? Por quê? Como fazer?** São Paulo: Moderna, 2006.

MARTINS, J. S. de. **Exclusão e desigualdade social**. São Paulo: Paulus, 1997.

MATTOS, P. No **Mundo da lua**. 4ª ed. São Paulo: Lemos, 2005.

MAY, R. **A arte do aconselhamento psicológico**. Tradução de Wayne Tobelem dos Santos e Hipólito Martendal. Petrópolis, RJ: Vozes, 1976.

MILLENSON, J. R. **Princípios de análise do comportamento**. Tradução de Alina de Souza e Dione de Rezende Coordenada - Ed. De Brasília, New York.

MORAES, M. J. B. **O ensino de Enfermagem em Saúde Coletiva: redescobrimo caminhos para novas práticas assistenciais** dissertação. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP, 2005.

MURTA, G. F. **Saberes e práticas: guia para ensino e aprendizagem de enfermagem**. São Paulo: Difusão, 2006.

PAIM, J. S. **Saúde da família: espaço de reflexão e contra-hegemonia**. Rio de Janeiro: Nau, 2001.

PAUL, C.; REVES, J. S. Visão geral do processo de enfermagem. In: GEORGE, S. B. **Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

ROUCEK, J. A. **Criança problema**. Tradução Leônidas G. de Carvalho, 2ª ed. São Paulo: 1971.

SANCHEZ, P. A. A educação inclusiva: um meio de construir escolas para todos no século XXI. **Revista Inclusão**. Brasília, v.1, n.1, out/2005.

SILVA, E. S. Saúde mental e trabalho. In: TUNIDIS, A. S.; COSTA, N. R. **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

SILVA, J. B. Soares. **Entender os portadores de transtorno de hiperatividade e déficit de atenção-TDAH facilita a convivência**. 2011. Disponível em: <<http://www.artigonal.com> › Saúde › Medicina-artigos>. Acesso em: 26 ago. 2011.

SILVA, P. L. (Org.). A interface saúde mental e atenção básica. **Boletim da Saúde da Escola de Saúde Pública**. Rio Grande do Sul: SES, 2005. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/periodicos/boletim_saude_v18n1.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2011.

STAINBACK, S.; STAINBACK, W. Inclusão: um guia para educadores. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

LIMA, L. V.; AMORIM, W. M. A prática de enfermagem psiquiátrica em uma instituição pública do Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília: REBEn, 2003.

TEIXEIRA, C. F. Saúde da família, promoção e vigilância: construindo a integralidade da atenção à saúde no SUS. **Revista Brasileira de Saúde da Família**. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v18s0/13801>>. Acesso em: 20 ago. 2011.

TENÓRIO, F. **A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

TOLEDO, V. P. Sistematização da assistência de enfermagem psiquiátrica de um serviço de reabilitação psicossocial. **Tese de doutorado**. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, 2004. Disponível em: <www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-0908200522>. Acesso em: 11 ago. 2011.